

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE

1. I criteri generali di predisposizione della relazione sulla gestione

La presente relazione sulla gestione, che correda il bilancio di esercizio 2025, viene redatta in applicazione del Decreto legislativo n. 118/2011, del Decreto 24 maggio 2019 e delle indicazioni fornite dalla Regione sulla sua applicazione.

All'interno di tale sezione vengono rendicontate le informazioni minimali richieste dal D.lgs. 118/2011 e i risultati aziendali ritenuti necessari a dare una rappresentazione della gestione sanitaria ed economico-finanziaria dell'esercizio 2025, coerentemente con le indicazioni contenute dal quadro normativo di riferimento (DGR 972/2025 "Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2025." e le indicazioni per la chiusura dei Bilanci di esercizio 2025 ed invio al controllo regionale Prot. 08/04/2026.0352987.U.).

2. Generalità sul territorio servito e sull'organizzazione

2.1 Generalità sul territorio servito

L'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna è un'organizzazione integrata nel sistema nazionale, regionale e locale per la salute e la ricerca scientifica, con la finalità principale di garantire risposta ai bisogni di salute:

- mediante l'erogazione di prestazioni di ricovero e cura di alta specialità;
- attraverso lo sviluppo di progetti di ricerca clinica e traslazionale orientati al miglioramento dello stato di salute della popolazione.

L'Azienda è stata riconosciuta 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".

La struttura opera sul territorio della Regione Emilia-Romagna nell'ambito del quale la popolazione assistibile complessivamente è pari a 4.337.077, in incremento rispetto all'anno 2024 di 22.295 unità (+0,52%). La popolazione è composta dal 11% di assistibili in età pediatrica e 89% in età adulta, valori sostanzialmente stabili rispetto all'anno precedente.

In ambito provinciale la popolazione è di 999.258 unità distribuiti in 55 comuni e 7 distretti.

Codice USL (1)	Provincia (2)	Comuni (4)	Distretti (5)	Assistibili.0 - 13 anni	Assistibili.14- 64 anni	Assistibili.65- 74 anni	Assistibili.Oltre 75 anni	Totale Assistiti	Età pediatrica	Età adulta
101	Piacenza	46	3	30.909	177.056	33.238	38.268	279.471	30.909	248.562
102	Parma	44	4	50.400	284.089	48.677	57.844	441.010	50.400	390.610
103	Reggio Emilia	42	6	59.802	330.877	56.877	62.473	510.029	59.802	450.227

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Codice USL (1)	Provincia (2)	Comuni (4)	Distretti (5)	Assistibili.0 - 13 anni	Assistibili.14- 64 anni	Assistibili.65- 74 anni	Assistibili.Oltre 75 anni	Totale Assistiti	Età pediatrica	Età adulta
104	Modena	47	7	78.542	446.321	79.011	89.976	693.850	78.542	615.308
105	Bologna	45	6	92.213	555.556	98.575	120.558	866.902	92.213	774.689
106	Bologna (parziale)	10	1	14.564	83.841	15.900	18.051	132.356	14.564	117.792
109	Ferrara	21	3	30.244	198.121	45.426	52.094	325.885	30.244	295.641
114	Ravenna, Forlì-Cesena, Rimini	75	8	114.751	689.354	130.721	152.748	1.087.574	114.751	972.823
	TOTALE	330	38	471.425	2.765.215	508.425	592.012	4.337.077	471.425	3.865.652

Tab. N. Pazienti assistibili Regione Emilia-Romagna anno 2025. Fonte: banca dati FLS 11 Emilia-Romagna

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

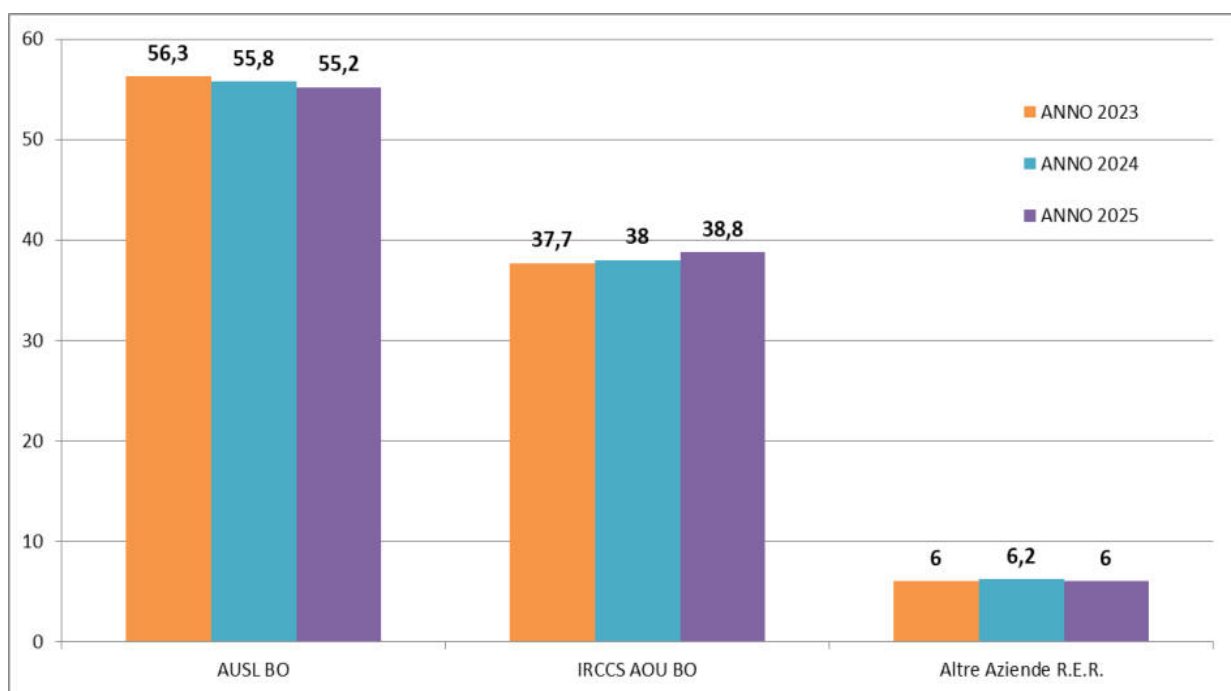
La popolazione esente da ticket della provincia di Bologna nel 2025 è pari a 363.088 unità, pari al 37% del totale della popolazione assistibile della provincia di Bologna; il 16% per motivi di età reddito e 21% per altri motivi. I dati sono sostanzialmente sovrapponibili all'anno precedente.

Popolazione esente da ticket	Età e reddito	Altri motivi	TOTALE
Popolazione esente da ticket Emilia Romagna	713.647	898.970	1.612.617
% Esenti ticket sul totale assistibili Emilia Romagna	16%	21%	37%
Popolazione esente da ticket Provincia di Bologna	145.922	217.166	363.088
% Esenti ticket sul totale assistibili provincia di Bologna	15%	22%	36%

N. Pazienti esenti da ticket Regione Emilia-Romagna anno 2025. Fonte: FLS 11 Emilia-Romagna

Come indicato dall'indice di dipendenza della popolazione si rileva che il 38,8% dei ricoveri di pazienti assistiti dall'Ausl di Bologna sono stati ricoverati all'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria, a seguire si riporta il trend nel triennio 2023-2024-2025.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -



Indice di dipendenza della popolazione di Bologna dalle strutture ospedaliere. Fonte: banca dati regionale.

Oltre al territorio provinciale e regionale l'Azienda è centro di attrazione di pazienti provenienti dal territorio nazionale e internazionale; nella tabella di seguito riportata i volumi di attività di ricovero per provenienza del paziente.

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

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

Fonte banca dati aziendale.

Nel 2025 sono stati effettuati 58.720 ricoveri (+1.739 rispetto al 2024; +3,05%) di cui 70% residenti a Bologna (dati in linea con il 2024), 11% residenti in regione (in linea rispetto all'anno precedente) e 14% residente fuori regione.

La quota rilevante di mobilità attiva di pazienti extraprovincia ed extraregione è correlata agli alti livelli della qualità delle cure e alla presenza di funzioni di alta specialità di rilievo nazionale e regionale.

All'interno dell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna sono presenti quasi tutte le discipline specialistiche, fatta eccezione esclusivamente il centro grandi ustionati, la neurochirurgia e il sistema 118. Per quanto riguarda la neurochirurgia pediatrica la Regione Emilia-Romagna ha approvato con DGR n. 2199/2019 la costituzione del Centro Regionale Interaziendale di Neurochirurgia pediatrica che attualmente opera su due sedi integrate (l'IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche dell'Azienda Usl di Bologna e l'IRCCS Azienda

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Ospedaliera Universitaria di Bologna) con l'obiettivo di realizzare una presa in carico precoce del paziente pediatrico attraverso il consolidamento del percorso integrato tra attività chirurgica d'eccellenza all'interno di un contesto pediatrico di alta specializzazione. Anche per le discipline di Neurologia e Neuropsichiatria infantile è attivo un modello integrato di attività fra l'IRCCS ISBN e l'Azienda Ospedaliera per la conduzione in forma unificata delle attività in ambito ospedaliero con l'obiettivo di realizzare una rete clinico-assistenziale integrata in area metropolitana, secondo percorsi di cura, definendo modalità e strumenti di integrazione, sviluppando così sul piano del governo clinico e dell'appropriatezza le attività.

2.2 Organizzazione del Policlinico Sant'Orsola-Malpighi

L'organizzazione aziendale è definita in attuazione della specifica normativa nazionale e regionale di riferimento; in particolare:

- Decreto Legislativo N. 502 del 30 dicembre 1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modifiche ed integrazioni;
- Decreto Legislativo N. 517 del 21 dicembre 1999 "Disciplina dei rapporti fra servizio sanitario nazionale ed Università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419" e successive modifiche ed integrazioni;
- Legge della Regione Emilia-Romagna N. 29 del 23 dicembre 2004 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale" e successive modifiche ed integrazioni;
- Deliberazione della Giunta Regionale N. 318 del 14 febbraio 2005 ad oggetto "Disciplina delle Aziende ospedaliero-universitarie" ai sensi dell'art. 9, comma 6, della L.R. n. 29/2004;
- Deliberazione della Giunta Regionale N. 1207 del 29 luglio 2016 ad oggetto "Protocollo d'intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena e Parma, per la collaborazione in ambito sanitario in attuazione dell'art. 9 della L.R. 23 dicembre 2004 n. 29" e successivo accordo attuativo stipulato tra l'IRCCS AOU di Bologna e l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna (Deliberazione N. 275 del 21/12/2018);
- Decreto Legislativo N. 288 del 16 ottobre 2003, "Riordino della disciplina degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge del 16 gennaio 2003, n.3";
- Decreto Legislativo N. 200 del 23 dicembre 2022 "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico".

All'interno del quadro normativo sopra citato, l'esercizio delle funzioni strategiche di indirizzo politico-amministrativo, la definizione degli obiettivi e dei programmi da attuare, le verifiche circa il raggiungimento degli obiettivi fissati, nonché l'adozione degli atti rientranti nello svolgimento di tali funzioni, spetta alla Direzione Aziendale composta dal Direttore Generale, dal Direttore Scientifico, dal Direttore Sanitario, dal Direttore Assistenziale e dal Direttore Amministrativo.

La Direzione Aziendale opera collegialmente, perseguendo gli indirizzi di politica sanitaria del Ministero della Salute, della Regione e della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Oltre al Direttore Generale e al Direttore Scientifico, sono organi dell'azienda il Consiglio di Indirizzo e Verifica, il Collegio di Direzione e il Collegio sindacale.

Al fine di ottimizzare le funzioni in capo alla direzione strategica 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 e dell'innovazione organizzativa, 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

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'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.

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 dipartimenti interaziendali:

- 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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

- 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.

Complessivamente l'Azienda è coinvolta in numerosi processi di integrazione in particolare con l'Ausl di Bologna: risulta coinvolta in 28 servizi integrati, di questi 9 dell'area della diagnostica e/o di supporto e clinica, 13 di area clinica medica-chirurgica e 6 di area tecnico amministrativa.

Si riporta a seguire l'articolazione organizzativa aziendale, sono contrassegnate (*) le unità operative e i Dipartimenti a valenza interaziendale.

Dipartimenti ad attività integrata	
1	Dipartimento Malattie Cardio-Toraco-Vascolari: UOC Anestesia e Rianimazione CTV, UOC Cardiochirurgia, UOC Cardiochirurgia Pediatrica e dell'Età Evolutiva, UOC Cardiologia, UOC Cardiologia Pediatrica e dell'Età Evolutiva, UOC Chirurgia Toracica (<i>a necessaria direz universitaria- congelata</i>), UOC Chirurgia Vascolare, UOC Medicina Interna Cardiovascolare, UOC Pneumologia e Terapia Intensiva Respiratoria, UOC Pneumologia Interventistica(*), SSD Chirurgia vascolare ed endovascolare nelle patologie tempo dipendenti presso Ospedale Maggiore (*), SSD Angiologia e Malattie della Coagulazione, SSD Aritmologia ed elettrofisiologia interventistica, SSD Insufficienza cardiaca e trapianti, SSD Emodinamica e cardiologia interventistica, Programma dip. Cardio-Pediatria nei reparti pediatrici, SSD servizio di cardioanestesia e rianimazione dell'età neonatale, pediatrica e del congenito adulto.
2	Dipartimento Medico Chirurgico delle Malattie Digestive, Epatiche ed Endocrino Metaboliche: UOC Terapia intensiva polivalente e dei trapianti di organi addominali, UOC Chirurgia del Pancreas ed endocrina, UOC Chirurgia del tratto alimentare e dell'urgenza, UOC Chirurgia epatobiliare e dei trapianti, UOC Endocrinologia, prevenzione e cura del diabete, UOC Gastroenterologia, UOC Medicina interna, UO Medicina interna, malattie epatobiliari e immunoallergologiche, UOC Medicina interna, malattie neurovascolari e epatometaboliche, UOC Medicina interna per il trattamento delle gravi insufficienze d'organo, , UOC Medicina interna e fisiopatologie digestive, - UOC Semeiotica medica, SSD Centro di chirurgia metabolica e dell'obesità (*), SSD Malattie infiammatorie croniche intestinali, , SSD Patologia organica esofago-gastrica, SSD Nutrizione clinica e metabolismo - Centro regionale insufficienza intestinale cronica benigna, Programma dip. Ecografia interventistica diagnostica e terapeutica, Programma dip. Chirurgia addominale nell'insufficienza d'organo terminale e nei pazienti con trapianto d'organo, Programma dip. Chirurgia laparoscopica malattie infiammatorie e neoplastiche del colon-retto.
3	Dipartimento Malattie Nefro-Urologiche: UOC Nefrologia, dialisi e ipertensione, UOC Nefrologia, dialisi e trapianto, UOC Urologia, SSD Andrologia.
4	Dipartimento Malattie del distretto Testa-Collo: UOC Chirurgia Orale e Maxillo-Facciale, UOC Chirurgia Plastica, UOC Dermatologia(*), UOC Oftalmologia, SSD Macula e patologia vitreo retinica, UOC Otorinolaringoiatria e Audiologia, SSD Dermatologia oncologica (*).

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

5	Dipartimento Malattie Oncologiche ed Ematologiche: UOC Chirurgia senologica(*), UOC Ematologia, UOC Fisica sanitaria, UOC Medicina Nucleare (*), UOC Oncologia ginecologica, UOC Oncologia Medica, UOC Radioterapia, SSD Emolinfopatia, SSD Malattie emorragiche congenite, SSD Oncologia Medica, Programma dip. Diagnosi e terapie dei linfomi e delle sindromi linfoproliferative croniche, UOC Trapianto e Terapie cellulari in ematologia.
6	Dipartimento Ospedale della Donna e del Bambino: UOC Anestesiologia e Rianimazione generale e pediatrica, UOC Chirurgia Pediatrica, UOC Genetica medica, UOC Ginecologia e Fisiopatologia della Riproduzione Umana, UOC Neonatologia e Terapia intensiva neonatale, UOC Ostetricia e Medicina dell'Età Prenatale, UOC Pediatria, UOC Oncoematologia pediatrica, SSD Centro laboratoristico regionale di riferimento per lo screening neonatale, SSD Nefrologia e dialisi pediatrica.
7	Dipartimento sperimentale Chirurgie generali e specialistiche oncologiche dell'IRCCS presso Ospedale Maggiore UOC Chirurgia generale A e d'Urgenza, UO Chirurgia Toracica (*), Programma dip. Week surgery AOU presso Budrio.
8	Dipartimento Medico della continuità e dell'Integrazione UOC Geriatria Acuti e Continuità assistenziale, UOC Geriatria Acuti, Ortogeriatria e Centro Disturbi Cognitivi e demenze (CDCD), UOC Medicina fisica e riabilitazione, SSD Governo dei percorsi riabilitativi dall'ospedale al territorio
9	Dipartimento delle Radiologie UOC Radiologia addomino-pelvica diagnostica e interventistica, UOC Radiologia cardio-toraco vascolare, oncoematologica, d'urgenza e dell'età pediatrica, SSD Radiologia del distretto cardiovascolare.
10	Dipartimento interaziendale di Anatomia Patologica-DIAP (*) Strutture AOU: UOC Anatomia e istologia patologica, SSD Trapianto organi solidi, Programma dip. Medicina di Laboratorio, Programma dipartimentale e laboratorio interaziendale di patologia molecolare, Programma Dipartimentale Banca sangue cordonale, tessuti cardiovascolari e parafollicolo, biobanche e banca gameti, Programma dip. Immunogenetica e biologia dei trapianti. Strutture Ausl Bologna: UOC Anatomia patologica (OM), UOC Anatomia e istologia Patologica (OB). Strutture Ausl Imola: UOC Anatomia e istologia patologica.
11	Dipartimento interaziendale per la gestione integrata del rischio infettivo-DIGIRI(*) Strutture AOU: UOC Malattie infettive (*), UOC Medicina del lavoro, UOC Microbiologia (*), UOC Ortopedia e traumatologia, SSD Gestione clinica delle emergenze epidemiologiche, SSD. Farmacologia clinica, SSD Sorveglianza sanitaria. Strutture Ausl Bologna: UO Stewardship antimicrobica. Strutture IOR: SSD Controllo qualità e GMP.
12	Dipartimento dell'emergenza interaziendale - DEI (*) Strutture Ausl Bologna: UOC Rianimazione ed emergenza territoriale Bologna, UOC Governo dei blocchi operatori e anestesia sud, UOC Anestesia, terapia intensiva nord, UOC PS - Emergenza territoriale spoke, UO PS medicina d'urgenza OM, UOC Terapia intensiva OM e HUB maxi emergenze, Programma Centro regionale 118, SSD Terapia del dolore. Strutture AOU: UOC Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, UOC Anestesia polispecialistica e rianimazione, UOC Anestesiologia e Terapia del Dolore (congelata), SSD Coordinamento dei percorsi di cura urgenti del paziente anziano e fragile.
13	Dipartimento Farmaceutico interaziendale – DFI (*) Strutture Ausl Bologna: UOC Assistenza farmaceutica territoriale e vigilanza, UOC Farmacia clinica dei blocchi operatori, UOC Farmacia centralizzata Ospedale Maggiore, Programma dip. Erogazione

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

	diretta farmaci. Strutture AOU: UOC Farmacia clinica produzione e ricerca
Tecnostuttura della Direzione Aziendale	
1	Afferenza prevalente Direzione Generale: UOC Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale, UOC Supporto alla pianificazione strategica, sviluppo organizzativo e formazione, Sistema delle relazioni sindacali, SSD Comunicazione, Ufficio Stampa e URP.
2	Afferenza prevalente al Direttore Sanitario: UOC Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio, UOC Centro Riferimento Trapianti, UOC Direzione Operativa, UOC integrazione dei processi sanitari, governo clinico, qualità e coordinamento staff, SSD Coordinamento operativo attività per la sicurezza delle cure, SSD Igiene Ospedaliera e Prevenzione, SSD Servizio di psicologia clinica ospedaliera, SSD Governo della performance dell'accesso al ricovero e ambulatoriale, SSD Governo della performance chirurgica ed interventistica.
3	Afferenza prevalente al Direttore Assistenziale UOC Governo dell'alta complessità assistenziale, UOC Governo dell'integrazione assistenziale, UOC Governo delle professioni tecniche e riabilitative, SSD Coordinamento staff, programmazione operative e progettualità strategiche dell'area assistenziale, SSD Sviluppo professionale e Implementazione della Ricerca, SSD Governo della logistica e degli appalti sanitari.
4	Afferenza prevalente al Direttore Scientifico UOC Clinical Trial Center, UOC Innovazione, sintesi evidenze e ricerca clinica, Piattaforme della ricerca di base e traslazionale, SS Grant office, SS Supporto amministrativo contabile della ricerca, Workflow della ricerca e Segreteria, SS Segreteria Comitato Etico AVEC.
5	Afferenza prevalente al Direttore amministrativo Dipartimento Giuridico-amministrativo: UO Affari generali e rapporti con l'università, UO Servizio legale e assicurativo, UO Supporto alla gestione dei processi assistenziali dei DAI, SSD Anticorruzione e trasparenza Dipartimento Infrastrutture e acquisti: UO Progettazione sviluppo e investimenti, UO Gestione patrimoniale e sostenibilità, SSD Settore amministrativo area tecnica, UO Acquisti e servizi alberghieri Dipartimento delle tecnologie e dell'informazione: UO Information & Communication Technology, UO Ingegneria clinica, SSD Controllo di gestione, UO Analytics and operations research, SSD Gestione operativa dei processi innovativi

L'Azienda è dotata di un organico di 5.971 unità compresi i ricercatori e i medici universitari, dato in linea con l'anno precedente.

Nel 2025 si rileva una crescita del numero di personale afferente al ruolo di ricerca sanitaria (collaboratori professionali di ricerca e ricercatori sanitari) pari a 89 unità; nel 2024 il volume di teste era pari a 78.

Si rileva una crescita del personale titolare di borse di studio, che passa da 118 unità nel 2024 a 137 unità nel 2025.

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

Si precisa che il numero di unità di personale titolare di contratto di collaborazione coordinata e continuativa è riferito ai componenti del collegio sindacale, componenti del comitato di indirizzo, componenti del comitato etico e componenti del nucleo di valutazione

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

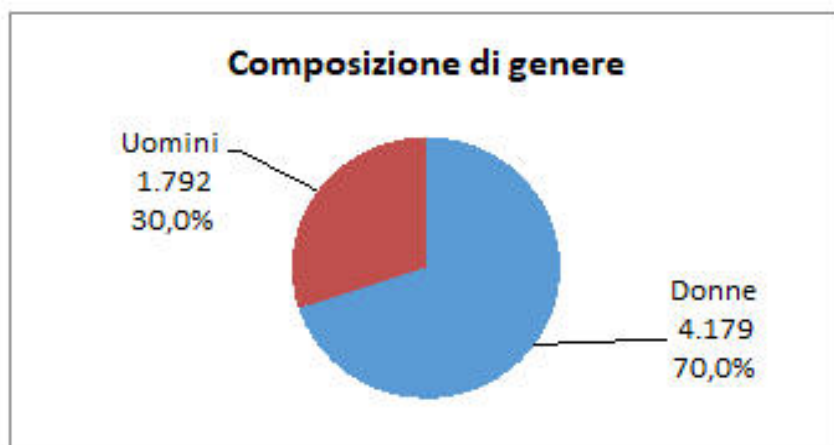
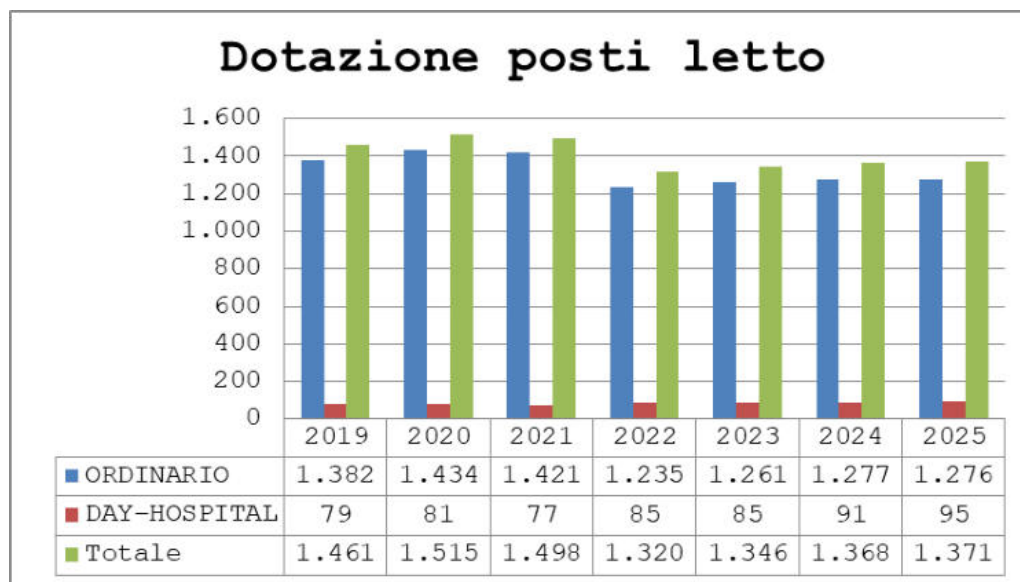


Grafico1: Genere del personale AOU Bologna nell'anno 2025. Fonte dati: Aziendale - Servizio Unico Metropolitano del Personale

2.3 Assistenza Ospedaliera: stato dell'arte

L'Azienda opera mediante un presidio a gestione diretta; i posti letto gestiti nel 2025 sono **1.371 (1.276 DO e 95 DH)** pari al 10,5% della dotazione complessiva di posti letto delle strutture pubbliche presenti a livello regionale. I letti sono articolati nei seguenti setting assistenziali:



Dotazione posti letto al 31.12.2025 anni 2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025

Durante il biennio 2020-2021 l'epidemia COVID-19 ha colpito l'area metropolitana di Bologna rendendo necessaria una profonda rimodulazione organizzativa dei servizi ospedalieri, conseguente alla necessità di rispondere alle esigenze determinate dalla diffusione del virus. La situazione emergenziale ha richiesto a livello regionale e metropolitano il continuo adeguamento dei reparti di terapia intensiva e di garantire idonei livelli di trattamento attraverso un adeguato numero di posti letto da dedicare alla gestione esclusiva del paziente affetto da COVID-19. A seguito di quanto definito nel DL 34/2020, l'Azienda ha partecipato al piano di adeguamento agli standard strutturali di dotazione di posti letto di terapia intensiva, con l'attivazione e la gestione 14 posti letto di Covid Intensive Care per rispondere in maniera più adeguata alle esigenze determinate dall'emergenza COVID-19.

Le condizioni logistiche di alcuni padiglioni hanno inoltre richiesto una riduzione dei posti letto nel perimetro dell'Azienda a seguito degli standard organizzativo-strutturali necessari per la gestione della pandemia (deaffollo), a cui si è aggiunto l'impatto in termini di adeguamento di posti letto conseguente alle aree da cantierare necessario al potenziamento dei lavori per la realizzazione del piano investimenti aziendale.

La dotazione dei posti letto al 31.12.2025 tiene conto della progressiva riduzione dell'impatto della gestione dei pazienti COVID, pur mantenendo 15 PL dedicati.

Il calo del numero dei posti letto dal 2019 al 2025 (-90) è dovuto principalmente a tre fattori:

- l'inevitabile deaffollo con superamento delle stanze a 4/6 posti letto dei reparti collocati nei padiglioni non ristrutturati (discipline di Pneumologia, Oncologia, Nefrologia,

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Urologia) per garantire il rispetto dei requisiti igienico-sanitari;

- la presenza di numerosi cantieri funzionali allo sviluppo del piano degli investimenti edilizi che ha reso necessario la contrazione temporanea di aree di degenza;
- il necessario adeguamento del setting assistenziale, in recepimento degli obiettivi di mandato regionali con downgrade e potenziamento dell'attività di Day Hospital/Day surgery che ha visto la conversione non equivalente del numero di posti letto da degenza ordinaria.

A queste riduzioni si aggiungono la cessione dei posti letto della disciplina di Neuropsichiatria alla AUSL di Bologna mediante la realizzazione di una struttura a valenza interaziendale con capofila Ausl Bologna e la chiusura del reparto in ALP.

Si precisa che, a seguito della progressiva fine dei lavori nelle aree di cantiere e della conseguente attivazione delle nuove aree di degenza, il numero dei posti letto tornerà gradualmente ai valori del 2019, che rappresentano l'assetto accreditato.

3. L'attività del periodo

3.1.1 Assistenza Ospedaliera: dati di attività dell'esercizio

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:

- 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;
- l'attività a favore di pazienti residenti nelle altre province (mobilità attiva infraregionale);
- 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%) correlato sostanzialmente 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 biennio 2024-2025.

Si precisa che 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 invece 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.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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

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

Fonte banca dataziendale

Il confronto del 2025 con l'anno precedente evidenzia per provenienza dei pazienti:

- Ausl Bologna: i ricoveri sono in incremento (+1.483), con una valorizzazione economica in aumento di 3,686 milioni di € (+2,11%);
- Ausl Imola: i ricoveri sono in incremento per il numero dei dimessi (+68) con un lieve decremento della valorizzazione economica pari a -443mila € (-3,76%);
- Infraregione: relativamente all'attività per pazienti della regione Emilia-Romagna si registra un incremento dei ricoveri (+31 dimessi) correlato ad un incremento della valorizzazione dell'attività di +1,821 milioni di € (+3,84%);
- Extraregione: si registra un incremento anche della mobilità extraregionale +121 casi (+1,49%) ed un contestuale incremento della valorizzazione economica pari a +870ila euro (+1,68%).

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

	2023	2024	2025
	Ammessi	Ammessi	Ammessi
programmato	34.984	36.098	36.464
urgenza	20.318	20.941	22.211
TOTALE	55.302	57.039	58.675

Var. 25/24	
Δ Ammessi	Var %
366	1,0%
1.270	6,1%
1.636	2,9%

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
TOTALE	55.317	56.981	58.720

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

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, urologia e

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

ginecologia.

Il monitoraggio dell'andamento delle attività per **linea di produzione** evidenzia il potenziamento dell'attività nell'ambito della 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
Primo 80 % dell'Importo	36.965	221.700	38.340	228.356	37.909	233.464
Totale	56.030	281.770	56.981	285.914	58.720	292.112

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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Dipartimento	2023			2024			2025		
	Dimessi	Importo	Peso medio	Dimessi	Importo	Peso medio	Dimessi	Importo	Peso medio
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
Somma:	55.317	277.124	1,43	56.981	285.914	1,40	58.720	292.112	1,39

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.

Specialistica ambulatoriale

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

L'incremento è legato al fatto che, in coerenza con il quadro normativo nazionale e regionale (DGR 603/2019 e DGR n.620/2024), le progettualità relative alla specialistica ambulatoriale per l'anno 2025 hanno riguardato, in particolare, il rafforzamento dell'accessibilità e garanzia dei tempi di attesa, l'incremento dell'appropriatezza prescrittiva, organizzativa ed erogativa e, infine, il potenziamento della rete dei servizi metropolitani nell'ottica della prossimità delle cure.

Dal 2025 ha effetto il nuovo nomenclatore tariffario per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica che è entrato in vigore il 30 dicembre 2024 (DM 25.11.2024 - DGR 2278/2024).

Si rileva l'incremento di prestazioni e di valorizzazione economica in particolare per:

- Prime visite e visite di controllo (+22mila prestazioni; +1,076 milioni di euro)
- Prestazioni diagnostiche (+5mila prestazioni; +407mila euro) in particolare Tac, ecografie e risonanze magnetiche.
- Prestazioni terapeutiche (+13mila prestazioni; +4,326 milioni di euro) in particolare radioterapia e chemioterapia.

Il decremento dell'attività di laboratorio (-206mila prestazioni; +68mila euro) è legato al cambio nomenclatore in particolare analisi di ematologia, microbiologia/virologia e genetica/citogenetica.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

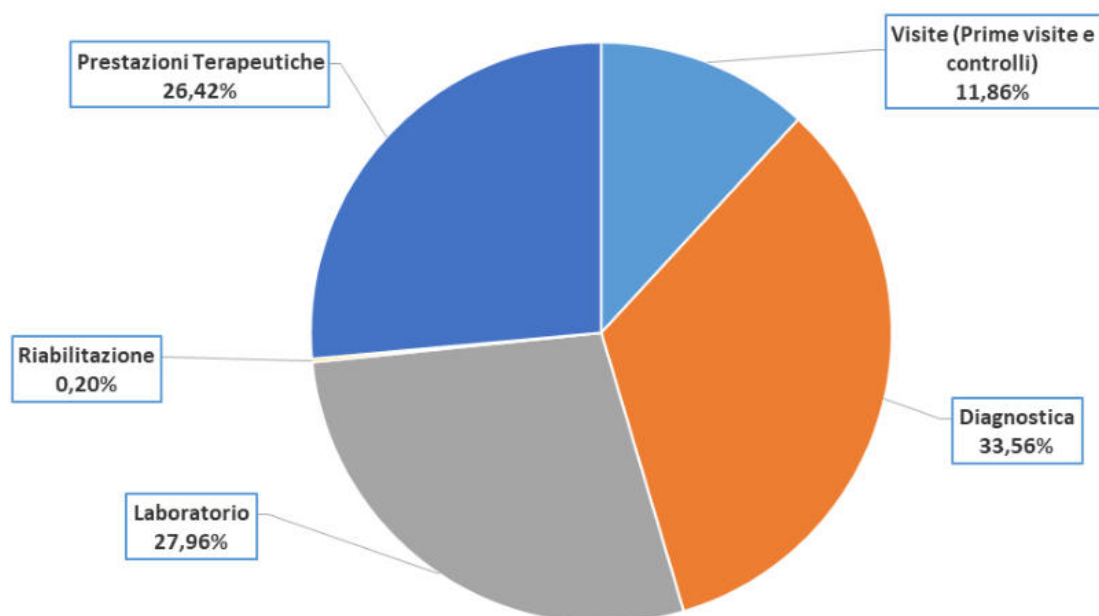
RAGGRUPPAMENTO DELLE PRESTAZIONI		2023	2024	2025	diff ASS. 2025-2024	% diff 2025-2024
Visite (Prime visite e controlli)	N° prestazioni	529.607	567.887	589.836	21.949	4%
	Valorizzazione	11.705.695	12.616.909	13.693.407	1.076.498	9%
Diagnostica	N° prestazioni	399.559	422.804	427.752	4.948	1%
	Valorizzazione	36.703.623	38.326.806	38.733.822	407.016	1%
Laboratorio	N° prestazioni	2.939.908	3.312.465	3.106.664	-205.801	-6%
	Valorizzazione	29.072.173	32.205.287	32.274.032	68.745	0%
Riabilitazione	N° prestazioni	8.383	8.789	10.677	1.888	21%
	Valorizzazione	118.360	131.173	227.980	96.807	74%
Prestazioni Terapeutiche	N° prestazioni	239.898	243.828	256.478	12.650	5%
	Valorizzazione	22.437.100	26.175.475	30.501.568	4.326.092	17%
TOTALE COMPLESSIVO	N° prestazioni	4.117.355	4.555.773	4.391.407	-164.366	-4%
	Valorizzazione	100.036.952	109.455.651	115.430.809	5.975.159	5,46%

Attività specialistica ambulatoriale per pazienti ambulatoriali al lordo del ticket anno 2023-2024-2025

Fonte dati: banca dati aziendale prestazioni ambulatoriali (ASA) comprensiva di specialistica, dialisi e pronto soccorso

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Valorizzazione economica prestazioni ambulatoriali 2025

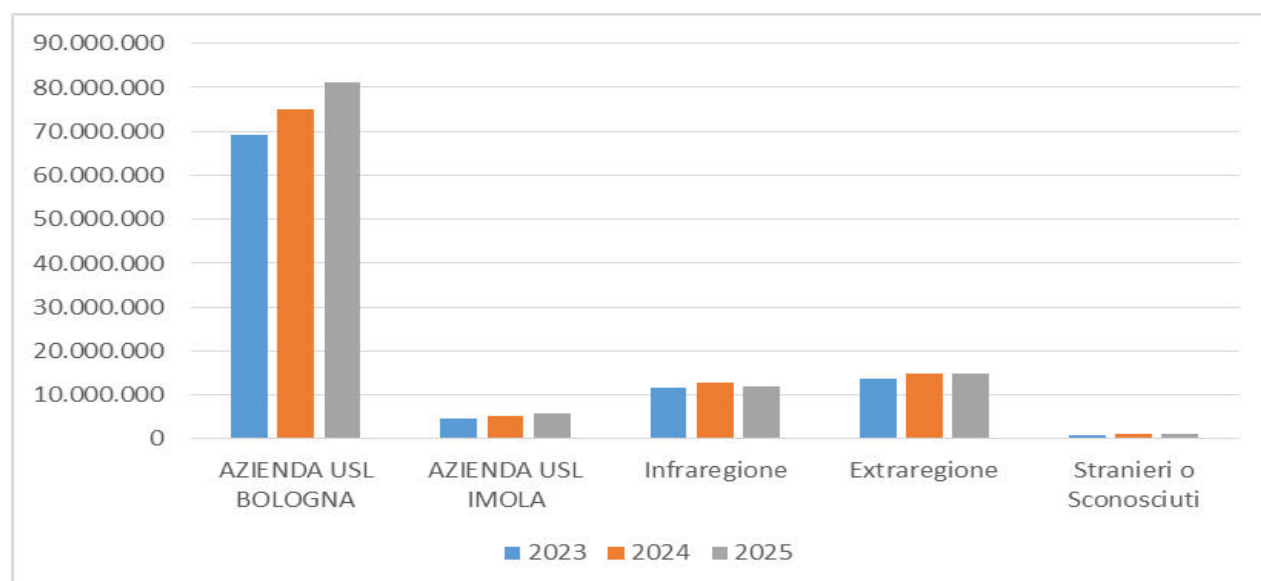


Composizione % della valorizzazione economica delle prestazioni ambulatoriali anno 2025.

Fonte dati: banca dati aziendale prestazioni di specialistica ambulatoriale anno 2025 (ASA) comprensiva di specialistica, dialisi e pronto soccorso

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

- l'attività per assistiti della provincia di Bologna rappresenta il 70,5% della valorizzazione complessiva, in incremento rispetto all'anno precedente di +1,8%;
- l'attività per pazienti assistiti da altre Ausl della Regione è il 15,6% e per pazienti extraregione il 13%, in leggero decremento rispetto al 2024.



Composizione % della provenienza dei pazienti che hanno effettuato prestazioni ambulatoriali anno 2025. Fonte dati: banca dati aziendale prestazioni di specialistica ambulatoriale anno 2025 (ASA) comprensiva di specialistica, dialisi e pronto soccorso

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Pronto soccorso

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 %
Totale	138.739	13,8 %	136.382	14,5 %	137.410	14,7 %

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

Ammissione	2023		2024		2025	
	Casi	%	Casi	%	Casi	%
BIANCO	45.515	32,8 %	42.604	31,2 %	38.320	27,9 %
VERDE	50.296	36,3 %	47.165	34,6 %	49.354	35,9 %
AZZURRO	22.724	16,4 %	24.617	18,1 %	28.963	21,1 %
ARANCIONE	17.607	12,7 %	19.261	14,1 %	18.136	13,2 %
ROSSO	2.597	1,9 %	2.735	2,0 %	2.637	1,9 %
Totale	138.739		136.382		137.410	

Accessi in pronto soccorso anno 2023-2024-2025 suddivisi per codice colore. Fonte: Banca dati Pronto soccorso

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Fasce età	2023		2024		2025	
	Casi	%	Casi	%	Casi	%
<=18	27.553	19,9 %	27.043	19,8 %	26.221	19,1 %
19-30	19.631	14,1 %	18.913	13,9 %	19.191	14,0 %
31-40	17.883	12,9 %	17.147	12,6 %	16.912	12,3 %
41-50	14.986	10,8 %	14.007	10,3 %	13.694	10,0 %
51-60	15.393	11,1 %	15.085	11,1 %	15.484	11,3 %
61-70	12.750	9,2 %	13.214	9,7 %	14.229	10,4 %
71-75	6.555	4,7 %	6.443	4,7 %	6.714	4,9 %
76-80	7.019	5,1 %	7.364	5,4 %	7.439	5,4 %
81-85	7.615	5,5 %	7.596	5,6 %	7.439	5,4 %
86-90	5.749	4,1 %	5.800	4,3 %	6.277	4,6 %
91-95	2.804	2,0 %	2.973	2,2 %	2.995	2,2 %
96-100	730	0,5 %	719	0,5 %	726	0,5 %
>100	71	0,1 %	78	0,1 %	89	0,1 %
Totale	138.739		136.382		137.410	

Accessi in pronto soccorso anno 2023-2024-2025 suddivisi per fascia di età. Fonte: Banca dati Pronto Soccorso

3.1.2 Le funzioni di rilievo regionale

Si rappresenta a seguire la rendicontazione della gestione dei progetti e funzioni sovraziendali individuati dalla Regione e per i quali in molti casi è stato assegnato un finanziamento a funzione (Delibera Giunta Regionale 1541 del 29/09/2025).

In funzione della sempre crescente complessità dell'attività svolta all'interno del Policlinico, l'Azienda ha avviato un'analisi delle funzioni attualmente finanziate e una proposta di aggiornamento del finanziamento secondo un nuovo modello di rilevazione di attività e relativi costi.

Attività di cardiocirurgia e cardiologia interventistica per l'età adulta e pediatrica

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna è unico riferimento regionale (HUB) per le funzioni di cardiocirurgia e cardiologia interventistica per l'età adulta e pediatrica, nonché per l'attività di trapianto di cuore. In continuità con gli anni precedenti (dal 2007) viene riconosciuto un finanziamento di 3,750 mln €.

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 BO è sede di riferimento a livello regionale e nazionale:

- cardiologia e cardiocirurgia adulti;
- cardiologia e cardiocirurgia pediatrica;
- anestesia e rianimazione;
- chirurgia vascolare
- chirurgia 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 moderni 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 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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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
Totale	12	14	22	18	25

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 cardiochirurgia 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
Mitralclip (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
Tricuspidale (35.27 e 37.22)	0	-	1	19.240	0	-
Totale	412	7.674.798	482	8.264.897	411	7.746.277

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, ad opera di componentidell'équipe "HEART TEAM" del Polo Cardio-Toraco-Vascolare, eseguita presso il centro HUB presso l'Azienda Ospedaliera, per accrescere competenze e abilità tecniche necessarie per l'esecuzione delle procedure interventistiche del personale medico cardiologo dei centri Spoke per le strutture dedicate (U.O Cardiologia Ospedale Maggiore - AUSL Bologna e U.O di Cardiologia di Ferrara). I Centri Spoke sono inoltre partiti a giugno 2023 con un progetto ministeriale, approvato dal CE AVEC, per esecuzione delle TAVI presso le proprie sale di emodinamica.

Progetto ECMO

Il protocollo ECMO integra nel territorio metropolitano l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria e l'Ausl di Bologna nel trattamento dell'arresto cardiaco intra ed extra ospedaliero. Il progetto si pone l'obiettivo di introdurre l'uso dell'ECMO nella rianimazione

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

cardiopulmonare dell'arresto cardiaco.

È stato stipulato un protocollo fra le 2 Aziende per lo svolgimento dell'attività che prevede per la dirigenza la copertura di un posto di anestesista. Tale assunzione definita nel piano triennale dei fabbisogni 2019-2021 e, a seguito dell'autorizzazione regionale pervenuta, è stata effettuata nel corso del 2020. Sono inoltre state assunte le 3 unità di personale tecnico perfusionista previste nel progetto.

E' attivo lo sviluppo del programma con una procedura di donazione a cuore fermo (DCD) e sono stati avviati i lavori di un gruppo di professionisti delle 2 aziende di Bologna (IRCCS e AUSL) per formalizzare alla Regione la procedura interaziendale di percorso di donazione a cuore fermo controllata (categoria III di Maastricht).

Nel 2025 sono stati eseguiti 8 trapianti di cuore con procedure di donazione DCD.

Sindrome di Marfan

La diagnosi ed il trattamento della sindrome di Marfan (MFS) in Emilia-Romagna sono assicurati da una rete Hub & Spokes. Il centro direzionale Hub è identificato nell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, punto di coordinamento delle attività diagnostiche e terapeutiche. Sono stati organizzati dei centri spokes (strutture satelliti) presso le cardiologie delle Aziende USL di Piacenza, Reggio Emilia, Imola e delle Azienda Ospedaliere di Parma, Modena e Ferrara.

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

PROVENIENZA	TOTALE PAZIENTI	INC. %
Altre Regioni (compreso estero)	191	40%
Regione Emilia-Romagna	326	60%
Totale	517	100%

Fonte: Centro Marfan

Si indica l'evoluzione delle prestazioni ambulatoriali eseguite presso il Centro Marfan dal 2022 al 2025:

SEDE	VISITE SPECIALISTICHE	2022	2023	2024	2025
CENTRO MARFAN	RIVALUTAZIONE; INQUADRAMENTO; ECOC;	355	360	354	321
	TC AORTA; RM AORTA				
	RELAZIONE; ECOTRANSESOFOGEO; ECG; CERTIFICATO; COLLOQUIO TELEFONICO				
	CONSULENZA				
RADIOLOGIA	RM AORTA; RM AO+RM RACH;TC AORTA;CORONAROTC;RM DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO; ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI;	128	165	129	135
	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				

Fonte: Centro Marfan

Si precisa che con DRG 1966/2006 è stato individuato come centro HUB l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e che dall'anno 2011 viene riconosciuto un finanziamento pari a 170.000 euro.

Anche per l'anno 2025 l'assegnazione è pari a 170.000 € ed è finalizzata alla copertura dei costi di funzionamento del centro.

Screening neonatale

Il programma di Screening Neonatale per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie o per la diagnosi precoce di alcune patologie congenite attuato in Regione Emilia-Romagna riguarda i neonati della Regione Emilia-Romagna e della Repubblica di S. Marino.

Tale programma è attuato attraverso il Centro Regionale di Riferimento Laboratoristico e i Centri clinici, che operano in stretta sinergia.

I Centri clinici per la presa in carico dei pazienti con malattie oggetto di screening neonatale sono i seguenti:

- Centro clinico per le malattie metaboliche ereditarie, situato presso l'IRCCS Aziendale Ospedaliero-Universitaria di Bologna (AOU BO);
- 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;
- Centro clinico per le malattie metaboliche ereditarie - U.O. Pediatria e Neonatologia situato presso l'Ospedale Guglielmo da Saliceto, Azienda USL di Piacenza;
- Centri Hub Regionali per la Fibrosi Cistica: SSD Fibrosi cistica e pneumologia pediatrica Ospedale Maggiore l'AOU di Parma; e Centro Fibrosi Cistica, Ospedale Bufalini di Cesena, Azienda USL della Romagna.

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 includendo le malattie metaboliche da sottoporre a screening secondo quanto in esso riportato.

Nel 2023 il laboratorio ha sottoposto alla regione Emilia-Romagna un progetto di ulteriore ampliamento del programma di Screening neonatale e con la Delibera 1441/2024 la Regione ha definito le patologie da includere nel programma. In accordo alla suddetta Delibera, il Laboratorio del Policlinico di Sant'Orsola ha introdotto, per tutti i nati della Regione Emilia-Romagna e Repubblica di San Marino, dal 01 luglio 2024 lo screening della SMA, e dal 30 marzo 2025 lo screening per le patologie AADC, X-ALD e per gli errori congeniti dell'immunità (SCID/XLA). Inoltre, per garantire la presa in carico e il percorso diagnostico/terapeutico dei neonati risultati positivi allo screening di queste patologie, sono stati identificati i relativi Centri clinici e definiti i percorsi diagnostici.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Nel 2025, inoltre, il laboratorio è stato attivamente coinvolto nella stesura di un nuovo progetto per un ulteriore ampliamento del programma di screening neonatale ad alcune patologie da accumulo lisosomiale (Malattia di Gaucher; Malattia di Fabry; Malattia di Pompe; Mucopolisaccaridosi di tipo I (MPSI), che è stato sottoposto alla Regione Emilia-Romagna e che inizierà il proprio sviluppo nell'arco dell'anno 2026.

Il laboratorio è coinvolto in attività di formazione universitaria, e in particolare accoglie in Tirocinio Curriculare gli studenti del Corso di Laurea in Tecniche di Laboratorio Biomedico - Sezione formativa di Bologna, dell'Alma Mater Studiorum Università di Bologna.

Il laboratorio è parte attiva all'interno della Società Italiana per le Malattie Metaboliche Ereditarie e dello Screening Neonatale (SIMMESN). Come membro del gruppo intersocietario SIMMESN-SIBIOC, dal 2025 sta contribuendo al progetto di uniformare il sistema di refertazione dei risultati di screening neonatale.

Il laboratorio ha partecipato al progetto "Preparazione documento sugli indicatori di qualità del programma di Screening Neonatale Italiano" presentato dai Gruppi Tecnici (GT) Screening Neonatale e Controllo di Qualità della società SIMMESN, che proponeva uno studio sulla identificazione e valutazione degli indicatori di qualità dei programmi di screening neonatale. La raccolta di tali indicatori, iniziata nel 2024 e avente come oggetto i risultati dei programmi di screening del 2023, prosegue tutt'oggi. I dati raccolti sono utili per evidenziare, oltre all'elevato livello di qualità con il quale lo screening neonatale viene effettuato in Italia, anche alcune criticità, favorendo il miglioramento continuo al fine di raggiungere in tutte le Regioni elevati standard di qualità e una uniformità di prestazioni.

Il laboratorio fa parte del Tavolo Tecnico dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) – Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP) - SIMMESN per "l'armonizzazione delle procedure di Screening Neonatale per l'Ipotiroidismo Congenito (IC) in Italia".

Il laboratorio, in collaborazione con i centri clinici, ha promosso l'aggiornamento dell'informativa sullo Screening neonatale per l'inclusione e la descrizione delle nuove patologie introdotte da Delibera 1441/2024: tale opuscolo informativo è distribuito dalla Regione Emilia-Romagna a tutti i punti nascita ed è un elemento fondamentale per la corretta informazione dei genitori/tutori legali dei neonati sul programma di screening neonatale.

Tutto il Sistema Screening lavora in sinergia affinché il sospetto diagnostico venga eseguito il più precocemente possibile in modo tale che il neonato sia preso in carico dal Centro Clinico di Riferimento Regionale precocemente per la conferma diagnostica e l'appropriata terapia.

L'informazione e la formazione che svolge il Laboratorio e la collaborazione con tutti gli operatori sanitari coinvolti nel percorso Screening Neonatale insieme alla massima organizzazione ed informatizzazione di tutto il percorso screening sono condizioni indispensabili per la precocità della presa in carico del neonato potenzialmente affetto, della conferma diagnostica e della terapia appropriata. Il Sistema Screening Neonatale accompagna il neonato e la famiglia lungo il percorso screening da prima del prelievo alla eventuale diagnosi, terapia e follow-up con coinvolgimento del Pediatra di libera scelta e se necessario di altre strutture sanitarie.

La DGR n.1541 del 29/09/2025, in continuità con gli anni precedenti, assegna un finanziamento complessivo di 2.700.000€. Tali contributi sono stati utilizzati per il funzionamento del centro screening neonatale (laboratorio e centro clinico), in particolare per costo del personale e service sanitari.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Il numero dei neonati per l'anno 2025 è pari a 27.096 (Fonte: Banca dati Regione Emilia-Romagna – Flusso CEDAP).

Indicatori	Target 2025	Risultato 2025
IND1050 - % neonati sottoposti a screening per le malattie endocrine e metaboliche	100%	100%
DES0048 - Inserimento nel panel dello screening delle SMA e delle Immunodeficienze	100%	100%

Malattie Rare Pediatriche

Le malattie rare pediatriche (MR), per la loro bassa prevalenza e per la loro specificità, richiedono un approccio globale multidisciplinare e percorsi diagnostico- terapeutici molto complessi.

Le malattie rare pediatriche (MR), per la loro bassa prevalenza e per la loro specificità, richiedono un approccio globale multidisciplinare e percorsi diagnostico- terapeutici molto complessi.

Il centro hub per le Malattie Rare Pediatriche Emilia-Romagna è attualmente identificato nella SS Malattie Rare Congenito-Malformative afferente alla UO Pediatria 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 costituita dai numerosi specialisti, con livelli di alta specializzazione, presenti nell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, nella Azienda USL di Bologna e nell'IRCCS IOR. 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
2021	2058	251 e 1808 controlli
2022	2094	242 e 1852 controlli
2023	2158	258 e 1900 controlli
2024	2315	318 e 1997 controlli
2025	2118	241 e 1877 controlli

Fonte: Centro Malattie Rare Pediatriche

Sono stati implementati i 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";

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

- percorso di “transizione dei pazienti con sindrome di Klinefelter in età adulta”;
- percorso di “transizione dei pazienti con sindrome di Prader-Willi in età adulta”;
- nel 2023 è stata transitata anche una paziente con Sindrome di Alagille.
- Nel 2024 è stata transitata una paziente con Sindrome di Bardet Biedl alla U.O. di Endocrinologia, prevenzione e cura del diabete dell'IRCCS AOUBO.
- Nel 2025 è stato inoltre attivato un servizio di televisita disponibile il mercoledì pomeriggio per i pazienti in carico c/o il nostro centro che possano essere gestiti a distanza e che necessitino di aggiustamenti terapeutici.

Il finanziamento assegnato al Centro HUB per la rete di assistenza ai pazienti affetti da Malattie rare in età evolutiva per l'anno 2025, in continuità con quanto assegnato dal 2015 ad oggi, è stato pari a 770.000 €, finalizzato alla copertura dei costi di funzionamento del centro.

Centro regionale interaziendale per l'attività 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'equipe 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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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
EXTRA - RER	8	11	27	32	38	45
RER - BOLOGNA	25	33	29	64	93	107
RER - EXTRA BOLOGNA	59	112	95	123	179	193
Totale complessivo	92	156	151	219	310	345

Tabella 2 - Numeri interventi: trend 2020-2025

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

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 necessitano 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 interaziendale per le Neurofibromatosi NF1

Centro HUB interaziendale per le Neurofibromatosi NF1 PEDIATRICO

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 prescriverlo 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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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

Il Centro Regionale di Nefrologia Pediatrica, nato come Struttura Semplice di Nefrologia Pediatrica, trasformata nel 2012 in Programma di Nefrologia e nel 2024 in SSD "Nefrologia e dialisi pediatrica", persegue i seguenti obiettivi:

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

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

Complessivamente dall'avvio dell'attività nel 2010, sono stati 50 i ragazzi seguiti e studiati presso il nostro Centro, che sono stati sottoposti a trapianto renale: 16 di loro hanno eseguito il trapianto presso il Policlinico di Sant'Orsola (9 da vivente e 6 da cadavere); mentre altri 34 pazienti sono stati trapiantati in altri Centri fuori Regione.

Nel 2025 sono stati eseguiti 8 trapianti renali a pazienti seguiti dal Centro: 1 a Bologna da vivente, 2 a Milano da lista, 3 a Padova, 1 a Roma ed 1 a Genova.

Sempre nel 2025, 5 pazienti sono entrati in lista trapianto a Milano (di 5, 10, 14, 16, 18 anni), mentre 2 stanno eseguendo l'immissione in lista trapianto (5 e 16 anni) a Milano e Bologna.

Nell'anno appena trascorso 19 pazienti pediatriche erano in follow-up attivo post trapianto, mentre uno è stato transitato alla Nefrologia dell'Adulto.

Uguualmente sono stati seguiti presso il Centro, ambulatorialmente o come ricoverati, circa 100 pazienti pediatriche con Malattia Renale Cronica (MRC): 20 pazienti sono 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.

Sono stati gestiti nel 2025 come ricoveri o come consulenti (in Rianimazione e Terapia intensiva neonatale) circa una ventina di pazienti con insufficienza renale acuta (alcuni dei quali

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

sottoposti a CVVH o dialisi peritoneale) per MOF, glomerulopatie acute, Sindrome Emolitico Uremica (2), etc.

Nel 2025 sono state eseguite 24 biopsie renali a bambini e ragazzi che provengono dalla Regione Emilia-Romagna e dalla Regione Marche.

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

Il finanziamento attribuito dalla Delibera, pari ad € 500.000, viene utilizzato a copertura dei costi di funzionamento dell'attività altamente specializzata sopra descritta.

Centro per le 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 31/12/2024). Il Centro ha garantito l'attività assistenziale ordinaria e in urgenza senza soluzione di continuità 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 Laboratorio Unico Metropolitano 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 sono stati attivati vari percorsi sia con Unità Operative dell'AOU (Genetica Medica, Ginecologia e fisiopatologia della riproduzione umana, Ostetricia e medicina dell'età prenatale, psicologia clinica ospedaliera) sia con altri Ospedali come lo IOR.

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 di funzionamento del centro. L'importo di tale contributo è rimasto invariato dall'anno 2019.

Tipizzazione trapianto di midollo

Il centro regionale per l'attività di tipizzazione dei donatori di midollo osseo è finanziato con la DGR 1541 del 29/09/2025 con uno stanziamento di € 1.240.000, in continuità con gli anni

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

precedenti. Si precisa che l'importo di tale finanziamento è rimasto invariato a partire dall'anno 2020.

Nel 2025 l'attività di iscrizione dei donatori di cellule staminali emopoietiche (CSE) al registro italiano IBMDR (Italian Bone Marrow Donor Registry), principalmente grazie ad eventi outdoor di sensibilizzazione e reclutamento realizzati con la collaborazione di ADMO (Associazione Donatori Midollo Osseo), ha confermato i risultati degli anni precedenti: il 2025 si è concluso con l'iscrizione di 6382 nuovi donatori (Tabella 1).

ANNO	NUOVI ISCRITTI
2019	10377
2020	4662
2021	2513
2022	4905
2023	6489
2024	6719
2025	6382

Tabella 1. N. nuovi donatori iscritti della Regione Emilia-Romagna.

Nella tabella 2 sono riportati i donatori iscritti attivi della nostra Regione, al 31/12/2025, suddivisi per Centro Donatori di appartenenza (+8% rispetto al 2025).

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

Tabella 2. N. donatori iscritti attivi della Regione Emilia-Romagna, ripartiti per Centro Donatori.

La numerosità del Registro Regionale (Tabella 2) si abbina alla qualità dei suoi iscritti in termini di giovane età e di risoluzione della tipizzazione HLA, elementi di grande interesse per i Centri Trapianto italiani ed esteri e lo dimostrano le prime donazioni di cellule staminali emopoietiche (CSE) che sono state eseguite in Regione nel 2025: il 90%% delle richieste di donazione ha riguardato donatori di età inferiore a 35 anni.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

TABELLA 3								
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
TOTALE DONAZIONI	13	8	19	4	6	6	19	75

Tabella 3. N. donazioni di CSE suddivise per Centro Donatori, sorgente di CSE e tipologia di donazione

Nella tabella 3 sono riportate le donazioni di cellule staminali da donatore volontario 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 mai raggiunti dai CD della Regione. 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).

Inoltre, l'UO di Immunogenetica ha gestito anche le seguenti attività del Registro IBMDR:

- 72 invii di campioni biologici (+11% rispetto 2024) ad altrettanti Centri Trapianto italiani ed esteri per la valutazione del grado di compatibilità tra i pazienti ed i potenziali donatori (Test di Conferma Finale), 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.

Il laboratorio svolge anche attività e consulenza immunogenetica (tipizzazione HLA di classe I e II con tecnologia Luminex e sequenziamento NGS) 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), per i pazienti ematologici ed i potenziali donatori afferenti UUOO di Ematologia della Regione ed ai Centri Trapianto del Policlinico S. Orsola (Programma Dipartimentale Terapie cellulari avanzate e Programma Trapianto Singolo IRCCS) e del Policlinico di Modena. Nella tabella 4 sono riportati i trapianti allogenici di CSE eseguiti dai Centri Trapianto di cui il Laboratorio è riferimento.

TABELLA 4															
	TMO da familiare identico			TMO familiare aploidentico			TMO MUD			TMO da cordone			Totale		
Centro Trapianti	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025
UO Terapie Cellulari Avanzate (BO01)	3	6	6	8	6	7	49	45	43	0	1	0	60	58	56

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

TABELLA 4															
	TMO da familiare identico			TMO familiare aploidentico			TMO MUD			TMO da cordone			Totale		
Oncoematologia Pediatrica (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	9	8	14	23
TOTALE													80	91	89

La spesa sostenuta nel 2025 per il solo acquisto di service sanitari e di laboratorio per l'attività è stata pari ad € 1.941.638.

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

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 infiammatorie croniche intestinali - MICI (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), tramite la strutturazione e la definizione di specifici percorsi di cura. Tali percorsi sono sviluppati in un'ottica di rete integrata tra le strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere presenti sul territorio bolognese, nonché mediante collaborazioni con centri regionali ed extra-regionali. Tale attività prevede inoltre la stretta collaborazione con la Reumatologia e con il centro pediatrico per la diagnosi e il trattamento delle MICI nell'ambito del servizio di Pediatria, entrambi con sede presso l'Ospedale Maggiore (AUSL di Bologna).

Nel corso del 2025 l'attività ambulatoriale si è ulteriormente consolidata grazie al lavoro multidisciplinare dei professionisti coinvolti. Questo approccio favorisce l'integrazione tra le diverse competenze necessarie nei percorsi di cura dei pazienti, che richiedono spesso competenze medico-chirurgiche altamente specialistiche

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 delle scelte terapeutiche di ambito medico e chirurgico al fine di garantire protocolli di cura standardizzati, in particolar modo per la casistica complessa.

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 e di una annessa App inserita nel progetto di ricerca DARE (Digital lifelong prevention) finanziato dal

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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 posta all'interno del centro, con particolare esperienza nella ecografia delle anse intestinali, potenziando l'utilizzo di tale metodica nella gestione dei pazienti.

La ricognizione delle attività svolte da parte del Centro di Riferimento MICI evidenzia, anche per il 2025, la presa in carico di volumi importanti di pazienti leggermente in incremento rispetto al 2025, soprattutto nel setting ambulatoriale.

Attività di ricovero in regime DO e DH

I dati di attività, provenienti dalla banca dati SDO aziendale, sono sintetizzati nelle tabelle sottostanti e prendono in analisi tutti i pazienti dimessi dal centro MICI, nell'anno 2025, divisi per patologia (morbo di Crohn 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 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. Dei pazienti provenienti da extra-regione, le regioni prevalenti risultano essere Marche, Puglia e Sicilia.

DONNE		UOMINI	
Morbo di Crohn	Totale	Morbo di Crohn	Totale
2025	299	2025	383
Numero di casi dimessi da area chirurgica	191	Numero di casi dimessi da area chirurgica	237
Numero di casi dimessi da area medica	108	Numero di casi dimessi da area medica	146
Totale complessivo	612	Totale complessivo	812
Rettocolite ulcerosa	Totale	Rettocolite ulcerosa	Totale
2025	149	2025	192
Numero di casi dimessi da area chirurgica	74	Numero di casi dimessi da area chirurgica	100
Numero di casi dimessi da area medica	75	Numero di casi dimessi da area medica	92
Totale complessivo	353	Totale complessivo	396

Tabella 2. Attività di ricovero in regime ordinario e day hospital, anno 2025.

Attività ambulatoriale

Considerando l'attività ambulatoriale del centro nel 2025 (tabella 3), questa risulta complessivamente in incremento rispetto al 2024 con un aumento totale di 8 punti percentuali. In particolar modo è aumentata l'attività delle visite di controllo per un totale di 13.683 visite nel 2025.

Presso il Centro MICI viene effettuata inoltre terapia infusoriale con farmaci biologici per pazienti di età superiore a 18 anni, con un numero di pazienti presi in carico 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
U.E. AMB. MAL. INF.CRON.INTESTINO	TOTALE	TOTALE
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
TOT.	24.097	26.069
U.E. AMB. COMUNE MICI-CHIR.GENERALE		
PRIMA VISITA	245	193
VISITA DI CONTROLLO	1888	2061
TOT.	2.148	2.254
U.E. ENDOSCOPIA		
COLONSCOPIA	3089	2953
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	207	190
ENTEROSCOPIA CON MICROCAMERA	134	139
TOT.	3.430	3.282
TOTALE	29.675	31.605

Tabella 3. Attività ambulatoriale 2024-2025.

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).

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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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

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.

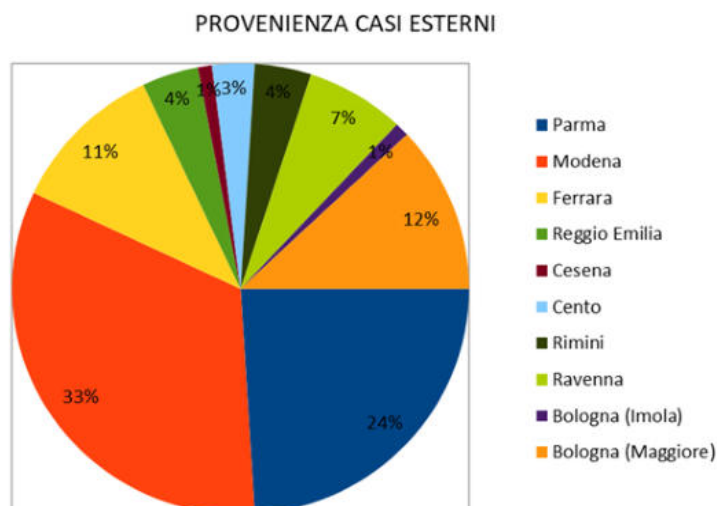


Grafico 1. Provenienza casista anni 2022-2025

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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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 Trentatré" 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 Chiamilla).

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 chirurgia 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 AUOBO sono stati 153. Gli interventi eseguiti per neoplasie ovariche nel 2025 presso IRCCS AUOBO sono stati 239 (+41

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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
Totale	259	285	280

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
Tumori ovarici secondari	4	3	7
Totale	159	165	153

Dati: UOC Ginecologia Oncologica e DWH Aziendale

La delibera di finanziamento regionale (DGR 1541/2025) stanZIA 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;

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

- 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

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

	2024	2025
Interventi Endometriosi totali	377 procedure complessive	333 procedure complessive
Endometriosi profonda	178 procedure complessive	144 procedure complessive

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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 Hub medico e chirurgico per i 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). A tal fine la Regione assegna un finanziamento di 150.000 euro al centro, tale contributo è stato riconosciuto 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, nel 2025 è il seguente: 195 nuovi pazienti in sede + 50 pazienti gestiti in teleconsulenza (incidenza) e 798 pazienti in carico totali (prevalenza). Anche nel 2025 quindi si è realizzata l'attività di consulto a distanza mantenendo il paziente in carico al centro spoke;

<i>GIST e sarcomi viscerali</i>	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
Totale pazienti in carico	544	560	706	790	972	835	798
Nuovi pazienti/anno	110	126	178	134	152	172 + 63 consulenze per pazienti in via telematica	195 + 50 consulenza per via telematica

- 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;

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

- coordinamento dei professionisti di varie UU.OO. 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), necessario al fine di offrire 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 carcinomi del surrene, meeting neoplasie gastrointestinali dell'IRCSS AOUBO e dell'Ospedale Maggiore);
- risposta alle richieste procedurali previste 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 e progetti di ricerca traslazionale applicata alla clinica oltre che attività di formazione e divulgazione scientifica, tra cui trail di seconda linea nel trattamento dei GIST (Cogent PEAK study), nonché avvio di programmi aduso nominale per pazienti con GIST resistenti alle terapie standard;
- mantenimento della funzione della WT GIST Unit che è 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;
- pubblicazione in paper scientifico l'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;
- realizzazione di una piattaforma web dedicata a pazienti con tumori rari che metta in rete i tre IRCSS metropolitani (Sant'Orsola, IOR e Bellaria Neuroscienze) nell'ambito di un progetto di ricerca dell'IRCCS Sant'Orsola per poter garantire accesso facilitato e tempestivo dei pazienti ai suddetti ospedali con conseguente presa in carico;
- terminato il progetto di ricerca finanziato con GRANT PNRR Partenariato 6 HEAL Italia - Medicina di Precisione del Ministero della Università (MIUR) PI la Proff.sa Pantaleo.

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 alle vaccinazioni, attivabile dai centri vaccinali, denominato Vax-consilium.

Durante il periodo COVID tale struttura funzionale ha svolto altresì un'importante opera di supporto culturale e decisionale relativa alla valutazione delle molte richieste di "evasione vaccinale COVID-19" in rapporto a supposte o reali controindicazioni. Questo ha permesso di contrastare una deriva culturale negativa e ridurre il livello di timore, spesso infondato, rispetto a tale vaccinazione.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Terminata la fase emergenziale il Vax-consilium è tornato a svolgere il proprio ruolo di riferimento nelle problematiche vaccinali di alta complessità, riducendo il numero di risposte ma mantenendo la normale elevata complessità di elaborazione. Va precisato infatti che le risposte del Vax-consilium costituiscono vere e proprie "perizie vaccinali" in grado di fungere da riferimento anche per casi simili, occorrenti successivamente.

Parallelamente lo stesso gruppo di professionisti ha creato ed implementato una seconda ragguardevole attività rappresentata dal progetto "Ospedale che vaccina" che rappresenta di fatto un servizio di consulenza vaccinale messo a disposizione dei centri che gestiscono pazienti immunocompromessi di peculiare fragilità, quali malati ematologici, trapiantati ecc.

La delibera di finanziamento regionale (DGR 1541 del 29/09/2025) stanZIA 50.000 € a copertura di costi di funzionamento del centro.

RISULTATI

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

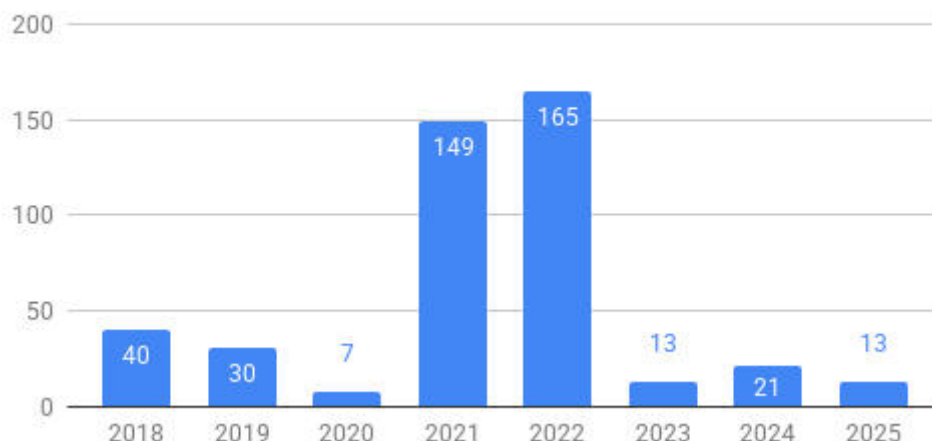
2022: 165 richieste

2023: 13 richieste

2024: 21 richieste

2025: 13 richieste

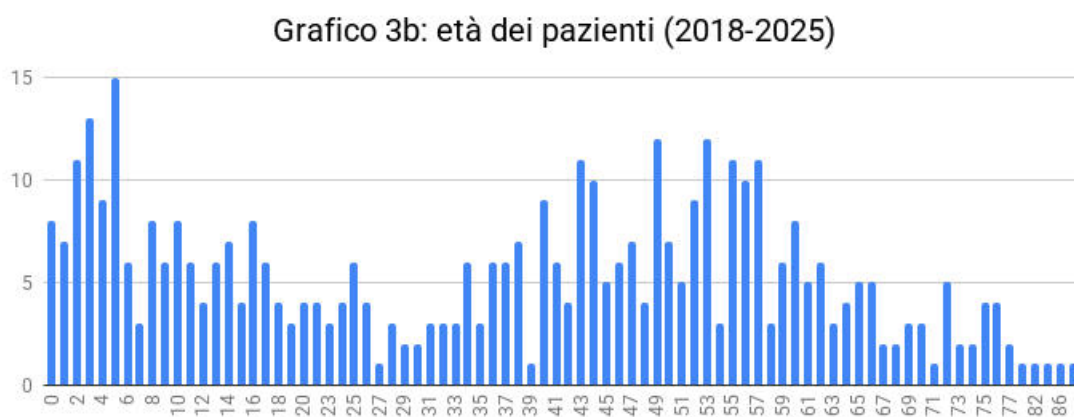
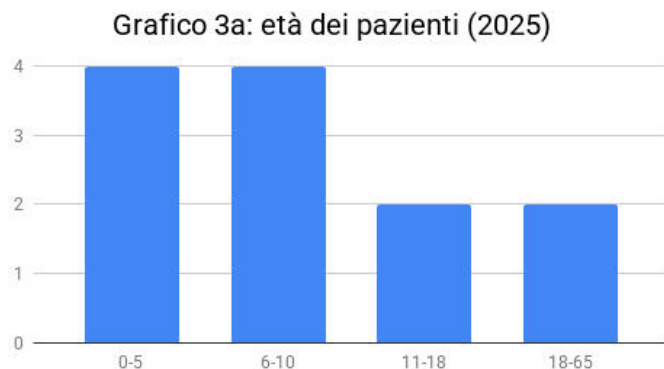
Grafico 1: andamento temporale



2. Caratteristiche dei pazienti valutati

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

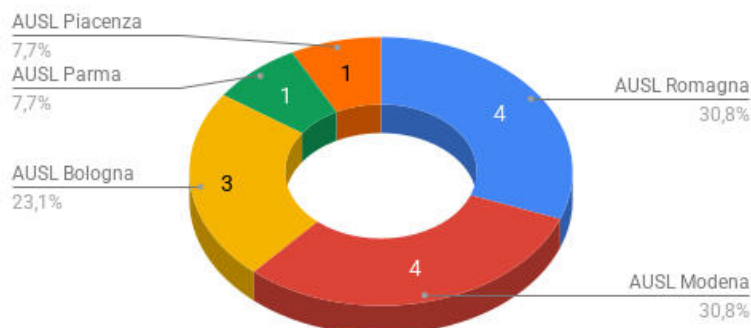
L'età media dei pazienti valutati presso il Vax-consilium nel 2025 è stata di 12 anni. La maggior parte dei casi (9 soggetti su 13) riguardava minorenni. La distribuzione delle età è riportata nel grafico 3 (Grafico 3a: età dei soggetti valutati nel 2025; Grafico 3b: età dei soggetti valutati dalla nascita del Vax-consilium).



3. 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)



4. Distribuzione delle specialità consultate

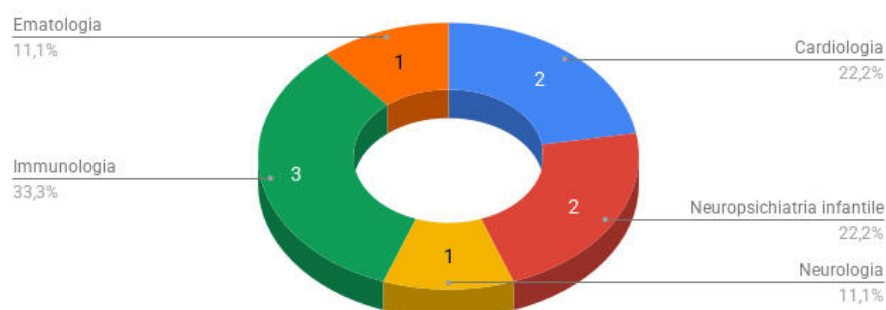
La documentazione è stata sottoposta a due consulenti esperti nella disciplina di riferimento per tutti i casi valutati nell'arco del 2025 (tranne un singolo caso).

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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.

Il grafico 5a mostra la distribuzione delle specialità di riferimento dei casi approfonditi nel 2025.

Grafico 5a: specialità di riferimento (2025)

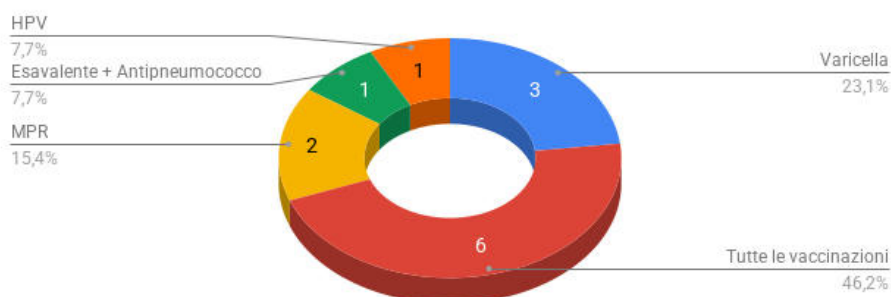


Gli specialisti consultati con maggiore frequenza dal 2018 ad oggi sono stati neurologi, neuropsichiatri infantili, cardiologi, reumatologi ed allergologi.

5. 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 a una vaccinazione viva attenuata sono stati 5.

6. Stato 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.

7. Esito della valutazione Vax-consilium

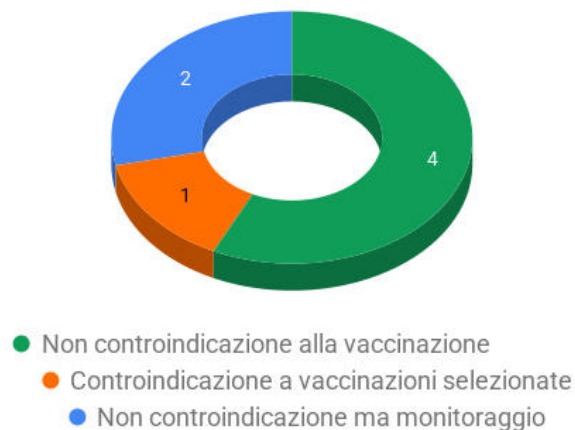
Le indicazioni fornite nel referto conclusivo del Vax-consilium, di fatto rappresentano una vera e propria perizia sul singolo paziente e sono declinate in modo approfondito sulle

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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.

II bilancio complessivo semplificato dei pareri espressi nel 2025 è riportato nel grafico 7, ove sono riportati i numeri assoluti.

Grafico 7: esito della valutazione (2025)



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.

8. Elementi di interesse

Ulteriori interessanti spunti di riflessione riguardano:

- Per 4 casi su 13 emerge che prima della valutazione del Vax-consilium, i pazienti o i genitori avevano ottenuto un parere medico contrario alla vaccinazione. Il Vax-consilium ha escluso la presenza di controindicazioni vaccinali in 2 su 4 casi.
- In 6 casi su 13 il quesito si riferiva ad un soggetto immunocompromesso.

9. 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 vaccino profilassi.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Tale progetto è articolato in due tempi:

- Valutazione clinica ambulatoriale o al letto del paziente
- Vaccinazione dei pazienti con calendario personalizzato

I vaccini offerti dal servizio "Ospedale che Vaccina" includono: COVID-19, Influenza (vaccini adiuvati o alto dosaggio), MPR, Varicella, Zoster (vaccino ricombinante), Meningococco B e ACWY, Pneumococco (PCV20 + PPSV23), Haemophilus influenzae, HBV (alto dosaggio quando indicato), DTP, HPV (9-valente), Poliomielite, HAV.

OcV non è un'iniziativa estemporanea, ma è pensato per durare e crescere nel tempo. 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

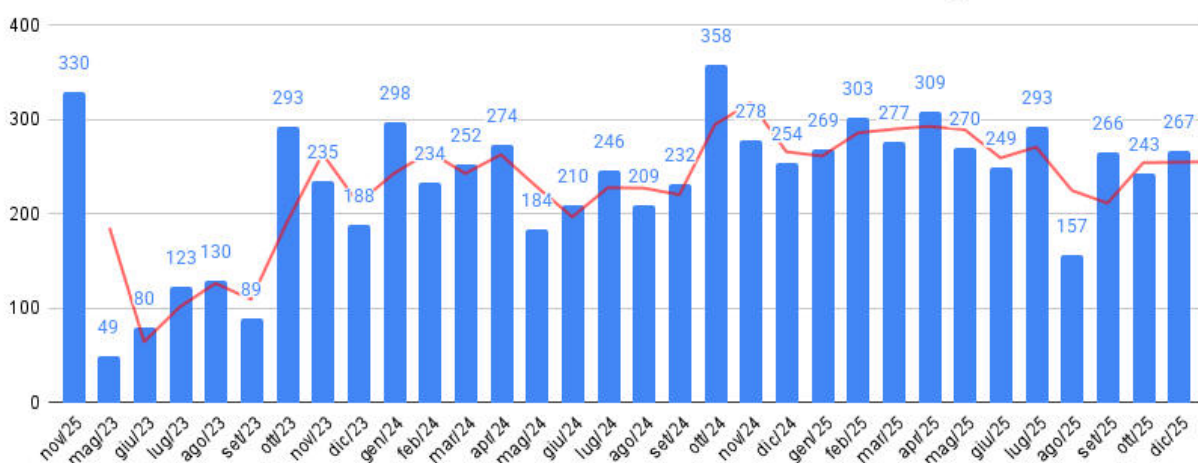
Agenda ambulatoriale attualmente operativa: ambulatorio attivo un giorno a settimana per la valutazione infettivologica ed un giorno a settimana per le vaccinazioni.

Dati di attività dall'apertura di Ospedale che Vaccina:

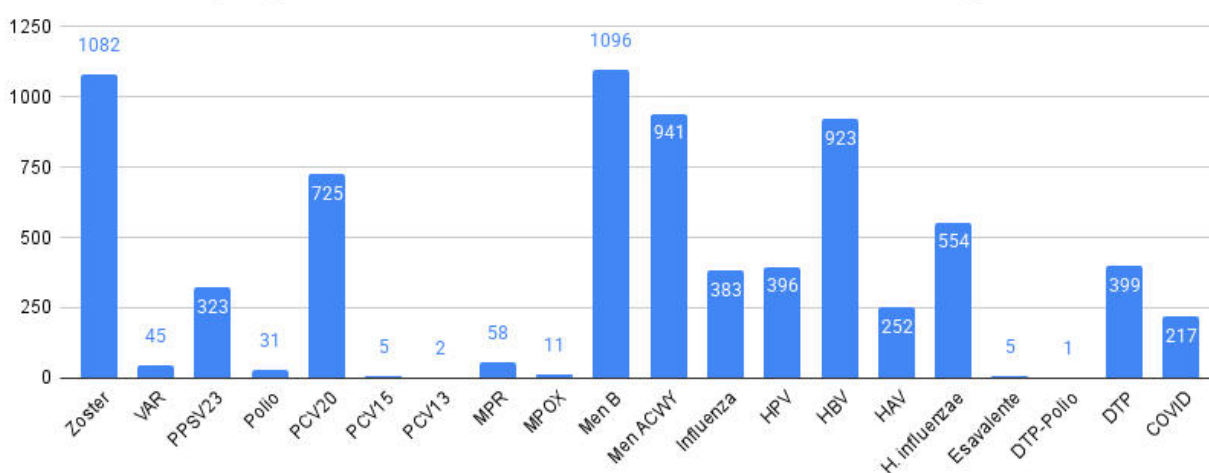
Totale pazienti presi in carico:	1108	Pazienti valutati in degenza	285
Totale vaccini somministrati:	7450	Media di vaccini somministrati per ogni giornata di attività:	53
Media di vaccini somministrati individualmente per ogni seduta vaccinale:			3.2 vaccini

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

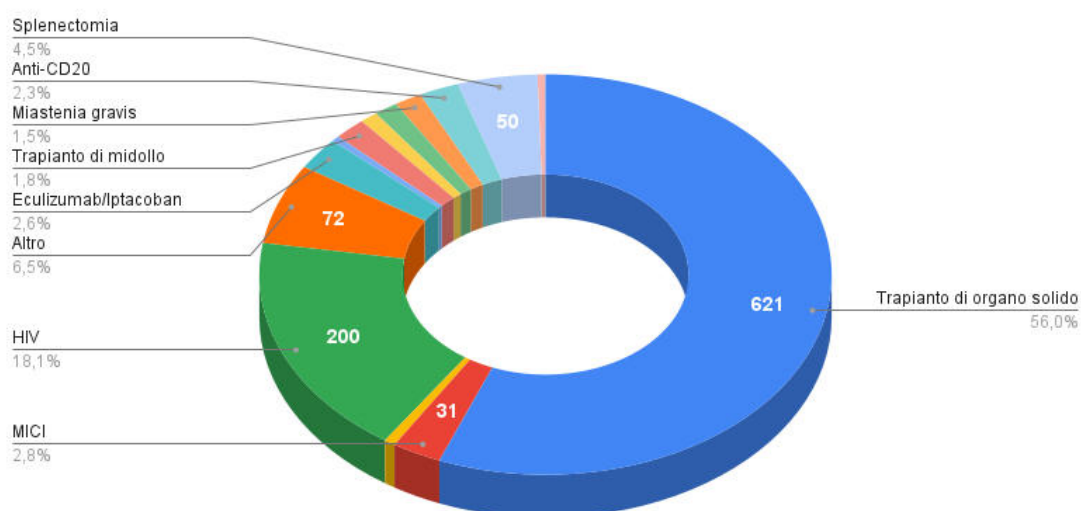
N° totale di vaccinazioni somministrate - Ambulatorio + Degenze



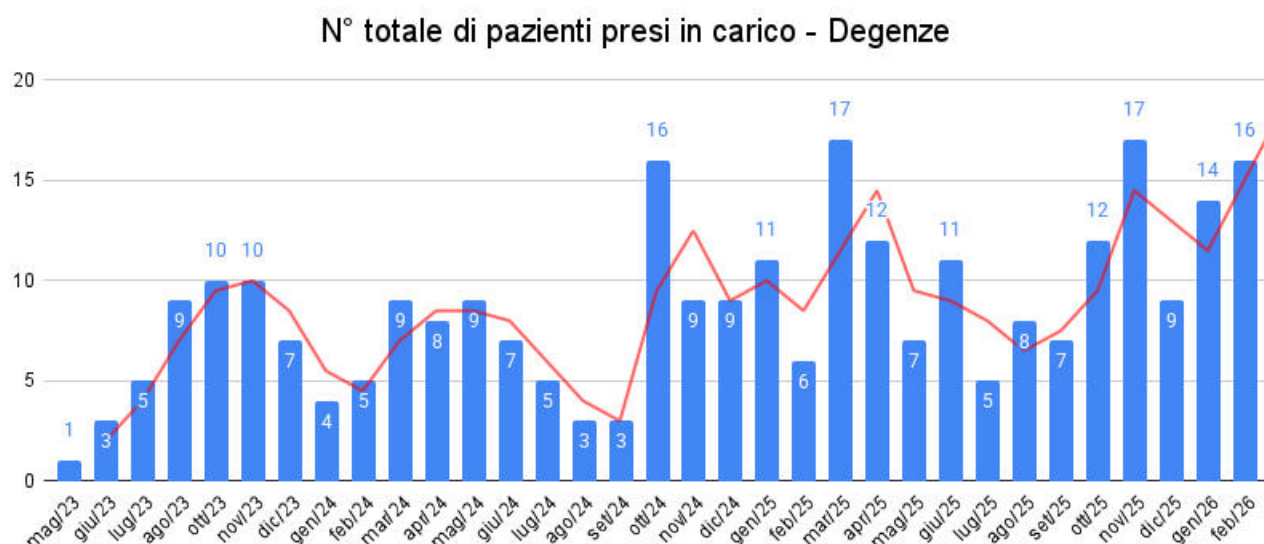
Tipologia di vaccinazioni somministrate - Ambulatorio + Degenze



Categoria immunocompromissione



- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -



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 Regionale per le Emergenze Microbiologiche

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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Alla base dell'attività del CRREM vi è il continuo monitoraggio delle infezioni emergenti, al fine di implementare e aggiornare le metodologie diagnostiche e rispondere alle nuove emergenze microbiologiche.

Oltre alla diagnosi rapida delle infezioni causate da Arbovirus e alla caratterizzazione di patogeni responsabili di malattie batteriche invasive, il CRREM è attivo nella sorveglianza e diagnosi dei casi gravi e complicati di influenza come Laboratorio di Riferimento della rete "RespiVirNet", dei casi di malaria provenienti da paesi ad alta endemia sostenuti e non sostenuti da ceppi multi-resistenti, dei casi Leishmaniosi, di *Giardia intestinalis* e *Cryptosporidium spp.*

Il CRREM, nella gestione delle attività di sorveglianza dell'infezioni da SARS-CoV-2, è attivo su tutta l'area metropolitana di Bologna ed esegue isolamenti virali diretti, test sierologici virus-specifici e saggi NGS per il sequenziamento non solo di SARS-CoV-2, ma anche del Virus Respiratorio Sinciziale e dei Virus dell'Influenza A e B.

Analogamente agli anni precedenti, il laboratorio CRREM è stato coinvolto nei piani di sorveglianza nazionale e regionale delle arbovirosi; piano sorveglianza Dengue, Chikungunya, Zika, Toscana virus, Usutu virus, TBE (Tick Borne Encephalitis), Virus della Febbre Gialla e piano sorveglianza integrato West Nile Virus.

Inoltre, è stata avviata l'attività di sequenziamento con NGS del Virus Dengue, del West Nile Virus e del Virus Toscana per studiare le sequenze genomiche virali complete e i dati di caratterizzazione genomica dei diversi ceppi dei singoli Arbovirus.

Il CRREM è in grado di affrontare in tempi rapidi nuove eventuali emergenze che possano coinvolgere soggetti provenienti da paesi a rischio, per esempio casi di febbre gialla, di sindrome respiratoria medio-orientale (MERS), di febbre di Congo-Crimea e casi infezioni/malattie da Hantavirus, Oropouche virus e Rift Valley Fever virus.

Nel 2025 sono continuate le attività specialistiche per la ricerca di Micobatteri Non Tubercolari (MNT) ambientali su campioni ambientali (quali a esempio l'acqua sanitaria) provenienti da apparecchiature mediche (es. sistemi di perfusione, macchine per emodialisi, lavaendoscopi, ecc). Anche questa attività è svolta nell'ambito di un Piano di Sorveglianza Regionale.

Il laboratorio CRREM è uno dei due Centri di Riferimento Regionale per la diagnosi molecolare di infezione da Monkeypox virus (MPXV).

Per quanto riguarda gli **obiettivi richiesti dalla Regione Emilia-Romagna**, sono stati tenuti in considerazione i seguenti indicatori:

Risultato Atteso = 100%

Risultato Conseguito = 100%

Sorveglianza sanitaria nazionale COVID 19

L'attività di diagnosi e sorveglianza per SARS-CoV-2 è condotta con test molecolari e antigenici.

Nel 2025 sono stati eseguiti un totale di circa 5.300 test molecolari per la ricerca del genoma di SARS-CoV-2, più del 50% in meno rispetto al 2024.

Sempre nel 2025 è continuato l'uso dei test antigenici (ricerca diretta nei materiali respiratori della proteina virale N). Gli strumenti dedicati sono posizionati nei padiglioni 1, 2 e 23 oltre a quelli già presenti nei PS generale, pediatrico e ostetrico e nei laboratori della Microbiologia. Nel 2025 sono stati eseguiti 16.500 test, numero del tutto sovrapponibile a quelli eseguiti nel 2024.

Oggi, la ricerca del genoma di SARS-CoV-2 nei materiali respiratori è compresa nei

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

pannelli sindromici multi-parametrici dedicati alla diagnosi delle infezioni virali delle vie respiratorie.

Sequenziamento SARS-CoV-2

A partire dal mese di aprile 2021, il CRREM è impegnato nell'attività di sequenziamento con metodologia Next Generation Sequencing (NGS) dei ceppi di SARS-CoV-2 al fine di monitorare la circolazione e diffusione delle varianti di SARS-CoV-2 nell'area metropolitana di Bologna.

E' stato eseguito il monitoraggio epidemiologico delle varianti di SARS-CoV-2 è stato eseguito su 125 tamponi nasofaringei prelevati da pazienti affetti da infezione da SARS-CoV-2 mediante NGS. L'assegnazione del lineage e del clade è stata valutata con gli algoritmi Pangolin e Nextclade.

I dati raccolti durante il periodo di studio hanno rilevato la circolazione di diverse sottovarianti Omicron di cui quelle che hanno circolato con maggiore frequenza sono: JN (32%), KP (28%), MC (20%), XEC (21%).

Pubblicazioni: Giombini E, et al. JN.1 variants circulating in Italy from October 2023 to April 2024: genetic diversity and immune recognition BMC Infect Dis. 2025 Feb 28;25(1):291.

Piano sorveglianza arbovirosi trasmesse da zanzare (Aedes sp.) con particolare riferimento ai virus Chikungunya, Dengue, Zika

Analogamente agli anni precedenti, il laboratorio CRREM è stato coinvolto nella sorveglianza dei casi sospetti di infezione dai virus Chikungunya (CHIKV), Dengue (DENV) e Zika (ZIKV), sia su casi sospetti di importazione, sia su casi sospetti autoctoni (Tabella 1).

Tabella 1. Casi di infezione da virus Dengue/Chikungunya/Zika in Emilia-Romagna, 2025

	Casi Positivi/ N. Richieste
Dengue	26/713
Chikungunya	367/1271
Zika	0/594
Oropouche	1/17

Casi di infezione da virus Dengue

Casi di importazione: Nel corso del 2025, l'infezione da virus Dengue è stata confermata in 23 pazienti con storia di viaggi in territori a circolazione endemica/epidemica per l'infezione (America Latina, Sud-Est Asiatico e Pacifico Occidentale).

Casi autoctoni: Un piccolo focolaio autoctono, con 3 casi confermati, è stato identificato nel comune di Budrio (provincia di Bologna). Il sequenziamento Next Generation Sequencing (NGS) del genoma intero del virus e la successiva analisi filogenetica delle sequenze genomiche del virus responsabile del focolaio hanno indicato che il ceppo Dengue appartiene al sierotipo 3, lineage 3III_B.3.2. Questo lineage è diffuso principalmente negli Stati Uniti, America Latina, America Centrale e regioni caraibiche.

Casi di infezione da virus Chikungunya

Nel corso del 2025, l'infezione da virus Chikungunya è stata identificata in 367 pazienti

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

(328 casi confermati; 39 casi probabili). Per 8 casi veniva riportata una storia di viaggi in territori a circolazione endemica/epidemica per l'infezione e pertanto classificati come "casi di importazione" mentre 358 casi sono stati classificati come "casi autoctoni" riconducibili a focolai locali nelle province di Modena, Piacenza, Bologna, Reggio Emilia, Cesena.

Casi di importazione: sono stati identificati 8 casi con esposizione in territori a circolazione endemica/epidemica per l'infezione; in particolare Madagascar (n. 3), Cuba (n. 3), Sri Lanka (n.1) e Bangladesh (n. 1).

Casi autoctoni:

a) Piacenza: un unico caso identificato. Il sequenziamento del genoma completo del virus ha permesso di identificare il genotipo ECSA, lineage IOL nei campioni del paziente. L'assenza delle mutazioni E1-A226V e E2-L210Q, spesso associate a una maggiore adattabilità ai vettori *Ae. albopictus*, suggerisce che il ceppo potrebbe mantenere caratteristiche più simili ai ceppi ancestrali del lineage ECSA IOL.

b) Bologna: due casi identificati. Non è stato possibile analizzare e sequenziare il genoma virale a causa del basso e/o assente viral load riscontrato nei materiali biologici dei due pazienti.

c) Modena: sono stati identificati 343 casi (306 confermati; 37 probabili) in otto comuni (Carpi, 294; Soliera, 28; Cavezzo, 7; San Prospero, 7; Novi di Modena, 4; Concordia sulla Secchia, 1; Nonantola, 1; Modena, 1). Ulteriori cluster di infezione associati al focolaio nella provincia di Modena sono stati riscontrati nelle province di Cesena (7 casi confermati; 2 casi probabili) e Reggio Emilia (4 casi). Il sequenziamento del genoma completo del virus dal materiale biologico di circa n. 50 pazienti ha permesso di identificare il genotipo ECSA, lineage 2 responsabile di un outbreak di grandi dimensioni nella regione dell'Oceano Indiano (Reunion Island, 2024-25). L'analisi del genoma del ceppo virale ha permesso di verificare la presenza delle mutazioni E1-A226V, E2-L210Q e E2-I211T associate ad una aumentata cinetica di replicazione e trasmissione nel vettore competente *Ae. Albopictus*.

Pubblicazioni e Comunicazioni Congressi:

- Rossini G. et al. Autochthonous Chikungunya virus (CHIKV) outbreak in the province of Modena, Emilia-Romagna region, Italy, August to October 2025: focus on epidemiology, clinical features and virological findings. Eurosurveillance 2026 (submitted in December 2025).
- Ruotolo L. et al. Genomic insight into the autochthonous Chikungunya virus (CHIKV) outbreak in the province of Modena, Emilia-Romagna region, August to October 2025. Poster presented at the 53° Congresso Nazionale AMCLI – Rimini, 27-30 marzo, 2026.
- Rossini G. et al. Rapid molecular detection of Chikungunya Virus (CHIKV) RNA: performance evaluation of the STANDARDTM M10 Arbovirus Panel assay. Poster presented at the 53° Congresso Nazionale AMCLI – Rimini, 27-30 marzo, 2026.

Aggiornamento Oropouche virus (OROV)

Vista la diffusione dell'infezione da virus Oropouche (OROV) in Bolivia, Brasile, Colombia, Perù e Cuba, il lab CRREM ha implementato la diagnostica molecolare per l'identificazione di OROV RNA in campioni di sangue, urine e liquor, nei pazienti con storia di viaggio in America Latina, nei 15 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi, e risultati negativi agli accertamenti per infezione da Chikungunya, Dengue e Zika virus.

Sono stati sottoposti a diagnostica molecolare per OROV 17 pazienti e solamente un paziente, rientrato da un soggiorno a Cuba, è risultato positivo.

Pubblicazioni:

- Rossini G, Mola B, Rampini A, Ortalli M, Mattei G, Lazzarotto T. Virological findings in a case of travel-associated Oropouche virus (OROV) infection imported to Italy, June 2024. Travel Med Infect Dis. 2025 Jul-Aug; 66:102874. doi: 10.1016/j.tmaid.2025.102874.

Piano di sorveglianza West Nile virus, Toscana virus e Usutu virus

Analogamente agli anni precedenti, il laboratorio CRREM è stato coinvolto nel piano di sorveglianza dei casi sospetti di infezione dai virus West Nile (WNV), Usutu (USUV) e Toscana (TOSV) nei casi di sindromi febbrili in presenza/assenza di manifestazioni neurologiche.

Nel periodo compreso tra i mesi di maggio e novembre 2025, l'infezione da virus West Nile nella sua forma neuroinvasiva (WNND) è stata confermata in 31 pazienti (Tabella 2). I casi confermati sono stati identificati nelle province di Piacenza (5), Modena (7), Bologna (4), Reggio Emilia (1), Parma (7), Ferrara (3), Forlì-Cesena (3), provincia extra-regione (1). Per 45 pazienti è stata confermata l'infezione da virus Toscana associata ad un quadro di meningite e/o meningoencefalite, nel periodo compreso tra i mesi giugno e settembre (Tabella 2).

Tabella 2. Casi di infezione da West Nile virus, Toscana virus e Usutu virus in Emilia-Romagna, 2025

	Casi Positivi/ N. Richieste
WNV	31/869
TOSV	45/785
USUV	0/774

Campioni biologici da 19 pazienti con infezione da WNV sono stati analizzati con test RT-PCR per la definizione del lineage. In 13/19 (68,5%) casi è stato identificato WNV-1, mentre in 6/19 (31,5%) casi è stato identificato WNV-2. Nelle province in cui è stato registrato il maggior numero di casi (Modena, Parma e Piacenza), è stata osservata una co-circolazione di entrambi i lineage WNV-1 e WNV-2, con una prevalenza di WNV-1.

Sorveglianza Infezione da Monkeypox virus (MPXV)

A partire dal mese di maggio 2022, il laboratorio CRREM è uno dei due Centri di Riferimento Regionale per la diagnosi molecolare di infezione da Monkeypox virus (MPXV).

Nel corso delle attività di sorveglianza dei focolai epidemici di "vaiolo delle scimmie" del 2025, i tamponi vescicolari di 37 casi possibili/probabili sono stati sottoposti al test molecolare per la ricerca di MPXV RNA e 12 sono risultati positivi. In tutti i casi positivi, il virus è risultato appartenere al Clade II - West African.

Pubblicazioni:

- De Pascali AM, Ingletto L, Brandolini M, Rocchi E, Tarozzi M, Turba ME, Casadio R, Gentilini F, Gatti G, Dionisi L, Colosimo C, Guerra M, Zannoli S, Dirani G, Montanari MS, Marzucco A, Grumiro L, Rossini G, Lazzarotto T, Cricca M, Castellani G, Sambri V,

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Scagliarini A. Understanding the evolutionary dynamics of Monkeypox virus through less explored pathways. Sci Rep. 2025 Jul 16;15(1):25849. doi: 10.1038/s41598-025-11855-5.

Partecipazioni a network

- Gruppo di Lavoro sulle Infezioni Virali Emergenti – GLIVE per AMCLI (Associazione Microbiologi Clinici Italiani);
- Gruppo di Lavoro Antropozoonosi - GLAZOO per AMCLI (Associazione Microbiologi Clinici Italiani);
- RER-Comitato strategico Sistema Regionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS).
- Network Europeo "EVD-LabNet (Emerging Viral Diseases-Expert Laboratory Network).

Progetti di Ricerca in Corso:

- PNRR "One Health Basic and Translational Research Actions addressing Unmet Needs on Emerging Infectious Diseases (INF-ACT)" 2022-2025 PE13 - INF-ACT - CUP: J33C22002870005; SPOKE 1: VIRUS EMERGENTI E RIEMERGENTI

Il Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC), è finalizzato a integrare con risorse nazionali gli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Sistema Regionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS). Rafforzare la capacità, l'efficacia, la resilienza e l'equità nell'affrontare gli impatti sulla salute attuali e futuri, associati ai rischi ambientali e climatici, in una visione One-Health.

La sorveglianza Influnet &RespiVirNet

I laboratori CRREM e Virologia svolgono attività di sorveglianza sulla circolazione dei Virus respiratori nelle forme gravi di infezione da Virus dell'Influenza A come laboratori di Riferimento della rete Influnet&RespiVirNet attraverso l'identificazione mediante test molecolari dei virus respiratori e dei sottotipi H1, H3, H5 e H7 per il Virus FLU A.

Nel 2025, 13031 campioni di materiale respiratorio provenienti da pazienti con infezioni acute del tratto respiratorio sono stati esaminati per la presenza dei virus influenzali A e B. I campioni risultati positivi per la ricerca del Virus dell'Influenza B sono stati 235 (1.8%) e per il Virus dell'Influenza A sono stati 1011 (7.8%).

Sottotipizzazione ceppi Influenza A

Nel corso dell'anno 2025, 771 campioni di materiale respiratorio provenienti da pazienti con infezione accertata da Influenza A sono stati sottoposti a test molecolari per la definizione del sottotipo. Nella prima metà dell'anno 2025 (stagione influenzale le 2024-2025) i ceppi virali A/H1pdm09 sono stati identificati nel 50% dei casi analizzati. Anche nella seconda metà dell'anno 2025 (stagione influenzale 2025-2026) è stata confermata la co-circolazione di ceppi virali A/H1pdm09 e A/H3 con una frequenza del 58,6% e 41,3%, rispettivamente.

Genotipizzazione ceppi Influenza A

Trentacinque campioni positivi per Influenza A, raccolti tra dicembre 2023 e gennaio 2025, sono stati sottoposti a sequenziamento NGS. La caratterizzazione genomica dei ceppi virali è stata possibile per 19/35 (54.3%) campioni positivi e ha confermato la circolazione del

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

sottotipo H1pdm09e (subclade 6B.1a.5a.2a) dimostrando per tutti i casi un'elevata omologia di sequenza tra i ceppi virali circolanti e quelli contenuti nella composizione vaccinale utilizzata per le stagioni epidemiche in esame.

Sorveglianza Influenza Aviaria – anno 2025

Nel corso dell'anno 2025, n.105 campioni di materiale respiratorio delle alte vie provenienti da operatori esposti a focolai di Influenza Aviaria nelle province di Forlì, Bologna, Modena e Ferrara sono stati sottoposti a test molecolari per la ricerca dei principali virus respiratori. Per nessun operatore è stata riscontrata la presenza dell'RNA del virus dell'Influenza A.

Pubblicazioni e Comunicazioni Congressi:

- C.M. Crovara Pesce, M. Franceschiello, F. Lanna, E.C. Borgatti, S. Venturoli, E. Petrisli, L. Gabrielli, G. Piccirilli, T. Lazzarotto. Circolazione dei virus respiratori nella popolazione pediatrica con età inferiore ai 5 anni e manifestazioni cliniche patogeno-relate. 53° Congresso Nazionale AMCLI, Rimini 27-30 marzo 2026.
- M. Franceschiello, E.C. Borgatti, C.M. Crovara Pesce, F. Lanna, F. De Dominicis, D. Resi, S. Venturoli, E. Petrisli, L. Gabrielli, G. Piccirilli, T. Lazzarotto. Impatto della profilassi con anticorpo monoclonale nirsevimab sull'andamento epidemiologico dell'infezione da Virus Respiratorio Sinciziale. 53° Congresso Nazionale AMCLI, Rimini 27-30 marzo 2026.
- Mancon A, Pellegrinelli L, Romano G, Vian E, Biscaro V, Piccirilli G, Lazzarotto T, et al. Epidemiologic impact and evolution of human metapneumovirus in adults over 50, Italy, 2022-2024. J Infect Dis. 2025 Jul 16;232(Supplement_1): S109-S120. doi: 10.1093/infdis/jiaf111.
- Novazzi F, Pellegrinelli L, Giardina FAM, Acciarri C, Menzo S, Vian E, Biscaro V, Piccirilli G, Lazzarotto T, et al. RSV epidemiology in Italian adults over 60: a multicenter cross-sectional study. J Infect Chemother. 2026 Jan;32(1):102881. doi: 10.1016/j.jiac.2025.102881.

Network

- Il Laboratorio è componente del Gruppo di Lavoro sulle Infezioni Virali Respiratorie (Severe e non) – GLIVIRE dell'Associazione Microbiologi Clinici Italiani (AMCLI) e sta partecipando a studi multicentrici sull'epidemiologia e diagnosi delle infezioni virali delle vie respiratorie.

Malattie Invasive Batteriche (MIB)

Le Malattie Batteriche Invasive (MIB) rappresentano una sfida critica per la salute pubblica a causa del loro elevato impatto in termini di morbosità e mortalità.

In Italia, l'Istituto Superiore di Sanità coordina un sistema di sorveglianza dedicato alle malattie batteriche invasive da *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* ed *Haemophilus influenzae* ed alle meningiti batteriche, come definito nella Circolare del Ministero della Salute del 9 maggio 2017 "Prevenzione e controllo delle malattie batteriche invasive prevenibili mediante vaccinazione" e nel protocollo della sorveglianza, aggiornato al 21 marzo 2022.

In questo contesto, il CRREM partecipa attivamente come laboratorio di riferimento regionale per la regione Emilia-Romagna, eseguendo la tipizzazione sierologica e/o molecolare di tutti i

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

ceppi circolanti responsabili di MIB.

Nell'anno 2025 sono stati inclusi nella sorveglianza tutti i casi con conferma microbiologica di infezione da *N. meningitidis*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *L. monocytogenes* e qualsiasi altro caso di meningite ad eziologia batterica identificata (*S. agalactiae* e *S. pyogenes*) o non identificata, in persone presenti sul territorio regionale indipendentemente dalla loro nazionalità, residenza o domicilio.

La tabella di seguito riporta il numero di patogeni responsabili di infezione invasiva isolati in Regione, distinti per specie microbica:

Tabella 1: Malattie invasive da *N. meningitidis*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae* e meningiti da altri batteri in Emilia-Romagna nell'anno 2025.

Malattie invasive da <i>N. meningitidis</i>, <i>S. pneumoniae</i>, <i>H. influenzae</i> e meningiti da altri batteri in Emilia-Romagna-2025						
Anno	<i>S.pneumoniae</i>	<i>N.meningitidis</i>	<i>H.influenzae</i>	Altri patogeni	Eziologia non identificata	Totale
2025	442	12	58 (1 tipo B, 1 tipo F, 1 tipo A, 1 non tipizzabile, 54 non capsulati)	45 <i>Listeria</i> con prevalenza dei tipi 1/2a e 4b.; 63 GBS; 81 <i>S. pyogenes</i> ; 1 <i>K. pneumoniae</i>)	21 liquor a coltura e molecolare negative	723

In linea generale, i dati relativi al 2025 mostrano un aumento di queste infezioni rispetto all'anno precedente

In linea generale, i dati relativi al 2025 mostrano un aumento di queste infezioni rispetto all'anno precedente

e ne confermano la stagionalità, con un picco di incidenza nel periodo invernale.

Ai fini diagnostici, l'emocoltura si è consolidata come gold standard per via della sua elevata facilità nel campionamento.

Sotto il profilo clinico, la casistica è stata dominata da quadri di sepsi, batteriemie e polmoniti batteriemiche, mentre l'isolamento del patogeno da siti sterili alternativi risulta ancora una volta episodico.

Stratificando per distribuzione territoriale, i dati mostrano come le aree della Romagna (250 casi), Bologna (174 casi) e Modena (153 casi) siano quelle con il maggior numero di segnalazioni registrate.

Pneumococco è senza dubbio il patogeno dominante: rappresenta la maggioranza dei casi in quasi tutte le province, con punte del 71% a Bologna e del 62.0% in Romagna.

Infatti, anche nel 2025 si è continuato ad osservare un aumento dell'incidenza delle malattie invasive da pneumococco, in linea con l'andamento dell'anno precedente. Le fasce d'età con maggiore incidenza si confermano essere quella relativa ai bambini <1 anno e agli adulti >64 anni.

Al CRREM, in particolare, sono pervenuti 442 ceppi di pneumococco, associati anche a una più efficiente notifica dei casi.

La distribuzione dei sierotipi circolanti è stata definita attraverso la caratterizzazione della capsula, effettuata sia con tecniche sierologiche convenzionali che tramite tipizzazione molecolare degli isolati.

Nel 2025 i sierotipi prevalenti in Emilia-Romagna sono stati: sierotipo 3 (contenuto nel PCV 13/15/20), sierotipo 8 (solo PCV20), seguiti dai sierotipi 14 (contenuto in tutti i vaccini) e dal

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

12F (solo PCV20).

I sierotipi non contenuti in nessun vaccino che hanno circolato maggiormente sono stati il sierotipo 31, il 12 A e il 12B.

I dati confermano come il sierotipo 3, tra i sierotipi vaccinali, resti uno dei più ostici. Nonostante sia presente nei vaccini PCV13, 15 e 20, la sua particolare capsula lo rende più resistente alla risposta immunitaria indotta dal vaccino rispetto ad altri ceppi. La prevalenza invece del sierotipo 8 e del 12F (coperti solo dal nuovo PCV20) conferma che la popolazione batterica circolante si sta spostando verso ceppi che sfuggono alla copertura delle vecchie formulazioni vaccinali.

A tal proposito, si rende comunque necessario sottolineare come sia fondamentale promuovere la sierotipizzazione e la condivisione dei dati, al fine di stabilire l'esatta quota di casi prevenibili con la vaccinazione e rilevare l'eventuale aumento di sierotipi non presenti nei vaccini attualmente utilizzati (cosiddetto fenomeno del "rimpiazzo dei sierotipi" o "serotype replacement").

Il 2025 ha fatto registrare una crescita nelle malattie invasive da *H. influenzae*, con un'incidenza particolarmente elevata nei lattanti (<1 anno) e negli anziani (>64 anni). Sotto il profilo clinico, si è osservato un netto incremento delle sepsi, a fronte di una sostanziale stabilità nel numero di casi di meningite.

Come negli anni precedenti, anche quest'anno è stata netta la predominanza della circolazione di ceppi di emofilo non capsulati sul totale dei ceppi tipizzati (91%) mentre tra i sierotipi capsulati, quelli maggiormente segnalati nel 2025 risultano essere ancora il sierotipo f seguito dal sierotipo b, unico prevenibile da vaccino (1,7% rispettivamente).

Nel 2025 si è registrato un lieve incremento nell'incidenza della malattia invasiva da *N. meningitidis* in Emilia-Romagna. Tra i diversi sierogruppi capsulari, il B si conferma il più diffuso in tutte le classi d'età, seguito dai sierogruppi W135 e Y. Si consolida invece il trend in calo del sierogruppo C, risultato attribuibile al consolidamento della strategia vaccinale negli ultimi anni.

Il dettaglio dei casi per anno e sierogruppo è consultabile nella Tabella 2.

<i>N. meningitidis</i>	2025
Sierotipo B	6 (2 decessi ^{*,**})
Sierotipo C	1
Sierotipo W135	1
Sierotipo Y	1
Non tipizzati*	1 (materiale insufficiente)
Isolamenti da altri materiali non soggetti a sorveglianza	2 (materiale respiratorio)
Totale	12

Tabella 2: Casi di malattia invasiva da meningococco per sierogruppo in Emilia-Romagna, anno 2025.

*bambino di 2 anni, vaccinato regolarmente, senza fattori di rischio, residente in altra regione ma con inizio sintomi in ER;

**adulto, 33 anni, non vaccinato, senza fattori di rischio

Il CRREM svolge un ruolo determinante nella sorveglianza diagnostico-epidemiologica: la caratterizzazione dei patogeni è infatti il presupposto essenziale per implementare tempestivi

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

interventi di sanità pubblica e contenere eventuali focolai. Tuttavia, è doveroso precisare che i presenti dati riflettono esclusivamente la quota di casi con diagnosi microbiologica accertata. L'eterogeneità dei metodi diagnostici territoriali e una variabile propensione alla notifica o all'invio dei ceppi al laboratorio di riferimento potrebbero influenzare la rappresentatività della casistica. Risulta quindi prioritario garantire la sistematicità delle notifiche — specialmente in assenza di accertamento eziologico — e l'aggiornamento costante dello stato vaccinale e dell'esito clinico, al fine di evitare una sottostima dei tassi di incidenza.

Progetti di Ricerca in Corso:

- CCM 2023: Studio multicentrico sulle infezioni invasive da streptococco di gruppo A in età pediatrica: caratterizzazione clinica, microbiologica e sequele post-infettive”.
- Pandemic-induced shift in the epidemiological, microbiological, and clinical characteristics of invasive pyogenic infections”, in collaborazione con UOC Malattie Infettive-Modena.
- Malattia invasiva pneumococcica pediatrica: analisi osservazionale multicentrica retrospettivo-prospettica Regione Emilia-Romagna, Italia" in collaborazione con UOC Pediatria, IRCCS AOU Policlinico di Sant’Orsola.

Pubblicazioni:

- Bonomo C, et. al. “Molecular and Clinical characterization of Invasive *Streptococcus pyogenes*. Isolates: Insights two Nord-Italy centers”. Pathogens. 2025 Feb 5;14(2):152. doi: 10.3390/pathogens14020152.
- Capone V, et. al. “Antimicrobial Therapies for Early-Onset Group B Streptococcal Sepsis: Insights from an Italian Multicenter Study.” Antibiotics (Basel). 2025 Apr 16;14(4):410. doi:10.3390/antibiotics14040410.
- Creti R, et al. “Group B Streptococcus (GBS) Carriage in Pregnant Women: Possible Emergence of Rare Serotypes and Antibiotic Resistance in Neonatal Disease” Microorganisms. 2025 Jun 26;13(7):1496. doi: 10.3390/microorganisms13071496.
- Neri A, et al. “Genomic analysis of *Neisseria meningitidis* serogroup W causing invasive meningococcal disease in four travellers from Saudi Arabia, Italy, 2025” Euro Surveill. 2025 Aug;30(31):2500483. doi: 10.2807/1560-7917.
- Bedini A, et al. “*Streptococcus pneumoniae* bacteremia: comparison of incidence, epidemiology, and clinical outcome in a pre- and post-COVID-19 period.” Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2025 Dec;44(12):2965-2973. doi: 10.1007/s10096-025-05267-6.

Attività di diagnosi e sorveglianza per leishmaniosi umana

Il laboratorio di Parassitologia, in qualità di laboratorio di Riferimento Regionale per la diagnosi di leishmaniosi umana, svolge attività di sorveglianza sulla circolazione del parassita all’interno della regione. Nel 2025, si è registrata una lieve decrescita nel numero di esami effettuati rispetto all’anno precedente, sia per quanto concerne i test diagnostici molecolari che per i test sierologici (Tabella 1). Il numero complessivo di casi positivi identificati è diminuito, attestandosi a 81 casi di leishmaniosi confermata rispetto ai 96 casi rilevati nel 2024 (Tabella 2).

Tabella 1: Diagnosi di leishmaniosi umana: test effettuati nel 2025 a confronto con l’anno precedente

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

	2024 (N. test)	2025 (N. test)
Test sierologici ICT + CLIA	676	669
Test molecolare su sangue (PCR)	355	263
Test molecolare su biopsie tegumentarie (PCR)	221	175
Totale	1252	1107

Legenda: ICT: test immunocromatografico rk39; CLIA: test chemiluminescenza indiretta

Tabella 2: Casi di leishmaniosi umana identificati nel biennio 2024-2025

ANNO	TOTALE CASI	LEISHMANIOSI CUTANEA	LEISHMANIOSI MUCOSA	LEISHMANIOSI VISCERALE
2024	96	70	8	18
2025	81	63	2	16

Attività di diagnosi di malaria

Le richieste pervenute per sospetta malaria nel 2025 hanno evidenziato un lieve calo rispetto al 2024 (Tabella 3), accompagnato da un lieve calo nel numero di casi confermati positivi e dall'assenza di infezioni miste (Tabella 4). I campioni sottoposti a diagnosi vengono analizzati tramite test antigenico, analisi microscopica e -nei casi dubbi- analisi molecolare.

I preparati emoscopici dei casi esaminati sono periodicamente inviati all'Istituto Superiore di Sanità con spedizioni organizzate dal Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Bologna.

Tabella 3. Casi di malaria del biennio 2024-2025

	2024	2025
Numero richieste	274	240
Casi Positivi	31	22
Campioni positivi	46	36
Percentuale di casi positivi	11%	9%
Percentuale campioni positivi	16%	15%

Tabella 4. Specie di plasmodio identificate. Confronto biennio 2024-2025

Specie identificate (N° di campioni positivi)	2024	2025
<i>P. falciparum</i>	42	32
<i>P. vivax</i>	2	4
<i>P. malariae</i>	1	0
<i>P. ovale</i>	0	0
<i>P. knowlesi</i>	0	0
<i>P. falciparum</i> + <i>P. ovale</i>	0	0

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

Specie identificate (N° di campioni positivi)	2024	2025
<i>P. falciparum</i> + <i>P. vivax</i>	1	0
<i>P. falciparum</i> + <i>P. malariae</i>	0	0

Attività di diagnosi di infezioni corneali da *Acanthamoeba*

Il nostro centro rappresenta un importante polo clinico-diagnostico a livello nazionale per le cheratiti da *Acanthamoeba*, grazie ad avanzate metodologie diagnostiche, al percorso clinico-diagnostico-terapeutico standardizzato e al numero di casi gestiti ogni anno.

Nel 2025 è proseguito il trend di crescita delle richieste già osservato nel biennio precedente, con un contestuale e costante aumento dei casi positivi (Tabella 5).

I campioni vengono analizzati mediante tecniche colturali e PCR real-time.

Tabella 5. Casi di *Acanthamoeba* del triennio 2023-2025

	2023	2024	2025
Numero richieste	19	12	30
Casi Positivi	2	5	8
Percentuale di casi positivi	10.5%	41%	27%

Attività per diagnosi di giardiasi e criptosporidiosi (laboratorio di II livello)

Nel 2025 il numero complessivo di richieste per l'identificazione di parassiti intestinali ha subito un calo rispetto ai dati registrati nell'anno precedente; l'analisi dettagliata ha mostrato inoltre un aumento nei casi positivi di infezioni da *Giardia intestinalis*, mentre è stata osservata una situazione stazionaria della positività per *Cryptosporidium* spp (Tabella 6).

I campioni sottoposti a diagnosi vengono analizzati tramite test antigenico e analisi microscopica (in caso di sospetta giardiasi).

Tabella 6. Casi di infezioni da *Giardia intestinalis* e *Cryptosporidium* spp nel biennio 2024-2025

	Totale richieste 2024	Totale richieste 2025
Ricerca <i>Giardia</i>/ <i>Cryptosporidium</i>	2641	2912
Ricerca generica parassiti	6968	5797
Casi positivi per <i>Giardia intestinalis</i>	28	35
Casi positivi per <i>Cryptosporidium</i>	2	2

Attività aggiuntive

Skin_Leish_RER_Network: al fine di migliorare la sorveglianza delle leishmaniosi tegumentarie in Emilia-Romagna, prosegue l'attività del network informale composto da dieci centri clinici: Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Ferrara, Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Ciascuna unità si avvale della collaborazione di specialisti in Dermatologia, Malattie Infettive e Anatomia Patologica.

Sorveglianza epidemiologica di leishmaniosi umana a livello globale: il Laboratorio Regionale di riferimento per leishmaniosi dell'Emilia-Romagna partecipa, all'interno del consorzio europeo LeishMan, alla sorveglianza epidemiologica dei casi di leishmaniosi umana autoctoni e di importazione e contribuisce all'inserimento dei casi locali nel database globale dell'OMS. Le aliquote di DNA, estratto dai campioni di sangue e da campioni bioptici risultati positivi per *Leishmania* vengono tipizzate presso la UOC Microbiologia e in parte inviate all'Istituto Zooprofilattico della Lombardia e dell'Emilia-Romagna (sezione di Modena) per una collaborazione sulla tipizzazione dei ceppi circolanti.

Il Laboratorio regionale di riferimento per leishmaniosi ha collaborato ad uno studio coordinato da IZSLER e IZS della Sicilia. L'analisi NGS (Next Generation Sequencing) condotta su isolati di *Leishmania* provenienti da pazienti con leishmaniosi viscerale nella provincia di Bologna e Modena ha portato all'identificazione di un ceppo ibrido di *Leishmania infantum* e *Leishmania donovani*. L'identificazione di ceppi ibridi può avere implicazioni importanti sull'andamento della malattia, il trattamento e la comprensione dell'epidemiologia della malattia.

Partecipazione a network

- Laboratorio di Riferimento Europeo per i Parassiti, Istituto Superiore di Sanità, Roma: supporto per identificazione e tipizzazione di protozoi enterici;
- Dipartimento Sanità Pubblica-Azienda USL di Bologna, Servizio Igiene e Sanità Pubblica;
- Il Laboratorio è membro del Comitato di Studio per la Parassitologia (CoSP) dell'Associazione Microbiologi Clinici Italiani (AMCLI) e sta partecipando a studi multicentrici per la validazione di nuove metodiche molecolari multiplex per identificazione di diversi parassiti.
- Consorzio europeo LeishMan: network di 13 paesi europei che ha lo scopo di armonizzare la diagnosi e il trattamento della leishmaniosi in Europa.

Pubblicazioni:

- Ortalli M, et al. Screening for schistosomiasis in a non-endemic setting: accuracy of a rapid antibody test using finger prick blood. *Travel Medicine and Infectious Disease* 2025 Mar-Apr; 64:102807.
- Gritti T, et al. Combination of Cpb-Hsp70 typing methods reveals genetic divergence between *Leishmania infantum* strains causing human tegumentary leishmaniasis in northern Italy and central Spain: a retrospective study. *Infect Dis Poverty*. 2025 May 26;14(1):41.
- Querzoli G, et al. Tonsillar Leishmaniasis: A Rare Clinical Entity Mimicking Malignancy in the Oropharynx A Case Series from Northeastern Italy. *Head Neck Pathol*. 2025 Mar 26;19(1):39.
- Moramarco A, et al. Infectious Keratitis: A Tertiary Center's Approach to Diagnosis, Management, and Enhanced Outcomes Through Microbiological Analysis. *Microorganisms*. 2025 Oct 5;13(10):2308.
- Di Pietra G et al. Comparative analysis of commercial and "In-House" molecular tests for the detection of intestinal protozoa in stool samples. *Parasit Vectors*. 2025 Aug 1;18(1):320.
- Balducelli E et al. Screening for *Leishmania* spp. infection in patients treated with

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

- biologic agents for immune-mediated inflammatory diseases: results of an Italian multicentric prospective study. Trop Med Health. 2025 Sep 24;53(1):123.
- Zaghi I et al. A case of relapsing visceral leishmaniasis: the potential role of steroids and RANKL inhibitors in worsening disease outcome. ASM Case Rep. 2025 May 8;1(4):e00006-25.
 - Ortalli M et al. Retrospective study of *Acanthamoeba keratitis*: Three-year experience with an integrated clinical and diagnostic workflow. Diagn Microbiol Infect Dis. 2026 Jan 7;114(4):117247

Laboratorio di riferimento regionale per la ricerca di Micobatteri non tubercolari (MNT) su matrici ambientali

Anche nel 2025 è proseguita la sorveglianza attiva per la ricerca dei MNT su dispositivi medici quali: (i) Heater-Cooler Units (HCU) utilizzati durante interventi cardiocirurgici e (ii) monitor dell'emosialisi.

1) Dispositivi di raffreddamento-riscaldamento, Heater-Cooler Units (HCU)

Nel 2025 sono state condotte le analisi al fine di escludere la contaminazione da *Mycobacterium chimaera* sulle HCU presenti in Regione.

Per quanto riguarda le HCU presenti presso il Policlinico S. Orsola, sono stati analizzati **68** campioni di acqua sanitaria prelevati da un numero totale di 14 dispositivi (modello Maquet). Tutti i campioni sono risultati negativi per MNT incluso *M. chimaera*.

Sono stati inoltre fatti **94** campionamenti passivi di aria (bioareosol) mettendo in aria-ambiente una piastra di terreno Middlebrook 7H11 per 2 ore in posizioni differenti rispetto allo scambiatore ed al letto del paziente (in accordo con UNI EN ISO 14698). Tutti i campioni analizzati di arie ambientali sono risultati negativi per MNT. Questi risultati dimostrano che la sorveglianza di questi dispositivi sia molto importante per ridurre/azzerare la carica micobatterica. Inoltre, anche la sostituzione del modello Stockert presenti fino al 2023 con Maquet ha probabilmente contribuito a questo miglioramento.

La sorveglianza sulle altre HCU presenti in Regione mostra un quadro più critico, in quanto i MNT sono stati isolati più frequentemente nel corso del 2025. In particolare:

Sono stati analizzati **204** campioni di acqua sanitaria provenienti dalle HCU (sia modelli Stockert-3t sia Maquet) delle cardiocirurgie di strutture sanitarie afferenti al gruppo GVM (Villa Torri, Bologna (n= 44, provenienti da 6 HCU modello Stockert); Maria Cecilia Hospital, Cotignola (n= 104, provenienti da 9 HCU, di cui 8 modello Stockert, 1 modello Maquet); Salus Hospital, Reggio Emilia (n=56, provenienti da 6 HCU, modello Stockert).

In totale, 28 (13.7%) campioni sono risultati positivi per *M. chimaera*. La frequenza dei campioni positivi in queste strutture è rispettivamente del 16% (7/44) per Villa Torri, del 13.5% (14/104) per Maria Cecilia Hospital e del 20% (11/56) per Salus Hospital. Il numero di HCU contaminati è stato rispettivamente di 4/6 per Villa Torri Hospital, 6/6 per Salus Hospital e 6/9 per Maria Cecilia Hospital. Alcuni scambiatori sono risultati contaminati più volte dimostrando come sia difficile eradicare *M. chimaera* da questi dispositivi, nonostante la frequente disinfezione chimica.

Si segnala inoltre, specialmente nei campionamenti presso Salus Hospital e Maria Cecilia Hospital, la presenza intermittente di *Myc. gordonae* e *paragordonae* che non rientrano nella sorveglianza. Tuttavia, la loro presenza è indice di contaminazione e di formazione di biofilm.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Infine, sono stati analizzati **8** campioni provenienti dalle 3 HCU modello Maquet di Hesperia Hospital (Modena), tutti risultati negativi per MNT incluso *M. chimaera*

2) Monitor di emodialisi

Nel 2025 sono stati analizzati **19** campioni di liquido ultrapuro provenienti dall'uscita del rubinetto dell'online dei monitor dialitici dell'UO di Nefrologia dialisi e trapianto La Manna - ai fini di escludere la presenza di MNT, in particolare *M. saskatchewanense*. Tutti i campioni sono risultati negativi, indicando che le azioni intraprese nel 2022 (convertire il tipo di disinfezione da chimica a citrotermica dei monitor dialitici) sono state efficaci ad abbattere la contaminazione da micobatteri ambientali.

Pubblicazioni:

- Ferraro V, et al. Use of BD BACTEC™ MGIT™ for the detection of non-tuberculous mycobacteria in sanitary water samples. Frontiers in Microbiology, Volume 15, 2024 Article number 1492360.
- Ferraro V, et al. Fast detection of non-tuberculous mycobacteria in medical device-water samples: evaluation of the STANDARD™ M10 MTB/NTM cartridge, Journal of Hospital Infection, Volume 167, 2026, Pages 43-47, <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2025.10.027>.

Per l'anno 2025, in continuità con gli anni precedenti, la Regione Emilia-Romagna ha riconosciuto un finanziamento di 750.000 € a copertura dei costi del Laboratorio del CRREM (Delibera Giunta Regionale n. 1541 del 29/09/2025), in particolare personale e consumabili. Il finanziamento è stato assegnato in continuità con gli anni precedenti, si precisa che l'importo di tale contributo è rimasto invariato dal 2020 ad oggi.

Diagnosi e sorveglianza di laboratorio per morbillo, rosolia e pertosse

Il Laboratorio di Virologia, UOC di Microbiologia, ha svolto anche per l'anno 2025 un'attività di diagnosi e sorveglianza per l'infezione da *Bordetella pertussis* (Bp).

In questo ambito, l'attività del laboratorio si è svolta secondo i punti sotto delineati.

Metodologie in uso:

- test sierologici per la ricerca di IgG(-IgA) antitossina Bp (Ab-PT) nei campioni di siero;
- test molecolari (PCR Real Time) per la ricerca del target IS481 di Bp in tamponi o aspirati naso-faringei e in caso di esito positivo, ricerca del gene *ptx* di Bp mediante ulteriore test molecolare;
- isolamento colturale da tamponi o aspirati naso-faringei;
- sequenziamento Sanger del promotore del gene della tossina (*ptxP*) e dei geni codificanti la pertactina (*prn*) e la subunità A della tossina (*ptxA*). In particolare, i campioni positivi per la ricerca di IS481 mediante test molecolare vengono inviati all'ISS per la caratterizzazione genotipica del ceppo batterico coinvolto.

Nel 2025 sono stati saggiati 43 campioni (38 tamponi/aspirati naso-faringei e 5 campioni di siero) provenienti da 38 casi segnalati come sospetta pertosse. Tali casi erano relativi a 21 maschi (55.3%) e 17 femmine (44.7%) e l'età mediana era di 2 anni (range: 1 mese - 83 anni). In 10 casi lo stato vaccinale non era noto. Nei restanti 28 casi, 14 non erano vaccinati, mentre 14 erano vaccinati. Di questi:

- 3 avevano ricevuto una dose;

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

- 1 aveva ricevuto due dosi;
- 1 aveva ricevuto tre dosi;
- 2 avevano ricevuto quattro dosi;
- 4 avevano ricevuto cinque dosi;
- il numero di dosi non era noto in 3 casi
-

La ricerca del target IS481 di Bp è stata eseguita in 34 campioni respiratori: 5 sono risultati positivi (14.7%), e 29 negativi (85.3%). Tra i negativi, 2 sono risultati positivi al target IS1001 di *Bordetella parapertussis*. Tale target viene rilevato simultaneamente a IS481 dal test molecolare. I campioni risultati positivi sono stati conservati per l'invio all'ISS.

L'esame colturale è stato eseguito in 22/38 casi sospetti.

Il test sierologico è stato eseguito in 5/38 casi.

Pubblicazioni e Comunicazioni Congressi:

-Ambrosio L. et al. Shifts in the genetic landscape of *Bordetella pertussis* isolates: a comparative analysis in different time periods before and after COVID-19 in Italy. Submitted to BMC Microbiology, 2026

-Crovara Pesce CM et al., *Bordetella pertussis* in Emilia-Romagna: diagnosi microbiologica e caratterizzazione molecolare dei ceppi circolanti. 52° Congresso Nazionale AMCLI – Rimini, 25-28 marzo 2025. *Selezionato come presentazione orale.*

-Ambrosio L. et al. Tracking genetic variation of *Bordetella pertussis* before and after COVID-19. 53° Congresso Nazionale AMCLI – Rimini, 27-30 marzo 2026.

Nell'ambito della Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, la Regione assegna un finanziamento di 50.000 € per la diagnosi e la sorveglianza di laboratorio per morbillo, rosolia e pertosse a copertura dei costi di funzionamento. Il finanziamento è stato assegnato in continuità con gli anni precedenti, si precisa che l'importo di tale contributo è rimasto invariato dal 2020 ad oggi

Farmaco-resistenze nei confronti del Virus dell'Epatite C

L'infezione da virus dell'epatite C (HCV) rimane una delle principali sfide di sanità pubblica globale, rappresentando la causa primaria di epatopatia cronica e una delle vette per morbilità e mortalità correlata. A livello globale, si stima che circa 50 milioni di persone siano affette da infezione cronica da HCV, con un'incidenza di circa 1,0 milioni di nuove infezioni ogni anno. La natura spesso asintomatica della patologia (circa il 70% dei soggetti infetti ignora il proprio stato) determina un'evoluzione silente verso la cirrosi e l'epatocarcinoma. A livello nazionale, i dati dell'Istituto Superiore di Sanità indicano che, nonostante il successo terapeutico dei nuovi trattamenti, rimane un "sommerso" di persone che non accedono alle cure. In linea con il documento programmatico dell'OMS e i decreti ministeriali italiani, la Regione Emilia-Romagna ha proseguito nel 2025 la campagna di screening gratuito (avviata con DGR 1774/2021) rivolta alle popolazioni chiave (PWID, detenuti) e alle coorti di nascita 1969-1989. L'U.O. di Microbiologia si conferma hub di riferimento per l'area metropolitana di Bologna e Imola, garantendo l'esecuzione dei test di primo e secondo livello e facilitando la presa in carico dei pazienti positivi da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per l'immediato avvio della terapia. L'attività di screening in questi anni ha riguardato 94.558 campioni, con un tasso di positività anticorpale dello 0,7%. Il 19,8% di questi ha mostrato infezione attiva (HCV-RNA positivo). I dati evidenziano una forte concentrazione della patologia nelle popolazioni vulnerabili (SerD 21,4%; Carcere 11,1%), mentre la coorte della popolazione generale presenta una prevalenza dello 0,1%, inferiore al trend nazionale. Tra i 122 casi

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

viremici identificati, oltre la metà (50,8%) riguardava pazienti con diagnosi pregressa, evidenziando casi di mancato accesso o ritorno alle cure.

L'introduzione dei regimi pangenotipici a base di Antivirali ad Azione Diretta (DAA) — inibitori delle proteasi, della proteina NS5A e della RNA polimerasi NS5B — ha rivoluzionato l'approccio clinico, con tassi di Risposta Virale Sostenuta (SVR) superiori al 95%. Tuttavia, il monitoraggio delle varianti resistenti rimane un pilastro fondamentale dell'attività diagnostica. Il fallimento terapeutico, sebbene raro, è correlato all'interazione tra la barriera genetica del farmaco e la viral fitness delle varianti selezionate. In tale contesto, l'attività della nostra U.O. è mirata alla caratterizzazione molecolare di secondo e terzo livello per definire ed elaborare strategie terapeutiche personalizzate di seconda istanza

Nel corso dell'anno 2025, l'attività diagnostica ha evidenziato i seguenti trend:

- Genotipizzazione: Su un totale di 313 campioni analizzati, è stata riscontrata un'elevata stabilità genotipica. Solo in 5 casi è stato identificato un genotipo differente rispetto a precedenti determinazioni, configurando il quadro clinico di reinfezione.
- Monitoraggio viremie e test di resistenza: si è osservata una drastica diminuzione delle richieste di analisi per la ricerca di mutazioni associate a farmaco-resistenza. Tale decremento è un indicatore indiretto dell'elevata efficacia clinica dei regimi DAA correnti e del successo dei protocolli di prima linea. In nessun caso abbiamo ottenuto profili di resistenza

I dati del 2025 confermano l'efficacia della strategia di eradicazione intrapresa. La riduzione dei casi di farmaco-resistenza testimonia l'ottima gestione clinica dei pazienti, mentre i casi di reinfezione sottolineano l'importanza di mantenere alta la sorveglianza microbiologica e le attività di prevenzione nelle popolazioni a rischio.

HIV - Virus dell'immunodeficienza umana

Secondo i dati più recenti pubblicati da UNAIDS (aggiornati nel corso del 2025 con riferimento ai dati consolidati dell'anno precedente), la situazione dell'epidemia di HIV a livello globale registra ancora numeri significativi, nonostante le nuove infezioni sono diminuite del 40% rispetto al 2010 e i decessi sono diminuiti del 54% rispetto al 2010 e del 70% rispetto al picco registrato nel 2004, grazie soprattutto alla maggiore diffusione delle terapie antiretrovirali (ART). Il report 2025 avverte che, nonostante i progressi, i tagli ai finanziamenti internazionali e le crisi umanitarie globali mettono a rischio l'obiettivo dell'ONU di porre fine all'AIDS come minaccia per la salute pubblica entro il 2030.

In Italia, i dati più recenti pubblicati dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (aggiornati al 31 dicembre 2024 e pubblicati a novembre 2025) indicano 2.379 nuove diagnosi, con un'incidenza di 4,0 casi per 100.000 residenti, dati sostanzialmente stabili rispetto all'anno precedente. Di particolare rilievo clinico è il fenomeno dei Late Presenter: una quota crescente di soggetti giunge alla diagnosi in fase avanzata, con conte di linfociti CD4 estremamente basse o in AIDS conclamato.

In questo scenario, l'attività di diagnosi e sorveglianza non si limita al conteggio dei casi, ma punta sulla caratterizzazione molecolare dei ceppi, fondamentale per:

- Identificare i Cluster: Individuare catene di trasmissione attive sul territorio regionale

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

per intervenire con azioni di screening mirate.

- Monitorare le Resistenze: Rilevare precocemente virus resistenti ai farmaci antiretrovirali, garantendo l'efficacia delle terapie di prima linea.
- Studio dei Sottotipi: Comprendere la diffusione di varianti "Non-B", spesso associate a diverse modalità di progressione clinica e comuni tra le popolazioni migranti.

Nel corso dell'anno 2025, l'attività di screening e monitoraggio dell'infezione da HIV dell'Area Metropolitana di Bologna ha prodotto i seguenti risultati:

1. Screening e Profilo Demografico

- Volume di attività: 53.330 richieste di screening HIV.
- Nuove diagnosi identificate: 48 casi di positività NON NOTA.
- Infezioni acute: 3 casi (2 con sola reattività antigenica e HIV-RNA positivo; 1 caso con sierologia negativa e HIV-RNA positivo).
- Target demografico: Prevalenza del sesso maschile (92%), età mediana di 43 anni e nazionalità italiana nel 69% dei casi (33/48).
- Motivazione del test:
- Comportamenti sessuali a rischio: 23 casi (48%).
- Controlli di routine: 8 casi (17%).
- Ospedalizzazione per patologie HIV-correlate o altre comorbidità: 17 casi (35%).

2. Inquadramento Clinico e Fenomeno "Late Presenter"

Delle nuove diagnosi, 40 soggetti sono stati presi in carico dai centri di Malattie Infettive dell'Area Metropolitana di Bologna. Al basale, il 52,5% (21/40) dei pazienti presentava una conta media di linfociti CD4 pari a 144 cell/ μ L, configurando un quadro di Late Presentation con elevato rischio di progressione clinica.

3. Analisi delle Resistenze Farmacologiche Trasmesse (TDR)

L'implementazione della tecnologia Next Generation Sequencing (NGS), in sostituzione del sequenziamento Sanger, ha permesso una maggiore sensibilità nell'individuazione delle mutazioni.

- Virus Wild Type: 31/40 casi (77.5%), sensibili alle principali classi farmacologiche.
- Transmitted Drug Resistance (TDR): 9/40 casi (22,5%).
- La prevalenza più elevata della TDR è attribuibile principalmente alla maggiore sensibilità diagnostica della metodica NGS che evidenzia un numero maggiore di mutazioni secondarie (specie a carico degli inibitori nucleosidici/non nucleosidici della trascrittasi inversa, NRTIs/NNRTIs)
- Resistenze primarie a carico degli NNRTIs (mutazione principale: K103N).
- Inibitori dell'Integrasi (INSTIs): Non è stata riscontrata alcuna resistenza pre-trattamento, dato di fondamentale importanza per l'efficacia delle attuali linee guida e delle terapie long-acting.

4. Caratterizzazione molecolare e sottotipi

Il monitoraggio locale conferma l'eterogeneità dei ceppi circolanti, influenzata dai flussi migratori e dall'evoluzione dell'epidemiologia molecolare:

- Sottotipo B: 25 casi.
- Non-B e Ricombinanti:

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

- CRF02_AG: 8 casi.
- Sottotipo F: 2 casi.
- Sottotipo C: 2 casi.
- Sottotipo G: 1 caso.
- Forme ricombinanti B-like: 2 casi.

Ambulatorio Intolleranze a Sostanze Chimiche e Sindrome da Fatica Cronica (ISC/SFC)

Presso l'Unità Operativa Complessa di Medicina del Lavoro è attivo il Centro di riferimento regionale per pazienti con Intolleranze a Sostanze Chimiche e Sindrome da Fatica Cronica, in forza della Delibera Giunta Regionale DGR 2104/2009 (e successive).

L'ambulatorio riceve pazienti che presentano sintomi suggestivi di intolleranza all'esposizione ad agenti chimici, con un percorso che prevede la visita di accoglienza, esami di laboratorio e diverse consulenze specialistiche. Al termine del percorso la persona viene rivista presso l'ambulatorio per i provvedimenti del caso.

Attualmente l'ambulatorio offre 150 disponibilità annuali di visita a pazienti sia regionali sia extra-regionali; nel 2025 le visite effettuate sono state 120 con una provenienza dei pazienti così distribuita: 63% residenti in RER (di cui 20% AUSL BO, 3% AUSL Imola, 40% RER fuori Provincia BO) e 37% provenienti da altre Regioni.

Nel 2025 è stato istituito un gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare con l'obiettivo di redigere una Procedura Aziendale che definisca le modalità di accoglienza, trattamento in vari setting dell'Ospedale di pazienti che presentano sintomi di Intolleranza alle Sostanze Chimiche.

Presso l'ambulatorio vengono inoltre ricevuti pazienti che presentano sintomi suggestivi di sindrome da fatica cronica, con un percorso che prevede la visita di accoglienza, esami di laboratorio, e diverse consulenze specialistiche. Al termine del percorso la persona viene rivista presso l'ambulatorio per i provvedimenti del caso. Nel 2025 è stato reso disponibile, sempre presso l'Unità Operativa Complessa di Medicina del Lavoro, un percorso di fisioterapia.

Il finanziamento riconosciuto per questa attività dalla Regione (€ 100.000) è finalizzato alla copertura di costi di funzionamento (in particolare personale, attrezzature, beni di consumo, attività diagnostica e consulenze specialistiche).

Laboratorio di Tossicologia Occupazionale e Ambientale

Il Laboratorio di Tossicologia Occupazionale e Ambientale dell'Unità Operativa Complessa di Medicina del Lavoro è una delle strutture del Sistema Regionale di Prevenzione Salute dai Rischi Ambientali e Climatici (SRPS) istituito con DGR 183/2023, come branca regionale del SNPS istituito con la Legge 79/2022. È l'unica struttura del SRPS che effettua il dosaggio di inquinanti ambientali in matrici umane.

Il laboratorio è dotato di due piattaforme strumentali.

Microscopia e spettroscopia, equipaggiata con un microscopio elettronico a scansione (SEM), un microscopio elettronico a trasmissione (TEM), un microscopio a forza atomica (AFM), un microscopio a infrarosso a trasformata di Fourier (microFTIR), per la quantificazione e

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

caratterizzazione di contaminanti ambientali e/o occupazionali corpuscolati (inorganici o organici) presenti in matrici umane (liquidi biologici e tessuti). Nel 2025 sono state eseguite analisi su materiali biologici quali 68 campioni di tessuti e 13 campioni di condensato dell'espirsto.

Spettrometria di massa (ICP-MS, GS-MS, LC-MS) per il dosaggio in matrici umane di inquinanti ambientali non corpuscolati, volatili e non volatili. Sono state eseguite analisi su 400 campioni di sangue, 50 campioni di condensato dell'espirsto e 45 analisi di monitoraggio ambientale; sono state inoltre eseguite 50 analisi di monitoraggio biologico per la messa a punto di una metodica di analisi di PFAS e agenti inquinanti.

Nel 2025 il Laboratorio di Tossicologia Occupazionale e Ambientale è stato inserito nel "Gruppo di lavoro PFAS (sostanze perfluoroalchiliche)", istituito nell'ambito del Coordinamento Strategico SRPS con l'obiettivo generale di predisporre una valutazione integrata della presenza di inquinanti negli ambiti ambiente/animale/umano. Al Laboratorio sono state attribuite le attività di analisi dei PFAS in siero umano (matrice biologica di riferimento per la valutazione dell'esposizione interna a questi composti); nel 2025 il Laboratorio ha proceduto alla definizione e messa a punto delle metodiche analitiche da applicare ed ha partecipato alle attività del Gruppo di lavoro, attività propedeutiche all'avvio del reclutamento del campione in studio e analisi dei PFAS, previste a partire dal 2026.

Il finanziamento riconosciuto dalla Regione (€ 100.000) per questa attività è finalizzato alla copertura di costi di funzionamento (in particolare personale, attrezzature, beni di consumo, altre spese correnti).

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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

€. 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 endo-esoscopica, 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.

Funzione Trapianti

Il trapianto di organi e tessuti rappresenta un'attività sanitaria ad alta valenza sociale, obiettivo del Servizio Sanitario Regionale, inserito nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il cui potenziamento, in termini numerici e di qualità dei risultati, costituisce il presupposto per garantire un trattamento insostituibile ed efficace per le persone affette da gravi insufficienze d'organo il cui numero cresce ogni anno considerevolmente.

L'attività legata al trapianto rappresenta uno dei punti di eccellenza e di primaria importanza all'interno dell'IRCCS AOU BO, che è stata riconosciuta quale IRCCS nella disciplina di "Assistenza e ricerca nei trapianti e nel paziente critico".

Per questo motivo l'Azienda pone particolare attenzione al percorso di donazione (di organi, tessuti e cellule) non solo per i risvolti clinici, etici e sociali, ma soprattutto perché tale attività rappresenta la base imprescindibile per il mantenimento di un buon livello di attività trapiantologica.

Alla complessità dell'attività trapiantologica si affianca il coordinamento dell'attività di procurement, condotta da CRT-ER in collaborazione con il CNT, e l'articolata gestione contabile-amministrativa del sistema di compensazione regionale relativo a questa attività

Quanto contenuto nelle note seguenti trova il proprio riferimento normativo nelle DGR 1934 del 24/11/2025 e DGR 2026 del 09/12/2025, con le quali è stato assegnato un finanziamento all'Azienda per il 2025 di 9.000.000,00 €.

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

- delle attività svolte dalle diverse unità operative della struttura coinvolte nel processo;
- del coordinamento da parte del CRT-ER di tutte le attività connesse con i processi di donazione e trapianto, di raccolta dati e di gestione delle liste di attesa nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, di rendicontazione annuale alle Aziende Sanitarie della Regione degli scambi inerenti alle attività di trapianto intra ed extra Regione e di invio trimestrale della rendicontazione dei prelievi e dei trapianti di organo effettuati;
- della presenza della Banca del sangue cordonale, vasi e valvole, biobanca e

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

immunogenetica per registro donatori di midollo;

- delle attività di laboratorio legata all'immunogenetica (per trapianti di cuore, polmoni e fegato) ed alla sicurezza e qualità degli organi da trapiantare (es. Microbiologia, Anatomia Patologica, Laboratorio analisi chimico cliniche);
- delle attività del laboratorio cellule staminali emopoietiche trapianto di midollo;
- della presenza di progettualità specifiche definite dalla delibera di finanziamento a funzione e incardinate all'interno dell'azienda ospedaliera (Gestione lista unica regionale per trapianto di rene, PIRP, registro regionale dialisi, Insufficienza intestinale cronica benigna, Gestione hub & spoke trapianto di cuore, prelevatori e processazione vasi e valvole cardiache, Gestione liste di attesa cuore, polmone, fegato, prelievo e trapianto di cuore da donatore DCD);
- del sistema dei rimborsi alle aziende regionali per le attività di trapianto organi (Attività uffici locali di coordinamento alle donazioni, ecc. come previsto dal documento PG 8577/2026).

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Di seguito si riporta, in sintesi, il resoconto relativo al finanziamento per la funzione trapianti: (DGR 1934 del 24/11/2025 e DGR 2026 del 09/12/2025 con le quali è stato assegnato un finanziamento all'Azienda per il 2025 di 9.000.000,00 €.)

Tipologia progetto	COSTI 2025	RICAVI 2025
GESTIONE CORRENTE E PROGETTI DEL CENTRO RIFERIMENTO TRAPIANTI (CRT-ER)	1.344.533	
Personale	936.430	
Manutenzioni sw	292.800	
Campagna informativa e corso TPM	112.136	
Beni di consumo	3.168	
PROGETTI AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA	5.528.639	664.049
Gestione lista unica regionale per trapianto di rene, PIRP, registro regionale dialisi	911.172	
Sicurezza e qualità del donatore e degli organi donati: Anatomia patologica e Microbiologia	2.954.474	
Insufficienza intestinale cronica benigna	620.443	623.099
Gestione hub & spoke trapianto di cuore, prelevatori e processazione vasi e valvole cardiache	753.795	40.950
Gestione liste di attesa polmone, fegato	502.232	
BANCHE TESSUTI E BANCA SANGUE CORDONALE, IMMUNOGENETICA PER REGISTRO DONATORI MIDOLLO	4.610.266	3.361.978
BANCA SANGUE CORDONALE BIOBANCA E BANCA TESSUTI	856.302	17.000
TIPIZZAZIONE NUOVI DONATORI MIDOLLO, REGISTRO DONATORI MIDOLLO	3.240.325	3.344.978
LABORATORIO CELLULE STAMINALI E EMOPOIETICHE TRAPIANTO DI MIDOLLO (EMATOLOGIA)	606.782	
SCAMBI TRA AZIENDE PER ATTIVITA' DI TRAPIANTO ORGANI (rimborsi alle aziende della Regione)	1.212.682	
Attività uffici locali di coordinamento alle donazioni (scheda 10)	1.101.999	
Trasporto organi	74.833	
RIMBORSI PER RACCOLTA, INSERIMENTO IN BANCA E TIPIZZAZIONE SACCHE SANGUE CORDONALE	35.850	
TOTALE COSTI DIRETTI	13.002.740	4.026.027
FINANZIAMENTO REGIONE EMILIA-ROMAGNA 2025 (DGR 1934 del 24.11.2025 e DGR 2026 del 09.12.2025)		9.000.000
FINANZIAMENTO REGIONE EMILIA-ROMAGNA 2024 (DGR 1278 del 24.06.2024)		8.900.000

Volumi attività di trapianto

I percorsi di trapianto attivi in azienda sono:

- per organi solidi: cuore (adulti e pediatrico/GUCH), polmone, rene (da cadavere e vivente), fegato (da cadavere e vivente), intestino e multiviscerale;
- per i tessuti: cute, segmenti vascolari, valvole cardiache, segmenti ossei e cornee;
- microbiota fecale (da donatore vivente)
- il trapianto di cellule riguarda invece cellule staminali ematopoietiche (allogene e autologhe per pazienti adulti e pediatrici)

Il bacino di afferenza per i suddetti percorsi (soprattutto per quanto riguarda i trapianti di organi solidi e tessuti) è rappresentato da tutta l'Emilia-Romagna ma anche dalla rete donativa nazionale che, coordinata dal CNT, gestisce l'allocazione di organi secondo la presenza di eventuali programmi a carattere nazionale.

Per quanto riguarda le donazioni in IRCCS AOU BO ci sono *percorsi di donazione* di organi (cuore, polmone, fegato, reni), tessuti (cute, segmenti vascolari, valvole cardiache, segmenti ossei e cornee) e cellule sia da donatore a cuore battente che da donatore a cuore fermo ricoverati all'interno dell'IRCCS AOU. Infine, da qualche anno è attivo uno specifico percorso di donazione del microbiota fecale da donatore vivente

Con apposite delibere (DGR 1934 del 24/11/2025 e DGR 2026 del 09/12/2025 sopracitate), ogni anno la Regione Emilia-Romagna definisce il programma pluriennale degli interventi per il potenziamento, la razionalizzazione e il coordinamento delle attività sia di prelievo sia di trapianto per organi e tessuti; quindi, assegna i finanziamenti per la realizzazione dei percorsi e il programma donazioni-trapianti dell'anno in corso e individua le tariffe di scambio delle attività correlate.

In tale delibera sono riportati tutti gli interventi per il potenziamento, la razionalizzazione ed il coordinamento delle attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti, attività che l'Azienda è chiamata a svolgere e rendicontare con tale finanziamento.

Nel 2025 i volumi di attività di trapianto per organi solidi e tessuti sono stati:

	2023	2024	2025
TRAPIANTI			
TRAPIANTO CUORE	50	30	37
TRAPIANTO CUORE-RENE	0	0	2
TRAPIANTO FEGATO isolato o split da donatore cadavere	120	104	99
TRAPIANTO FEGATO-RENE	11	5	4
TRAPIANTO POLMONE	12	5	11
TRAPIANTO RENE (donatore cadavere e vivente)	121	119	117
TRAPIANTO INTESTINO ISOLATO o MUTIVISCERALE	0	0	0
TRAPIANTO DI ORGANI (TOT)	314	263	270
TRAPIANTO MIDOLLO ALLOGENICO	60	58	57

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

	2023	2024	2025
TRAPIANTO MIDOLLO ALLOGENICO PEDIATRICO	12	19	10
TRAPIANTO MIDOLLO AUTOLOGO	98	62	73
TRAPIANTO MIDOLLO AUTOLOGO PEDIATRICO	8	5	8
TRAPIANTO DI MIDOLLO	178	144	148
Di cui :			
TERAPIA CELLULARE AVANZATA: CAR-T	51	62	55
TRAPIANTO CORNEA (altri tessuti oculari)	7	15	34
TRAPIANTO CORNEA (propriamente detta)	315	338	349
TRAPIANTO DI CORNEA	322	353	383
TRAPIANTO MICROBIOTA FECALE	6	21	76
TOTALE	820	781	877

Fonte: banca dati SDO aziendale per i dimessi e rendicontazione CRT per il numero di procedure effettuate.

Si riportano i dati di attività sui trapianti di organi solidi del 2025 a confronto con gli anni precedenti.

TRAPIANTI	2024	2025	CONFRONTO
CUORE BO	30	39	+9
POLMONE BO	5	11	+6
FEGATO BO	108	103	-5
FEGATO BO VIV	1	0	-1
RENE BO	91	83	-8
RENE BO VIV	33	40	+7
TOTALE	268	276	+8

L'attività di tutti i centri trapianto dell'IRCCS AOU è strettamente dipendente non solo dalle segnalazioni di potenziali donatori dalle sedi dell'Emilia-Romagna ma, come ricordato in precedenza, anche dalle "offerte" in eccedenza di organi che derivano dalle altre regioni italiane e dall'estero (percorso governato dal CRT-ER in collaborazione con il Centro Nazionale Trapianti-Roma).

Nel 2025 si evidenzia una crescita dei trapianti di cuore (il 23% proveniente da donatore DCD intra-extra RER) e di polmone (+50% rispetto l'anno precedente), quest'ultimo dato imputabile anche al nuovo assetto organizzativo del Centro Trapianti di Bologna negli ultimi mesi del 2025.

L'incremento dei trapianti di cuore da donatori a cuore fermo controllato (cDCD) è stato possibile non solo per un incremento delle segnalazioni di donatori cDCD idonei al prelievo di cuore in Emilia-Romagna ma anche grazie alla complessa organizzazione dell'equipe "Mobile

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

DCD-Team" (che ha visto la collaborazione di anestesisti-rianimatori, tecnici di perfusione cardio-circolatoria, strumentisti oltre ai cardiocirurghi) che ha permesso la realizzazione di trapianti da donatori cDCD da fuori ER.

La diminuzione dei trapianti di alcuni organi che si è registrata nel 2025 presso l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna può essere conseguente a varie concause: per quanto riguarda il fegato l'incremento dell'accettazione di organi e della capacità trapiantologiche, negli ultimi anni, di alcune regioni del centro e sud Italia (minor percentuale di organi dai loro donatori mandati in eccedenza) ha determinato una netta minor disponibilità di organi (fegato) provenienti dalle suddette regioni che li utilizzano nei loro centri trapianto. Inoltre, la nuova modalità di allocazione regionale del fegato con rapporto 1:1 fra i due centri trapianto della regione Emilia-Romagna ha portato ad un nuovo equilibrio e stabilizzazione dei risultati (che si differenziano per i trapianti da vivente).

Infine, va segnalata una riduzione delle segnalazioni di donatori in regione Emilia-Romagna che ha determinato una riduzione dei donatori utilizzati (188 nel 2025 vs 202 nel 2024); questo trova ragione in un incremento delle opposizioni registrate in vita (anagrafi comunali o USL) come in un maggior numero di donatori non idonei per patologia neoplastica/ematologica/infettiva.

I prelievi e trapianti di cornee (legati unicamente all'attività di donazione in Emilia-Romagna) sono incrementati rispetto agli anni precedenti.

L'IRCCS AOU è riconosciuto come centro Hub per l'Emilia-Romagna nell'utilizzo delle terapie avanzate CAR-T. È uno dei primi centri italiani selezionati per condurre studi clinici sperimentali per le indicazioni approvate e per quelle future (mieloma multiplo).

Si osserva un incremento dei trapianti da CSE (adulto e pediatrico), una lieve deflessione delle Terapie cellulari avanzate (CAR-T) realizzate a Bologna ma i dati regionali rimangono sostanzialmente stabili (63 per i 2025).

A gennaio 2024 l'Azienda è stata sottoposta alla visita ispettiva per il rinnovo dell'Autorizzazione dei Centri Trapianto Aziendali (l'Organismo tecnico regionale ha effettuato la visita sul campo in data 31 gennaio 2024 presso IRCCS - Azienda Ospedaliero di Bologna Policlinico Sant'Orsola trasmettendone le risultanze con Prot. 16/12/2024.1367692.U del 16/12/2024 al Coordinatore del Centro Regionale Trapianti che ha comunicato il parere positivo dell'autorizzazione con nota acquisita agli atti con Prot. 24/12/2024.1393931). Considerato l'esito positivo della visita ispettiva, a maggio 2025 è stato concesso il Rinnovo dell'Autorizzazione Regionale all'esercizio delle attività di Trapianto d'organi singoli o combinati di IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico Sant'Orsola per i Centri Trapianti di: Cuore Adulto/ Centro Trapianti di Cuore pediatrico e GUCH/ Centro Trapianti di Fegato, Intestino e Multiviscerale / Centro Trapianti di Polmone/ Centro Trapianti di Rene. (Determinazione del Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare n. 10571 del 04/06/2025- "Rinnovo autorizzazione regionale per le attività di trapianto d'organi IRCCS - Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola" ai sensi dell'Accordo Stato-Regione del 24 gennaio 2018 così come recepito dalla DGR 2261/2018 e aggiornamento dell'organismo tecnico regionale deputato allo svolgimento di tale attività di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 7215 del 05/04/").

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Tale autorizzazione è da intendersi anche per i trapianti in pazienti HIV positivi.

L'autorizzazione concessa dalla Regione ha la durata di anni 4, ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti 16/C del 24 gennaio 2018.

Per quanto riguarda l'attività di donazione presente in IRCCS AOU BO si rimanda alla relazione del Coordinamento Ospedaliero di Procurement (COP) (par 3.2.3.21).

Di seguito si riportano i dati dei donatori segnalati e utilizzati nonché gli organi procurati solo da IRCCS AOU BO, confrontati con gli anni precedenti:

IRCCS AOU BO	2021	2022	2023	2024	2025
DONATORI SEGNALATI	17	9	16	24	23
DONATORI "UTILIZZATI"	10	6	11	13	11
DONATORI NON IDONEI	3	2	4	8	6
OPPOSIZIONI*	4 (23.5%)	1 (11.1%)	1 (6.3%)	3 (12,5%)	6 (26,1 %)

*A livello Nazionale viene richiesto un livello di opposizione alla donazione degli organi inferiore al 30%

Organi/Anno	2021	2022	2023	2024	2025
Cuore	0	1	2	2	1
Fegato	10	16	11	12	11
Reni	6	13	10	12	8
Polmoni	2	0	2	0	2
TOTALE	18	30	25	20	22

Nel 2025 ci sono state 23 segnalazioni di potenziali donatori multiorgano (24 nel 2024) e sono diminuiti i donatori utilizzati, cioè la cui donazione ha generato un trapianto di organi. In AOU IRCCS BO vi sono stati solo 3 donatori utilizzati (su 13 DBD segnalati) e 8 donatori DCD utilizzati (su 12 segnalati): le cause sono da imputare ad un maggior riscontro di patologie neoplastiche durante la valutazione, a condizioni cliniche troppo compromesse del donatore al momento della segnalazione.

Si segnala, inoltre, un incremento nel tasso di opposizione al percorso di donazione (26.1% vs 12.5%) anche se ci si mantiene ancora al di sotto dell'obiettivo richiesto a livello nazionale (<30%).

Attività di ricerca multicentrica coordinata dal CRT

Nel 2025 il CRT si è reso capofila di alcuni progetti di ricerca multicentrici:

- **Progetto "KT-DCD-RER Study"**. Valutazione esito delle biopsie renali nei donatori deceduti della Regione Emilia-Romagna (586/2025/Oss/AOUBo). Studio osservazionale di coorte retrospettivo e prospettico multicentrico in cui vengono confrontati due distinti gruppi di donatori (DBD e DCD). Si tratta del primo studio di questo tipo che coinvolge tutti i Centri Trapianto di rene della Regione Emilia-Romagna (Bologna, Parma, Modena) e vede il CRT come capofila e l'IRCCS come Promotore. Il protocollo è stato approvato nella seduta del Comitato Etico in data 7/11/2025. Negli ultimi mesi del 2025, in sinergia con i nefrologi dei tre Centri Trapianto e i Patologi dell'IRCCS, è stata costituita l'apposita eCRF su Redcap che

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

è in fase di produzione. PI: Dott. Giuseppe Tarantino

- Il secondo studio **Progetto "Rescue-LT-RER Study"** coinvolge, per la prima volta, tutti i Centri Trapianto di fegato della Regione. Valuta l'efficacia dell'utilizzo di donatori secondo protocollo Eccedenza nel trapianto di fegato in Regione Emilia-Romagna (767/2025/Oss/AOUBo). Si tratta di uno studio osservazionale di coorte retrospettivo multicentrico. Il protocollo è stato approvato nella seduta del Comitato Etico del 10/12/2025 e attualmente è in corso la costituzione dell'apposita eCRF su Redcap e il supporto al Centro Trapianti di fegato di Modena per la sottomissione al CE di competenza. PI: Dott. Giuseppe Tarantino

Ulteriori progetti sono in corso:

- **Progetto "KT-DCD-RER Study"** Effetti dell'esercizio fisico e del counseling dietetico nella riduzione dello score di rischio cardiovascolare in pazienti trapiantati di rene (138/2023/Sper/AOUBo; approvazione CE 19 maggio 2023). Il valore aggiunto del progetto sta nella creazione di una rete multidisciplinare regionale, coordinata dal CRT-ER, che coinvolga chirurghi e internisti dei centri trapianti, nefrologi, medici dello sport e dell'esercizio, infermieri, chinesologi, dietologi e dietisti. Lo scopo della rete così strutturata sarà quello di promuovere l'attività fisica e una sana alimentazione come terapia non farmacologica nel management standard del paziente trapiantato. Il progetto è finanziato dai fondi della Ricerca Corrente (RC24000854) per il periodo 2024-2026. Nel corso del 2025 con tali fondi è stata finanziata una borsa di studio per Dietista attualmente in forze alla SSD Nutrizione Clinica e Metabolismo-Centro Regionale Riferimento Insufficienza Intestinale Cronica Benigna
- **"Progetto HealthyW8" - Empowering healthy lifestyle behaviour through personalised intervention portfolios to prevent and control obesity during vulnerable stages of life** (Grant Agreement number: 101080645 — HealthyW8 — HORIZON-HLTH-2022-STAYHLTH-01-two-stage / HORIZON-HLTH-2022-STAYHLTH-01-05-two-stage - Ref. Ares (2023)2437582 - 04/04/2023).

Il CRT-ER si inserisce in un consorzio internazionale costituito da 24 partner da 9 diversi stati europei PI per l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Sant'Orsola - Dott. G Tarantino che coordina un gruppo di nefrologi, epatologi, nutrizionisti con il supporto del Grant Office. Parte dei fondi del progetto sono stati destinati all'assunzione di un Dirigente Medico con specializzazione in Nutrizione Clinica, attualmente in forze alla SSD Nutrizione Clinica e Metabolismo-Centro Regionale Riferimento Insufficienza Intestinale Cronica Benigna.

- **Protocollo "ELITE-AOUBO-IT-1"** (Feasibility and acceptability of a new tool for a conscious education and motivation promoting a hEalthy Lifestyle in liver and kidney Transplant rEcipients). Nel corso del 2025 nell'ambito del WP3, è iniziato l'arruolamento per uno studio pilota sui pazienti over 65 sottoposti a trapianto di fegato o rene (area tematica IRCCS AOUBO), particolarmente a rischio di obesità post-trapianto e sindrome metabolica – PI Dott.ssa Lucia Brodosi.

3.2 Obiettivi di attività dell'esercizio 2025 e confronto con il livello programmato

3.2.1 Il contesto di riferimento

La presente relazione sulla gestione, che correda il bilancio di esercizio 2025, viene redatta in applicazione del Decreto legislativo n. 118/2011, del Decreto 24 maggio 2019 e delle indicazioni fornite dalla Regione sulla sua applicazione.

I contenuti di rendicontazione sono stati sviluppati in coerenza con:

- le indicazioni contenute nelle Linee di programmazione e finanziamento, individuate per l'anno 2025 (DGR 972/2025);
- il Piano integrato di attività e organizzazione PIAO 2025-2027. Si precisa che il DPR 30 giugno 2022 n. 81 ad oggetto: "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione" individua gli adempimenti relativi ai Piani assorbiti nel PIAO che ha abrogato tra gli altri il Piano dei fabbisogni, il Piano della performance, il Piano di prevenzione della corruzione, il Piano organizzativo del lavoro agile, Piano di azioni positive e dispone che per le amministrazioni tenute alla redazione del PIAO tutti i richiami normativi vigenti sono da intendersi come riferiti alla corrispondente sezione del PIAO;
- della programmazione sanitaria e socio-sanitaria metropolitana promossa, condivisa ed approvata dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana, in cui 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;
- il piano di sviluppo dell'attività di ricerca e gli obiettivi di implementazione delle piattaforme della ricerca.

L'Azienda è impegnata nella realizzazione di un articolato piano degli investimenti e la progressiva attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per le parti di competenza, in una situazione di mercato particolarmente condizionato dall'aumento dei prezzi e dalla carenza di materie prime e risorse umane.

Nel quadro del complesso contesto di riferimento l'Azienda è stata impegnata al rispetto degli obiettivi economici assegnati, attraverso azioni di razionalizzazione e contenimento dei costi promuovendo il costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario e aderendo proattivamente al sistema di monitoraggio bimestrale dell'andamento delle gestioni aziendali definito dalla Regione.

A seguire si declinano le principali azioni poste in essere per la realizzazione degli obiettivi di mandato della Direzione Generale (DGR 1516/2023) e della delibera di programmazione regionale per l'anno 2025 (DGR 972/2025).

3.2.2 Obiettivi di mandato della Direzione Generale

Gli obiettivi di mandato della Direzione Generale ai sensi della DGR 1516/2023 e della DGR 972/2025

3.2.2.1 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,

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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, complementarità 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 multidisciplinare/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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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:

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

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

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
Dipartimenti a valenza interaziendale	
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

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

Con deliberazione N. 247 del 31/08/2021 sono stati istituiti due board di innovazione e sviluppo, in staff alla direzione strategica, di cui uno orientato alla gestione degli aspetti organizzativi ed uno alla gestione degli aspetti tecnici. Con deliberazione N. 41 del 10/02/2023, concernente la riorganizzazione dell'Area Amministrativa della Tecnostruttura della Direzione Aziendale, è stata definita l'unificazione dei due Board in uno unico denominato Board "Progetti di innovazione e sviluppo" ricomprendendo al suo interno lo sviluppo organizzativo, tecnologico e delle infrastrutture e istituendo una funzione specifica di referenza correlata allo sviluppo del patrimonio edilizio dell'IRCCS AOU.

Il Board ha mantenuto anche nel 2025 i compiti e le funzioni indicate in delibera N. 247 del 31/08/2021 intervenendo su specifiche progettualità ritenute strategiche dalla Direzione Aziendale, inerenti l'organizzazione e l'ambito tecnologico e delle infrastrutture.

In particolare, il board svolge le seguenti funzioni:

- definizione delle **tempistiche di realizzazione delle progettualità strategiche**

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

assegnate e monitoraggio dello stato di avanzamento;

- **coordinamento di tutti i servizi di staff o afferenti ai DAI**, coinvolti nella realizzazione di una determinata progettualità;
- **rendicontazione periodica alla Direzione strategica** dello stato di avanzamento dei progetti;
- proposizione **di nuove idee progettuali** ed evidenza di eventuali criticità o elementi di miglioramento all'interno dell'organizzazione in una logica proattiva.

Composizione del board

Il board è costituito da due coordinatori con competenze complementari sull'ambito tecnico e organizzativo. Vengono coinvolti, in relazione ai progetti identificati, i diversi servizi che hanno competenze specifiche sulle diverse progettualità individuata.

Coordinatori:

- *Ilaria Nonni* –Direttore UO Supporto alla pianificazione strategica, sviluppo organizzativo e formazione
- *Paride Lambertini* – Direttore UO Ingegneria Clinica

1. Progettualità assegnate al board anno 2025: attività svolte

Si riportano di seguito le attività svolte, con riferimento alla progettualità assegnate nell'anno 2025.

Progetto	Azioni assegnate al Board	Azioni completate dal Board
Rifunzionalizzazione dell'area del pad. 25	- Formalizzazione di avvio del centro di simulazione mediante delibera; - completamento ristrutturazione dell'area al 1° piano; - aggiudicazione gara per l'allestimento del centro; - formalizzazione della programmazione degli eventi 2025; - avvio board interno e board IRCCS-UNIBO.	- È stato formalizzato l'avvio del centro di simulazione mediante deliberazione N. 198 del 08/07/2025 <i>"Istituzione del Centro di simulazione e training dell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola:SimulBO"</i> - Nel mese di febbraio 2025 è stata completata la ristrutturazione dell'area al 1° piano; - Nel mese di agosto 2025 è stata aggiudicata la gara per l'allestimento del centro con simulatori avanzati; - Nel PAF 2025 è stata creata una sezione legata al centro di simulazione, nel corso

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Progetto	Azioni assegnate al Board	Azioni completate dal Board
		del 2025 sono stati realizzati o seguenti eventi: - In data 09 maggio 2025 è stato convocato il primo incontro del board interno al centro di simulazione che ha proseguito i suoi incontri con cadenza mensile, il 6 giugno 2025 è stato convocato il primo incontro dell'executive board IRCCS-UNIBO (nota prot. N. 23727 del 26/05/2025), durante l'anno si sono svolti 3 incontri.
Rifunzionalizzazione dell'area ematologica-laboratori	In relazione alla proposta progettuale pervenuta nel mese di settembre sono necessari ulteriori approfondimenti per la rimodulazione delle aree di intervento e rimodulazione dei costi.	- È stato effettuato un primo incontro con i referenti della UO Ematologia individuati dal Direttore, con la direzione sanitaria e la UO Progettazione sviluppo e investimenti nel mese di febbraio 2025 in cui è stato richiesto ai professionisti dell'ematologia di effettuare una proposta di rimodulazione delle attività volta ad ottimizzare gli spazi ed effettuare i lavori necessari; - Nel mese di marzo 2025 è stata data al gruppo di lavoro la restituzione rispetto alle proposte di rimodulazione dell'attività e la UOC progettazione, sviluppo e investimenti ha lavorato alla proposta di layout ed effettuato una stima dei costi - Nel mese di ottobre 2025 la UOC progettazione, sviluppo e investimenti ha presentato il progetto revisione che in data 18 novembre 2025 è stata condivisa con la direzione strategica (DG, DS, Dir. Ass.le) - Dato che la soluzione proposta prevede il collocamento di laboratori presso il pad. 20 è in corso interlocuzione con Ausl Bo per la riorganizzazione degli spazi nel suddetto padiglione.
Sviluppo di un sistema di business intelligence e advanced data analysis.	- Aggiudicazione della gara; - avvio della progettazione e realizzazione del sistema di business intelligence e advanced data analysis; - realizzazione di un accordo di collaborazione in ambito di ricerca con UniBo con l'obiettivo di sviluppare progettualità inerenti la gestione di big	- Completamento e invio al SAAV della documentazione di gara. - Avvio dei dialoghi per la strutturazione di un accordo di collaborazione in ambito di ricerca con UniBo con l'obiettivo di sviluppare progettualità inerenti la gestione di big data, nuovi modelli di programmazione e sviluppo di algoritmi predittivi.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Progetto	Azioni assegnate al Board	Azioni completate dal Board
	data, nuovi modelli di programmazione e sviluppo di algoritmi predittivi.	
Finanziamenti a funzione	- Revisione del modello di mappatura dei costi per attività di degenza e ambulatoriale	- È stato definito assieme alla UO analytics operations research e alla SSD Controllo di gestione un modello di mappatura analitica dei costi (definizione della coorte di pazienti appartenenti ad una funzione ad alta complessità, mappatura puntuale dei costi di sala, di degenza intensiva e ordinaria e di tutte le prestazioni intermedie svolte durante il ricovero, definizione dello standard di visita su pz ad alta complessità, driver di ripartizione del personale) ed è stato proposto un nuovo modello di finanziamento a funzione incentrato sulle funzioni ad alta complessità correlate agli ambiti di riferimento e all'area pediatrica
Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali: realizzazione di una cartella informatizzata per la gestione del paziente	- Formalizzazione di un accordo per la realizzazione della cartella clinica MICI all'interno del prodotto di cartella clinica ambulatoriale aziendale; - valutazione della diffusione del prodotto sugli altri centri regionali della rete MICI	- Nel mese di giugno 2025 è stato attivato il contratto per la revisione dell'applicativo di cartella clinica ambulatoriale MICI in relazione alle criticità rilevate dai clinici - Sono stati organizzati incontri periodici con i clinici, ICT e UOC analytics operations research, Clinica trial center per rendere la cartella operativa nella parte di alimentazione dei dati e per strutturare il passaggio delle informazioni sull'applicativo aziendale di CCA (Cartella Clinica Ambulatoriale): 26 febbraio, 30 aprile, 28 maggio, 9 settembre, 13 ottobre, 10 dicembre - Nel mese di settembre 2025 si è iniziata a sviluppare l'APP di comunicazione con i pazienti - È stato avviato il passaggio di consegne con la direzione sanitaria per riprendere l'interlocuzione con la regione circa lo sviluppo della rete
Piattaforme di ricerca	- Avvio del percorso di budget con monitoraggio costi e ricavi delle piattaforme, sia in ambito assistenziale che di ricerca; - perfezionamento dell'accordo di	- Nel mese di aprile 2025 è stato presentata al tavolo della ricerca IRCCS-UNIBO una bozza di schema di mappatura dei costi delle piattaforme che è stato perfezionato mediante l'istituzione di un gruppo di lavoro costituito da Controllo di gestione, workflow della ricerca, sviluppo org,vo,

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Progetto	Azioni assegnate al Board	Azioni completate dal Board
	collaborazione con IRCCS Policlinico Gemelli per l'utilizzo integrato di alcune piattaforme e l'implementazione di un sistema di gestione (G-STEP)	ingegneria clinica, grant office, biblioteca scientifica, e UOC analytics operations research. - Con nota prot. N. 27634/2025 è stata formalizzata la modalità di gestione delle problematiche e linee di sviluppo delle piattaforme che coinvolgono il board, la direzione scientifica e UniBo - È stato attivato un tavolo di lavoro per gestire l'attività che viene svolta da IRCCS all'interno del laboratorio UniBO CRBA (Centro di Ricerca Biomedica Applicata) - Nelle date del 20 ottobre e 3 dicembre 2025 sono stati effettuati 2 incontri presso l'IRCCS Gemelli di Roma per perfezionare il nuovo accordo che verrà siglato nelle prossime settimane.
Telemedicina	- Strutturazione della relazione con Ausl di Bologna per valutazione di una gestione integrata dei progetti di sviluppo della telemedicina; - verifica dello stato di avanzamento dell'implementazione di strumenti di telemedicina da parte del board aziendale	- Il progetto è stato portato avanti dalla Direzione Sanitaria Aziendale in relazione alle attività programmate che sono comunque state rendicontate anche alla presenza del board durante gli incontri di The Hospital of Tomorrow (THoT)
Service Design	- Formalizzazione di un modello organizzativo che incardini la funzione in maniera strutturata e funzionale all'interno dell'Azienda; - coordinamento del riassetto pad. 25 e verifica della rendicontazione dell'attività svolta	

3.2.2.2 Riconoscimento ad IRCCS e Infrastruttura della Ricerca

A seguito del riconoscimento e conferma a IRCCS, l'Infrastruttura della Ricerca organizzata in coerenza alle deliberazioni n. 81/2024 e n. 242/2024 e l'attività dalla stessa svolta, risulta ancora in fase di evoluzione.

Con deliberazione n. 209 del 17/7/2025 è stato adottato il Piano Strategico Triennale della Ricerca 2025-2027, che oltre a fornire una puntuale descrizione dell'Infrastruttura della Ricerca e della sua attività, formalizza i principi (innovazione, ricerca, cura, conoscenza e solidarietà) e gli ambiti di attività (implementazione tecnologica, trasferimento tecnologico, innovazione organizzativa, sviluppo delle attività di ricerca nelle aree di riconoscimento e adeguamento ai principi internazionali, approcci terapeutici strategici,, piano di formazione del personale della ricerca, etc..) a cui punterà la ricerca dell'IRCCS nel prossimo triennio, ivi inclusi i punti strategici fondamentali per l'implementazione dell'attività di ricerca (candidatura a nuove aree tematiche, supporto alla ricerca promossa da giovani ricercatori).

Al fine di potenziare l'attività di ricerca è proseguito 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", che ha portato, nel 2025, a vedere attivi 93 contratti "piramide" e all'indizione di un secondo bando di stabilizzazione per n. 4 posizioni (piramide), a favore dei titolari dei requisiti di cui alla L. art. 3 – ter del D.L. 10/5/2023, n. 51 convertito con L. n. 97 del 3/7/2023, che si aggiungono alle n. 4 oggetto di bando, pubblicato a fine 2024.

Si è mantenuta viva l'attività di collaborazione con altri enti di ricerca per la realizzazione di progetti di ricerca di interesse comune.

In tale contesto si ricorda che nell'ambito della collaborazione con l'Università di Bologna, sono proseguiti i lavori del Tavolo di Lavoro congiunto IRCCS AOU BO e Università di Bologna, cui partecipano la Direzione Generale, la Direzione Scientifica, la Direzione Strategica, l'UOC Affari Generali e Rapporti con l'Università, il Prorettore alla Ricerca, il delegato del Magnifico Rettore ai rapporti con gli enti del SSN, il delegato del Magnifico Rettore ai rapporti di ricerca con IRCCS AOUBO, i DPO dei due Enti, il Service di Area Medica UNIBO e ARIC. Il tavolo si riunisce, con cadenza tendenzialmente mensile, per discutere su tematiche di interesse comune sulla governance delle attività di ricerca. In particolare, nel corso dell'anno 2025 è stata attuata la revisione dell'accordo quadro sulle attività di ricerca no-profit di comune interesse tra i due Enti ed è stato completato il processo di definizione di un ulteriore accordo quadro avente ad oggetto lo svolgimento integrato delle funzioni di supporto all'attività di ricerca scientifica, con successiva adozione della prima convenzione attuativa relativa al centro di competenza "Research Development & Grant Seeking". Sempre nell'ambito di tale accordo quadro sono stati, altresì, avviati i lavori di definizione del secondo centro di competenza, relativo al Clinical Trial Center. L'interazione con riguardo alle attività di ricerca di comune interesse con l'Università di Bologna ha avuto significativo slancio anche grazie al coinvolgimento di nuovi ricercatori universitari nell'ambito delle Piattaforme di Ricerca IRCCS, tramite la definizione di nuovi allegati A3 all'Accordo Attuativo Locale, per un totale pari a n. 36 ricercatori universitari attivi nel corso dell'annualità 2025.

Nell'ambito delle collaborazioni per attività di ricerca, l'IRCCS ha proseguito l'adesione a reti quali Clust-ER, Alleanza Contro il Cancro, Associazione Big Data, Life HubSciences e sta

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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. L'IRCCS continua anche la collaborazione, in qualità di aderente, oltre che con CBIM, anche con la Federazione GAAR, con finalità di ricerca scientifica; l'adesione a GAAR ha garantito l'accesso alla connettività a banda ultra-larga della Rete GAAR, con l'obiettivo comune di contribuire in maniera significativa al progresso della Ricerca, grazie anche a servizi applicativi e di rete tecnologicamente avanzati sviluppati, in ambito nazionale e internazionale, nel contesto mondiale delle Reti della Ricerca. A questo proposito, è attiva una pagina Intranet per condividere con tutti i ricercatori dell'IRCCS i numerosi servizi federati a cui è possibile accedere tramite identità digitale istituzionale.

Prosegue anche l'interazione con Bibliosan, con l'European Association of Health Information Libraries (EAHIL) e NILDE, tramite la partecipazione di una bibliotecaria scientifica dell'IRCCS nel Direttivo di EAHIL, come rappresentante per l'Italia, e nel Gruppo Comunicazione Bibliosan, nonché nel CBN di Nilde.

3.2.2.3 Attività di ricerca

Le attività di ricerca, riconducibili alle 8 linee (4 in area oncologica e 4 in area trapiantologica), definite di concerto con il Ministero della Salute, in coerenza alla Programmazione di Ricerca 2025-2027, sono proseguite e hanno condotto alla pubblicazione di numerosi lavori scientifici.

Nel 2025, infatti, i ricercatori IRCCS hanno effettuato oltre 2000 pubblicazioni scientifiche, di cui 937 valide, in coerenza alle indicazioni della programmazione triennale ministeriale 2025-2027, ai fini della rendicontazione ministeriale per la ricerca corrente, per un impact factor complessivo di 6098.9, normalizzato pari a 4529.1.

Ai fini della ricognizione delle attività di Ricerca Corrente 2025, sono stati rendicontati anche i progetti di Ricerca Corrente attivi al 31.12.2025, come di seguito specificato:

numero progetti RC nuovi attivati nel 2025								
linea 1	linea 2	linea 3	linea 4	linea 5	linea 6	Linea 7	linea 8	TOTALE
2	4	2	7	13	11	7	2	48

numero progetti RC in fase di rendicontazione nel 2025 (attivati anche in anni precedenti)								
linea 1	linea 2	linea 3	linea 4	linea 5	linea 6	Linea 7	linea 8	TOTALE
7	7	5	16	25	12	11	3	84

A novembre 2025 è stato pubblicato il Bando Ricerca Corrente 2026 aperto a tutti i ricercatori dell'IRCCS (suddiviso nelle sezioni Junior e Senior), allo scopo di assegnare quota parte del contributo di ricerca corrente 2026, a copertura dei costi per la realizzazione di nuovi progetti di ricerca corrente, da svolgersi nel triennio 2025-2027, gestito tramite la piattaforma ReDCap

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Le linee di ricerca dell'IRCCS risultano così definite:

- **Linea di ricerca n.1:** Approcci traslazionali e clinici per la diagnosi precoce e la prevenzione delle complicanze nel trapianto d'organo solido e di cellule staminali emopoietiche.
- **Linea di ricerca n.2:** Ottimizzazione del ricorso al trapianto attraverso la prevenzione, diagnosi, terapia e l'analisi di fattori di rischio delle gravi insufficienze d'organo.
- **Linea di ricerca n.3:** Ricerca di strategie per il ricondizionamento e rigenerazione di cellule, tessuti ed organi e per l'ottimizzazione delle risorse donative.
- **Linea di ricerca n.4:** Sviluppo di approcci multidisciplinari e di tecnologie dirette alla personalizzazione delle strategie terapeutiche nei pazienti con insufficienza d'organo e trapianto.
- **Linea di ricerca n.5:** Ricerca di marcatori diagnostici, prognostici e predittivi mediante la caratterizzazione avanzata delle neoplasie solide ed ematologiche e del relativo microambiente, attraverso l'impiego di tecniche "omiche" e AI.
- **Linea di ricerca n.6:** Sviluppo di terapie avanzate e ad alta complessità su base molecolare e immunologica nei tumori solidi ed ematologici, incluso la conduzione di trials clinici di fase 1/2.
- **Linea di ricerca n.7:** Sviluppo clinico di terapie per patologie neoplastiche solide ed ematologiche di rara osservazione e/o in pazienti ad alta complessità anche attraverso approcci multidisciplinari.
- **Linea di ricerca n.8:** CAR-T journey: dalla produzione di nuovi costrutti allo sviluppo di sistemi di predizione di outcome e complicanze dopo l'infusione.

Nel corso del 2025, l'Azienda ha incentivato l'attività di sviluppo e conduzione della ricerca con particolare attenzione alle aree tematiche di riconoscimento e alle linee collegate, anche promuovendo la partecipazione, da parte dei ricercatori dell'IRCCS, a numerosi bandi di ricerca competitivi nazionali e internazionali (n. 42), sottomettendo a valutazione 105 progetti. Il numero complessivo dei progetti presentati nel 2025 in ambito nazionale e finanziati per l'IRCCS è pari a n. 23 progetti, per un contributo totale di euro 1.624.128,00. Il numero complessivo dei progetti presentati nel 2025 in ambito europeo ed extra-eu e finanziati per l'IRCCS è pari a n.9 progetti, per un contributo totale di euro 1.730.124,53.

Nel corso del 2025, risultano in gestione 127 progetti di ricerca da bando competitivo, dei quali 23 progettualità finanziati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dal Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC).

Prosegue anche la partecipazione ad Alleanza Contro il Cancro (la rete nazionale degli IRCCS oncologici), a Clust-ER (l'iniziativa regionale per la messa in rete del sistema ricerca in ambito sanitario), a AlmaHealthDB, a Network Innovation Life Sciences Hub su tematiche rilevanti per il SSN e la creazione di una rete di centri di trasferimento tecnologico (TT).

3.2.2.4 Sviluppo processi di integrazione dei servizi di amministrazione, di supporto e logistici interaziendali

In merito alla **centralizzazione acquisti e logistica dei beni e al servizio di**

gestione integrata dei magazzini, nel corso dell'anno 2023 sono state completate le attività di trasferimento dei beni sanitari e non sanitari dal Centro Logistico dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna verso la sede esternalizzata.

Il gruppo di lavoro interaziendale Aziende USL e Ospedaliero - Universitaria di Bologna, ha continuato, per l'anno 2024, l'attività di presidio e verifica del rispetto degli adempimenti contrattuali facilitando le singole fasi di trasferimento dei beni da Centro Logistico a sede esternalizzata di Interporto e garantendo la messa a regime completa.

Nel corso del 2025 è proseguito il consolidamento delle attività presso il Magazzino esternalizzato. Parallelamente il gruppo di lavoro aziendale ha coordinato le attività di svuotamento del Pad. 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.

3.2.2.5 Razionalizzazione della gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti

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.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Con riferimento al patrimonio edilizio-tecnologico si elencano di seguito i lavori in corso di esecuzione nell'anno 2025:

- **Riqualificazione del Polo Materno Infantile (padiglioni 4, 4N, 13 e 16) – I fase.** L'intervento riguarda principalmente l'ampliamento e ristrutturazione del padiglione 4 (con destinazione funzionale di Ostetricia e Ginecologia) e la ristrutturazione edilizia del padiglione 13 (Pediatria). E' necessario, tuttavia, ricordare che il progetto esecutivo di tale intervento è stato approvato nel corso del 2019 e i lavori sono iniziati a ottobre 2020, non potevano pertanto essere previsti gli effetti:

- dell'emergenza pandemica da COVID-19, che ha cambiato profondamente i paradigmi di riferimento e reso necessarie importanti variazioni alle esigenze di carattere sanitario e organizzativo;
- della crisi energetica conseguente alla guerra ancora in corso in Ucraina;
- della difficoltà di reperimento dei materiali da costruzione ed all'aumento di costi quale effetto conseguente, oltre che del conflitto in Ucraina, del superbonus 110%, misura di incentivazione edilizia introdotta con Decreto il 19 maggio 2020

che hanno profondamente inciso sull'andamento dei lavori comportando un allungamento dei tempi contrattuali rispetto al cronoprogramma iniziale. Le risorse disponibili per la realizzazione dell'intervento sono pari a 41,8 mln di euro, 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 ospita 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.
- È stata completato l'adeguamento funzionale, strutturale, architettonico e impiantistico del corpo 4C e attivate tutte le funzioni previste (ambulatori, alloggio mamme, area di degenza e altre funzioni di supporto).
- È stato avviato a settembre 2025 l'adeguamento funzionale, strutturale, architettonico e impiantistico della prima metà del corpo 4A;
- È stato avviato da ottobre 2025 l'adeguamento funzionale, strutturale, architettonico e impiantistico dei piani 2° e 3° del Padiglione 13, destinati ad ospitare il blocco operatorio e la terapia intensiva dell'area pediatrica

Al 31/12/2025 l'ammontare complessivo dei lavori realizzati è pari circa l'84,6% dell'importo di contratto.

- **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 (generale, ostetrico-ginecologico e pediatrico). Si sono inoltre conclusi nel 2024 i lavori del Pronto Soccorso ostetrico-ginecologico di nuova edificazione nell'ambito dell'intervento di riqualificazione del Polo Materno Infantile: l'intero finanziamento del piano di adeguamento dei Pronto Soccorso aziendali, che ammonta complessivamente a 5,9 milioni di euro, vede un avanzamento al 31 dicembre 2025 pari al 99,7% in quanto con la restante parte è stata

rimodulata ed utilizzata per finanziare l'acquisto di attrezzature.

- **PNRR M6C2 1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile Demolizione e ricostruzione del Padiglione 26 - Realizzazione palazzina ambulatori.** L'intervento è stato inizialmente finanziato nell'ambito del Programma Nazionale Complementare al PNRR (PNC) per un importo di pari a 9,725 milioni di € cui si aggiungono ulteriori 1,7 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 11,4 € da quadro economico. 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. Nel corso del 2025 sono proseguiti nei tempi previsti i lavori di realizzazione del nuovo fabbricato, con collaudo statico in atti al PG 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). A tutto il 2025 l'avanzamento sul QE è pari a circa il 60%. Si ritiene possa essere rispettata la data di fine lavori prevista al 26 aprile 2026.
- **Ex art.20 L.67/88 Padiglione 3 – Polo della Ricerca Scientifica;** 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 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

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

marzo 2024; l'Accordo di programma tra il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Emilia-Romagna, è stato sottoscritto in data 7 ottobre 2025 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 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; l'Accordo di programma tra il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Emilia-Romagna, è stato sottoscritto in data 7 ottobre 2025 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 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; l'Accordo di programma tra il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Emilia-Romagna, è stato sottoscritto in data 7 ottobre 2025 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 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'intervento si trova nella fase propedeutica all'avvio della progettazione. L'affidamento dei servizi di ingegneria e architettura avverrà mediante Accordo Quadro per servizi di progettazione recentemente 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 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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

parere positivo del Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici del Ministero della Salute n. 42 del 13/11/2024. La DGR n.28413 del 31/12/2024 *"Concessione dei contributi statali per la realizzazione degli interventi previsti nei piani di gestione PG4 e PG5 di edilizia sanitaria, e di sostenibilità ambientale ed efficientamento energetico delle strutture sanitarie, di cui all'accordo del 27 febbraio 2024. Approvazione del disciplinare per l'erogazione dei contributi statali. Accertamento delle entrate e impegno delle risorse"* assegna e impegna il contributo di cui all'Art. 1 comma 14, L.160/2019 per l'intervento in oggetto. 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 il 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 assorbiranno quasi totalmente le risorse del servizio ICT anche 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 per circa € 130.000 e nell'acquisto del nuovo software per le richieste informatizzate per manutenzioni edili ed impiantistiche rivolte al Servizio Tecnico, per un importo pari a € 37.800. Il nuovo sistema è stato ordinato nel 2024 e collaudato nel 2025.

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).

Gli acquisti effettuati nel corso del 2025:

1. acquisizione di arredi urgenti e imprescindibili. Si è provveduto alla sostituzione di arredi obsoleti e non più idonei a garantire la sicurezza per gli operatori e per gli utenti (barelle, carrozzine, carrelli ad uso sanitario, poltroncine, ecc.). A seguito delle riorganizzazioni che coinvolgono le attività sanitarie dell'azienda sono state integrate o implementate le dotazioni di alcune unità operative al fine di consentirne l'avvio nelle nuove sedi;

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

2. sostituzioni attrezzature urgenti e imprescindibili a seguito di guasti e fuori uso;
3. sostituzione progressiva per obsolescenza dei letti di degenza per le medicine e chirurgie;
4. sostituzioni/adeguamenti urgenti di sistemi di laboratorio per obsolescenza o frequenti guasti;
5. acquisto attrezzature per sala operatoria;
6. acquisto sistemi diagnostici radiologici ed ecotomografici;
7. acquisto attrezzature per radioterapia/oncologia;
8. acquisto sistemi di ventilazione paziente;
9. acquisto beni economici urgenti e imprescindibili per sostituzione beni obsoleti e non più idonei a garantire la sicurezza per operatori e utenti.

Nel corso del 2025 si sono conclusi gli ordini 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/ ammodernamento tecnologie biomedicali–Aree chirurgica, emergenza, degenze e diagnostica	€4.100.000

Mentre sono stati quasi conclusi gli ordini dei seguenti interventi:

	DESCRIZIONE INTERVENTO	Costo totale
APC28	Sostituzione/ammodernamento tecnologie sanitarie per il PoloMaterno-Infantile–Area Ostetrico-Ginecologica e Neonatale	€6.000.000
APC29	Sostituzione/ammodernamento tecnologie sanitarie per il Polo Materno-Infantile–Area Pediatrica	€3.100.000

Nell'ambito del Piano Nazionale Complementare al PNRR (Missione 6 Salute - M6.C2 – 1.2. Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile) si rappresentano di seguito gli interventi relativi.

Titolo Intervento	CUP	FINANZIAMENTO COMPLESSIVO	
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione TC 001	F39J22001110006	361.027,00 €	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2024
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione - Tomografi a Risonanza Magnetica 1,5 Tesla	F39J22001120006	1.124.840,00 €	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2025
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione PET TC 001	F39J22001130006	2.295.480,47 €	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2025

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

<i>Titolo Intervento</i>	<i>CUP</i>	<i>FINANZIAMENTO COMPLESSIVO</i>	
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione PET TC 002	F39J22001140006	2.351.474,16 €	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2025
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Mammografi con tomosintesi 001	F39J22001150006	171.715,00 €	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2024
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Mammografi con tomosintesi 002	F39J22001160006	200.128,80 €	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2024
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Angiografo Cardiologico 001	F39J22001170006	671.488,00 €	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2025
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Angiografo Cardiologico 002	F39J22001180006	647.576,00 €	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2025
Ammodernamento tecnologico - media tecnologia: sostituzione: Ecografi Multidisciplinari/Internistici 001	F39J22001190006	22.323,00 €	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2025
Ammodernamento tecnologico - media tecnologia: sostituzione: Ecografi Multidisciplinari/Internistici 002	F39J22001200006	22.323,00 €	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2024
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Angiografo Radiologico 001	F34E22000490006	789.462,00 €	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2024

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) si rappresentano di seguito gli interventi relativi. Tutte gli ordini sono stati completati nel 2025 e i sono completate quasi tutte le installazioni.

<i>Titolo Intervento</i>	<i>CUP</i>	<i>FINANZIAMENTO COMPLESSIVO</i>
Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima", 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"	I83C22000640005	4.034.338,00 €

Gli **investimenti in arredi**, sanitari e non sanitari sono finalizzati all'ammodernamento sistematico del parco arredi, mediante la sostituzione degli elementi obsoleti e il completamento delle dotazioni esistenti, nonché agli interventi necessari a garantire la sicurezza degli operatori e dei pazienti, in conformità al D.Lgs. 81/08.

Gli acquisti effettuati nel corso del 2025, prevalentemente tramite Convenzioni attive, tra cui Intercent-ER e l'Accordo Quadro PMI, hanno riguardato:

1. sostituzione di arredi obsoleti e non più idonei a garantire la sicurezza per gli operatori e per gli utenti (barelle, carrozzine, carrelli ad uso sanitario, poltroncine, ecc.);
2. integrazione e implementazione delle dotazioni di alcune unità operative, al fine di consentirne l'avvio presso le nuove sedi;
3. Acquisto arredi, sanitari e non, per l'allestimento di:

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

- PMI: nuova degenza Ostetricia; PMA
- Nuovi ambulatori di Oncologia ginecologia e DH neonatologia;
- Sito RM pediatrico;
- Nuovi ambulatori/DH Oncologia Medica Zamagni;
- Nuovi posto letto per 'Emergenza caldo' presso Medicina Intera Cardiovascolare PAD 25;
- Aree Esterne in esecuzione del progetto Vivere le Aree Verdi del Sant'Orsola;
- Incremento di carrozzine e barelle per il PS Generale;
- Banca dei Gameti (allestimento effettivo fine febbraio 2026);
- QC (progetto CAR-T), completamento lavori marzo 2026;
- Adeguamento arredi endoscopia a seguito di relazione VV.FF.;
- Adeguamento arredi Unità di Fase 1 AIFA;
- Panche per il nuovo spogliatoio dinamico del PAD 4N;
- Separatori per il reparto di Geriatria Calogero

Gli acquisti di arredi e attrezzature economali effettuati nel corso del 2025 sono riportati nelle tabelle sotto.

DESCRIZIONE	TOTALE i.i.
PMI (CUP F36J13000510002) Allestimento Nuova degenza Ostetricia e PM	167.131,26 €
Completamento PAD 4N	79.771,40 €
Sito RM pediatrico	60.437,74 €
Nuovi ambulatori/DH Oncologia Medica Zamagni	69.999,86 €
Nuovi posti letto per 'Emergenza caldo' presso Medicina Intera Cardiovascolare PAD 25	53.386,82 €
Aree Esterne in esecuzione del progetto Vivere le Aree Verdi del Sant'Orsola	185.843,20 €
Adeguamento arredi endoscopia a seguito di relazione VV.FF	8.212,91 €
Adeguamento arredi Unità di Fase 1 AIFA	3.910,92 €
Banca dei Gameti (allestimento effettivo fine febbraio 2026)	6.397,27 €
QC (progetto CART-T) completamento lavori marzo 2026	42.382,79 €
Armadietti LSU	3.330,60 €
Incremento carrozzine barelle PS generale	64.699,50 €
Sedie per mensa via Giambologna	1.302,96 €
Panche per spogliatoio dinamico PAD 4N	15.967,36 €
Geriatria Calogero	103.281,95 €
Adeguamento arredi per incremento attività	80.735,22 €
	946.791,75 €

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

DESCRIZIONE	TOTALE i.i.
Urgenti e imprescindibili - sostituzioni per fuori uso CUP F34E25000080002	
Arredi sanitari e non sanitari, beni economici	342.451,95 €

DESCRIZIONE	TOTALE i.i.
D.Lgs 81/08	
CARRELLI SU MISURA PORTA HOMECHOISEPz (dialisi peritoneale)	13.570,30 €
SEDIE BILANCIA CON PORTATA 250 kg	3.513,60 €
CARRELLI PORTA PACCHI SU RUOTE	2.135,00 €
CARRELLI PER TRASPORTO RIFIUTI 90x53x89h	8.540,00 €
PEDANE POGGIAPIEDI AD ALTEZZA REGOLABILE	1.729,35 €
CULLACARE	6.575,80 €
PEDANE TRAFERIMENTO PAZIENTI	14.311,20 €
SISTEMI DI TRASFERIMENTO - ROLLBORD	14.804,70 €
CARRELLO SPECIALE PER TANICHE 20 LITRI (microbiologia)	2.305,80 €
	€ 83.380,63

3.2.2.6 Valorizzazione del capitale umano

Integrazione ricerca e formazione

La programmazione formativa 2024 ha avuto un grandissimo impatto sulla progettazione e sulla rendicontazione dell'offerta formativa della Direzione Scientifica nell'anno 2025. L'attività di coordinamento svolta dalla Direzione, con il supporto dell'animatore di formazione, il potenziamento del personale dedicato con un secondo animatore di Formazione e di una figura specifica funzionalmente legata alla SS Formazione, ha favorito un ulteriore efficientamento dell'offerta formativa sul tema della ricerca scientifica rispetto all'anno precedente.

La programmazione 2025 ha perseguito l'orientamento precedente 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 prevista la formazione annuale obbligatoria degli operatori di UUOO di Fase I e dei membri del CTQT con sessioni di approfondimento sulla gestione della biomed_piattaforma attrezzature, on-Biomed, l'adeguatezza strutturale delle Unità di Fase I e la Revisione 3 delle GCP.

E' proseguita la formazione rivolta a study coordinator e data manager, target chiave all'interno del flusso di lavoro della ricerca, a cui in corso d'anno sono stati proposti un percorso formativo specifico sui capitoli delle GCP (Starter Pack per Study coordinator), evento sulle procedure all'interno dell'IRCCS AOUBO per l'attivazione delle Sperimentazioni secondo EU-CTR (Reg. 536/2014) e sono stati previsti incontri mensili per condividere le diverse modalità di gestione degli studi clinici nelle UUOO e affrontare problematiche trasversali a tutte le UUOO inerenti agli studi clinici

Per quanto riguarda i bandi competitivi europei, la formazione è stata rivolta ai ricercatori IRCCS allo scopo di fornire nozioni e competenze utili alla progettazione, nello specifico legate alla pubblicazione del nuovo bando di Ricerca Finalizzata, nell'ottica di

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

creare un contesto sempre maggiormente favorevole alla conduzione di progetti di ricerca e studi clinici.

La programmazione formativa aziendale dedicata ai ricercatori ha incluso un webinar specifico sugli indicatori bibliometrici, con l'obiettivo di ampliare le loro conoscenze in ambito bibliometrico e rafforzare la consapevolezza nell'uso e nell'interpretazione degli indicatori impiegati nei processi di valutazione. L'iniziativa ha offerto un'occasione utile per approfondire criteri, potenzialità e limiti delle metriche più diffuse, promuovendo un utilizzo più informato e critico degli strumenti di analisi della produzione scientifica.

Sono state organizzate anche 3 edizioni del corso base e 3 del corso avanzato sull'utilizzo della piattaforma REDCap per la creazione e gestione delle eCRF degli studi clinici di cui l'IRCCS è promotore.

A novembre 2025 è stata realizzata la terza edizione del "Retreat della ricerca", un 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.

Questo format, a cadenza annuale, prevede due letture magistrali di ricercatori italiani o internazionali di alto profilo su temi innovativi riguardanti le aree tematiche dell'IRCCS, le presentazioni delle attività di ricerca dei ricercatori under 40, le presentazioni dei migliori lavori dei ricercatori senior e una tavola rotonda che cerca di trattare temi trasversali che riguardano la ricerca in tutti i suoi aspetti. In particolare, è stato dato spazio al tema della valorizzazione del Trasferimento Tecnologico all'interno dell'IRCCS.

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. Gli eventi seminariali, programmati e organizzati con le UUOO di afferenza, sono realizzati allo 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

Razionalizzazione offerta ECM

Nel corso dell'anno è stato avviato un processo strutturato di razionalizzazione dell'offerta formativa ECM, finalizzato a rafforzarne la coerenza strategica, migliorarne l'impatto organizzativo e ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

È stata 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.

Contestualmente, è 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.

Particolare attenzione è stata inoltre dedicata al monitoraggio della coerenza tra programmazione e realizzazione delle attività formative. È stato rafforzato il presidio sul

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

rispetto del Piano Formativo Aziendale, con una verifica sistematica degli scostamenti.

Complessivamente, sono stati realizzati oltre 1369 eventi formativi che hanno coinvolto **4076 operatori del comparto** e **1.255 dell'area della dirigenza** con un'ampia offerta formativa che ha utilizzato diverse metodologie ed una crescente attenzione agli aspetti legati alla valutazione dell'efficacia.

Al fine di rendicontare correttamente quanto è stato svolto, è stata predisposta la Relazione annuale di Formazione (RAF) relativamente all'anno 2025.

La distribuzione degli eventi formativi vede una forte prevalenza della formazione residenziale (49%) e della formazione sul campo (40%). **Le ore complessivamente dedicate alla formazione nel 2025 sono state 175.728.**

Le iniziative di aggiornamento esterne all'Azienda per le quali è stata formulata richiesta di partecipazione con contributo aziendale (tasse di iscrizione, spese di trasferta, vitto, alloggio, ecc..) sono state in totale 302.

E' rilevante sottolineare come in particolar modo la Dirigenza fruisca in grande misura di formazione esterna sponsorizzata da aziende private che non viene considerata nel dato.

Anche nel 2025 è stato consolidato il Piano Annuale della Formazione (PAF) di Area Vasta AVEC, attraverso una programmazione condivisa che ha previsto la progettazione e realizzazione congiunta di eventi formativi di interesse comune per le Aziende afferenti. Nei casi in cui le tematiche trattate riguardano solo una parte delle Aziende, la pianificazione è stata sviluppata a livello metropolitano, garantendo comunque un approccio integrato e coordinato.

È stata inoltre garantita la funzione di Provider nei confronti di enti esterni, attraverso l'attività di supporto e accreditamento ECM di eventi promossi dalla Regione Emilia-Romagna, dall'Università degli Studi di Bologna e da altre istituzioni.

Esperienze formative innovative

La programmazione e la pianificazione della formazione nell'anno 2025 è stata fortemente orientata all'implementazione e allo sviluppo di percorsi ed esperienze formative innovative, dando grandissimo rilievo alla metodologia della simulazione, che rappresenta un modello formativo avanzato fondato sull'apprendimento esperienziale in ambienti controllati e ad alta fedeltà.

La simulazione consente infatti di riprodurre scenari clinici realistici, favorendo lo sviluppo integrato di competenze tecniche, decisionali, comunicative e relazionali, con particolare attenzione al lavoro in team e alla gestione di situazioni critiche.

Il Centro di simulazione si configura come infrastruttura strategica a supporto della formazione integrata multiprofessionale e multidisciplinare, con l'obiettivo di rafforzare la collaborazione interprofessionale, migliorare la qualità dei processi assistenziali e contribuire al miglioramento degli esiti di cura.

Nell'anno 2025 sono stati pianificati, progettati e realizzati 165 eventi formativi in area

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

intensiva, chirurgica, pediatrica, oltre ad eventi scientifici di interesse nazionale.

Parallelamente, è stata dedicata particolare attenzione ai percorsi di inserimento e retention del personale neoassunto, attraverso programmi formativi mirati e accompagnamento strutturato, con l'obiettivo di favorire integrazione organizzativa, consolidamento delle competenze e stabilizzazione delle risorse professionali.

Sono stati inoltre avviati percorsi strutturati di task shifting, finalizzati a sostenere la ridefinizione delle competenze e delle responsabilità tra profili professionali, in coerenza con i nuovi modelli organizzativi e con l'evoluzione dei bisogni assistenziali.

Grande sviluppo è stato registrato, in continuità con gli anni precedenti, anche nell'utilizzo della formazione a distanza (FAD) sincrona e asincrona, ormai modalità ordinaria di erogare formazione, al pari delle metodologie di formazione tradizionale.

La FAD si inserisce in un modello integrato di formazione "blended", in cui le diverse metodologie vengono utilizzate in modo complementare, in funzione degli obiettivi didattici ed organizzativi.

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

I sistemi di valutazione del personale rappresentano sempre di più una leva gestionale e professionale per realizzare il miglioramento e il cambiamento dei sistemi organizzativi complessi. L'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna continua a 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.

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 2023-2025 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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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

Contestualmente a tali attività, per consolidare il processo di valutazione annuale di tutto il personale, è continuata la formazione sul sistema di valutazione rivolta ai valutati (prevista in modalità FAD, unica per tutta l'area metropolitana), disponibile nel portale del dipendente WHR aggiornata nel 2024 e operativa dal 2025.

3.2.3 Obiettivi di programmazione del sistema sanitario regionale

I. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

3.2.3.1 Piano Regionale della prevenzione e Legge Regionale 19/2018

Il Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (PRP) è stato approvato a dicembre 2021 recepisce il "Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025", in continuità con obiettivi e indirizzi della L.R.19/2018 "Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria".

Il PRP è articolato nei 10 Programmi Predefiniti descritti nel Piano Nazionale a cui si aggiungono 10 Programmi Liberi introdotti a livello regionale. I Programmi sono raggruppati per aree tematiche e/o principali destinatari degli interventi.

- I Programmi rivolti alla popolazione generale per favorire stili di vita salutari e contrastare le malattie croniche non trasmissibili;
- Il gruppo dei Programmi che interessano prevalentemente l'ambito sanitario e contrastano le malattie trasmissibili;
- Il tema Ambiente Clima e Salute;
- La sicurezza e la salute in ambiente di vita e di lavoro.

Il PRP è sostenuto da azioni trasversali quali equità, intersectorialità, comunicazione e formazione, che ne accompagnano l'attuazione, sia in ambito regionale che territoriale.

L'Azienda partecipa attivamente alle attività promosse dal Piano, in sinergia con Azienda USL, attraverso l'attuazione di specifici progetti/politiche attuative dei diversi Piani e la nomina di professionisti a tavoli tecnici definiti.

In particolare:

- in riferimento al PP07 "Prevenzione In Edilizia e Agricoltura": sono sviluppati in azienda Piani/relazioni di Prevenzione per aspergillosi nosocomiale connessi allo sviluppo del Piano Direttore e monitoraggio ambientale attraverso la produzione di Piani Qualità per il governo della contaminazione della matrice aria per mezzo di cariche ifomicetiche;
- in riferimento al PL18 "Eco-Health Salute Alimenti, Animali, Ambiente": sono prodotti Piani Qualità di Monitoraggio delle matrici ambientali (aria, acqua, superfici, alimenti) in funzione della normativa e della valutazione del rischio connesso ai vari cantieri in corso e in attivazione per il 2025; unitamente sono stati potenziati i protocolli di disinfestazione e derattizzazione.
- in riferimento al PP09 "Ambiente, Clima e Salute" azione "Potenziamento delle azioni di prevenzione in materia di acque destinate al consumo umano": è stato sviluppato un PQ potabilità in riferimento al Decreto legislativo 23 febbraio 2023, ;

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

è inoltre stato avviato il gruppo di lavoro e gli approfondimenti per lo sviluppo sperimentale della redazione del Piano Sorveglianza Acque in applicazione proattiva del Decreto legislativo 23 febbraio 2023 (ovvero in anticipo rispetto alla scadenza del 2029) per il governo congiunto della potabilità e prevenzione della legionellosi ambientale.

In riferimento al PL17 "Malattie Infettive" è stata realizzata l'informatizzazione delle notifiche di malattia infettiva in adeguamento agli obblighi e agli aggiornamenti derivanti dal Decreto ministeriale del 7 marzo 2022 (PREMAL). In particolare in riferimento alle Linee Strategiche di Intervento, nella fattispecie del consolidamento del "Coordinamento e integrazione tra diversi livelli istituzionali nella attuazione di interventi di prevenzione, nel periodico ritorno informativo a tutti i livelli e nel monitoraggio sistematico" è stato avviato in maggio 2025 un alert microbiologico in Cartella Clinica Elettronica, e rivisto e aggiornato l'elenco dei Patogeni Sentinella da monitorare in riferimento agli elementi di frequenza epidemiologica e valutazione del rischio.

In sviluppo ulteriore, dopo l'avvio dell'alert, un progetto di produzione di reportistica proattiva dell'evento infezione per audit specifici per ciascuna UO/setting assistenziale.

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).

In riferimento al PP10 "Misure per il contrasto dell'antimicrobico resistenza", l'Azienda presiede:

- sviluppo e mantenimento della sorveglianza degli Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi (CRE) nelle strutture sanitarie → pubblicazione di dati annuali su prevalenza e incidenza CRE e condivisione degli stessi nel Nucleo Strategico e recepimento delle Linee Guida regionali del 2025.
- produzione di un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza nei Comitati per il Controllo delle ICA → condiviso anche con UUOO

Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA):

- esistenza di un Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza in tutti gli ospedali pubblici → Istituzione a mezzo di delibera del Nucleo Strategico e Nucleo ICA e ATC (applicazione DGR 318 del 2013); previsto aggiornamento dei componenti in delibera entro il 2025.
- istituzione di un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani → operativo.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

- Introduzione del sistema MappER: nel 2023 sono state reclutate per la formazione le prime UUOO. Per il 2025 è proseguita la formazione e ed è stata avviata la rilevazione raggiungendo e superando l'obiettivo Regionale.rilevazione
- In gennaio 2025 è stato introdotto un blocco informatico per la compilazione della scheda Sicher alla chiusura della cartella nelle UUOO che abbiano in utilizzo la cartella clinica elettronica ibrida. Il Blocco è attivo dall'8 gennaio 2025. Unitamente è stato implementato un sistema di dashboard che consente di raggiungere proattivamente le UUOO riuscendo a trasferire ai coinvolti i risultati parziali per periodi di riferimento da approfondire.

3.2.3.2 Epidemiologia e sistemi informativi

La gestione dei flussi informativi e l'alimentazione con i dati relativi alle infezioni ospedaliere anche per il 2025 è orientata al controllo della trasmissione di malattie infettive in stretta collaborazione con la Medicina del Lavoro, le Malattie Infettive, la Microbiologia e il Dipartimento di Sanità pubblica (DSP) e la Pediatria di Comunità dell'Ausl di Bologna. Al fine di garantire la tracciabilità di tutti i casi di infezione, sospetti o accertati, vengono aggiornate annualmente le indicazioni da fornire alle unità operative, in considerazione del setting assistenziale specifico.

Continua l'utilizzo dei cruscotti direzionali dinamici ad accesso controllato per il monitoraggio dei virus respiratori. L'attività di notifica informatizzata prosegue facilitando le modalità di trasmissione e la presa in carico da parte del Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) dell'Azienda USL. In accordo con il DSP, è attivo un sistema di trasmissione automatica dei referti relative a Infezioni Virali Respiratorie diagnosticati dalla Microbiologia su pazienti afferiti ai Pronto Soccorso. Dal 2023 tale flusso è reso disponibile all'interno di un cruscotto di monitoraggio in modo da garantire comunicazione e gestione tempestiva soprattutto negli ambienti di comunità pediatrica.

Continuano, per tutte le condizioni diffusive, ad essere alimentati i sistemi di specifica reportistica al fine di facilitare l'attività di un contact tracing da parte del DSP.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica, inoltre, riceve tempestivamente, da parte del CRREM della U.O. di Microbiologia, i referti di riscontro di positività per infezioni virali da artropodi.

Nel 2024-2025 sono state gestite le seguenti notifiche di malattia infettiva:

Tipologia di notifica	2023	2024	2025
TBC	137	132	125
Meningite di diversa etiologia	2	10	14
Influenza	58	163	608
Ectoparassitosi	453	809	937
Arbovirosi	19	87	70
Totale notifiche COVID	2.737	1005	788
Totale complessivo notifiche	5.178	5802	2542
Totale complessivo notifiche escluso COVID	2441	4797	1754

Fonte: SS Igiene Ospedaliera e Prevenzione

3.2.3.3 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive

L'Azienda effettua la sorveglianza e il controllo delle malattie infettive attraverso:

- Gestione delle notifiche di malattie infettive
- Indagini Epidemiologiche e Contact Tracing
- Monitoraggio delle Matrici Ambientali
- Partecipazione al Nucleo Strategico (ai sensi della DGR 318/2013)
- Attività del Nucleo Operativo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ai sensi della DGR 318/2013)
- Gruppi di lavoro, tra i quali, su base mensile, il Gruppo Acqua e il Gruppo Alimenti
- Assolvimento dei debiti informativi
- Partecipazione alle iniziative formative

Prosegue l'attività dei gruppi permanenti istituiti nel 2024 quali il Gruppo Alimenti, con la partecipazione di Igiene e dei referenti della Cucina Aziendale e Centri Pasto e il Gruppo per la Gestione Multidisciplinare della Sterilizzazione a coordinamento da parte di Igiene Ospedaliera con la partecipazione dei Coordinatori dei Blocchi Operatori e di Ingegneria Clinica e Progettazione Sviluppo e Investimenti a seconda delle necessità.

L'evento infezione è gestito in stretta collaborazione con la Medicina del lavoro, le Malattie Infettive, la Microbiologia ed il Dipartimento di Sanità Pubblica. Viene dato seguito all'obbligo di presa in carico e trasmissione 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.

Unitamente vengono redatti i Piani Qualità per il contrasto agli infestanti, in linea con il Piano Regionale Arboviroosi del 2025. Nel 2025, l'Azienda ha richiesto, tramite la ditta affidataria del servizio di disinfestazione e derattizzazione, l'attivazione di un sistema integrato di sorveglianza: ovitrappole per la raccolta delle uova di zanzara hanno fornito indicatori indiretti dell'efficacia dei trattamenti larvicidi, mentre i prelievi larvali nelle caditoie hanno permesso di valutare direttamente l'impatto dei trattamenti sull'ambiente acquatico. Tutte le caditoie trattate sono state mappate tramite GPS, assicurando un monitoraggio efficace dei punti critici. nel monitoraggio dei casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika-Toscana virus, West Nile 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.

Indicatore	Risultato 2024	Target atteso 2025	Risultato 2025
IND1031 - 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%	100%

Fonte dati: CRREM

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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.

L'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.

In ottemperanza alla DGR n. 1961/2019, "Modalità organizzative per l'offerta delle misure di prevenzione, sorveglianza, diagnosi e terapia delle infezioni sessualmente trasmesse (IST) nella Regione Emilia-Romagna", l'Azienda ha assunto il ruolo di capofila nella definizione e progettazione di un modello organizzativo per l'area metropolitana Bologna-Imola, finalizzato allo screening e alla presa in carico dei pazienti con IST.

Con delibera AOUBO n. 363 del 20/12/2023, "Approvazione del Protocollo organizzativo Rete Infezioni Sessualmente Trasmesse: Bologna – Imola. Modello di rete e stato attuale dell'offerta per l'Area Metropolitana bolognese (DGR 1961/2019)", la rete IST metropolitana è stata formalmente istituita.

Per adempiere al debito informativo previsto dal Programma Libero 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, 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).

In ottemperanza a quanto richiesto dall'applicazione del DM 19 dicembre 2022 è stato trasmesso per il 2025 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, ed è stato nominato nel 2025 il Gruppo Multidisciplinare per prevenzione della Legionellosi.

Il processo di segnalazione delle malattie infettive al Dipartimento di Sanità Pubblica viene presidiato in modo sistematico e continuativo, garantendo che le notifiche siano tempestive e complete e, ove previsto, confermate dal Laboratorio di Riferimento Regionale.

Nel 2025 prosegue il sostegno alle attività di sorveglianza, con l'obiettivo di migliorare

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

il livello di partecipazione e la qualità dei dati raccolti in ambito aziendale, con particolare riferimento alla sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico attraverso il sistema SICH^{ER}. Come sopra riportato, nel 2025 viene implementato l'obbligo di compilazione del sistema SICH^{ER} ai fini della chiusura delle cartelle cliniche elettroniche, quale misura di rafforzamento dell'adesione e dell'accuratezza della sorveglianza.

3.2.3.4 Screening oncologici e Registro regionale dei tumori

È proseguito anche per il 2025 il contributo all'implementazione del Registro regionale dei tumori, secondo quanto previsto dal Regolamento di organizzazione e funzionamento del registro stesso.

3.2.3.5 Piano contrasto antibiotico- resistenza (PNCAR 2022-2025)

L'attività del Nucleo Operativo Buon Uso degli Antibiotici, previsto dalla DGR 318/2013, è particolarmente orientato a rinforzare la rete dei facilitatori, migliorando il bagaglio degli infermieri e dei Link Nurse orientando la formazione già prevista dal PNRR (Missione 6 – 2.2) agli specifici settori di attività e realizzando, successivamente all'acquisizione del programma formativo citato, la prima attività di formazione dei Link Doctor, dirigenti medici individuati in ogni UO con attività di ricovero ordinario, formati alle necessità di diffondere e presidiare nella propria UO le buone pratiche cliniche, l'adesione alle precauzioni standard e aggiuntive, e mantenere elevata l'attenzione nei confronti dei principi di prescrizione prudente e appropriata degli antibiotici, supportando i consulenti infettivologi, in particolare nelle UUOO a minore complessità gestionale. Nel contempo, per aumentare la diffusione dei principi di corretta gestione della terapia antimicrobica, si avvia nel corso del 2025 un'attività conoscitiva per definire i bisogni formativi dei professionisti infermieri circa i principi fondanti la Stewardship Antimicrobica, e stabilire ruoli più definiti che questi professionisti possono agire nel perimetro più ampio dei programmi di stewardship (shift a terapia antimicrobica per os, sospensione precoce dei trattamenti, elegibilità al trattamento in regime extra-ospedaliero).

Nel corso del 2025 il "Piano controllo infezioni" ha rappresentato lo strumento attraverso cui sono state pianificate, coordinate e realizzate le attività di prevenzione e controllo del rischio infettivo all'IRCCS Policlinico di Sant'Orsola. È stata condotta l'analisi del contesto e dei principali rischi infettivi, ambientali e connessi ai servizi esternalizzati; sono stati attivati e consolidati sistemi di sorveglianza clinica e ambientale, strumenti di monitoraggio e dashboard dedicate, nonché meccanismi di alert in cartella clinica. Sono state definite e applicate misure di mitigazione, responsabilità organizzative e percorsi di formazione, in coerenza con il PNCAR e il piano regionale, e sono stati monitorati gli obiettivi tramite indicatori e rendicontazione in budget.

Nel corso del 2025 il Nucleo Operativo per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) ha svolto un ruolo di coordinamento multidisciplinare per la pianificazione, l'indirizzo e il monitoraggio delle attività di prevenzione delle ICA. In particolare, il Nucleo ha contribuito alla definizione e all'attuazione del Piano Controllo

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Infezioni 2025, integrandolo con gli obiettivi regionali e nazionali (PNCAR), ha promosso e supervisionato la produzione e la revisione di procedure e istruzioni operative aziendali su ambiti prioritari (tra cui prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, sorveglianza e screening CPE, gestione delle emocolture, malattie diffuse), e ha supportato l'implementazione di sistemi di sorveglianza, indicatori e strumenti di audit e feedback, anche attraverso l'utilizzo di applicativi regionali. Nel corso dell'anno il Nucleo ha inoltre garantito il coordinamento dei gruppi di lavoro tematici, il monitoraggio dello stato di avanzamento delle progettualità e la condivisione sistematica degli approfondimenti clinico-assistenziali e organizzativi, contribuendo alla diffusione di pratiche assistenziali basate sulle evidenze.

Reportistica Proattiva Semestrale (PNCAR- Monitoraggio consumo)

Il monitoraggio del consumo degli antibiotici riguarda sia il consumo in regime di ricovero che il consumo derivante dalla prescrizione in dimissione e visita specialistica che concorrono al consumo territoriale. In particolare, dal 2023 viene **prodotta una reportistica semestrale** sul consumo in regime di ricovero, in relazione all'andamento delle resistenze microbiologiche e secondo classificazione aware, con particolare attenzione verso i farmaci "reserve". Dal 2024 è stato sviluppato un applicativo informatizzato per il monitoraggio delle prescrizioni nella transizione di cura fruibile da parte di tutti i clinici coinvolti. Questo aspetto, assai significativo nel globale monitoraggio del consumo di antibiotici assume grande rilievo in un contesto metropolitano quale quello bolognese e valorizza l'attività e la mission del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale e del Dipartimento Interaziendale Gestione Integrata Rischio Infettivo. Anche e soprattutto per questi motivi, nella sezione 4.4.1 (Governo dei farmaci e dei Dispositivi) viene particolarmente valorizzato il dato prescrittivo territoriale di questi farmaci.

Le azioni di implementazione eseguite nel 2025 volte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e contenimento dell'impiego degli antibiotici ospedaliero e territoriale sono:

- **formazione in presenza** ai clinici e professionisti dell'assistenza da parte di team multiprofessionale (infettivologo, farmacista, microbiologo), inizio dal 2° semestre 2025, con l'obiettivo di aggiornare i professionisti sugli elementi diagnostici clinici e terapeutici necessari per ridurre l'uso improprio degli antimicrobici e favorire l'Out Patient Antimicrobial Therapy con impatto positivo sulla riduzione delle giornate di degenza i costi ospedalieri e miglior qualità della vita.
- Monitoraggio semestrale dell'uso **dei farmaci oggetto del fondo economico "reserve"** (classificazione AWaRe dell'OMS) **per i quali AIFA ha istituito** dal 13/06/2025 il registro informatizzato di monitoraggio. I dati di prescrizione raccolti puntualmente sono discussi collegialmente con UOC Stewardship antimicrobica e il team di consulenti infettivologi con particolare attenzione alla gestione delle durate di terapia al fine di trovare un equilibrio tra garantire l'accesso agli antibiotici salvavita e preservare la loro efficacia in termini di sviluppo della resistenza.

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

Indicatore	Target atteso 2025	Risultato 2025
DES0022- Partecipazione ai gruppi di lavoro regionale (PNCAR) per l'ambito veterinario e ambientale	SI	SI

3.2.3.6 Azioni per la tutela degli operatori della sanità

Prosegue il programma di **controllo dello stato vaccinale degli operatori sanitari** nel rispetto di quanto previsto dalla Delibera Regionale 351/2018 sia in occasione della visita medica preventiva sia in occasione delle visite mediche di sorveglianza sanitaria periodica.

Prosegue altresì 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» e nel rispetto di quanto previsto dalla Delibera Regionale 351/2018.

Prosegue lo **screening sierologico** del personale sanitario, secondo l'indicazione della DGR351/2018 per quanto attiene le principali malattie aero trasmissibili, e l'epatite B, allo scopo di mantenere l'obiettivo fissato di una copertura superiore al 95% dei dipendenti del ruolo sanitario.

L'obiettivo risulta raggiunto ed in fase di mantenimento

Prosegue in modo sistematico lo screening tubercolare mediante test Quantiferon Tb Plus, per tutti i nuovi assunti, lavoratori dipendenti ed equiparati ai sensi del D.Lgs 81/08 e s.m.i. Lo screening è effettuato su 100% dei nuovi assunti.

Come previsto nel progetto sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro perseguito nel PRP 2021-2025, attualmente vigente, viene garantita l'attività di promozione ed offerta attiva delle vaccinazioni ai dipendenti di IRCCS AOUBO sulla base delle raccomandazioni del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2023-2025 e del Piano Regionale dell'Emilia-Romagna per la Prevenzione Vaccinale 2023-2025. In questo senso abbiamo partecipato alla stesura del documento "Raccomandazioni e offerte vaccinali per condizioni di rischio 2023-2025. Piano regionale dell'Emilia-Romagna per la Prevenzione vaccinale 2022-2025 Regione Emilia-Romagna Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare". Nel corso del 2025 è proseguito il programma per la sensibilizzazione ed offerta attiva della vaccinazione antipertosse (dTpa) nei confronti degli operatori del Dipartimento Materno-Infantile.

L'offerta vaccinale per profilo di esposizione e di salute specifico è verificata periodicamente nell'ambito del programma di sorveglianza sanitaria e prosegue sulla base del documento "IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi: Piano di offerta vaccinale per i propri lavoratori e per quelli ad essi equiparati ai sensi dell'art. 2 D.Lgs 81/2008 e s.m.i." trasmesso alla Regione Emilia-Romagna.

E' stata svolta la campagna vaccinale antinfluenzale annuale 2025/2026 sulla base delle indicazioni del Ministero della salute e della Regione Emilia-Romagna, cercando di mettere in atto modalità maggiormente coinvolgenti gli operatori sanitari. Al termine della

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

campagna abbiamo raggiunto l'obiettivo minimo di copertura indicato dal livello regionale (+10% rispetto all'anno precedente) ma non è stato raggiunto l'obiettivo più sfidante, di una copertura di almeno il 40% degli operatori sanitari dipendenti.

L'attività di controllo del rischio SARS-CoV-2, è proseguita sulla base delle indicazioni del Circolare del Ministero della Salute n. 19544 del 1/07/2024 ("Raccomandazioni sull'utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie nelle strutture sanitarie per la protezione delle infezioni virali acute").

Prosegue in modo regolare attività di sorveglianza sanitaria per il personale dipendente e ad esso equiparato e del personale universitario e ad esso equiparato che lavora presso IRCCS AOUBO, nell'ambito della nuova suddivisione delle attività tra UOC Medicina del Lavoro e SSD Sorveglianza sanitaria.

Prosegue l'attività di analisi delle segnalazioni in ambito aggressioni con utilizzo della piattaforma regionale segnalER.

L'attività a supporto all'operatore con **disagio psicologico** è proseguita nel corso del 2025 con attuazione di quanto previsto nel documento "Linee di indirizzo Interventi a sostegno del benessere psicologico in ambito lavorativo nelle Aziende sanitarie". (Febbraio 2025 Regione Emilia-Romagna Direzione generale Cura della persona, Salute e Welfare Settore Prevenzione collettiva e Sanità pubblica - Settore Assistenza Territoriale)

Il supporto psicologico è fornito da una psicologa presso la SSD Sorveglianza sanitaria sulla base del finanziamento regionale come da Delibera della Giunta regionale n. 2345 del 23/12/2024, in collaborazione con la UO Psicologia Clinica.

Nel corso del 2025 è stato attivato l'Ambulatorio Sani Stili di Vita presso la SSD Sorveglianza Sanitaria. Questa iniziativa mira a migliorare le abitudini alimentari e motorie, il benessere psicologico e a sensibilizzare sui fattori di rischio cardiovascolare e oncologico. Questa iniziativa rientra nel programma Predefinito 3 "Luoghi di lavoro che promuovono salute" del Piano Regionale di Prevenzione 2021-2025, ispirato al modello Workplace Health Promotion (WHP) e in conformità con l'art. 25 del D.Lgs 81/2008 e s.m.i.

L'Azienda inoltre partecipa alle commissioni di selezione delle gare regionali per l'approvvigionamento dei DPI. Si analizzano le tipologie di scorte dei DPI al fine di razionalizzare l'utilizzo nei tempi di validità degli stessi.

Nell'ambito del SPP prosegue l'attività di valutazione dei rischi in tutto il Policlinico (incendio, azoto, stress lavoro correlato, aggressioni, movimentazione). Nell'anno 2024 è stata implementata la formazione di una rete aziendale di ergo coach (infermieri e operatori di supporto) che coinvolge dodici reparti con la finalità di ottimizzare le scelte di ausili attrezzature, arredi e layout degli ambienti di lavoro. Con tali finalità vengono adeguati i reparti oggetto di ristrutturazione o di nuova edificazione.

Si prosegue l'attività di valutazione dei rischi interferenti (es. servizi pulizie, smaltimento rifiuti, appalto trasporti interni per esternalizzazione logistico, manutenzioni ecc.) ai sensi del D.lgs. 81/08.

Nell'ambito dell'area rischi fisici, tramite le risorse assegnate e la collaborazione con gli esperti di radioprotezione, si è provveduto alla valutazione del rischio Radon, alla prosecuzione di tavoli di coordinamento, alla verifica degli attestati di formazione ai sensi del D. Lgs. 101/20, alla valutazione del rischio laser e relativa formazione, alla formazione

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

in tema di campi elettromagnetici.

Continua l'attività del tavolo multidisciplinare (OLTRE) che ha la funzione di promuovere la valutazione del rischio SLC e Aggressioni e gestire gli aspetti formativi e di intervento in maniera trasversale all'interno dell'azienda.

In ambito **formazione sulla sicurezza** (assegnata al SPP dal 2022) 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 metodologia 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; continuano i corsi specifici per dirigenti e preposti, corsi antincendio livello 3, formaldeide, corso ai sensi dell'art. 26 D.Lgs. 81/08 (PAF 2025).

Nell'anno prosegue la **raccolta, valutazione, sopralluoghi per tutte le segnalazioni pervenute e prevenzione delle aggressioni subite dal personale sanitario** attraverso la piattaforma regionale Segnal-ER.

E stato predisposto il documento regionale (MC e Psicologi) sul percorso di presa in carico del lavoratore con disagio.

E' stato inoltre attivato "Ti ascolto" sportello psicologico per riconoscimento, prevenzione e superamento della violenza in tutte le sue forme presente sulla intranet aziendale e fruibile dai lavoratori/lavoratrici.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Indicatore	Risultato 2024	Target atteso 2025	Risultato 2025
IND1195 – Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari addetti all'assistenza	39%	>40% o evidenza di un incremento del 10% rispetto alla percentuale raggiunta l'anno precedente	40%
DES00018 - 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%	100%
DES0009 – Realizzazione di azioni di promozione della salute e del benessere organizzativo degli operatori sanitari nell'ambito della rete degli Ospedali che promuovono la salute inserendo il tema specifico della Prevenzione delle molestie e violenza di genere subite dagli operatori sanitari, con evidenza di attuazione di azioni di sensibilizzazione anche in collaborazione con i CUG Aziendali	SI	SI	SI
DES00019 - Analisi delle segnalazioni di aggressione fisica ad operatori sanitari ed eventuale individuazione di misure preventive	<u>95%</u>	≥90%	<u>95%</u>

II. Assistenza Territoriale

3.2.3.7 Potenziamento dell'assistenza territoriale

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.

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. Entro l'anno 2025 si sono definite le attività per l'operatività del nuovo modello di presa in carico territoriale che si sono delineate anche durante l'anno 2024.

Il progetto persegue l'obiettivo di sistematizzare i percorsi di integrazione ospedale-territorio con la collaborazione dei professionisti delle due aziende seguendo principalmente 4 linee di intervento:

- Sviluppo e implementazione delle Centrali di continuità;
- Sviluppo e implementazione del Team delle Cure intermedie e presenza dell'infermiere di continuità presso IRCCS;
- Potenziamento sistemi informatici e informativi a supporto dei processi di continuità;
- Mappatura dei servizi di transizione e territoriali.

Di seguito gli obiettivi previsti all'interno della delibera di programmazione regionale 2025 che più direttamente coinvolgono l'Azienda Ospedaliera.

	Risultato 2024	Target atteso 2025	Risultato 2025
<u>D03-NGS</u> Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta per complicanze (a breve e lungo termine) di diabete, BPCO e scompenso cardiaco	230,17 (AUSL BOLOGNA)	≤245 per 1.000 abitanti	212,39 (AUSL BOLOGNA)
<u>D04-NGS</u> Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica per asma e gastroenterite	41,7 (AUSL BOLOGNA)	<56 per 100.000 ab.	22,22 (AUSL BOLOGNA)

Fonte dati: Siver Edizione 2025

3.2.3.8 Rete delle cure palliative

- Nodo Ospedaliero Consulenziale: come da DGR 560 del 18/5/2015 la Rete delle Cure Palliative dell'AUSL di Bologna esegue le consulenze di cure palliative presso i Presidi ospedalieri aziendali, l'IRCCS AOU di Bologna, l'Istituto Ortopedico Rizzoli e l'Istituto di Montecatone;

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

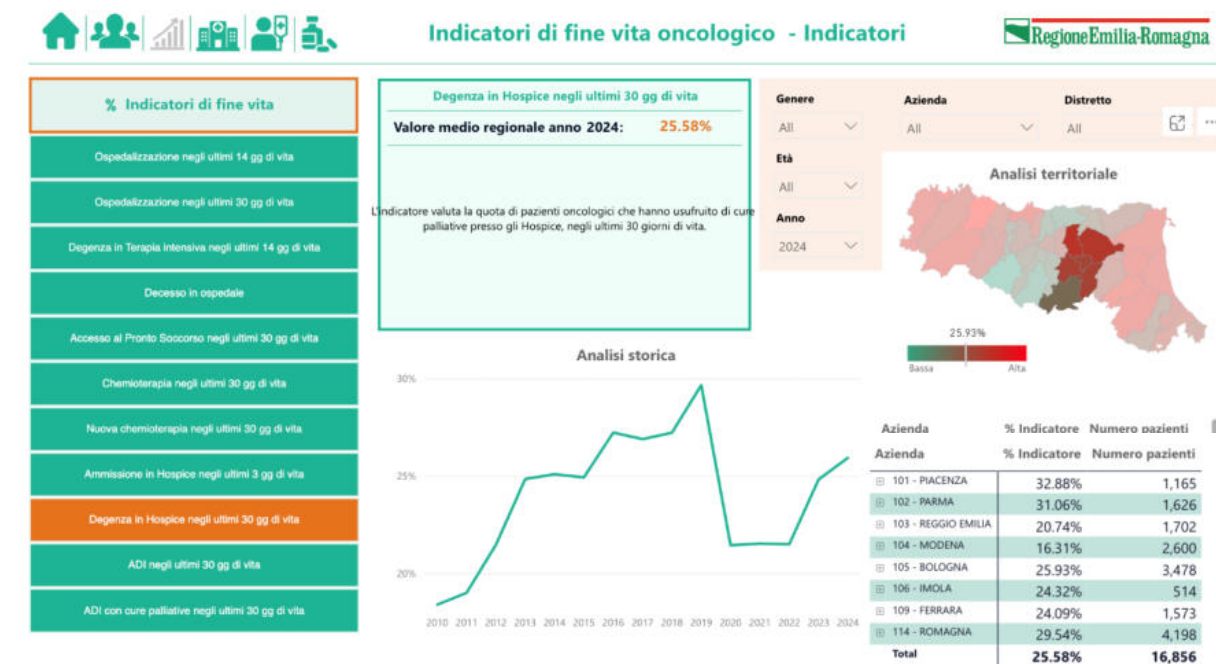
- Nodo Ambulatoriale: sono attivi 14 ambulatori di cure palliative precoci distribuiti su tutti i distretti dell'AUSL, anche con il contributo delle Fondazioni No profit e coordinati dalla centrale di Coordinamento della Rete delle Cure Palliative;
- Nodo Hospice: sono attivi 3 Hospice, per complessivi 58 Posti Letto, gestiti dalla Fondazione Hospice MTC Seragnoli;
- Nodo Domiciliare - Unità di Cure Palliative Domiciliari (Nodo UCPD):
- Cure Palliative Specialistiche, attive in collaborazione con la Fondazione ANT e con l'equipe dell'AUSL;
- Cure Palliative di Base, con medici specialisti e infermieri dedicati alle Cure Palliative dell'AUSL che supportano l'MMG, attive in sperimentazione dal 2019 ma sistematizzate e registrate come TAD 6 solo dal 2021.

Il punto unico di accesso alla rete Cure Palliative dell'AUSL Bologna è rappresentato dalla Centrale di Coordinamento della Rete situata presso l'Ospedale Bellaria, la centrale valuta, congiuntamente con l'equipe specialistica di cure palliative (UVPM), l'accesso alla rete dei pazienti oncologici e non oncologici.

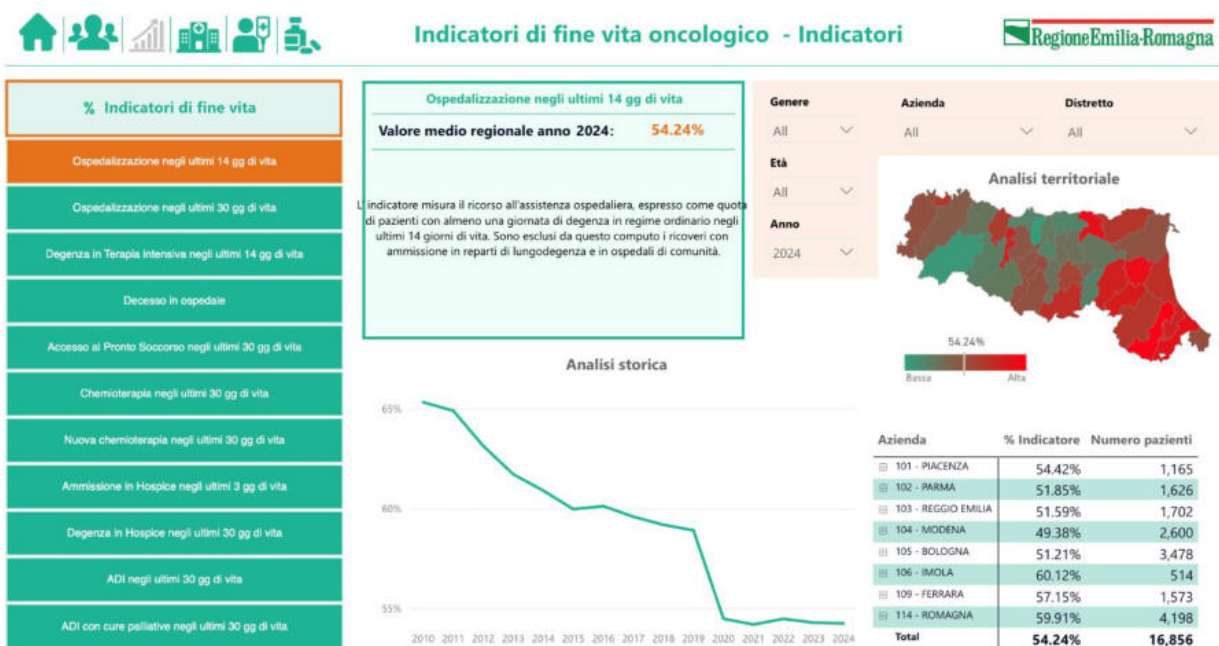
Le Unità di Cure Palliative Domiciliari (Nodo UCPD) garantiscono attività diversificata nei diversi Distretti dell'Azienda, con una collaborazione interprofessionale multidisciplinare tra: U.O. Rete delle Cure Palliative e il Processo Assistenziale nelle Cure Palliative, Dipartimento Cure Primarie, Assistenza Domiciliare (infermieri dei SID), MMG, USCA, Medici e Infermieri delle CRA e delle case di Riposo, e 118 Bologna Soccorso. La rete locale di cure palliative garantisce le Consulenze di Bioetica Applicata sia al domicilio che nelle strutture ospedaliere dell'AUSL e dell'IRCCS AOU.

Nel 2025, nell'ambito delle attività di cure palliative dell'adulto presso l'IRCCS, è stato perseguito l'obiettivo di consolidare i percorsi di presa in carico dei pazienti ricoverati, in particolare nelle aree di ematologia, pneumologia e medicina interna, nonché di rafforzare i percorsi di presa in carico precoce per patologia dei pazienti ambulatoriali seguiti dall'Azienda Ospedaliera, favorendo un'integrazione tempestiva dell'approccio palliativo nel percorso di cura.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

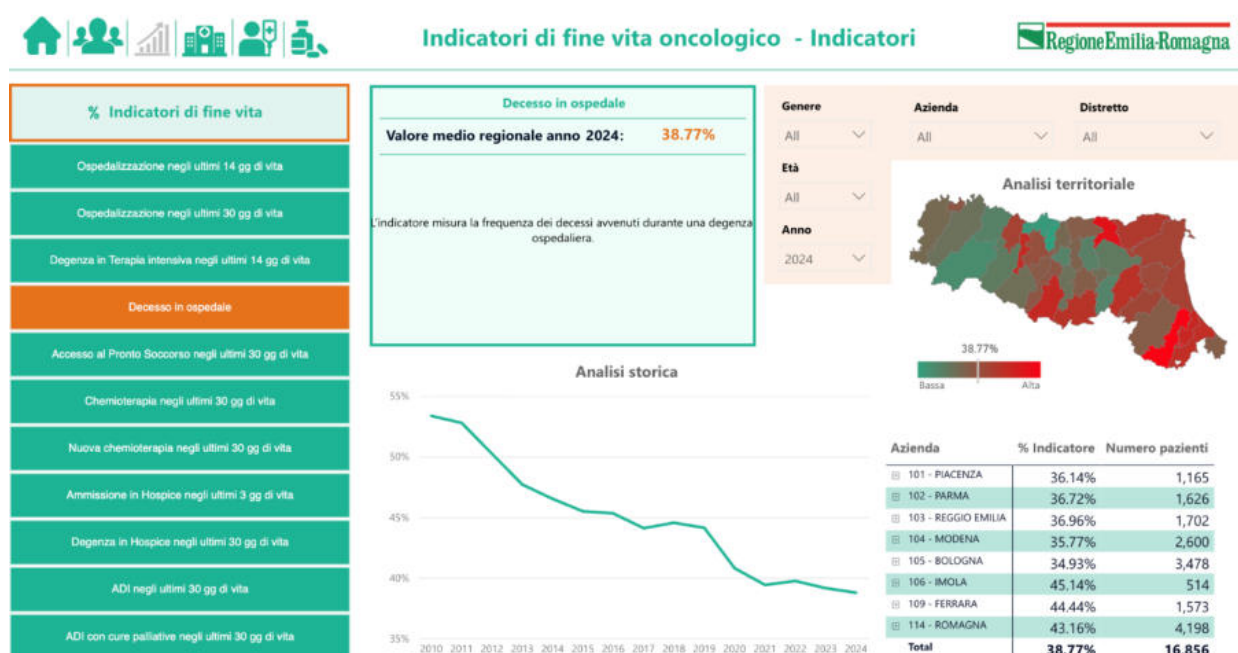


Degenza in Hospice negli ultimi 30 giorni di vita – fonte Dashboard ReportER



Ospedalizzazione negli ultimi 14 giorni di vita – fonte dashboard ReportER

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -



Decesso in ospedale - fonte dashboard ReportER

Si riportano di seguito gli indicatori previsti dalla DGR di programmazione per l'anno 2025 (DGR 972/2025) con il relativo risultato.

	Risultato 2024	Target atteso 2025	Risultato 2025
D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - NSG	60,4% (AUSL BO)	≥60%	56,4% (AUSLBO)

Fonte dati: Siver Edizione 2025

3.2.3.9 Assistenza domiciliare integrata - continuità assistenziale- dimissioni protette

L'Azienda è impegnata in collaborazione con l'AUSL di Bologna nelle azioni di miglioramento della garanzia di presa in carico della persona in dimissione protetta. Le principali azioni avviate riguardano:

- l'implementazione del nuovo sistema informatizzato GARSIA per la gestione delle dimissioni protette/CEMPA che è stato accompagnato con attività informativa rivolta principalmente ai maggiori richiedenti di posti letto di lungo degenza; è continuata nel 2025 l'implementazione dell'utilizzo del sistema GARSIA anche agli assistenti sociali AOSP per le attività di integrazione con i servizi comunali e territoriali.
- 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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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 cardioracovascolare. 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.

3.2.3.10 Percorso nascita

L'Azienda continua a garantire l'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita con particolare attenzione alle nullipare, donne straniere e donne a bassa scolarità.

Anche nel 2025 si sono svolti i corsi sia in presenza sia con modalità call conference, considerata l'ottima risposta dell'utenza a questa offerta e la richiesta continua. Hanno complessivamente partecipato infatti 644 utenti di cui 210 in presenza e 434 da remoto. Si è svolto, inoltre, durante il 2025 il corso "La nascita oggi" per trovare un equilibrio tra sicurezza e naturalità" effettuato da equipe multiprofessionale, hanno partecipato circa 750 persone. L'Azienda collabora in sinergia con l'AUSL di Bologna al percorso "Diventare genitori" attraverso la partecipazione agli incontri semestrali da parte delle ostetriche delle aziende presso la Sala Borsa del Comune di Bologna.

Al fine di ridurre la percentuale delle donne che non accedono ad alcuna metodica di controllo del dolore durante il travaglio/parto, l'Azienda continua ad offrire con percorso istituzionale l'analgesia farmacologica, alle donne che la richiedono come previsto dalla DGR 1921/07 (questionario LEA), oltre ad offrire a tutte anche le tecniche di contenimento del dolore non farmacologiche tradizionali (sostegno psicologico, borse di acqua calda, pallone). Nel 2025 più del 60% delle donne ha usufruito della analgesia peridurale durante il travaglio di parto.

Come stimolo continuo si persegue inoltre l'obiettivo di contenimento dei parti cesarei primari segnalando tuttavia l'importanza di inserire nel sistema di monitoraggio degli indicatori alcuni meccanismi di valutazione dei fattori di rischio (es. età, cittadinanza, comorbidità), analogamente a quanto previsto dagli indicatori valutati dal Piano Nazionale Esiti.

Al fine di favorire una scelta consapevole da parte di gravide con pregresso Taglio cesareo le Ostetriche e i Clinici hanno proposto anche nel 2025 corsi di approfondimento sui VBAC "vaginalbirth after C-section" per informare e aiutare le donne, con anamnesi di precedente taglio cesareo, ad adottare una scelta informata, circa la successiva modalità di parto: da taglio cesareo a parto vaginale; hanno partecipato nel 2025 al corso, che prevede durante la gravidanza tre incontri 12 gestanti con pregresso taglio cesareo.

Considerato l'ottima risposta dell'utenza, si è consolidato il ruolo del facilitatore all'allattamento al seno, prosegue l'attività sia in reparto di ostetricia sia presso

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

l'ambulatorio "Allattamento" che segue le donne fino ad almeno il primo mese di vita del neonato con visite post-dimissione per tutte le donne che hanno una scheda LATCH con un punteggio tale da richiedere un sostegno. Oltre ad assistere le puerpere in degenza, viene svolto un colloquio telefonico di follow up, ma viene garantita anche Servizio di consulenza online-pz counseling (TELEVISITA) per garantire il più possibile anche alle donne che non hanno possibilità di recarsi in struttura per problemi clinici/organizzativi una modalità di sostegno a cui fare riferimento. Il personale dedicato all'ambulatorio ha effettuato durante l'anno 2025 3.193 prestazioni rivolte alle neomamme.

Indicatore	Risultato 2024	Target atteso 2025	Risultato 2025
IND1140 - Indicatore composito percorso nascita	18	>18	19
IND0996 - % travagli assistiti dall'ostetrica/totale travagli	4,52% (AOUBO) 30.89% (AUSLBO)	≥34%	5,44% (AOUBO) 32,5% (AUSL BO)
IND0921 - % tagli cesarei della I classe di Robson	6,97%(AOU BO)	≤6%	5,48% (AOUBO)
IND0526 - %standard allattamento completo a 3 mesi	54,89% (AUSL BO)	>56%	57,66% (AUSLBO)
IND0527 - %standard allattamento completo a 5 mesi	51,07% (AUSL BO)	>47%	53,42% (AUSLBO)
IND1119 - % di completamento della FAD allattamento da parte dei professionisti	3,8% (AUSLBO)	≥3% dei nati vivi	2% (AUSL BO)

Fonte dati:Siver – edizione 2025

3.2.3.11 Percorso IVG

L'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) è regolamentata dalla legge 194 del 22 maggio 1978, in riferimento alla quale è necessario distinguere tra l'IVG entro e IVG oltre, i primi 90 giorni di gestazione. Nell'ambito di questi, entro i primi 63 giorni di gestazione, il trattamento farmacologico è consentito in Italia in regime ambulatoriale come day service (DS) ospedaliero o consultoriale, o presso il domicilio. Oltre i 63 giorni di gestazione, il trattamento farmacologico può essere praticato solo in regime di day hospital (DH).

Per tale ragione, in applicazione alla Determina n. 23606 del 10.12.2021 nel 2022 si era previsto di identificare la struttura logistica per poter erogare la prestazione in regime ambulatoriale a livello ospedaliero, da attivare al termine della ristrutturazione del padiglione 4.

In autunno 2024 è stato istituito il gruppo di lavoro per l'applicazione della Determinazione n. 23606 del 10.12.2021, identificando il percorso e la struttura logistica per poter erogare la prestazione in regime di DS, in uno spazio ambulatoriale con personale medico e ostetrico dedicato, presso il piano terra del nuovo padiglione 4N (ambulatorio Glicine). In data 05/05/2025 è stato eseguito il primo trattamento di IVG farmacologica in regime di DS.

Dati numerici:

Nel 2025 sono state effettuate 449 IVG, di cui 47 con metodo farmacologico tra queste:

- 199, percorso DS;
- 148, percorso DH.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Si specifica che, fino al giorno 5 maggio 2025, tutti i trattamenti farmacologici venivano eseguiti in regime di DH.

- 97 con metodo chirurgico, percorso DH.
- 5 interruzioni terapeutiche (ITG), percorso DH.
- 6 procedure NON eseguite per regione NON specificata (V 643).

Attualmente in Azienda, che è parte integrante della rete metropolitana, viene garantito l'accesso al percorso IVG tramite contatto telefonico, fax o eventualmente accesso diretto da pronto soccorso ostetrico/ginecologico. Il personale dedicato programma il primo appuntamento in tempi adeguati, sui numerosi posti resi settimanalmente disponibili sia per il trattamento farmacologico, che per quello chirurgico.

Indicatore	Risultato 2024	Target atteso 2025	Risultato 2025
IND1150 – Indicatore composito IVG	5.0	>6	9
IND0908 - % IVG farmacologiche erogate a livello ambulatoriale sul totale delle IVG farmacologiche	0.0 67,18 (AUSL BO)	≥ 25%	60,52%
IND1207 - % di IVG con attesa inferiore a 15 gg. con certificato non urgente sul totale delle IVG chirurgiche	70,28%	> 50%	52,64%

Fonte dati:Siver – edizione 2025

3.2.3.12 Contrasto violenza

Le due Aziende sanitarie di Bologna (AUSL BO e IRCCS AOU BO) hanno attiva la procedura interaziendale "Assistenza in acuto alla donna vittima di violenza sessuale" ai fini dell'adeguata presa in carico della donna vittima di violenza sessuale. Ad ulteriore integrazione è stata emessa la procedura interservizi "Accoglienza delle donne che subiscono violenza" che delinea il percorso che coinvolge le strutture di emergenza-urgenza, la rete sociosanitaria territoriale e altre istituzioni (ad es. centri antiviolenza, forze dell'ordine) per l'accoglienza, la presa in carico e la gestione della donna vittima di tutte le forme di violenza intercettata dalle strutture/servizi aziendali.

Nel corso del 2025 è stato revisionato inoltre il "Percorso sanitario integrato in caso di violenza sessuale/sospetto abuso sessuale a carico di minori", aggiornando e armonizzando le modalità operative alla luce delle più recenti indicazioni normative e delle linee guida nazionali. Nell'ambito di tale revisione, è stato definito anche un percorso specifico per la raccolta, gestione e conservazione dei reperti a fini forensi, a garanzia di una corretta catena di custodia delle prove a tutela delle prove raccolte.

È stata inoltre formalizzata nel corso del 2025 la nuova procedura interaziendale "Assistenza in acuto all'uomo e alle persone transgender vittime di violenza sessuale": tale procedura nasce per garantire un percorso strutturato e non discriminatorio di accoglienza e presa in carico, in ottemperanza alla DGR n. 1712/2022 che estende il concetto di contrasto alla violenza al più ampio e inclusivo ambito di genere. Il percorso coinvolge i servizi di emergenza-urgenza, assistenti sociali e rete territoriale, secondo un modello

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

integrato già attivo per le donne vittime di violenza.

È inoltre attiva nell'IRCCS AOU BO una specifica procedura per la prevenzione e gestione degli episodi di violenza verso gli operatori sanitari (PA110), supportata da un modulo dedicato per la segnalazione di aggressioni o minacce mediante il nuovo sistema di segnalazione regionale Segnal-ER, funzionale all'attivazione tempestiva delle misure di tutela e sostegno

In relazione al contrasto della violenza contro gli operatori nell'ambito di IRCCS AOU è altresì presente:

- un servizio di vigilanza armata h24
- un impianto di videosorveglianza composto da 247 telecamere, 72 delle quali a controllo degli accessi e degli spazi esterni
- un sistema di verifica degli accessi composto da varchi controllati tramite badge e porte automatiche a chiusura e apertura temporizzata
- 24 impianti antintrusione collocati in aree sensibili
- Un videocitofono all'entrata principale del pronto soccorso generale e sistemi di controllo sugli accessi secondari

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 del 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.

3.2.3.13 Garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

L'attività ambulatoriale rappresenta un asset strategico in ambito ospedaliero

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

essendo uno dei principali punti di contatto con il territorio e una modalità organizzativa in costante aumento per i benefici in termini di valore (outcome/costi).

In coerenza con il quadro normativo nazionale e regionale, le progettualità relative alla specialistica ambulatoriale per l'anno 2025 si collocano all'interno delle strategie sanitarie definite dalla Regione Emilia-Romagna (DGR 603/2019 e DGR n.620/2024), con particolare riferimento al rafforzamento dell'accessibilità e garanzia dei tempi di attesa, all'incremento dell'appropriatezza prescrittiva, organizzativa ed erogativa e, infine, al potenziamento della rete dei servizi metropolitani nell'ottica della prossimità delle cure.

La collaborazione strutturata e continuativa con l'Azienda USL di Bologna costituisce un elemento fondamentale nella definizione e implementazione delle linee di sviluppo, in un'ottica di integrazione funzionale e organizzativa tra i diversi attori del sistema sanitario territoriale.

In continuità con le progettualità del 2024, per il 2025, gli obiettivi di programmazione della specialistica ambulatoriale si articolano su alcuni assi strategici fondamentali finalizzati al miglioramento dell'efficienza e della qualità dell'offerta sanitaria:

1. Potenziamento dell'offerta ambulatoriale

Le azioni previste in questo ambito sono volte ad aumentare la capacità produttiva del sistema e l'efficienza organizzativa, agendo sulle risorse professionali, tecnologiche e logistiche. Ne fanno parte iniziative di sviluppo di modelli organizzativi/prenotativi di presa in carico integrata e garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale per i cittadini del bacino metropolitano di riferimento (corrispondente all'area provinciale) entro i tempi previsti dalla classe di priorità.

In particolare, per il 2025 a fronte di una previsione di incremento della produzione del 2% rispetto all'anno precedente, i dati attuali del flusso ASA evidenziano un incremento di:

- prestazioni di visita: +4,9%
- prestazioni diagnostiche: +1,8%
- prestazioni terapeutiche: +5%

Particolarmente significativo è il risultato nell'area della diagnostica per immagini: le TC crescono dell'8,2% (circa 3.000 prestazioni in più) e le RM del 16,8% (2.244 prestazioni incremental). In aumento anche l'attività endoscopica, con 1.970 prestazioni aggiuntive (circa +10%).

Tali risultati sono stati raggiunti concentrando gli interventi sulle linee di attività a maggiore impatto, attraverso l'attivazione di sedute aggiuntive e l'ottimizzazione dei processi organizzativi già in essere.

2. Progetti di rete metropolitana

Le azioni collegate ai progetti di rete hanno l'obiettivo di promuovere una risposta coordinata e integrata a livello metropolitano, superando logiche aziendali e territoriali frammentate.

In tale ambito nel 2025 si è sperimentato ed implementato il progetto "rete ematologica metropolitana". La cui riorganizzazione si fonda sul modello Hub & Spoke: le case della comunità (Spoke) gestiscono le prestazioni di primo livello, filtrando i bisogni assistenziali e riservando al Policlinico Sant'Orsola (Hub), le prestazioni più complesse.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

L'implementazione del progetto, avviata a fine settembre 2025, ha consentito di conseguire importanti risultati: in primo luogo, è stato raggiunto l'azzeramento della lista di attesa (cd. LAI), seguito da un significativo miglioramento dei tempi di accesso alla prima visita ematologica: la mediana di attesa per le prestazioni di primo accesso dell'ambito metropolitano con priorità D è oggi allineata ai tempi massimi previsti.

Inoltre, l'incremento dell'offerta a livello metropolitano – con circa 2.000 prime visite ematologiche erogate nei mesi di attivazione del progetto – ha consentito un più efficace allineamento tra domanda e capacità produttiva, determinando una marcata riduzione delle "prese in carico", ossia delle impegnative che non trovavano disponibilità entro i tempi della classe di priorità.

Nel rispetto dei principi di appropriatezza clinica e organizzativa, e secondo la logica del modello Hub & Spoke, l'attività è stata riorganizzata trasferendo a livello territoriale non solo le prime visite, ma anche gli eventuali controlli e follow-up. Ciò ha garantito maggiore prossimità delle cure, continuità assistenziale e un utilizzo più appropriato delle risorse specialistiche.

3. Appropriately prescriptive, organizational and erogative

Le azioni in questo ambito sono focalizzate a garantire un uso corretto delle risorse specialistiche, attraverso il supporto alla decisione clinica e il monitoraggio dell'appropriatezza.

In questo ambito le azioni del 2025 sono state volte alla:

- diffusione di strumenti come PDTA, algoritmi prescrittivi e indicatori di performance;
- registrazione del dato di appropriatezza "ex-post" sugli applicativi utilizzati in ambito ambulatoriale (E-Visit) e radiologico (Fenix), in modo da disporre di una fonte dati analitica e fornire un feedback ai prescrittori per ridurre gli scostamenti dai criteri di appropriatezza. In questo ambito, considerata la scarsa compilazione rilevata nella fase iniziale, la Direzione Aziendale ha stabilito, a partire da marzo 2026, l'obbligatorietà della compilazione del relativo campo. Tale misura rappresenta una leva strategica fondamentale per il governo della domanda, il miglioramento continuo dell'appropriatezza prescrittiva e la sostenibilità complessiva dei processi assistenziali
- razionalizzazione dell'offerta, anche mediante revisione delle soglie del follow up

L'Azienda partecipa altresì al "Tavolo operativo Permanente per la specialistica ambulatoriale" e all'"Osservatorio Regionale sulle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero (di cui alla DGR 603/2019)", finalizzati al governo sinergico delle criticità in ambito di accessibilità, di appropriatezza, delle modalità di applicazione degli accordi di fornitura (in aderenza alla DGR 1056/2015), dei tempi di attesa e della valutazione, revisione e implementazione dei percorsi specialistici ambulatoriali metropolitani.

Azioni di ambito interaziendale metropolitano

In collaborazione con l'Ausl di Bologna e nel reciproco rispetto delle aree di competenza e ambiti di responsabilità, nonché proporzionalmente alle rispettive dimensioni

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

e specificità aziendali, sono state implementate delle azioni volte a costruire un nuovo paradigma della specialistica ambulatoriale. In particolare nel corso del 2025 sono proseguite le azioni collegate alle strategie di rete orizzontali e verticali, per giungere a sistemi reticolari e fortemente intrecciati in cui si perseguono obiettivi di appropriatezza ed accessibilità del cittadino nel sistema delle cure (posto giusto, momento giusto, per la cosa giusta), di costo attraverso l'eliminazione degli sprechi e la ridondanza dell'offerta e, infine, di specializzazione e differenziazione dell'intera filiera sanitaria e socio-sanitaria a livello metropolitano.

Nel 2025 sono state realizzate azioni di:

- 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;

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

- 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.

Azioni organizzative aziendali

Sul versante delle iniziative interne, per facilitare i percorsi di accesso del paziente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, unitamente all’incremento dei volumi di produzione, l’Azienda si è impegnata a:

- mantenere costantemente aggiornate le agende di prenotazione per garantire il raggiungimento dei volumi di produzione concordati internamente con le UO;

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

- rivedere le agende ambulatoriali di tutte le UU.OO, allineandole alle indicazioni regionali, attraverso: l'adeguamento della durata degli slot/esami ai tempi regionali e alle evidenze disponibili in letteratura. In particolare, nel caso di prestazioni di II e III livello o comunque per prestazioni ad elevata complessità clinica-assistenziale, il benchmark tra unità operative aziendali e/o realtà omogenee per complessità e tipologia di casistica a livello regionale e nazionale è stato un fattore molto importante per allineare l'offerta alle "best practice" o per evidenziare situazioni di criticità nello svolgimento del processo ambulatoriale;
- riutilizzare le agende con quesito diagnostico con la relativa prestazione generica efficientando lo sfruttamento delle agende esistenti per evitare sprechi e migliorare l'efficienza;
- potenziare la capacità produttiva attraverso l'organizzazione di sedute ambulatoriali aggiuntive in particolar modo per i percorsi di follow-up oncologici, le prestazioni specialistiche di 2° e 3° livello e le liste di attesa di 1° livello;
- riorganizzare gli spazi, in applicazione del piano direttore e del trasferimento di reparti. Questa riprogettazione ha portato a risultati significativi in termini di condivisione delle risorse ed efficientamento del percorso;
- separazione, ove possibile, dei flussi di pazienti (primo accesso, controlli e attività urgenti). Sulla scorta dei dati a disposizione, sono stati programmati degli ambulatori "urgenti" così da assorbire le richieste di fast-track del pronto soccorso e le urgenze estemporanee provenienti dai reparti;
- sviluppare sistemi di monitoraggio e rendicontazione delle performance in ambito di specialistica ambulatoriale, sia dal lato della domanda di prestazioni che dal lato dell'offerta;
- migliorare l'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, attraverso la revisione dei percorsi clinici aziendali e dei PDTA di area metropolitana;
- sostenere (anche attraverso apposite iniziative) la fase di registrazione e di codifica dell'appropriatezza all'interno degli applicativi dipartimentali (sia ambulatoriali che di ambito radiologico), con l'obiettivo di valutare "ex post" l'appropriatezza da parte di chi ha erogato la prestazione così da intervenire su eventuali situazioni critiche mediante audit aziendali proseguire nelle azioni di efficientamento nell'utilizzo delle risorse (spazi, tecnologie, personale), attraverso la condivisione di risorse umane per saturare l'occupazione delle «grandi apparecchiature»;
- proseguire nella strutturazione di un modello organizzativo che consente la presa in carico prenotativa ed erogativa, attraverso il potenziamento dell'offerta ambulatoriale dedicata a percorsi interni, e alla formazione continua degli specialisti;
- sostenere le attività di presa in carico individuando specifici team intraaziendali che sulle prestazioni su percorso interno consentano una gestione personalizzata dell'utente per assegnare un appuntamento anche qualora questo non risulti immediatamente disponibile;
- sostenere le attività di prenotazione delle prestazioni di specialistica suddividendo le funzioni di front office da quelle di back office efficientando entrambe le attività;
- realizzare strumenti informatizzati che consentano la presa in carico da parte del medico anche nei casi in cui lo stesso non sia in grado di assegnare direttamente

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

l'appuntamento evitando al paziente di doversi recare agli sportelli polifunzionali amministrativi o di contattare il call center;

- implementare una piattaforma di chirurgia ambulatoriale/day surgery, così da ottimizzare, sulla scorta di modelli di stratificazione della produzione per intensità di risorse assorbite, la produzione di sala operatoria e garantire una maggiore appropriatezza organizzativa;
- potenziare le funzioni amministrative a supporto dell'attività di televisita e più in generale di telemedicina, con la definizione di uno specifico percorso di supporto sia ai clinici che agli utenti per facilitare l'introduzione di questa modalità di erogazione delle prestazioni superando le eventuali difficoltà informatiche;
- implementare il modello di integrazione tra le funzioni dedicate all'accesso amministrativo e quelle dedicate all'accoglienza informativa con l'obiettivo di una presa in carico complessiva dell'utente al momento dell'accesso in ospedale, anche attraverso l'introduzione di strumenti innovativi per l'orientamento e l'informazione. In questo ambito nel corso del 2025 sono state realizzate iniziative formative dedicate al personale dei punti informativi (che dovranno evolvere verso "punti di accoglienza") e degli sportelli polifunzionali e dei team di presa in carico. Le iniziative formative, eseguite sia come formazione sul campo sia attraverso veri e propri momenti di formazione in aula, hanno riguardato specifici temi collegati al concetto di "presa in carico" dell'utente con tutte le sue esigenze (informative e di accoglienza), cercando di stimolare questo personale verso un ruolo più attivo e favorirne la capacità di lavorare come gruppo e non come insieme di singoli soggetti. In specifiche iniziative formative si sono affrontate anche le tematiche del benessere organizzativo e della gentilezza per favorire la capacità di queste funzioni di cogliere e rispondere ai bisogni degli utenti;
- proseguire nell'impiego dell'app easy hospital per favorire l'orientamento dell'utente nel campus ospedaliero e nella sperimentazione di strumenti che si basano sull'intelligenza artificiale ("avatar Emilia") introdotti nel corso del 2024 presso un padiglione dell'ospedale;
- proseguire nelle azioni dedicate al miglioramento del wayfinding con particolare attenzione alle aree esterne. In particolare, nel 2025 si è data attuazione alle azioni connesse alla revisione della segnaletica aziendale potenziandone il valore ai fini dell'orientamento del paziente collegandola ai codici colore dei quartieri individuati nell'area e alla realizzazione di un chiosco informativo posizionato nel viale centrale del Policlinico con l'obiettivo di facilitare l'orientamento degli utenti, alla revisione del servizio di navetta interna all'ospedale per consentire a tutti gli utenti di usufruire di un servizio di mobilità;
- implementare il modello di "Piastra radiologica integrata". Il nuovo modello organizzativo, nel pieno rispetto della professionalità degli operatori e della sicurezza del paziente, prevede una gestione centralizzata e dinamica delle risorse tecnologiche e professionali, superando la logica a silos tra sedi e servizi. Gli obiettivi principali sono:
 - ridurre il tempo intercorrente tra la richiesta dell'esame e la sua esecuzione soprattutto per i pazienti ricoverati,

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

- ottimizzare l'impiego delle apparecchiature diagnostiche e incrementare la produttività attraverso una razionalizzazione delle agende,
- migliorare la fruibilità dei servizi radiologici da parte degli assistiti;
- attuare percorsi di downgrading: dal Day Hospital alla chirurgia ambulatoriale. Nel quadro delle strategie regionali volte a favorire l'appropriatezza clinico-organizzativa e l'efficienza dell'offerta specialistica, si intende dare piena attuazione ai percorsi di downgrading assistenziale, in particolare per quanto riguarda il passaggio da setting di Day Hospital (DH) a chirurgia ambulatoriale. Per il 2025, previa revisione condivisa dei protocolli clinici, i percorsi sono stati attivati per specifiche procedure quali: ernie, varici, fimosi, piccola chirurgia dermatologica e ortopedica e oculistica;
- identificare referenti clinici e assistenziali per ciascuna area specialistica ambulatoriale, con il compito di presidiare operativamente le piattaforme e assicurare un coordinamento efficace delle attività, contribuendo a una gestione più integrata e responsiva dell'offerta ambulatoriale;
- formare il personale coinvolto su regole e criteri di programmazione dell'attività ambulatoriale attraverso l'organizzazione di moduli formativi rivolti ai professionisti coinvolti nella programmazione e nell'erogazione dell'attività di specialistica.

Indicatori Regionali per l'anno 2025

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)

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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

Indicatori	Risultato 2024	Target 2025	Risultato 2025
D11Z* – NSG - % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D	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

3.2.3.14 Servizi sociosanitari per la non autosufficienza

Il servizio sociale ospedaliero, in stretta collaborazione con i servizi sociali territoriali e comunali, partecipa alle attività previste per la gestione del paziente in situazione di non autosufficienza, in un'ottica di continuità assistenziale ed integrazione multiprofessionale.

Risponde alle seguenti necessità/obiettivi chiave: contribuire a dare corpo alla qualità dell'integrazione socio-sanitaria attraverso un costante scambio e confronto professionale con il personale sanitario e con i Servizi Sociali e Socio-Sanitari territoriali, promuovere azioni finalizzate al sostegno, recupero, valorizzazione delle risorse della persona e della sua famiglia e per operare per il superamento dello stato di bisogno/disagio legato all'evento malattia, inoltre si pone a garanzia della continuità assistenziale

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

ospedale/territorio.

Nel merito, le azioni attivate ed in progressivo consolidamento riguardano:

- Potenziamento dello sviluppo e dell'utilizzo del sistema GARSIA, con formazione continua, per la gestione delle Dimissioni Protette a supporto della continuità assistenziale in forma integrata ed unitaria, anche al fine di omogeneizzare il monitoraggio e la raccolta dati. Dal 1° gennaio è stata avviata la procedura di segnalazione delle UU.OO. al Servizio Sociale Ospedaliero, il nuovo modello ha permesso di tracciare le segnalazioni dei pazienti "fragili" e permettere la condivisione del progetto sociosanitario con i Servizi Socio-Sanitari territoriali.
- Dal 1 Gennaio è stato introdotto un nuovo sistema di rilevazione dei dati di attività tramite un file condiviso con AUSLBO e IOR che ha permesso di identificare degli indicatori di rilevazione dei progetti proposti e attivati per ciascun paziente in carico.
- Potenziamento del confronto e dello scambio di strumenti e buone prassi tra i SSO delle tre Aziende anche attraverso la definizione di percorsi di formazione congiunta;
- Elaborazione del documento "Report di attività 2024 del Servizio Sociale Ospedaliero", frutto di un intenso lavoro di confronto e condivisione tra gli Assistenti Sociali impegnati nei Servizi Sociali Ospedalieri dell'AUSL di Bologna e dell'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli, che risponde all'esigenza di rifinire un unico documento di sintesi contenente i dati di attività dei Servizi Sociali Ospedalieri della città di Bologna e le riflessioni del gruppo di professionisti interaziendale, pur nella consapevolezza che è ancora necessario migliorare la raccolta e la sistematizzazione dei dati ai fini di una rendicontazione omogenea rispetto alle attività delle diverse Aziende.
- Proseguimento nel progetto di potenziamento dell'attività del Servizio Sociale Ospedaliero di presa in carico e valutazione delle persone con cronicità e fragilità sociale in PS alla luce delle criticità correlabili ad accessi e ricoveri impropri e a difficoltà relative alla gestione di problematiche prettamente socio-assistenziali; il progetto è finalizzato all'attivazione di servizi territoriali socio-sanitari caratterizzati da una modalità di "pronta valutazione" e "pronta attivazione" e ha previsto l'inserimento della figura dell'Infermiere di Continuità, dell'Assistente Sociale dell'AUSL per accompagnare e formare il nostro personale sui nuovi percorsi attivabili;
- Proseguimento del progetto di collaborazione con la Caritas Diocesana attraverso lo Sportello di Ascolto per intercettare tempestivamente i bisogni socio-assistenziali delle persone in condizioni di fragilità che accedono alla Struttura per motivi di salute.
- Costruzione e avvio di un progetto di apertura dello Sportello Sociale di Ascolto denominato "Welt-Welfare per il percorso trapianti" situato all'interno del Policlinico. Il progetto nasce dalla collaborazione tra la Fondazione S. Orsola, l'IRCCS Policlinico di Sant'Orsola e le principali Associazioni di pazienti trapiantati. Rappresenta un'esperienza innovativa a livello nazionale, con l'obiettivo di offrire supporto informativo, orientamento e assistenza su tematiche sociali, normative e organizzative a persone in attesa di trapianto, a pazienti già trapiantati e ai loro

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

familiari. L'innovazione è rappresentata dalla creazione del primo Sportello Sociale interno al Policlinico, che ha previsto l'inserimento della figura dell'Assistente Sociale.

- Formazione sul campo per sviluppare competenze riferite a: strumenti di valutazione della fragilità sociale dei pazienti (per una gestione integrata e proattiva dei pazienti complessi), processi integrati di dimissione protetta che coinvolgono professionisti dell'Azienda Ospedaliera, dell'AUSL ed i professionisti di assistenza primaria e delle CRA, in un'ottica di qualità delle cure nei contesti di fragilità;
- Partecipazione, in integrazione con il personale delle aziende territoriali, al gruppo di lavoro multidisciplinare previsto nella DGR 1770/2021 "Linee di programmazione e finanziamento alle Aziende Sanitarie", al fine di definire strategie e perseguire gli obiettivi di programmazione dei servizi in linea con i principi di equità (riferiti al tema "Migranti e Vulnerabilità"). Sono previsti interventi per ridurre le barriere di accesso e la discontinuità dei percorsi di cura, garantendo l'attuazione di quanto previsto dalla DGR 1304/2022 (recepimento delle Linee Guida Nazionali in materia di tutela globale della salute dei migranti e dei soggetti vulnerabili); obiettivi raggiunti: coordinare le attività riguardanti la popolazione migrante e quella esposta a fenomeni di marginalizzazione in capo ai Dipartimenti del territorio aziendale, dare operatività alla Delibera 1304 del 01/08/2022 che recepisce le linee guida nazionali sulla salute dei migranti e definisce l'istituzione di un'équipe multidisciplinare e multiprofessionale al fine di tutelare globalmente la salute dei migranti e dei soggetti vulnerabili, rafforzare il dialogo e la collaborazione con le istituzioni locali e le realtà del terzo settore e del volontariato.
- Partecipazione attiva dell'Assistente Sociale ai briefing periodici multiprofessionali aziendali di area medica, per la presa in carico di situazioni di fragilità sociale, nella prospettiva di garantire un percorso di dimissione protetta e anticipata, nell'ambito del team multiprofessionale.
- Partecipazione, in integrazione con il territorio, del gruppo di lavoro multidisciplinare finalizzato all'analisi del Patto di collaborazione del Comune di Bologna con le Associazioni LGBTQUIA con l'obiettivo di trovare delle modalità per favorire il benessere delle persone LGBTQ in termini di equità e giustizia sociale, attraverso la condivisione di saperi e strumenti per praticare l'inclusione sociale.
- Partecipazione ad incontri di coordinamento UVM area Anziani con il Medico Geriatra referente per l'AOU, i referenti dell'AUSL di Bologna e dei Distretti della Provincia, finalizzati a condividere le modalità operative, a promuovere e creare l'integrazione della rete sociosanitaria e fornire un aggiornamento periodico sui dati di attività dei Servizi.
- Partecipazione ad incontri multidisciplinari finalizzati al miglioramento dei percorsi di transizione in AOU, con la partecipazione di gruppi di lavoro sulla definizione dei tempi e modalità di potenziamento della funzione dell'Assistente Sociale dedicata (per l'elaborazione di protocolli dedicati, l'attivazione dei percorsi, raccordo con i Servizi Sociali territoriali, ecc...).
- Partecipazione ad incontri e gruppi di lavoro intraziendali, in riferimento al PNP 2020/2025 per la revisione della procedura "Contrasto alla violenza di genere".
- Partecipazione ad incontri di laboratorio regionale per valutare e programmare in

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

termini di equità (Health Equity Audit applicato al Piano regionale della Prevenzione), il laboratorio è rivolto a professionisti coinvolti nel processo di valutazione e programmazione relativi agli ambiti/percorsi individuati in relazione a quanto richiesto dal documento regionale di governance locale del PRP per sviluppare pratiche di gestione integrata delle fragilità sociali tra ospedale e territorio per contrastare le diseguaglianze di salute, nell'ambito dei progetti: accesso allo screening carcinoma cervice per la popolazione transgender, non autosufficienza e accessibilità con il focus sui pazienti dell'ambulatorio CDCD, accoglienza e presa in carico in PS delle persone che subiscono violenza di genere con istituzione di GdL.

- Formazione sul campo per sviluppare competenze sul tema "Violenza di genere: applicazione della condotta esplicitata nella procedura interaziendale e successive raccomandazioni", in riferimento alle Raccomandazioni della RER, volta alla prevenzione della violenza di genere, ad azioni di miglioramento dell'accoglienza, del percorso in itinere, della presa in carico ed affidamento con il perfezionamento e l'analisi dei dati.
- Potenziamento del progetto "Fragilità" con la costituzione di un'équipe multiprofessionale (ECA: Equipe Continuità Assistenziale), di un contenitore informatico per l'accettazione dei pazienti, regole per l'obbligatorietà del TRST e necessità di informare e formare il personale; il progetto è nato da alcune criticità emerse in merito ai ricoveri impropri o prolungamento degli stessi per motivi sociali con l'obiettivo di riconoscimento precoce, valutazione e pianificazione della dimissione senza discontinuità di cure.
- Partecipazione a tavoli di lavoro sul funzionamento della CUM (Centrale Unica Metropolitana) nell'ambito della revisione degli assetti organizzativi e dei processi di transizione delle cure sulla base della Delibera Aziendale n. 94/2023 "Approvazione del documento di progetto modelli organizzativi di continuità assistenziale e di gestione integrata della persona".
- Partecipazione ad incontri nell'ambito del processo di adeguamento del SSR a quanto previsto dal DM 77/2022 nonché agli obiettivi del PNRR Missione 6, al fine di accompagnare la ricomposizione di un modello innovativo di sanità a partire dalla riorganizzazione dell'assistenza territoriale, reso necessario per rispondere adeguatamente ai bisogni di un contesto demografico e socio-sanitario in costante evoluzione; il percorso ha previsto la partecipazione a tavoli di lavoro regionali come luoghi finalizzati a co-costruire una visione strategica delle Case di Comunità centrati su analisi del caso (best practice) e laboratori locali come "formazione a cascata" per formare facilitatori a livello locale e a supportare progetti di miglioramento orientati alla community building/person center ed approach in una prospettiva d'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare e di prossimità nel passaggio alle Case di Comunità.
- Partecipazione a tavoli di lavoro e alla formazione per la valutazione precoce e l'attivazione dei percorsi più appropriati per le persone fragili Senza Fissa Dimora in un'ottica d'integrazione multidimensionale e multiprofessionale.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Attività SSO Area Adulti Anziani		
	n	%
Segretariato Sociale/orientamento rivalutazione dei bisogni socioassistenziali	1927	47,27%
Valutazioni per CRA Definitiva (UVMc)	501	12,29%
Valutazione per inserimento in CRA Sollievo	33	0,81%
Valutazione per CRA Fast Pronta Attivazione	20	0,49%
Valutazione per percorsi di domiciliarità (UVMs)	1.512	37,09%
Dimissioni Protette Servizio Bassa Soglia	27	0,66%
Attivazione Pr.I.S.	40	0,98%
Minori dai 14 ai 18 anni non in Tutela	5	0,12%
Segnalazioni Autorità Giudiziaria	12	0,29%
TOTALE	4.077	100,0%

Target	n	%
Minori dai 14 ai 18 anni	5	0,12%
Adulti	492	12,07%
Anziani	3580	87,81%
TOTALE	4077	100,0%

3.2.3.15 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.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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.

Numero prestazioni svolte in televisita nel 2025: 3.197, in aumento rispetto al 2024 (1.967 prestazioni in televisita) (Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna).

Indicatori Telemedicina:

Indicatori	Target 2025	Risultato 2025
IND1192 - Visite (V1+V2) in telemedicina (fonte ASA)	Aumento 10% rispetto all'anno precedente per le aziende di BO usl, BO osp, FE usl, FE osp Minimo 1000 prestazioni per le aziende di PC, MO usl, MO osp, RE, PR usl, PR osp, Romagna Minimo 500 prestazioni per le aziende di IOR, Imola	100%
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

III. Assistenza Ospedaliera

3.2.3.16 Emergenza-urgenza ospedaliera

CAU e riordino della rete

Nel corso del 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 il 13 maggio 2024 è stato attivato un CAU presso il S. Orsola, di seguito i dati relativi al biennio 2024-2025:

		2024				2025			
Azienda di accesso	Struttura di accesso	Numero accessi in PS	Numero prestazioni erogate	Importo lordo	Media di attesa (minuti)	Numero accessi in PS	Numero prestazioni erogate	Importo lordo	Media di attesa (minuti)
BOLOGNA	CAU - ALBERTONI	7.796	9.405	183.973	40	12.626	14.153	315.377	48
	CAU - BUDRIO	15.349	24.114	444.525	63	15.430	20.609	462.054	48
	CAU - CASALECCHIO	23.064	25.636	515.990	55	23.771	25.560	585.712	47
	CAU - NAVILE	28.096	32.792	677.174	54	28.726	33.159	762.163	52
	CAU - OSPEDALE MAGGIORE	9.112	12.471	247.975	56	14.549	20.250	466.502	65
	CAU - SAN LAZZARO DI SAVENA	12.694	14.995	305.765	38	21.100	24.774	571.650	32
	CAU - VERGATO	8.117	13.239	250.721	31	8.722	11.963	270.763	28
BOLOGNA Totale		104.228	132.652	2.626.123	48	124.924	150.468	3.434.221	46

Fonte dati: ReportER

		2024				2025			
Struttura di accesso	Azienda di residenza	Numero accessi in PS	Numero prestazioni erogate	Importo lordo	Media di attesa (minuti)	Numero accessi in PS	Numero prestazioni erogate	Importo lordo	Media di attesa (minuti)
CAU - ALBERTONI	ALTRE REGIONI	1.499	1.797	35.166	44	2.649	3.316	68.511	50
	BOLOGNA	5.581	6.773	132.119	43	8.519	9.135	210.222	48
	ESTERO	392	472	9.270	50	866	1.078	22.067	53
	FERRARA	48	54	1.100	35	80	86	1.990	48

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

2024						2025			
Struttura di accesso	Azienda di residenza	Numero accessi in PS	Numero prestazioni erogate	Importo lordo	Media di attesa (minuti)	Numero accessi in PS	Numero prestazioni erogate	Importo lordo	Media di attesa (minuti)
	IMOLA	60	64	1.364	52	86	97	2.163	48
	MODENA	40	44	920	40	61	61	1.445	48
	PARMA	16	24	389	28	13	14	310	56
	PIACENZA	7	7	161	23	11	9	225	39
	REGGIO EMILIA	19	22	434	42	43	45	1.045	40
	ROMAGNA	134	148	3.050	48	298	312	7.400	50
CAU - ALBERTONI Totale		7.796	9.405	183.973	40	12.626	14.153	315.377	48

Fonte dati: ReportER

L' Azienda ha messo a disposizione sia spazi (quattro ambulatori, un locale magazzino, un settore per l'accettazione) che prestazioni diagnostiche (1.284 prestazioni erogate nel 2024, 1995 erogate nel 2025) e visite specialistiche (502 prestazioni erogate nel 2024, 718 erogate nel 2025).

Tempi di attesa in Pronto Soccorso

La gestione dei tempi di attesa in Pronto Soccorso è multifattoriale e dipende da situazioni epidemiologiche, organizzative e di disponibilità di collaborazioni esterne e di rete.

La pressione sugli ospedali è in aumento in quanto incrementano i numeri degli accessi e incrementa la quota di codici maggiori (soprattutto nella stagione influenzale) e questo ha un effetto sull'attesa dei pazienti e i tempi di processo.

L'Azienda persegue questo obiettivo lavorando principalmente su due ambiti:

- I. organizzare internamente soluzioni per mitigare l'effetto del sovraffollamento e approssciare in modo organico il fenomeno del boarding tramite procedure aziendali che vengono aggiornate ogni anno
- II. coinvolgere le altre aziende cittadine in quanto l'ospedale è inserito in una rete di servizi che deve lavorare in modo sincrono e coordinato per la gestione di questo fenomeno.

Azioni interne

Continua anche nel 2025 l'implementazione di un modello organizzativo che consenta di contenere il tempo di permanenza in PS entro le 6 ore + 1 ora per casi complessi (DGR 1129 2019 "Piano per il miglioramento dell'accesso in Emergenza Urgenza nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna"). Per raggiungere questi obiettivi è in via di potenziamento l'organizzazione nuovi percorsi diagnostico terapeutici rapidi, fast-track facilitando l'integrazione tra i diversi servizi ospedalieri oltre che una progettazione specifica per la

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

presa in carico del paziente fragile.

Nel corso del 2025, 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, sono state attivate diverse soluzioni organizzative. Si è mantenuta la progettualità dell'Admission Room per tutto il 2025, che ha accolto più di 1200 transiti, per una media di circa 5 pazienti accolti al giorno. L'Admission Room è stata gestita con utilizzo flessibile a seconda delle necessità e in alcuni periodi di sovraffollamento è stata parzialmente riconvertita in reparto polmone a supporto del pronto soccorso generale.

Inoltre, per la gestione dei picchi di sovraffollamento, ove logisticamente possibile è stata applicata l'estensione del 10% della dotazione di posti letto dell'area internistico-geriatrica, come previsto dalla procedura aziendale. È stata inoltre rivista la turnistica al fine di potenziare la presenza medica nei giorni prefestivi e festivi, a supporto delle dimissioni (+125 ore). Contestualmente, è stato incrementato l'invio di ricoveri dal pronto soccorso generale verso i reparti dell'area specialistica.

Durante i periodi di riduzione dell'attività chirurgica sono state adottate ulteriori misure organizzative: la conversione di 9 posti letto chirurgici in posti letto di area medica; la conversione di 2 posti letto chirurgici oftalmologici in posti letto di area nefrologica; la riduzione della recettività della medicina interna cardiovascolare per il polo CTV, al fine di aumentare la disponibilità di ricoveri dal pronto soccorso; la sospensione dei trasferimenti dei pazienti dall'area chirurgica all'area internistica, se non per motivazioni cliniche; la priorità ai trasferimenti dall'area medica verso il PACA e la medicina fisica riabilitativa; e la richiesta di supporto alle OPA per i trasferimenti presso il CUM.

Infine, per gli ambulatori di cardiologia e angiologia, per la radiologia e per l'endoscopia è stata effettuata una rimodulazione delle attività, con una riduzione dell'attività per esterni al fine di garantire un incremento dei posti dedicati al pronto soccorso.

Nel 2025 a seguito della riorganizzazione dell'area medica sono stati aperti 20 posti letto all'interno del reparto di Medicina Interna Cardioracovascolare dei quali 10 sono dedicati ai ricoveri provenienti da pronto soccorso e gli altri 10 sono dedicati al supporto dei pazienti del polo cardioracovascolare.

Nel corso del 2025 si è proseguito con la progettualità dei Team Ricoveri e Dimissioni con i reparti di area internistico-geriatrica e sono stati formalizzati i Team Ricoveri e Dimissioni sull'area chirurgica e del polo cardioracovascolare. I Team Ricoveri e Dimissioni supportano la Direzione Operativa e la Direzione Sanitaria e il servizio di Bed Management, occupandosi della sorveglianza delle varie fasi strategiche del percorso del paziente e della gestione e risoluzione di problemi relativi a ritardi nel percorso del paziente, concorrendo al miglioramento dell'assetto organizzativo aziendale e al mantenimento dei tempi di processo in PS per i pazienti candidati a ricovero.

Nel 2025 per i componenti dei Team Ricoveri e Dimissioni sono stati organizzati due corsi di formazione specifici per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

nell'utilizzo dei percorsi aziendali e territoriali. Il corso organizzato ad inizio anno era rivolto specificamente per l'area chirurgica e del polo cardiotoracovascolare, i cui contenuti corso sono stati: il nuovo modello bed management, la gestione flussi urgenti e programmati, il nuovo modello CUM orari e organizzazione linee interne, il paziente fragile (quali pazienti, quali percorsi), il ruolo dell'assistente sociale, il ruolo dell'infermiere di continuità, il paziente internistico e i percorsi attivabili e dati di attività ed evidenze della necessità di lavorare sui percorsi.

È stato organizzato poi un secondo corso a fine anno 2025 che coinvolgeva tutti i Team Ricoveri e Dimissioni già formalizzati e anche alcune figure referenti che costituiranno poi i Team Ricoveri e Dimissioni dell'area specialistica. I contenuti di tale corso sono stati: il modello bed management, il percorso del paziente fragile all'interno dell'azienda, il percorso del paziente internistico, dati di attività ed evidenze della necessità di lavorare sui percorsi, il ruolo dell'assistente sociale, il percorso della frattura di femore, il nuovo modello territoriale: CUM e COT, il ruolo dell'infermiere di continuità, le cure intermedie, la rete geriatrica integrata ospedale territorio, la rete delle cure palliative, la bioetica applicata alla clinica.

Nel corso del 2026 si estenderà il modello organizzativo dei Team Ricoveri e Dimissioni anche all'area specialistica.

Azioni Esterne

A maggio del 2025 è stato costituito un tavolo di lavoro interaziendale permanente coordinato da IRCCS per il monitoraggio dei flussi di accesso ai Pronto Soccorso e del bed management tra IRCCS e AUSL. Sono poi stati costituiti specifici sottogruppi di lavoro, finalizzati a garantire un monitoraggio dei flussi di accesso alle strutture di Pronto Soccorso e delle disponibilità di posti letto per pazienti acuti, strutturato e condiviso tra le Aziende.

I sottogruppi sono stati istituiti per affrontare, in modo organico e integrato, un tema complesso che richiede competenze multidisciplinari, confronto costante e coordinamento tra diverse realtà operative, per favorire il consolidamento di una cultura di collaborazione interaziendale, orientata al miglioramento dell'efficienza organizzativa e clinica. I sottogruppi istituiti sono quattro:

- Il gruppo 1 sui flussi informativi ha come obiettivo quello di uniformare le modalità di rilevazione e calcolo dei KPI dei Pronto Soccorso e delle aree di ricovero.
- Il gruppo 2 sui processi organizzativi ha come obiettivo quello di uniformare e rivalutare le modalità di accesso e di dimissione dal PS, nonché i percorsi di ricovero e dimissione dei pazienti. I
- Il gruppo 3 sui PDTA aziendali e interaziendali ha come obiettivo quello di confrontare e uniformare protocolli e procedure presenti nelle due Aziende attraverso la raccolta e revisione della documentazione relativa ai percorsi aziendali e interaziendali in accesso e dimissione.
- Il gruppo 4 sulle modalità di lavoro nella gestione dei posti letto e interfacce aziendali ed interaziendali ha come obiettivo quello di strutturare modalità di lavoro condivise e definire interfacce operative di supporto all'operatività nella gestione dei flussi di ricovero.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Ogni gruppo è stato coordinato congiuntamente da un referente AUSL e da un referente AOSP. Per ciascun sottogruppo sono stati definiti un obiettivo generale e output concreti e misurabili da conseguire nel corso dei lavori. Sono stati effettuati numerosi incontri per lo svolgimento dei lavori tra i vari sottogruppi e almeno un incontro al mese di aggiornamento e condivisione degli output tra i coordinatori.

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

Per le esigenze della rete ortopedica metropolitana l'Azienda continua a partecipare alla **rete traumatologica metropolitana** così come è stato ridefinito nel corso dell'anno e che ha portato ad un nuovo assetto da dicembre 2025.

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

3.2.3.17 Percorso chirurgico

L'Azienda ha sempre perseguito nel tempo **una politica per raggiungere l'appropriatezza organizzativa del ricovero**, intesa come la capacità di prestare ciascun trattamento nel corretto setting assistenziale (ambulatoriale, day hospital, ricovero ordinario).

Le iniziative per evitare le degenze potenzialmente inappropriate riguardano:

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

- Mantenimento delle convenzioni per servizi di accoglienza: è stato avviato un progetto con il quale la Fondazione Sant'Orsola garantisce accoglienza ai pazienti – ed eventualmente ai loro cari – che vengono al Sant'Orsola per essere curati, assicurando loro un alloggio prima e dopo il ricovero o durante le terapie;
- Annualmente viene definito un piano per l'appropriatezza mirato al controllo e alla riduzione dell'attività inappropriata in degenza ordinaria e day hospital. Vengono dunque interessate le aree chirurgiche (generali e specialistiche) con particolare riguardo alla casistica oggetto di monitoraggio negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriata, con l'obiettivo di trasferire la piccola chirurgia in regime ambulatoriale e, dove ciò non fosse previsto dai nomenclatori regionali e nazionali, in day hospital.

Nel 2025 la Day Surgery multispecialistica ha visto un ampliamento della casistica, inglobando anche gli interventi di Chirurgia Pediatrica di bassa complessità, e ha consentito la realizzazione di 1002 interventi in un setting dedicato e appropriato per le discipline di Chirurgia Pediatrica, Otorinolaringoiatria, Andrologia, Chirurgia Plastica, Chirurgia Vascolare, Ortopedia.

La Day Surgery multispecialistica si inserisce in una visione più ampia che mira ad incentivare l'appropriatezza organizzativa al ricovero, ottimizzando le risorse e incrementando la produzione chirurgica, così come il reparto di WS per la chirurgia Testa Collo e il reparto di WS per la chirurgia generale di medio-bassa complessità presso l'Ospedale di Budrio.

Sono inoltre state attivate delle sedute ambulatoriali, prive di assistenza anestesiológica e con staff infermieristico ridotto, per la patologia venosa della Chirurgia Vascolare, per le circoncisioni dell'Andrologia, per le sostituzioni di nefrostomie, le quali sono state trasferite dall'Urologia alla Radiologia interventistica.

Un ulteriore obiettivo per aumentare l'appropriatezza in termini principalmente organizzativi sui ricoveri chirurgici programmati, è quello di ridurre ulteriormente la degenza preoperatoria per tutte le chirurgie, raggiungendo al contempo maggiori livelli di produzione chirurgica (ricoveri totali in DO e DH). Per questa ragione sono stati attivati dei percorsi di prericovero per i pazienti di cardiologia interventistica e per i ricoveri medici programmati. Parallelamente sono state previste azioni di miglioramento sui prericoveri già esistenti in azienda. Nel 2025 sono fortemente incrementati i ricoveri chirurgici sia in DO che in DH; tuttavia, per quanto riguarda la degenza media preoperatoria a livello aziendale è stato mantenuto un valore pari a quello dell'anno precedente.

La chirurgia laparoscopica robotica rappresenta un'evoluzione tecnologica estremamente sofisticata della tecnica chirurgica tradizionale laparoscopica.

Nel corso degli ultimi anni l'Azienda USL di Bologna e l'IRCCS dell'AOU hanno riorganizzato i percorsi chirurgici in un'ottica di rete metropolitana basata sul principio HUB & Spoke. La nuova organizzazione conferita al complessivo sistema chirurgico aziendale ha permesso di incrementare la casistica trattata sia in termini di complessità che di volumi assoluti.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

In prima istanza il sistema di chirurgia robotica vede l'utilizzo da parte delle equipe di chirurgia generale e ad indirizzo epato-bilio-pancreatico, di chirurgia toracica, chirurgia urologica e chirurgia ginecologica, in quanto sono oggi già presenti professionisti adeguatamente formati per l'utilizzo di tale metodologia, che come noto ha bisogno di uno specifico training iniziale.

L'IRCCS AOU BO dispone presso la sua sede di tre piattaforme robotiche:

- 1 Intuitive Surgical - Da Vinci: chirurgia urologica, chirurgia ginecologica, chirurgia epatobiliare
- 2 Medtronic – Hugo: chirurgia generale, chirurgia urologica e chirurgia ginecologica.

I professionisti dell'IRCCS AOU BO dispongono inoltre di una piattaforma robotica Intuitive Surgical - Da Vinci presso l'Ospedale Maggiore AUSL BO per l'esecuzione di chirurgia generale (fegato, pancreas e tubo digerente) e chirurgia toracica (timectomia e lobectomie).

A seguito di queste considerazioni, si è realizzata la piattaforma robotica metropolitana volta alla gestione condivisa di Chirurgia urologica, Chirurgia generale, Chirurgia toracica e Chirurgia ginecologica. La costituzione di una piattaforma robotica di area metropolitana ha consentito di raggiungere l'obiettivo di garantire equità nell'accesso a prestazioni altamente qualificate e con supporti tecnologici innovativi per tutti i cittadini, indipendentemente che si riferissero all'Ausl di Bologna o all'IRCCS AOU BO.

Inoltre, con il riconoscimento ad IRCCS dell'Azienda si sono instaurate collaborazioni con altri IRCCS che vedranno il loro compimento in termini di ricerca, sviluppo di nuove tecnologie e miglioramento dell'assistenza nei prossimi anni. Infatti, a partire dai primi mesi del 2023, è stata avviata una collaborazione con l'azienda AUSL di Imola per l'implementazione dell'attività robotica per l'urologia e la ginecologia per un incremento di produzione di circa 50 ore mensili (circa 8 pazienti al mese).

Tale organizzazione ha permesso nel 2025 di potenziare l'attività di chirurgia robotica e permetterà nei prossimi anni il raggiungimento dei volumi di produzione annuali previsti a livello regionale per ciascuna piattaforma. Le piattaforme presenti presso l'IRCCS Policlinico S. Orsola Malpighi sono state utilizzate per oltre 900 interventi nel corso dell'anno.

Infine, in relazione alla DGR 639/2025 e alle "Linee di indirizzo per la gestione della chirurgia robotica nella Regione Emilia Romagna", sono stati attuati dei monitoraggi riguardanti l'appropriatezza della casistica trattata con approccio robotico.

Indicatore	Target 2025	Risultato 2025
IND1164 - % interventi chirurgici con tecnica robotica (RAS) autorizzati da RER (vedi elenco in Delibera dedicata) sul totale di quelli eseguiti in RAS	≥ 80%	77,81%

Fonte dati: Siver

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Nel corso del 2025 le chirurgie hanno subito variazioni nell'assetto dei blocchi operatori, dovute agli sviluppi del piano direttore. Con l'apertura del pad.4N il blocco ginecologico è stato trasferito e, contestualmente, la chirurgia senologica è stata trasferita presso il pad.2 per le necessità relative alla gestione dei posti letto. Nella seconda metà del 2025, inoltre, il blocco 4N ha ospitato anche le chirurgie pediatriche (generali e specialistiche) per l'avvio dei lavori presso il pad.13.

Durante questi riassetti necessari, l'obiettivo è stato quello di preservare tutta l'attività chirurgica (elettiva e in urgenza) senza impattare sulle ore assegnate a ciascuna chirurgia.

3.2.3.18 Tempi 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.

Tuttavia, 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%.

Per quanto riguarda le situazioni critiche, sono state valutate le priorità seguendo criteri a definito livello metropolitano, alla luce del principio di equità di accesso alle cure e di trasparenza.

L'analisi ha visto l'implementazione e il mantenimento di:

- 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. Le piattaforme logistiche vengono individuate allo scopo di sostenere la collaborazione tra le aziende per garantire i tempi di attesa sia per le patologie monitorate sia per quelle non monitorate, favorendo la produzione chirurgica e la collaborazione e lo scambio di best practice tra professionisti. 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) conforme con le potenzialità delle risorse destinate a quel presidio

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

- 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 sempre gestito dallo stesso personale, 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, tramite un aumento delle risorse ad essa afferenti.
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. È in atto una revisione della procedura sul percorso di prericovero, con particolare attenzione all'aggiornamento dei profili degli esami ematici ed è stata revisionata l'informativa di prericovero per il paziente. Inoltre, è in atto la creazione di agende digitali per la gestione dei percorsi di accesso al prericovero, al fine di ottimizzare le risorse ospedaliere e ridurre i tempi di attesa del paziente.
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 LDA. È stato effettuato un miglioramento degli strumenti e delle modalità di diffusione dell'informativa per il ricovero all'interno dei prericoveri. È stata mantenuta la progettualità della pagina web *LISTA DI ATTESA PER INTERVENTO CHIRURGICO* con la finalità di rendere disponibili ai cittadini i criteri di equità di accesso alle cure. Inoltre, sono stati aggiornati i contatti relativi ai diversi

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

servizi di gestione delle liste di attesa e prericovero al fine di migliorare la comunicazione sia fra gli operatori interni che con il paziente.

6. il governo delle sospensioni e del rinvio degli interventi programmati: l'attività è monitorata al fine di valutare la numerosità della casistica. Per la maggior parte delle discipline non rappresenta una criticità, mentre quelle per le quali si rilevano scostamenti significativi, una diretta interlocuzione con i responsabili della disciplina consente di individuare per ciascuna criticità le possibili azioni correttive.

Nel corso del 2025 è stata in revisione 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.

MONITORAGGIO OBIETTIVI PROGRAMMAZIONE REGIONALE

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.

Patologie oncologiche

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%

Altre patologie

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%

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

ID Indicatore	Descrizione Indicatore	Target atteso 2024	Risultato 2024	Target atteso 2025	Risultato 2025
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%).

3.2.3.19 Piattaforme operative diagnostiche e terapeutiche (NGS e trapianti CSE)

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.

Trapianti CSE

Con DGR 1638 del 02/10/2023 sono stati istituiti

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

- Programma Trapianto Congiunto IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna (Autologo/Allogeneico, Adulto) costituito dalle Unità Cliniche di:
 - Programma Dipartimentale Terapie Cellulari Avanzate (Autologo/Allogeneico, CAR-T);
 - UOC di Ematologia (Autologo);
 - Programma Dipartimentale diagnosi e terapie dei linfomi e delle sindromi linfoproliferative croniche (Autologo);
- il Programma Trapianto Singolo (PTS) IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna costituito dall'Unità Clinica di Oncoematologia Pediatrica (Autologo/ Allogeneico, Pediatrico).

A supporto dell'attività trapiantologica è attivo il Programma di Immunogenetica e biologia dei trapianti, che è sede del Centro Donatori della provincia bolognese (BO01) e del Registro Regionale dei Donatori di Midollo Osseo (delibera regionale 942/2016).

Al fine di implementare l'attività trapiantologica, che rappresenta una delle attività core dell'IRCCS, sono state messe in campo delle modifiche organizzative che consentono di velocizzare la fase di screening dei donatori.

Nel 2025 è stato compiuto il percorso di certificazione Jacie del Programma Dipartimentale Terapie Cellulari Avanzate che è stato autorizzato dal CNT/CNS come Programma Trapianto singolo; è in corso la richiesta di modifica conseguente della DGR istitutiva.

Inoltre, è stato intrapreso il percorso che porterà all'attivazione delle CAR-T anche nell'ambito del Programma Trapianto Singolo dell'Unità Clinica di Oncoematologia Pediatrica, in quanto centro pediatrico di riferimento regionale.

Risulta pienamente raggiunto l'obiettivo in merito all' Attuazione programmi Trapianti metropolitani secondo i criteri previsti dall'accorso Stato-Regioni N. 49/CSR72021 del 5 Maggio 2021.

Indicatore	Target atteso 2025	Risultato 2025
DES0036- Attuazione programmi Trapianti metropolitani secondo i criteri previsti dall'accorso Stato-Regioni N. 49/CSR72021 del 5 Maggio 2021	>80%	100%

Fonte dati: Aziendale

3.2.3.20 Indicatori DM 70/2015: volumi-esiti

La SS Governo Clinico e Qualità procede al monitoraggio ed alla valutazione degli indicatori su volumi ed esiti pubblicati ogni anno dal Piano Nazionale Esiti nonché degli indicatori previsti dai sistemi di rilevazione regionali riportati nel data base regionale ReportER-SIVER.

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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

concentrazione di tale attività.

Indicatore	IRCCS S. ORSOLA 2024	Target 2025	IRCCS S. ORSOLA 2025
<u>IND0379</u> - Colectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100)	75,11%	≥ 95%	77,71%
<u>IND0770</u> - Frattura di femore: % di interventi in reparti sopra soglia (75)	96,68%	≥ 95%	97,48%

Fonte dati: Siver - Regione Emilia-Romagna

I risultati per l'anno 2025 degli indicatori presenti nella sezione Appropriatezza 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 colectomie 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 ≥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 avvalora ulteriormente il buon risultato raggiunto.
- IND1013 – Percentuale di pazienti (≥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.

-

Si specifica inoltre che gli indicatori relativi ai MACCE ed alla mortalità ad un anno di IMA e Ictus risentono da un lato della qualità della codifica delle SDO aziendale e soprattutto dalla tipologia della casistica trattata (per l'ictus l'Azienda tratta solo casi non deputati ad un trattamento trombolitico mentre per l'IMA essendo l'azienda hub della rete cardiologica regionale tratta casistica mediamente più complessa del resto della regione).

Di seguito la tabella riassuntiva con i valori riportati per l'anno 2025, il target 2025 ed il confronto con l'anno 2024:

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Indicatori	Risultato 2024	Target 2025	Risultato 2025
H02Z – NSG - Quota interventi per TM mammella eseguiti in reparti con volume di attività >150 (con 10% tolleranza)	100%	100%	100%
H03C – NSG - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	2,58%	≤ 2,66	1,23%
H04Z - NSG – Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	0,13%	≤ 0,15	0,13%
H05Z - NSG – Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	83,08%	≥ 90%	85,19%
IND1013 – Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario Indicatore NSG: H13C	60,92%	≥ 80%	70,19%
H17C - NSG – % parti cesarei primari in strutture con <1.000 parti	13,28% (AUSL BO)	≤ 15%	14,78% (AUSL BO)
H18C – NSG – % parti cesarei primari in strutture con ≥1.000 parti	25%	≤ 20%	23,18%
D01C – NSG - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)	20,49%	≤ 14,55%	20,11%
D02C - NSG - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	17,54%	≤ 14,05 %	15,85%
H23C – NSG - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	15,05%	≤ 7,25%	8,99%

Fonte dati: Siver – Regione Emilia-Romagna

Il commento relativo all'indicatore "H04Z - NSG – Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario" è riportato al paragrafo relativo all'appropriatezza

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 2023- 2025:

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

	ANNO 2023		ANNO 2024		ANNO 2025	
	N Pazienti (Teste)	N Casi discussi	N Pazienti (Teste)	N Casi discussi	N Pazienti (Teste)	N Casi discussi
21-Carcinoma del Colon Retto	285	310	235	406	417	250
141-Gruppo Multidisciplinare Chirurgia Bariatrica/Metabolica	213	215	155	187	244	218
142-Gruppo Multidisciplinare Breast Unit Pre Operatorio	1100	1238	883	1286	1387	940
143-Gruppo Multidisciplinare Breast Unit Post-Operatorio	653	729	599	725	756	588
201-Gruppo multidisciplinare di Oncologia Ginecologica	741	766	605	830	757	589
261-Gruppo Multidisciplinare Tumore del Pancreas	242	261	149	202	360	287
341-Gruppo Multidisciplinare Prostate Unit Pre Operatorio	1065	1122	857	1229	1311	943
342-Gruppo Multidisciplinare Prostate Unit Post-Operatorio	358	362	428	432	424	422
343-Gruppo Multidisciplinare Neoplasie Neuroendocrine	228	258	171	210	211	171
361-Gruppo Multidisciplinare Endometriosi	63	71	51	73	73	52
421-Gruppo Multidisciplinare Surrene	62	64	65	74	67	54
66-Patologia Toracica	1049	1100	828	1150	1328	942
661-Gruppo Multidisciplinare Liver Oncology Meeting (Gruppo LOM)	140	163	72	83	267	188
701-Gruppo Multidisciplinare PDTA Melanoma	62	63	118	145	308	219
721-Gruppo Multidisciplinare PDTA Testa-Collo	592	657	336	552	638	369
861-PDTA Interaziendale Interstiziopatie Polmonari - Fibrosi Polmonare Idiopatica	79	80	91	99	108	105
941-Centro Studi e Ricerca multidisciplinare della neoplasia vescicale e dell'alta via escretrice	453	482	314	513	521	302
981 - Unità Trapiantom- Oncoematologia Pediatrica	19	19	25	42	27	20
1021 - Gruppo Multidisciplinare - Terapia intra-arteriosa con Itrio90	285	330	123	342	357	133
Centro di Riferimento per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali Regione Emilia-Romagna	14	22	34	35	41	39
GRUPPO MULTIDISCIPLINARE CMC (Comitato Medico Chirurgico del Programma Trapianto di Fegato)	202	291	211	285	260	192
Gruppo Multidisciplinare Dimissione Precoce	35	50	55	76	96	55
Gruppo Multidisciplinare Kidney Unit	159	173	437	686	727	472
Meeting Multidisciplinare Sarcomi Pediatrici	36	97	38	106	136	58
PDTA regionale GIST e sarcomi viscerali	5	6	/	/	35	33
PELVEX - Chirurgica complessa della pelvi e del retroperitoneo	1	1	42	52	71	64
Presa in carico multidisciplinare e interaziendale dei pazienti con metastasi muscolo-scheletriche	206	253	199	243	270	226
Totale	8350	9360	7122	10.064	11197	7531

Fonte dati: cruscotto aziendale HM e ICT

3.2.3.21 Reti cliniche di rilievo regionale

Reti di rilievo regionale

L'Azienda garantisce la partecipazione fattiva e il supporto dei propri professionisti ai tavoli di lavoro afferenti ai coordinamenti regionali per lo sviluppo delle reti cliniche per le funzioni Cardiologica e Chirurgica cardio-vascolare, Neuroscienze, Oncologica e Oncoematologica. A seguire si riportano le principali attività svolte dalle singole reti.

Rete Cardiologica e Chirurgica Cardio-Vascolare

L'IRCCS AOU è sede di emodinamica e centro Hub per la rete metropolitana dei servizi per l'emergenza – urgenza cardiologica, che integra i sistemi di intervento di emergenza – urgenza con il territorio e con ospedali a diversa complessità assistenziale per infarto miocardico acuto (STEMI e NSTEMI) e per altre condizioni tempo – dipendenti, quali l'insufficienza cardiaca acuta grave e le sindromi aortiche acute toraciche (SAAT).

L'obiettivo 2025 è stato quello di mantenere gli standard di performance definiti per gli indicatori individuati a monitoraggio, in coerenza con le linee di programmazione regionale. L'Azienda è impegnata al monitoraggio degli indicatori previsti dal sistema di rilevazione regionale e nazionale per la rete cardiologica e cardiocirurgica.

In relazione alla DGR 198/2022 "Linee di indirizzo per la rete regionale dell'Aritmologia ed Elettrofisiologia Cardiologica nella Regione Emilia-Romagna" l'IRCCS-Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha formalizzato le modalità operative di collaborazione con la AUSL di Imola.

La piattaforma tra l'IRCCS-Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e l'ASL di Imola (in collaborazione attiva già dal 2019) è caratterizzata da condivisione delle indicazioni e tipologie di trattamento aritmologico e centralizzazione presso il centro di Aritmologia dell'IRCCS-Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna delle procedure di:

- ablazione;
- impianto di defibrillatore (ICD) sottocutaneo;
- impianto di pacemaker (PM) leadless;
- estrazione di dispositivi cardiaci impiantabili (CIED) e upgrade dei CIED;
- studi di elettrofisiologia diagnostica di elevata complessità;
- procedure di "ablate and pace".

Le procedure di impianto di PM, ICD e CRT sono eseguite sia presso l'IRCCS-Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna sia presso la Cardiologia di Imola per ambito di competenza.

	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%

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

	Risultato 2024	Target atteso 2025	Risultato 2025
IND1014 Angioplastica coronarica percutanea: % di trattati entro 90 minuti dall'episodio di STEMI	63,5%	≥65%	41,54%

Fonte dati: Banca Siver – Regione Emilia-Romagna.

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.

Nel 2025 prosegue il protocollo di collaborazione con AOU Parma, avviato e monitorato a partire dal 2024, con gli obiettivi di:

- fornire una risposta più ampia e tempestiva ai pazienti in lista d'attesa (in particolare per le patologie di bassa complessità)
- favorire lo sviluppo di nuove clinical competence relative alle attività di cardiocirurgia delle Aziende coinvolte.

Le Direzioni Strategiche delle due Aziende hanno ritenuto opportuno, in questa prima fase, selezionare una determinata casistica di interventi, che include:

- Bypass aorto-coronarico;
- Sostituzione valvolare aortica;
- Sostituzione valvolare aortica + bypass aorto-coronarico;
- Plastica-sostituzione valvolare mitralica;
- Plastica-sostituzione valvolare mitralica + bypass aorto-coronarico

La pianificazione operatoria presso l'AOU PARMA ha previsto sedute settimanali per la gestione in linea generale di due pazienti (sedute di 12 ore a settimana o due sedute da 6 ore).

Si riporta di seguito l'attività erogata nel 2025.

NUMERO AMMESSI ANNO 2025	
Ricoveri di Cardiocirurgia convenzione Azienda Ospedaliero Parma e IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	54

Appropriatezza delle cure: indicatori del Nuovo Sistema di garanzia per il monitoraggio e la valutazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA)

Il PDTA è una "sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi professionisti (oltre al paziente stesso) al fine di realizzare la diagnosi e la terapia

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

più adeguate alla gestione di una specifica situazione patologica o l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita.

Nell'ambito del NSG-PDTA per lo scompenso cardiaco, alcune prestazioni individuate secondo linee guida permettono di osservare i comportamenti professionali nella pratica clinico-assistenziale, pur nei limiti della complessità dei trattamenti e dell'aggiornamento continuo delle raccomandazioni scientifiche.

Indicatori	Target 2025	Risultato 2025
PDTA03A – NSG – % di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con ACE inibitori o sartani	≥ 65%	57,26% (AUSL BO)
PDTA03B – NSG – % di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti	≥ 75%	65,35% (AUSL BO)
PDTA04 – NSG - % di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi	≥ 25%	20,96% (AUSL BO)
PDTA01 – NSG – % di pazienti con diagnosi BPCO che aderiscono al trattamento farmacologico con broncodilatatori a lunga durata d'azione	≥ 45%	29,5% (AUSL BO)

Fonte dati: ReportER edizione 2025

Rete oncologica ed Emato-oncologica

La DGR n. 2316 del 27/12/2022 relativa all' "Istituzione della Rete Oncologica ed Emato-oncologica della Regione Emilia-Romagna e approvazione delle relative Linee di indirizzo", prevede:

- lo sviluppo della Rete locale oncologica ed emato-oncologica, tesa a valorizzare le opportunità di acquisizione di conoscenze e competenze presenti nei nodi del sistema, a garanzia del raccordo tra i livelli ospedaliero e territoriale e dello sviluppo e consolidamento dell'oncologia di prossimità;
- la realizzazione del Dipartimento oncologico ed emato-oncologico, inteso quale struttura organizzativa e gestionale di produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni assistenziali su scala provinciale, metropolitana, dove garantire la cura per le patologie prevalenti e le necessarie competenze;
- lo sviluppo della ricerca di settore, sia implementando la ricerca clinica e traslazionale e la conduzione di studi clinici, sia producendo una ricerca sui modelli e processi assistenziali.

Al fine di portare a compimento la realizzazione della Rete locale oncologica ed emato-oncologica e del relativo dipartimento, nel mese di maggio del 2023 l'IRCCS AOU ha trasmesso ad AUSL Bologna una proposta operativa di sviluppo delle tre direttrici indicate dalla delibera regionale.

Tale proposta è stata successivamente condivisa anche con Ausl Imola e IRCCS IOR che hanno condiviso l'impianto generale ed hanno contribuito alla realizzazione di un documento che declina una proposta operativa di sviluppo della rete oncologica ed emato-oncologica e del dipartimento tenendo a riferimento gli obiettivi di prossimità, alta specializzazione e ricerca che caratterizzano l'area metropolitana bolognese.

Con Determinazione del Direttore Generale settore assistenza ospedaliera Direzione

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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 gruppi di lavoro appena citati hanno avviato i lavori nel corso degli ultimi mesi del 2024.

Indicatore	Risultato 2024	Target 2025	Risultato 2025
IND1044 - Tumore maligno del colon: % di interventi in reparti sopra soglia (50)	85,36%	≥ 80%	83,09%
IND1208 - Tumore maligno del pancreas: % di interventi in reparti sopra soglia (30)	88,04%	≥ 80%	92,77%
IND1178 - Tumore maligno dello stomaco: % di interventi in reparti sopra soglia (20)	50,0%	≥ 70%	43,75%
IND1179 – Rispetto della rete dei Centri di II° livello del tumore maligno ovarico: interventi eseguiti fuori dalla rete	0	0/anno	0

Fonte dati: Banca Siver – Regione Emilia-Romagna.

Rete dei centri di senologia

L'IRCCS AOU di Bologna fa parte della Rete regionale dei Centri di Senologia (CdS) definita dalla DGR 345/2018 ed ha strutturato il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale delle donne con tumore al seno secondo i criteri di qualità contenuti nella stessa DGR.

A livello aziendale viene assicurato il sistematico monitoraggio dei livelli di assistenza e degli indicatori previsti dal sistema di rilevazione regionale e nazionale.

La Breast Unit (BU) aziendale è certificata EUSOMA (European Society of BreastCancerSpecialist), nel 2025 si è lavorato per il rinnovo e la conferma di tale certificazione di eccellenza ottenuta ad inizio anno 2026.

Nel 2025 si mantiene il modello di organizzazione interaziendale della Chirurgia Senologica dell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna che coordina anche l'attività chirurgica svolta presso Ausl di Imola, prevedendo un potenziamento dei volumi di attività per garantire il rispetto dei tempi di attesa per residenti di Bologna e di Imola. Nel 2025 si è concluso il percorso di integrazione dei due PDTA Aziendali definendo il PDTA Interaziendale tra IRCCS AOUBO e Ausl Bo con la definizione di un unico percorso interaziendale, garantendo in tal modo omogeneità di trattamento e qualificazione dei percorsi in merito agli aspetti clinici, lasciando distinti i modelli organizzativi delle due aziende.

Nel 2025 si è concluso l'iter per la cessione di ramo d'Azienda della Radiologia Senologica dall'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ad AUSL di Bologna, che consente la strutturazione di un assetto funzionale, efficiente e coordinato tra le Aziende per le attività radiologiche di questo ambito assistenziale.

	Risultato 2024	Target 2025	Risultato 2025
PDTA061 – NSG – % di nuovi casi operati per tumore della mammella sottoposti a chirurgia	86%	≥ 75%	69,16% (AUL BO)

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

	Risultato 2024	Target 2025	Risultato 2025
radicale e/o conservativa, che ha effettuato una mammografia nei 60 giorni precedenti l'intervento			
PDTA062 – NSG – % di nuovi casi con tumore della mammella che iniziano una terapia medica entro 45 giorni successivi la data dell'intervento chirurgico		≥ 65%	45,14% (AUSL BO)
PDTA063 – NSG – % di nuovi casi operati per tumore infiltrante della mammella sottoposti a chirurgia conservativa e terapia medica adiuvante, che avviano un trattamento di radioterapia entro 365 giorni dall'intervento	98%	≥ 90%	88,6% (AUSL BO)
PDTA064 – NSG – % di nuovi casi con tumore della mammella che effettuano almeno una mammografia nei 18 mesi successivi la data dell'intervento chirurgico eseguito durante il ricovero indice	95,5%	≥ 90%	70,88% (AUSL BO)

Fonte dati: Aziendale – SSD Oncologia medica

Rete neuroscienze

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e l'Azienda USL di Bologna-IRCCS ISNB hanno sottoscritto un accordo per la conduzione in forma unificata delle attività di neurologia in ambito ospedaliero mediante l'istituzione della UO a valenza interaziendale NEUROMET con l'obiettivo di realizzare una rete clinico-assistenziale integrata che garantisca le migliori competenze e lo sviluppo di percorsi integrati tra IRCCS AOUBO e IRCCS ISNB.

Nell'ambito di tale accordo l'IRCCS AOU di Bologna partecipa con propri professionisti ai gruppi di lavoro coordinati dall'ISBN per la stesura dei PDTA regionali "Demenza giovanile" e "OSAS e apnee ostruttive del sonno" con l'attivazione di gruppi di lavoro specifici.

Sono inoltre aperti tavoli di lavoro, che coinvolgono anche l'Università di Bologna, per la revisione dei modelli Stroke care in AOU e per l'attivazione di posti letto dedicati alla gestione delle urgenze neurologiche non cerebrovascolari.

Nel 2025 si sono conclusi gli incontri del gruppo multidisciplinare interaziendale finalizzati alla redazione del documento per l'adozione del PDTAI per la demenza, in conformità alla DGR 2062/2021.

È stato inoltre adottato il PDTA relativo alle apnee ostruttive del sonno (OSAS) nel paziente pediatrico; successivamente sono stati avviati i lavori per la redazione del PDTA dedicato alla gestione del paziente adulto, in linea con quanto previsto dalla DGR 2189/2021.

Nel corso del 2025 è stato infine realizzato un audit per valutare l'andamento degli indicatori del PDTA relativo ai pazienti con Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA), sia in età evolutiva sia in età adulta, adottato a partire dal 2024 e sviluppato in collaborazione con il Programma Disturbi del Comportamento Alimentare.

Nel 2025, continua la collaborazione con AUSL per la definizione di un percorso sulle Urgenze psichiatriche pediatriche, considerata la riorganizzazione che l'Azienda Territoriale

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

sta facendo all'interno del Dipartimento di Salute Mentale e viste le difficoltà valutate in IRCCS AOU in merito al corretto invio dei pazienti sui setting Territoriali.

Rete Stroke

Il modello di riorganizzazione della rete metropolitana di Bologna per la gestione e il trattamento del paziente con ictus ischemico acuto prevede la centralizzazione primaria (dal territorio) verso la *stroke unit* di II livello (Ospedale Maggiore dell'AUSL) di tutti i casi eleggibili al trattamento riperfusivo per l'approfondimento diagnostico e l'eventuale esecuzione delle procedure di rivascolarizzazione cerebrale intravenosa (trombolisi) o, se indicato, endoarteriosa (trombectomia primaria e secondaria).

L'IRCCS AOU è ospedale di riferimento territoriale per il trattamento in fase acuta dei pazienti con stroke non trattabili con terapie di riperfusione e garantisce il trasferimento tempestivo dalla degenza dell'Ospedale Maggiore di tutti i pazienti riperfusi o meno di competenza territoriale AOU per la prosecuzione dell'iter terapeutico – assistenziale.

Nell'ambito del PDTA interaziendale, è stato svolto nell'anno 2025 un audit al fine di valutare l'andamento degli indicatori di percorso e il volume dei pazienti ricoverati nella nostra stroke care nel 2025 è pari a 257, un valore stabile rispetto all'anno precedente.

	Risultato 2024	Target 2025	Risultato 2025
IND0717 - % di casi di ictus con centralizzazione primaria (AUSL BO)	59,2%	≥ 90%	61,68%
IND0718 - % casi di ictus con transito in stroke unit (AUSL BO)	99,84%	≥ 75%	96,94%
IND0918 - % di transiti per ictus ischemico in Stroke Unit di 2° livello sui previsti annuali (500)	124,4%	≥ 100%	121,0%

Rete Malattie rare

L'Azienda è impegnata a garantire la presa in carico efficace dei pazienti con malattie rare predisponendo 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 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)

L'Azienda partecipa alle reti di riferimento europee (ERN), reti virtuali che coinvolgono prestatori di assistenza sanitaria in tutta Europa, il cui compito è favorire la discussione sulle condizioni e malattie rare o complesse che richiedono cure altamente specializzate e conoscenze e risorse concentrate.

Attualmente il Policlinico partecipa a 12 reti ERN attraverso l'attività di diversi centri: Oncologia Medica (ERN EURACAN), S.S. Malattie rare congenito-malformative - Pediatria

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

(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, si è posto i seguenti obiettivi a cui continua a lavorare collaborando con i vari servizi:

- (i) pubblicizzare e diffondere le attività dei centri ERN del Policlinico;
 - (ii) sviluppo di un sistema efficace per l'identificazione dei pazienti affetti da malattie rare;
 - (iii) applicazione degli strumenti di telemedicina
- (i) dopo aver creato una pagina web dedicata alle malattie rare all'indirizzo <https://www.aosp.bo.it/it/content/malattie-rare-diagnosi-presenza-carico-e-terapie-360-grad>, in cui sono stati indicati i centri di riferimento del Policlinico e i centri che fanno parte delle reti ERN, l'Ufficio Comunicazione aggiornerà gradualmente le pagine delle singole Unità Operative inserendo l'elenco di malattie rare 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.
- (ii) Al fine di rispondere alle richieste di rendicontazione sui numeri di pazienti e di prestazioni da parte dei coordinatori ERN e di altri enti (es. coordinamento regionale malattie rare), i Sistemi Informativi hanno avviato l'implementazione di un sistema automatico per l'estrazione dei dati relativi ai pazienti affetti da malattie rare (n. prime visite, n. visite follow-up, n. visite specialistiche presso altre U.O.) a partire dalla cartella clinica elettronica. In attesa che questo sistema diventi effettivo e utilizzabile da tutte le Unità Operative, verrà creato un database dedicato adeguando allo scopo Enrollment Log, lo strumento aziendale attualmente utilizzato per le sperimentazioni cliniche.
- (iii) grazie alla collaborazione con 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). Inoltre, 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 2.0.

Malattie Rare: PDTA e centri di riferimento

Attualmente 27 centri del Policlinico sono accreditati per la certificazione di malattie rare. 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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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.

L'attività di aggiornamento degli elenchi per singole patologie o per gruppi di patologie relativamente alle procedure di esenzione al ticket e di attribuzione dei piani terapeutici è attualmente in elaborazione presso la Regione Emilia-Romagna. L'Azienda garantisce la collaborazione e la partecipazione ai gruppi di lavoro regionale a cui aderisce, tra cui GIST, sarcomi viscerali, tumori neuroendocrini, malattie rare scheletriche, malattie rare pediatriche. Nel corso del 2025 sono stati aggiornati e attivati i tavoli regionali sulla neurofibromatosi e sulle malattie neuromuscolari rare, successivamente all'identificazione dei professionisti coinvolti nei percorsi clinici e alla selezione al loro interno dei componenti del gruppo di lavoro. Le attività di questi tavoli includono la definizione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), tra cui quelli sulle Rasopatie (approvato nel 2022), sull'Osteogenesi imperfetta (approvato nel 2023) e sulla sindrome di Turner (in corso), nonché l'individuazione e la proposta di attivazione di nuovi centri.

In merito agli obiettivi definiti dalla Regione per l'attuazione del Piano Nazionale Malattie Rare 2023-2026, sono state valutate le attività già in atto finalizzate al loro raggiungimento, considerando gli indicatori forniti, per individuare progetti da implementare. Supporto ai farmaci ad alto costo e organizzazione di percorsi per la somministrazione delle terapie enzimatiche sostitutive in setting diversi dal centro di riferimento risultano attività già avviate senza necessità di interventi sostanziali. Pertanto, sono state valutate soluzioni a supporto di attività che necessitano di strutturazione e formalizzazione, finalizzate al raggiungimento degli altri due 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 al Direzione Assistenziale per valutarne la fattibilità.

Sempre in merito agli obiettivi sopra menzionati, sono state inviate al coordinamento regionale due rendicontazioni economiche, accompagnate da relazioni descrittive delle attività rendicontate (una riguardante le distrofie retiniche inviata il 14/08/2025 con integrazione del 29/08/2025, e una relativa al complesso delle malattie rare inviata il 22/12/2025).

Indicatore	Target 2025	Risultato 2025
DES0037 - Individuazione progetti da implementare per attuare quanto previsto dal Piano Nazionale Malattie Rare 2023-2026	100%	100%

Rete delle cure palliative pediatriche (CPP)

Nella rete regionale delle cure palliative pediatriche (CCP) l'AOU si configura come "Nodo ospedale", a cui afferiscono tutte le unità operative coinvolte nel percorso di assistenza del bambino oggetto di cure palliative. Compito di questo nodo è assistere il piccolo paziente interfacciandosi con gli altri due nodi della rete, il nodo "territorio" in cui risiede il bambino, e il nodo "hospice", al fine di creare l'adeguata rete di supporto per la soddisfazione dei bisogni espressi dai pazienti e dai loro caregiver.

Nel 2025 si è perseguito l'obiettivo della formazione specifica dei professionisti che seguono i bambini inseriti nella rete delle cure palliative pediatriche (80% formazione base e 15% formazione intermedia) con formazione interna. 10 professionisti dell'IRCCS hanno effettuato l'iscrizione al Master in CPP, di cui 3 medici, 6 infermieri e una logopedista. Formazione interna: corso formativo sulle Competenze culturali ed etiche, diviso in 4 incontri da 2 ore ciascuno, accreditato ECM.

Nel corso del 2025, in considerazione dell'avvio operativo dell'Hospice Pediatrico "L'Arca sull'albero", Centro di Riferimento Specialistico Regionale per l'erogazione di servizi specialistici di Cure Palliative Pediatriche di II livello e nell'ottica di consolidare la collaborazione con l'IRCCS AOUBO finalizzata a garantire congiuntamente: la continuità assistenziale; la formalizzazione di percorsi di presa in carico efficienti; l'ottimizzazione delle risorse specialistiche disponibili; una presa in carico globale e attiva del bambino e della sua famiglia, nelle dimensioni del corpo, della mente, e dello spirito; nonché l'interdisciplinarietà, sono state realizzate le seguenti azioni:

- revisione dell'Istruzione operativa Interaziendale di "Gestione Emergenze-Urgenze dei pazienti ricoverati presso Hospice Cure Palliative Pediatriche FH – Modalità di Integrazione con Centrale operativa 118 Area Omogenea Emilia Est, AUSL BO IRCCS ISNB e IRCCS AOUBO – IO-INT 19";
- Sottoscrizione di un accordo di una collaborazione sinergica con l'expertise dell'IRCCS AOUBO, finalizzato all'avvio di un piano di supervisione clinica, organizzativa e scientifica per i pazienti eleggibili al ricovero in Hospice. Tale accordo è volto a potenziare i protocolli assistenziali e a favorire l'avvio e la continuità del processo di integrazione tra Ospedale, Hospice e Territorio, mettendo a disposizione l'expertise clinica e scientifica nelle Cure Palliative Pediatriche per la gestione dei casi e per la supervisione scientifica delle attività. In fase di avvio, il ruolo del Centro di Riferimento Regionale è previsto inizialmente all'interno di uno o due reparti dell'IRCCS AOUBO, con particolare riferimento alla casistica neonatologica e neuropsichiatrica, garantendo al contempo la continuità nella risposta alle consulenze richieste da altri reparti nei quali siano ricoverati bambini affetti da patologie croniche complesse.
- Sottoscrizione di un accordo per l'erogazione di consulenze e servizi specialistici a favore dei pazienti ricoverati presso l'Hospice pediatrico.

Nell'ottica di migliorare la pratica clinica è in fase di produzione l'istruzione operativa per la gestione della tracheostomia nell'ambito pediatrico.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Nel corso del 2025 è stata favorita la partecipazione dei referenti aziendali ai meeting del "Gruppo di Coordinamento Regionale", programmati dal coordinamento della Rete Regionale CPP. Nel periodo di riferimento sono stati realizzati due incontri, ai quali è stata garantita una partecipazione pari al 100% dei referenti aziendali IRCCS AOUBO.

Indicatore: n. referenti presenti ai meeting/n. meeting pianificati >75%

Indicatore	Target 2025	Risultato 2025
DES0044 - Presenza di almeno un medico e un infermiere formati in CPP tra il personale dedicato	100%	100%

Fonte dati: Aziendale

Screening neonatale per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie

Il programma di screening per le malattie endocrine e metaboliche ereditarie o per la diagnosi precoce di alcune patologie congenite riguarda i neonati della Regione Emilia-Romagna e della Repubblica di S. Marino. Nell'ambito dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna è individuato un centro di riferimento regionale che coordina il programma ed è costituito da due componenti, centro esecutivo e centro clinico

Nel 2025, come di consueto, il centro screening prosegue l'assistenza continua ai punti nascita e la formazione per la corretta raccolta del campione ematico.

Nel 2025, in seguito a specifica autorizzazione regionale, si attiverà lo screening per Immunodeficienze.

Indicatori	Risultato 2024	Target 2025	Risultato 2025
IND1050 - % neonati sottoposti a screening per le malattie endocrine e metaboliche	100%	100%	100%
DES0048 - Inserimento nel panel dello screening delle SMA e delle Immunodeficienze	100%	100%	100%

Fonte dati: Centro screening neonatale

3.2.3.22 Attività trapiantologica

Obiettivi Regionali per l'anno 2025:

- 1. Mantenere e migliorare la piena operatività dei Coordinamenti Ospedalieri Procurement (COP) con assegnazione di personale medico e infermieristico adeguato alle potenzialità donative specifiche dell'Azienda e garantendo ad entrambe le figure ore dedicate al procurement al di fuori delle ore di assistenza (DGR 665/2017). A supporto del Coordinamento Ospedaliero Procurement, nell'ottica di ottimizzare l'attività donativa trasversale a tutto l'Ospedale, continuare sul percorso che preveda l'istituzione di un Comitato Aziendale Ospedaliero alla donazione, presieduto dal Direttore Sanitario, che includa, oltre al Coordinatore Locale, i responsabili delle diverse Unità Operative e servizi sanitari ritenuti strategici nei possibili percorsi donativi intra - aziendale**

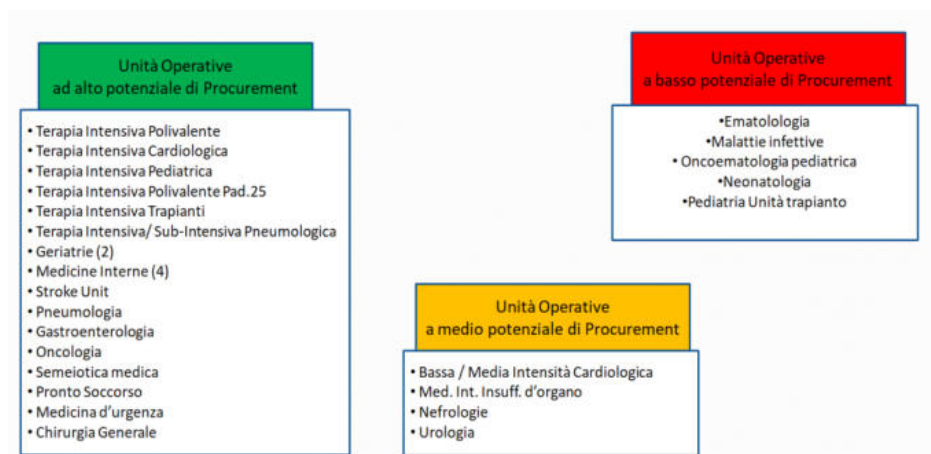
Il Coordinamento Ospedaliero Procurement (COP) di Organi e Tessuti dell'Azienda

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

IRCCS AOUBO, è costituito da un Coordinatore Locale Ospedaliero Medico (nominato nel 2020) e due infermieri di Coordinamento dedicati a tempo pieno al Procurement; da novembre 2025 il Coordinatore Locale è affiancato da un medico rianimatore. A supporto del COP, collaborano nei percorsi donativi: il Comitato Aziendale Ospedaliero per la Donazione di Organi e Tessuti (istituito nel 2021) che vede la partecipazione attiva delle figure infermieristiche referenti delle Terapie Intensive, il Procurement Team e la figura dello psicologo clinico ospedaliero. Quest'ultimo ha collaborato attivamente, negli ultimi anni, non solo nella fase dei colloqui ma anche nella gestione di criticità relazionali con i familiari e con il personale sanitario dell'UO (equipe curante).

Setting

E' rimasto invariato rispetto allo scorso anno il bacino per i potenziali donatori multiorgano con la seguente suddivisione: TI Polivalente - Tonetti (13 posti letto), TI Post - chirurgica e dei Trapianti-Siniscalchi (8 posti letto), TI Alta Intensità Polo CTV - Castelli/Monaco (21 posti letto), TI Pediatrica - Caramelli (6 posti letto), TI Anestesia ed Emergenze - Zanoni (8 posti letto). A queste, si aggiunge la TI Cardiologica (18 posti letto di cui 4 ventilati). Si precisa che, a partire dal 1° novembre 2025, il numero dei reparti di terapia intensiva dell'IRCCS AOUBO si è ridotto a 4, senza riduzione del numero totale di letti intensivi (le modifiche hanno riguardato esclusivamente l'assetto delle UO di Anestesia-Rianimazione, con accorpamento delle TI Tonetti - Siniscalchi).



Programma Regionale Donor Action

Di seguito si riportano i parziali delle singole TI prese in esame (a livello Regionale le percentuali fornite risultano differenti in quanto vengono accorpate più TI nel Registro Regionale):

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

Index-1 (decessi con patologia cerebrale/ totale dei decessi).

	Tot Decessi	Decessi con patologia cerebrale	INDEX 1	Target riferimento
TI Tonetti	121	35	29%	Monitoraggio (in ospedali senza NCH l'atteso è 15% - 30%)
TI Siniscalchi	20	0	0%	
TI Caramelli	7	1	14%	
TI Castelli-Monaco	77	10	13%	
AI TIC Cardiologica	52	4	8%	
TI Zanoni	16	1	6%	
TOTALE	293	51		

Note:

- L'Index 1 è un dato sottostimato derivante dalla raccolta dati (manuale non informatizzata) degli accessi da PS o accessi direttamente nelle TI, di pazienti con diagnosi di cerebrolesione. Questo dato è strettamente dipendente dalla Diagnosi posta al momento dell'accettazione in AOU.

- La TI Siniscalchi riporta un Index inferiore in quanto fino a ottobre 2025, era l'ultima ad essere presa in considerazione, come disponibilità di posto letto, in presenza di un potenziale donatore essendo la TI che generalmente accoglie i pazienti trapiantati,.

PROC 2 (Accertamenti di Morte Encefalica / Decessi con patologia cerebrale)

	Tot Decessi	Decessi con patologia cerebrale	Accertamenti di Morte Encefalica	PROC 2	Target riferimento
TI Tonetti	121	35	9 DBD + 7 DCD	26%	Inadeguato: 0-20% Buono 21-40% Eccellente >40%
TI Siniscalchi	20	0	0	0%	
TI Caramelli	7	1	1 DBD	100%	
TI Castelli-Monaco	77	10	3 DBD + 3 DCD	33%	
AI TIC Cardiologica	52	4	0	0%	
TI Zanoni	16	1	0	0%	
TOTALE	293	51	13 DBD + 10 DCD		

Note: nel conteggio del PROC 2 non sono stati conteggiati i donatori DCD pur essendo tutti deceduti con patologia cerebrale

PROC 1 (Donatori Effettivi / Decessi con patologia cerebrale)

	Tot Decessi	Decessi con patologia cerebrale	N° Donatori Effettivi	PROC 1	Target riferimento
TI Tonetti	121	35	3 DBD + 7 DCD	29%	Inadeguato 0-15% Buono 16-25% Eccellente >25%
TI Siniscalchi	20	0	0	0%	
TI Caramelli	7	1	0	0%	
TI Castelli-Monaco	77	10	3 DCD	33%	
AI TIC Cardiologica	52	4	0	0%	
TI Zanoni	16	1	0	0%	
TOTALE	293	51	3 DBD + 10 DCD		

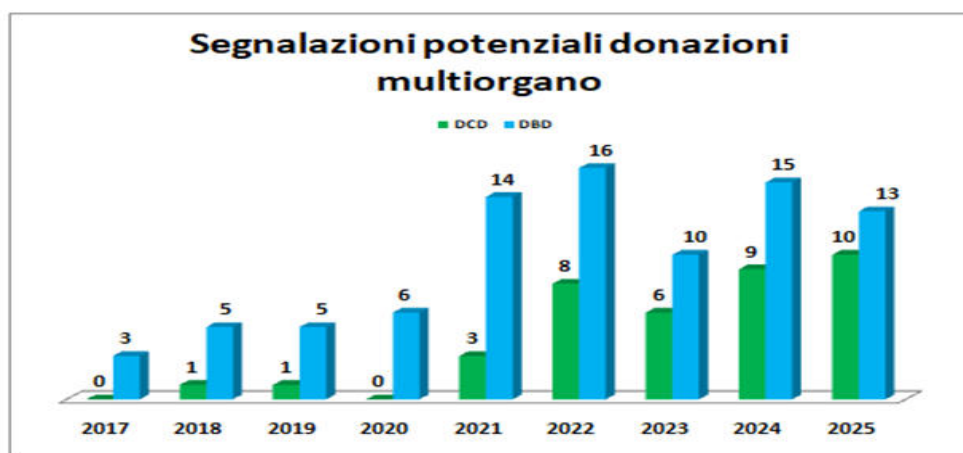
INDEX 3 (Opposizioni / richieste di donazione (escluse determinazioni in vita))

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

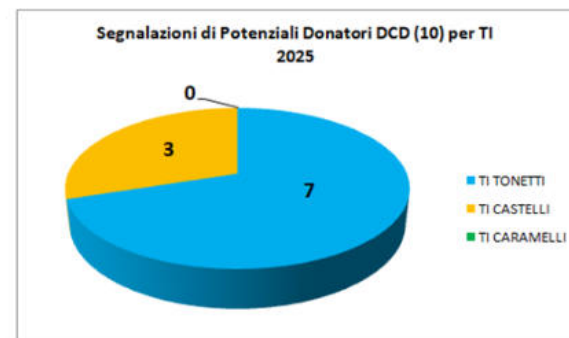
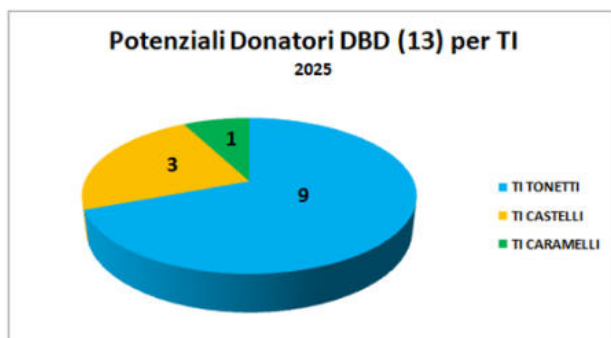
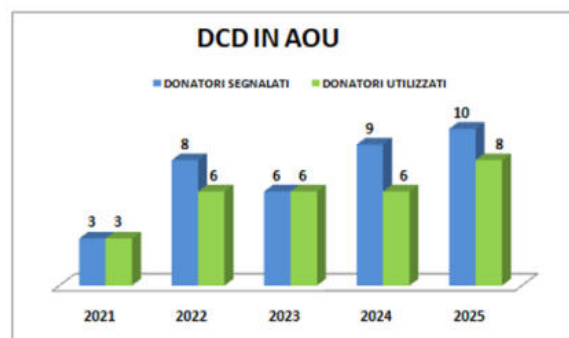
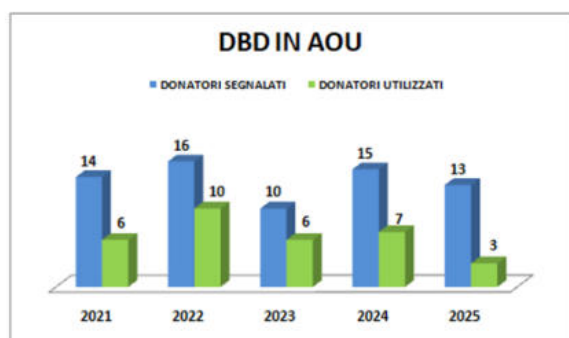
	Decessi con patologia cerebrale	Accertamenti di ME/ DCD	Non idonei	Colloqui per donazione organi	Opposizioni	INDEX 3	Target riferimento
TI Tonetti	35	9 DBD + 7 DCD	2 DBD	16	3 + 1 IN VITA	19%	Opposizione < 30%
TI Siniscalchi	0	0	0	0	0	0%	
TI Caramelli	1	1 DBD	1 DBD	0	0	0%	
TI Castelli-Monaco	10	3 DBD + 3 DCD	1 DBD	6	2	33%	
TIC Cardiologica	4	0	0	0	0	0%	
TI Zanoni	1	0	0	0	0	0%	
TOTALE	51	13 DBD + 10 DCD	4 DBD	22	5 + 1 IN VITA		

Segnalazioni dei Potenziali Donatori Multiorgano

Nel 2025 sono stati segnalati 23 potenziali donatori multiorgano:

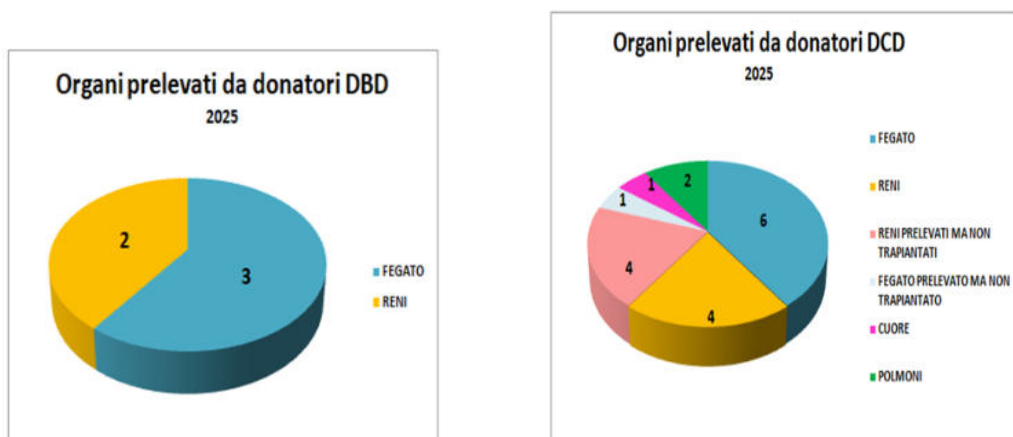


Suddividendoli per categoria il destino delle 23 segnalazioni:



- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

La TI Anestesia ed Emergenze (Zanoni) nel 2025 non ha contribuito alla segnalazione di potenziali donatori. Ciò è riferibile a diversi fattori, tra cui: la tipologia dei pazienti ricoverati (prevalentemente decorsi complessi post-cardiochirurgia), un numero ridotto di posti letto (4 posti intensivi e 4 posti sub-intensivi) e un basso numero di decessi per patologia cerebrale. È in atto la programmazione di incontri e la nomina di un nuovo referente MEP per incrementarne il coinvolgimento nell'attività di procurement. Si sottolinea inoltre che, da inizio 2026 la TI Anestesia ed Emergenze - Zanoni ha già segnalato 2 potenziali donatori.



Donatori DCD (segnalazioni donatori a cuore fermo (DCD)/ segnalazioni donatori a cuore battente)

Ai fini dell'obiettivo regionale richiesto, le segnalazioni conteggiate di donatori a cuore fermo DCD (10) versus quelle a cuore battente (13) risulta essere del 77% (obiettivo regionale > 15%).

Il numero delle segnalazioni effettive di potenziali donatori DCD è stato tuttavia nel 2025 di 12.

In due casi, il percorso si è necessariamente interrotto il giorno della donazione in quanto:

- 1) Il familiare avente diritto di un donatore si è opposto al percorso DCD III, nonostante avesse inizialmente espresso una non opposizione alla donazione multiorgano;
- 2) un donatore ha perso i criteri di idoneità in una fase molto avanzata del percorso (durante il briefing di preparazione), poiché in quel momento è stata refertata la diagnosi istologica di melanoma sulla biopsia di un nevo segnalato dal dermatologo.

Monitoraggio pazienti con patologia cerebrale in IRCCS AOUBO

Nel 2025 gli accessi di pazienti con patologia cerebrale da Pronto Soccorso sono stati 586 di cui: 113 sono stati centralizzati in HUB, mentre 473 sono stati ricoverati in AOU IRCS BO (TI ed extra TI)

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

2025	Accessi da PS	Centralizzati in HUB	Dimessi	Decessi	DBD	DCD	NO CONSENSI	Missing	Deceduti<24 H	>85	Rischio Inaccettabile
GENNAIO	54	8	34	12	1	1	0	2	5	2	1
FEBBRAIO	47	5	28	14	0	0	1	1	6	4	2
MARZO	53	10	32	11	2	0	2	1	0	5	1
APRILE	48	10	30	8	1	1	0	1	2	2	1
MAGGIO	31	7	19	5	1	0	1	2	0	1	0
GIUGNO	41	12	22	7	0	0	1	1	2	2	1
LUGLIO	58	14	34	10	2	0	2	3	1	1	1
AGOSTO	50	6	35	9	3	1	0	1	2	1	1
SETTEMBRE	45	8	31	6	1	1	1	0	0	3	0
OTTOBRE	48	6	28	14	0	3	0	2	6	3	0
NOVEMBRE	65	19	35	11	2	1	0	2	3	3	0
DICEMBRE	46	8	28	10	0	2	2	1	3	2	0
	586	113	356	117	13	10	10	17	30	29	8

Monitoraggio dei pazienti con patologia cerebrale in Terapia Intensiva (49 pazienti deceduti)

Dei 117 decessi, 49 sono deceduti in TI con patologia cerebrale primitiva o secondaria.

Terapia intensiva	Deceduti<24 H	DBD	DCD	Opposizione	Missing	>85	Rischio Inaccettabile
CASTELLI-MONACO	1	3	3	0	0	0	0
TIC	2	0	0	0	1	0	2
TONETTI	5	9	7	5	7	0	3
SINISCALCHI	0	0	0	0	0	0	0
ZANONI	0	0	0	0	0	0	0
CARAMELLI	0	1	0	0	0	0	0
TOT	8	13	10	5	8	0	5

L'attività di donazioni multiorgano e tessuti è molto cresciuta dal 2020 ad oggi presso l'IRCCS AOUBO. Vi è maggior sensibilità da parte di molti professionisti coinvolti nel percorso di Procurement (medici e infermieri), con una nota di merito particolare verso il personale infermieristico di alcune UU.OO, che si è dimostrato molto interessato e partecipa alla tematica della donazione d'organo.

Tutta l'attività donativa multiorgano del 2025 è frutto di un grande lavoro di formazione/divulgazione e condivisione dei percorsi donativi nelle terapie intensive.

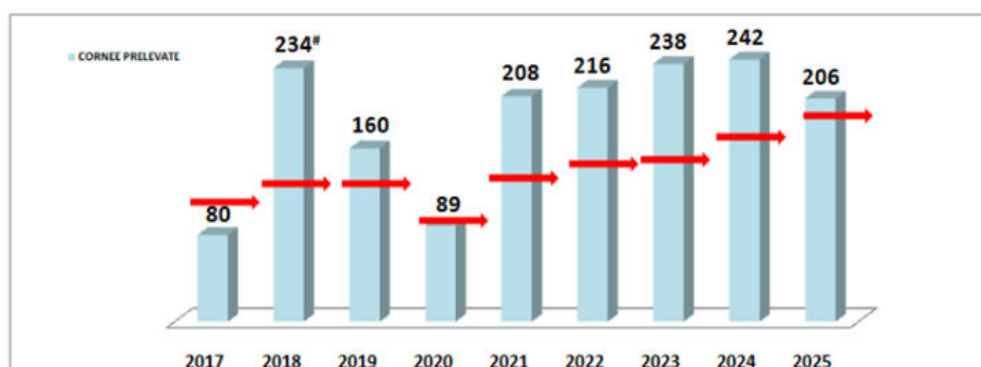
E' da sottolineare anche una maggior attenzione nella segnalazione dei percorsi di fine vita attuati all'interno delle TI che possono contribuire a procurare donatori DCD. Il monitoraggio di questi percorsi di prognosi infausta e di fine vita, di esclusivo appannaggio del COP fino ad ora, è condiviso al momento anche con i rianimatori.

E' in corso, in tutte le Terapie Intensive, la formazione e il potenziamento delle reti MEP.

Donazioni di Cornee (età compresa tra i 3 e gli 80 anni)

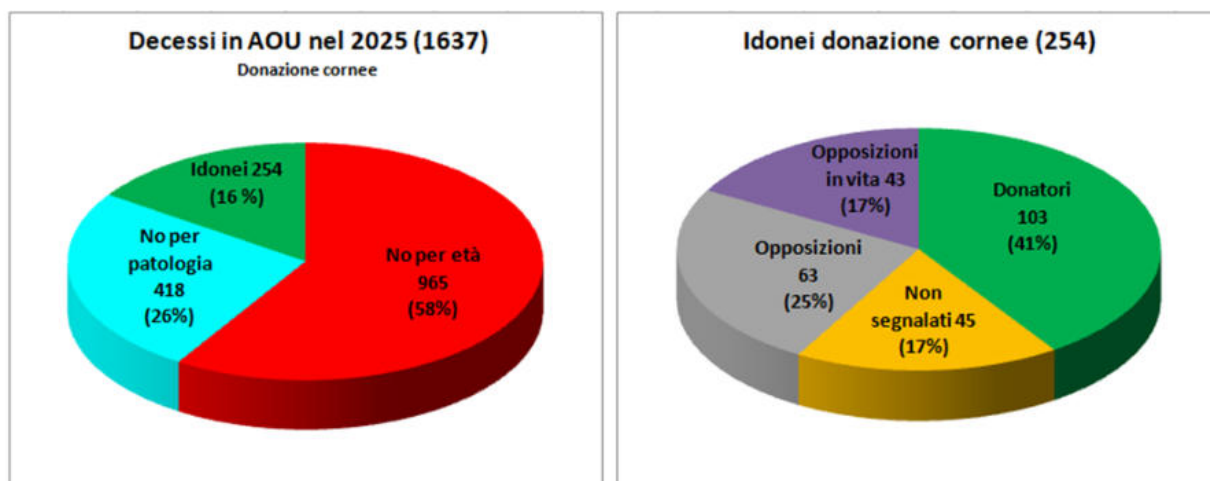
In AOU IRCCS BO nel 2025 ci sono stati 103 donatori di cornee con 206 cornee prelevate (l'obiettivo regionale di 190 cornee).

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -



I decessi totali in Azienda sono stati 1637: sono risultati idonei per la donazione di cornee 254 pazienti (16% del totale); 965 (58%) sono stati esclusi per età e 418 (26%) per patologie concomitanti oncologiche o infettive.

Dei donatori idonei (254): 103 (41%) sono stati i donatori effettivi, 63 (25%) le opposizioni degli aventi diritto, 43 (17%) le opposizioni registrate in vita. Non sono stati segnalati al COP il 17% dei pazienti deceduti (45).

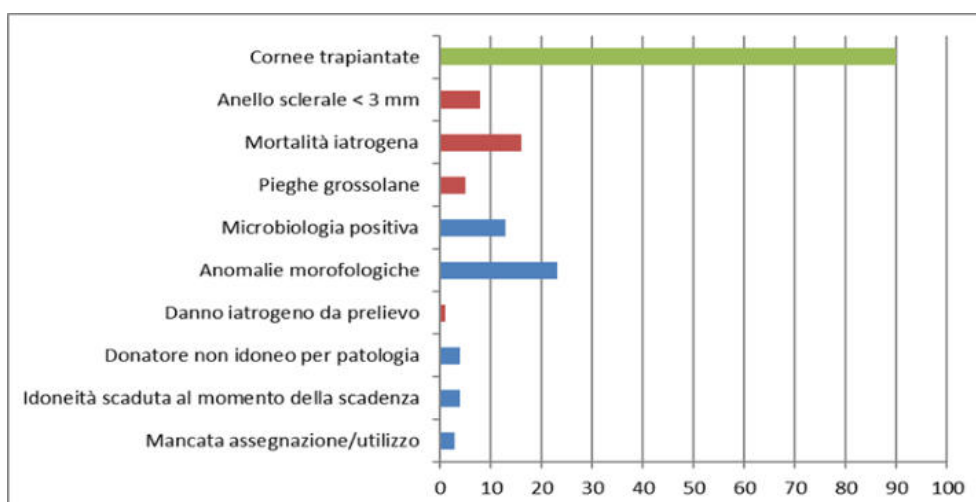


Qualità Prelievo di Cornee nel 2025 (Dati forniti da Banca Cornee di Bologna)

Nel 2025, sono state trapiantate 90 cornee.

Le cause di esclusione delle cornee smaltite sono state:

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

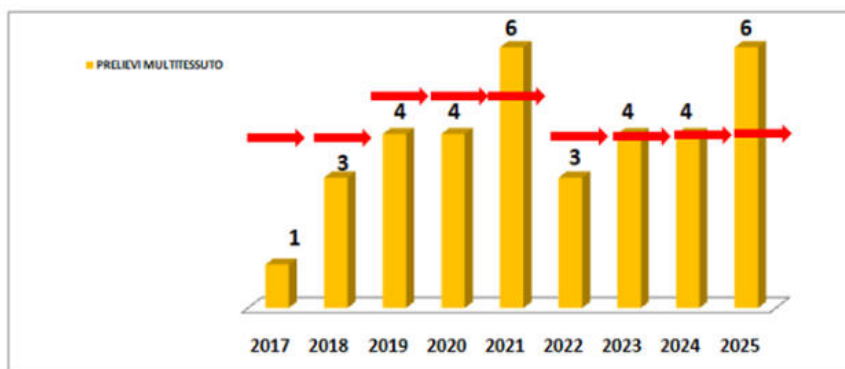


L'anello sclerale < 3mm (8), la mortalità iatrogena (16), le pieghe grossolane (5) e il danno iatrogeno da prelievo (1) rappresentano cause di non idoneità al trapianto.

L'obiettivo aziendale richiesto è di mantenere una percentuale di danno iatrogeno inferiore al 20% sul totale delle cornee prelevate; a questo sono già in fase di pianificazione eventi formativi per i medici prelevatori, organizzati di concerto tra COP, CRT-ER e Banca Cornee.

6. Donazioni multitessuto (età compresa tra i 3 e i 78 anni)

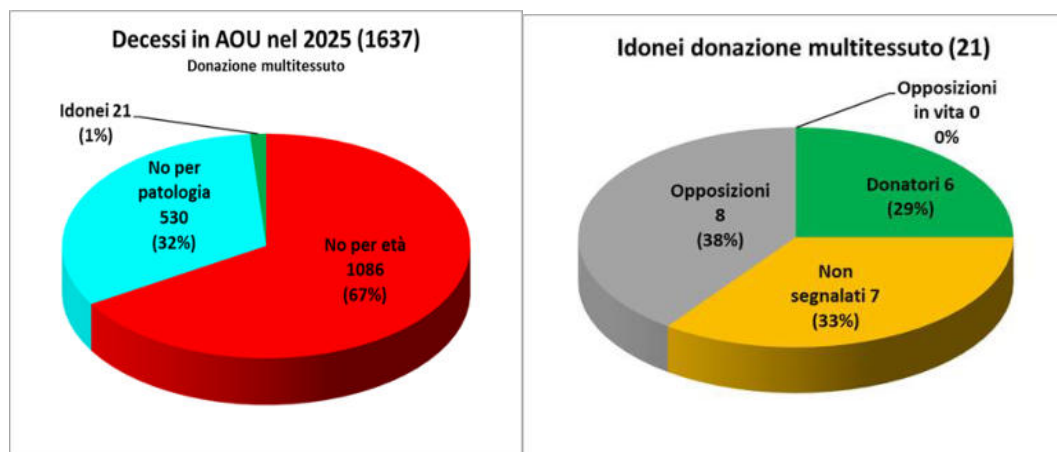
Sono state eseguite 6 donazioni multitessuto (4 donatori multitessuto puri + 2 da donatore DCD III). L'obiettivo regionale era di 4 donatori multitessuto.



Nel 2025 ci sono stati 1637 decessi: sono risultati idonei per la donazione multitessuto 21 pazienti (1% del totale), 1086 (67%) sono stati esclusi per età e 530 (32%) per patologie concomitanti oncologiche o infettive.

Dei donatori idonei (21): 6 (29%) sono stati i donatori effettivi, 8 (38%) sono state le opposizioni degli aventi diritto. Non sono stati segnalati al COP il 33% dei pazienti deceduti (7).

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -



TESSUTI PRELEVATI NEL 2025	
VALVOLE CARDIACHE	3
CUTE	5
SEGMENTI VASCOLARI	4
SEGMENTI OSTEO-TENDINEI	5

Attività di donazione Cornee e Tessuti suddivisa per UUOO nel 2025

I pazienti idonei per donazione di cornee o multitessuto sono stati 254: il 77% (196) sono stati segnalati al COP mentre il 17% (45) risultano missing (persi, non segnalati). Attraverso un sistema informatico di "alert mail" 13 pazienti (6% degli idonei) sono stati individuati dal monitoraggio giornaliero svolto dal personale del COP.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

UUOO al 31.12.25		Idonei	Persi	Opposizioni	Opposizioni IN VITA	Donatori	Donatori multitecesso	Segnalati tot	Segnalati idonei	Recuperati da monitoraggio CDP	% Donazione	% Segnalazione
1	Pronto Soccorso generale - OBI	35	18	6	6	5	1	26	16	1	14%	46%
2	0401 - Med. d'Urgenza Pronto Soccorso DEG. ORD	1	0	0	0	1	0	4	1	0	100%	100%
3	0408 - DEG Med d'Urgenza Semi-Intensiva Giostra	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0%	0%
4	0402 - Med. d'Urgenza PS- AREA CR	2	2	0	0	0	0	2	0	0	0%	0%
5	Pronto Soccorso Pediatrico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0%
6	0706 - PAD 2 SP Oncologia Medica Ardizzone	36	1	10	6	19	0	47	35	0	53%	96%
7	IB02 - M.I. CARDIOLOGIA	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0%	0%
8	IB04 - M.I. CHIR. VASCOLARE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0%
9	IP02 - Tratto Alim. P. terra POGGIOLI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0%
10	IP06 - Tratto Alim. 4° P. POGGIOLI	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0%	100%
11	IP09 - Tratto Alim. 4° P. CASADEI	1	0	0	0	1	0	1	1	0	100%	100%
12	IP12 - Tratto Alim. POGGIOLI	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0%	0%
13	2103 - Ger. acuti, ortoger. e CCDC- DELI Lunardelli	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0%
14	2250 - DO COVID PAD 2 4P Ala A-B Geriat Calogero	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0%	0%
15	2513 - Mal. Infett. Viale	1	0	0	0	1	0	1	0	1	100%	0%
16	2907 - Deg. Pad. 25 2P Med. Int. Cardiova Potena	8	1	2	0	5	1	12	5	2	63%	63%
17	2908 - Deg. Pad. 25 1P ala H Med. Int. Potena	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0%	0%
18	2M01 - M.I. Cardiologia 2P	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0%	0%
19	2M02 - M.I. CARDIOLOGIA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0%	0%
20	2M03 - CHIR. TORACICA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0%	0%
21	2M04 - M.I. CHIR. VASCOLARE	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0%	0%
22	3103 - Nefrologia, dialisi Zucchelli	2	1	0	0	1	0	1	1	0	50%	50%
23	3A01 - A.I. Anest. Pian. TI CASTELLI	15	1	4	3	7	2	61	14	0	47%	94%
24	3A02 - A.I. TIC CARDIOLOGIA	9	3	1	1	4	0	16	6	0	45%	67%
25	3A03 - COVID A.I. Castelli	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0%	0%
26	3F01 - Fegato biliari CESCON	1	0	0	0	1	0	1	1	0	100%	100%
27	3F08 - Chir. addom. Ins. Org. RAYAIOLI	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0%	0%
28	3A03 - COVID A.I. Castelli pad 23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0%
29	4304 - PAD. 15 IP PNEUMOLOGIA Nava	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0%	0%
30	4306 - Terapia semi intensiva Nava	4	0	0	1	3	0	10	4	0	75%	100%
31	5401 - Gastro Barbara pad 5	2	0	2	0	0	0	2	2	0	0%	100%
32	5701 - Medicina interna Piscaglia	8	1	2	3	2	0	8	6	1	25%	75%
33	5702 - Med. int. Stroke Piscaglia	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0%	100%
34	6012 - Ortopedia De Paolis	1	0	0	0	1	0	0	0	1	100%	0%
35	6604 - Med. fisica Andreoli PAD. 2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0%	0%
36	7303 - Terapia intensiva Nava	6	0	1	1	4	0	10	6	0	67%	100%
37	8003 - Pad. 2 3P Med. Interna e Fisiopa Barbara	6	0	2	0	4	0	14	5	1	67%	84%
38	8101 - Semeiotica Medica Caraceni	13	1	6	1	5	0	17	11	1	39%	85%
39	8201 - Pad. 2-2P Medicina Interna Piscaglia Pad. 2	13	2	3	3	5	0	30	11	0	39%	85%
40	8701 - Anestesiologia Rianimaz. gener. Caramelli	1	0	0	1	0	0	2	1	0	0%	100%
41	AE06 - Deg. TI Pad. 25 Anest. Zanoni	3	0	0	2	1	0	11	3	0	33%	100%
42	ES01 - Deg. Esofago ZAGARI	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0%	0%
43	AT01 - P.D. An. T.I. TRAPIANTI S. Siniscalchi	2	0	1	0	1	0	8	1	1	50%	50%
44	GI01 - Pad. 2 Ger. acuti e cont. assist. Pad. 2 CALOGERO	5	0	1	0	4	0	26	5	0	80%	100%
45	G201 - Geriatria Acuti CCDC	7	2	1	0	4	0	11	4	1	58%	58%
46	GP03 - Oncologia pelvi DE IACO	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0%	100%
47	ID01 - Media intensità Morelli	1	0	0	0	1	0	4	1	0	100%	100%
48	ID02 - Bassa intensità Morelli	1	0	0	0	1	0	2	1	0	100%	100%
49	ME01 - Pad. 2 IP ala B M.I. e Malatt. Im. Migliori Pad. 2	23	0	11	5	7	0	41	22	1	31%	96%
50	ME03 - Degenza Med. int. Migliori	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0%	0%
51	PI04 - Post. acuzie Calogero	2	1	0	1	0	0	5	1	0	0%	50%
52	PC03 - Cardiologia pediatrica semintensiva	2	1	0	1	0	0	0	0	1	0%	0%
53	RI02 - Anestesiologia e TI Polivalent. Tonetti T.I.	36	7	8	6	15	2	77	29	0	42%	74%
TOTALE		254	45	63	43	103	6	470	196	13		

Note:

percentuale di segnalazione: segnalati idonei/ totale degli idonei

percentuale di donazione: numero dei donatori/ totale degli idonei

3.2.3.23 Attività trasfusionale

Il governo dell'attività trasfusionale presso l'IRCCS AOU di Bologna, dopo la cessione del ramo d'azienda all'AUSL di Bologna, avvenuta nel 2022, è stato garantito attraverso la funzionalità del Comitato Ospedaliero Buon Uso del Sangue (COBUS).

In merito alla raccolta e all'autosufficienza, nel corso del 2025 si osserva, a livello metropolitano, una riduzione programmata della raccolta di sangue intero, coerente con le strategie regionali di ottimizzazione delle scorte e riduzione degli sprechi, nell'ottica dell'autosufficienza regionale. Parallelamente, la raccolta di plasma ha mostrato una lieve ripresa.

L'Area Metropolitana di Bologna si conferma non completamente autosufficiente, con un consumo di emocomponenti superiore alle unità raccolte, in particolare per effetto della concentrazione di attività ad alta complessità clinica l'IRCCS AOU di Bologna.

In merito al consumo di emocomponenti, presso l'IRCCS AOU di Bologna, nell'anno 2025 rispetto al 2024, si è registrato:

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

- un incremento dell'6% delle emazie trasfuse;
- un aumento del 5,6% del consumo di piastrine;
- una riduzione dell'11% del consumo di plasma.

Nell'anno 2025 sono stati implementati i principi dell'appropriatezza dell'uso terapeutico degli emocomponenti di secondo livello, in particolare l'eliminazione degli emocomponenti irradiati nel trapianto di organo solido ed in neonatologia -pediatria.

Inoltre, il 2025 ha rappresentato un anno di significativo per il consolidamento del programma di Patient Blood Management; l'ambulatorio di Medicina Trasfusionale ha arruolato circa 160 pazienti nel periodo gennaio–dicembre 2025, prevalentemente afferenti alle chirurgie vascolare, addominale, ginecologica e cardiocirurgica, con progressivo coinvolgimento anche dell'ortopedia.

L'attività si è concentrata in particolare sul primo pilastro del PBM, ovvero la correzione dell'anemia e della carenza marziale pre-operatoria, mediante infusioni di ferro endovenoso. I dati mostrano un incremento rilevante delle infusioni, con benefici attesi in termini di riduzione delle trasfusioni, delle complicanze post-operatorie e della durata della degenza.

Nel corso del 2025 il Gruppo Operativo Interdisciplinare (GOI) ha svolto un ruolo fondamentale nel tradurre gli indirizzi del COBUS in indicazioni applicative per le Unità Operative.

Tra le principali attività si segnala:

- la definizione degli standard PSBOS (Patient Specific Blood Ordering Schedule) per gli interventi chirurgici elettivi maggiori;
- la revisione delle modalità di richiesta degli emocomponenti per area chirurgica;
- il monitoraggio dell'appropriatezza delle richieste e della loro applicazione nei reparti.

L'adozione degli standard PSBOS ha prodotto una riduzione della movimentazione non necessaria di emocomponenti.

Nel 2025 si osserva un incremento delle segnalazioni di eventi correlati al percorso trasfusionale, interpretato come segnale positivo di maggiore attenzione e maturazione della cultura della sicurezza e della tracciabilità del processo trasfusionale

Nel corso dell'anno sono stati organizzati eventi formativi specifici sulla sicurezza trasfusionale, con elevata partecipazione, e si è ribadita la necessità di programmi formativi continuativi, considerata l'elevata rotazione del personale.

Nel corso del 2025 il COBUS ha avviato un percorso di preparazione all'adeguamento al nuovo Regolamento Europeo sulle Sostanze di Origine Umana (SoHO), che comporterà nei prossimi anni nuovi requisiti in termini di qualità, sicurezza, tracciabilità e accreditamento.

Indicatori	Target 2025	RISULTATO 2025
H08Za – NSG - Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, GR)	compreso tra -3% e +3%	-0,75%

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Indicatori	Target 2025	RISULTATO 2025
H08Zb – NSG - Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	≤ 5%	-0,8%

Fonte dati: ReportER

INDICATORI	RISULTATO 2024	TARGET 2025	RISULTATO 2025
IND 1057 Riduzione % dei consumi (gr/100 punti DGR) di albumina umana nell'anno corrente rispetto all'anno precedente	-1,73%	-5%	3,48% -3,32% (AUSLBO)
IND 1058 Riduzione % dei consumi (gr/100 punti DGR) di immunoglobulina umana endovenosa nell'anno corrente rispetto all'anno precedente	8,11% (media RER 7,71)	-4%	6,28% -3,24% (AUSLBO)

Fonte dati: ReportER

La banca regionale del sangue cordonale fa parte del Programma dipartimentale Banca Sangue Cordonale, Tessuti Cardiovascolari e paratiroideo, Biobanca e Banca Gameti – DIAP.

Nel 2025 è continuata la raccolta delle SCO nonostante il perdurare della tendenza nazionale di decremento delle nascite, confermando l'impegno delle sale parto e della Banca nel reclutamento delle donatrici. Al fine di mantenere alta la sensibilizzazione delle ostetriche e del personale sanitario che interviene nel percorso nascita sull'importanza della donazione e per migliorare la qualità della raccolta, come ogni anno, si sono stati effettuati i corsi regionali per il personale addetto alla raccolta SCO (ostetriche delle sale parto) e le riunioni con i coordinatori delle sale parto per evidenziare eventuali criticità.

Programma Dipartimentale Banca Sangue Cordonale, Tessuti cardiovascolari e paratiroideo e Biobanca e Banca Gameti – DIAP

Attività	Anno 2024	Anno 2025
Consensi alla donazione	1339	1119
Unità SCO raccolte e pervenute	799	629
Unità SCO conservate per trapianto di CSE	61	44
Indice di bancaggio	7.6%	6.9%
Unità SCO cedute per trapianto	1	2
Unità SCO per collirio	188 (170 terapie)	166 (228 terapie)

SCO= Sangue Cordone Ombelicale CSE= Cellule staminali emopoietiche

3.2.3.24 Controlli sanitari interni ed esterni e codifica delle schede di dimissione ospedaliera.

Appropriatezza dei setting assistenziali

L'Azienda ha sempre perseguito nel tempo una politica per raggiungere l'appropriatezza organizzativa del ricovero, intesa come la capacità di prestare ciascun trattamento nel corretto setting assistenziale (ambulatoriale, day hospital, ricovero ordinario).

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Annualmente viene definito un piano per l'appropriatezza mirato al controllo e alla riduzione dell'attività inappropriata in degenza ordinaria e day hospital.

Le aree maggiormente interessate per l'anno 2025 sono state quelle chirurgiche (generali e specialistiche) con particolare riguardo alla casistica oggetto di monitoraggio negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriatezza, con l'obiettivo di trasferire dove possibile la piccola chirurgia in regime ambulatoriale e dove ciò non fosse previsto dai nomenclatori regionali e nazionali, in day hospital e di ridurre la degenza preoperatoria, in particolare nei ricoveri brevi.

Per l'anno 2025 l'indicatore regionale e nazionale presente nel sistema NSG (Ind. Core H04Z): "Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario i dati sui DRG potenzialmente inappropriati", che rappresenta l'indicatore sintetico più usato per monitorare il fenomeno= 0.13 (9 mesi anno 2025) per AOUBO.

Controlli sanitari esterni e interni e codifica delle schede di dimissione ospedaliera

Nel corso del 2025, come negli anni precedenti, sono stati effettuati i controlli interni ed esterni relativi alle diverse tipologie previste dal Piano Annuale dei Controlli (nel rispetto dei criteri di campionamento). Come evidenziato nella sottostante tabella, per tutte le tipologie di controlli l'Azienda ha raggiunto i valori minimi previsti dal PAC e dagli indicatori regionali e nazionali (raggiungendo oltre il 40% delle SDO controllate considerando la totalità dei controlli PAC).

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

Controlli sanitari (interni ed esterni) anno 2025

Tipologia controlli	INTERNI	ESTERNI	% I+E	
Documentazione sanitaria	3.997		7,2%	soglia 5% raggiunta
DRG MALDEFINITI	384	6	0,7%	
DRG CHIRURGICI CON CC IN DH	190		0,3%	
DRG CHIRURGICI CON CC IN ORDINARIO 0-1 GIORNO	44		0,1%	
DRG CON CC ORDINARI CON DEGENZA <= ALLA MEDIA TRIMMATA DEL	760	25	1,4%	
CORRETTA CODIFICA DELLA DIAGNOSI PRINCIPALE DI SEPSI	464	2	0,8%	
RIC.ORD. PROGR. CON DEG. 2-3 GG. E MODALITA DIM = '2'	567	285	1,5%	
OUTLIERS	430		0,8%	
CONGRUENZA SDO-CARTELLA CLINICA	3.986	4	7,2%	
CONTROLLI CODIFICA CASI CON COVID-19	169		0,3%	
Totale controlli obbligatori (soglia il 10%)	10.991	322	20,4%	soglia 10% raggiunta
DRG 088 E 429 ORDINARI > 1 G PROGRAMMATI	23		0,0%	
DRG ORD. > 1G PROGRAMMATI POTENZIALMENTE INAPPROPRIATI	1.759		3,2%	soglia 2,5% raggiunta
DH DIAGNOSTICI	654	35	1,2%	
Totale altri controlli obbligatori	19.847	673	37,1%	
CONTROLLI APPROPRIATEZZA DISCIPLINE RIABILITATIVE	16		0,0%	
ALTRI CONTROLLI	9.741	14	17,6%	
TOTALE CONTROLLI	23.184	371	42,6%	
Totale SDO (escludo NIDO)	55.336			

Attività Controlli SDO anno 2025. Fonte dati: Banda dati SDO Dinamica - Regione Emilia-Romagna

* Controlli esterni relativi al solo 1° semestre; il secondo semestre viene rendicontato con il 14° invio

Nel 2025, inoltre, è stata effettuata una capillare attività di formazione sulla codifica SDO ai medici codificatori nei reparti di degenza finalizzata a migliorare qualità e tempestività della compilazione della SDO al momento della dimissione del paziente da parte delle singole unità operativa.

Nel 2025, ai fini di avviare la sperimentazione del sistema di codifica ICD10 richiesta dalla RER, sono state selezionate e coinvolte alcune discipline di alta complessità caratterizzanti l'IRCCS AOUBO, avviando dal mese di dicembre 2025 un percorso di doppia codifica delle SDO.

3.2.3.25 Accreditamento

Al fine di favorire il **mantenimento della rispondenza ai Requisiti Generali e Specifici di Accreditamento** 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 le principali integrazioni sono state:

- La definizione di un report complessivo dei Requisiti specifici di tutte le aree

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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.
- La definizione di un **report per l'autovalutazione e il monitoraggio dei requisiti generali di accreditamento.**
- **La strutturazione di un Piano per gli 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
- **La revisione della struttura del 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 con on almeno 1 audit di UUOO per singolo 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 della 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.**

L'area Qualità esegue anche audit interni in riferimento alla norma ISO9001/2015 che garantiscono una visione sistemica alla base dei riferimenti regionali e nazionali applicati nel contesto aziendale. È inoltre definita una programmazione specifica di verifiche interne per le Unità Cliniche di Fase 1 autorizzate a garanzia del mantenimento dei requisiti della Determina AIFA 809/2015. Anche per queste verifiche si persegue l'obiettivo dell'integrazione con altre strutture, per la verifica puntuale di altri requisiti, in particolare quelli impiantistici, strutturali e tecnologici.

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 e degli audit sono pertanto la fonte per la definizione di obiettivi di budget per le UUOO e per le Direzioni trasversali, rispondenti ai criteri di competenza.

Nel budget 2025 delle UUOO sono stati **attribuiti principalmente gli obiettivi su requisiti ritenuti carenti 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.**

Un obiettivo trasversale per tutte le UUOO è stato quello di implementare in maniera organizzata il **monitoraggio degli indicatori previsti nei Requisiti specifici** per le singole discipline attraverso il miglioramento dei sistemi per la rilevazione dei dati richiesti elaborati dai data base aziendali.

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 UUOO. Tale aspetto costituisce un importante momento di integrazione nel processo di budget.

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 Responsabile Aziendale Qualità 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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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:

- o il corso base per la qualifica al ruolo RDQ,
- o un corso avanzato sulla gestione del miglioramento alle UUOO cliniche
- o un corso avanzato agli RDQ delle Direzioni sui Requisiti generali e per il contributo alla stesura del Manuale Qualità Aziendale di Accreditemento
- o corso qualità di base su richiesta del Dipartimento Giuridico amministrativo

Le principali azioni aziendali condotte nel 2025 a garanzia del mantenimento e dello sviluppo del **Sistema di Gestione Qualità Aziendale** 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'Ing. 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 generali 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 è coinvolta, se di livello aziendale, anche nei **processi di Change Control**. Nel 2025 le principali azioni di Gestione del cambiamento

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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 per gli aspetti di pertinenza
- 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.

Indicatori	Target 2025	Risultato 2025
DES0060 - Predisposizione del piano programma annuale Qualità/Accreditamento	100%	100%

IV. Governo dei farmaci e dei dispositivi medici

1) Obiettivi di spesa farmaceutica per l'anno 2025

Dati generali sul consumo di beni sanitari farmaceutici

La spesa farmaceutica complessiva per beni sanitari dell'anno 2025 è stata pari a 282,9 mln di €, con un incremento di 16,5 mln di € (+5,8%) rispetto al 2024. Gli incrementi più significativi sono a carico degli aggregati dei seguenti fattori produttivi con maggior assorbimento di spesa: Medicinali ed Emoderivati (+4,7%, +5,2%), Dispositivi medici e Diagnostici (+6,3%, +24,4%) che rappresentano rispettivamente il 71,2% e il 26,8 % della spesa complessiva (Tab.1)

Tab.1 – COSTI per Aggregati di Fattori Produttivi di beni sanitari farmaceutici: 2025 vs 2024

BENI SANITARI	2024	2025	var costi	var% costi
MEDICINALI	178.582.694	187.375.840	8.793.146	4,7 %
EMODERIVATI	13.198.644	13.921.872	723.228	5,2 %
DISPOSITIVI MEDICI	60.337.833	64.401.948	4.064.115	6,3 %
DIAGNOSTICI	8.659.005	11.452.061	2.793.056	24,4 %
DIALISI	3.496.367	3.776.318	279.951	7,4 %
GAS	1.511.649	1.390.085	- 121.564	-8,7 %
ALTRI BENI SANITARI	545.314	550.448	5.134	0,9 %
TOTALE	266.333.530	282.868.572	16.535.042	5,8%

Acquisto ospedaliero di farmaci

Per l'acquisto ospedaliero di farmaci, si è previsto a livello regionale per il 2025 una spesa di 1,438 mld di euro, corrispondente a +7,6% verso il 2024, con scostamenti differenziati tra le Aziende sanitarie. **L'obiettivo di spesa farmaceutica per l'Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna** indicato nelle linee di programmazione della Regione per il 2025, Delibera RER n. 972 del 23/06/2025, **per l'acquisto ospedaliero di farmaci** (esclusi l'ossigenoterapia, i vaccini e i farmaci con innovatività piena nonché i farmaci con innovatività condizionata e gli *antibiotici reserve*, secondo quanto stabilito dalla Legge n. 207/2024) **prevede un importo pari a 186.903.618 euro**, con un incremento di spesa di 12.102.215 euro **(+6,9%) rispetto al consuntivo 2024**, desunto dai flussi amministrativi consolidati 2024 della farmaceutica pari a 174.801.403 euro.

L'obiettivo è stato definito come risultato tra fattori di incremento della spesa, stimati su trend storico, dovuti sia alla ricaduta dei farmaci con innovatività scaduta nell'anno precedente o in scadenza nell'anno in corso, che all'aumento legato al numero di casi trattati e ai costi delle terapie a maggior impatto, in particolare nell'ambito delle malattie onco-ematologiche, malattie rare, su base immunologica, terapie avanzate a carico SSN. Inoltre sono stati considerati i fattori di potenziale risparmio, derivanti da una corretta e tempestiva adesione alle gare di acquisto dei farmaci regionali, che includono nuove molecole a brevetto scaduto, inclusi prodotti biosimilari, nonché dal perseguimento di specifici obiettivi di appropriatezza e sostenibilità regionali e su area metropolitana orientati a favorire, quando possibile, criteri di scelta dei farmaci basati sul miglior rapporto costo/opportunità.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Dai dati relativi alla spesa farmaceutica ospedaliera del 14° invio dei flussi informativi della regione, **la spesa 2025 per l'acquisto ospedaliero di farmaci**, esclusi i farmaci innovativi (pieni e condizionati), antibiotici "reserve", l'ossigeno e i vaccini, **è stata pari a 184.314.845 mln di € (+5,4% vs 2024) e quindi -2,59 mln euro rispetto all'obiettivo assegnato (+6,9%).**

La spesa complessiva 2025 del conto dei Medicinali (fonte: cruscotto consumi 12 mesi 2025), considerando anche la spesa dei medicinali della fisica sanitaria, mette in evidenza un incremento abbastanza contenuto rispetto al 2024 (+3,9%), dovuto ad un bilanciamento tra incrementi e decrementi di diversi fattori produttivi (FP), i decrementi sono dovuti principalmente a risparmi per gara farmaci 2025-2027, gara esclusivi e della concorrenza 2025-2027, nuove genericazioni e riduzioni di prezzo di molecole ad alto costo, quali ad esempio ustekinumab, eculizumab, ravulizumab, pembrolizumab, daratumumab, nivolumab, ecc.

Tra i fattori produttivi dei farmaci maggiormente responsabili degli **incrementi** di spesa ci sono: i Medicinali con AIC (+7,2 mln euro; + 19,7%), per i quali ha influito il trattamento di n.4 pz con la nuova terapia genica Roctavian[®] (2,409 mln euro) per l'emofilia A e il nuovo farmaco Pluvicto[®] autorizzato SSN da marzo 2025 per il trattamento di 19 pz con carcinoma della prostata (+1,144 mln euro), i Farmaci per le malattie rare (+1,85mln di €; +11,1%) per il trattamento di 2 pz con la terapia genica Zolgensma[®] per l'atrofia muscolare spinale (SMA) nell'ambito dello screening neonatale, per una spesa pari a 2.617.183 euro, non più finanziata dal fondo per scadenza innovatività, i farmaci Oncologici per os (+ 0,86 mln euro; +2,9%), i farmaci per HCV (0,26 mln euro; +10,6%) per incremento casistica in trattamento con Ecludex[®] per l'epatite delta.

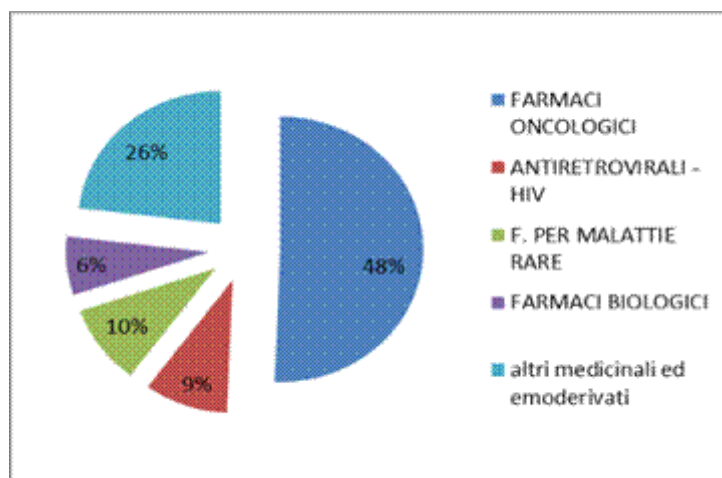
Altri fattori produttivi che hanno contribuito all'incremento sono gli Emoderivati dotati di AIC (+0,85 mln euro; 32,71%) per incremento della spesa, per acquisto dal commercio di immunoglobuline con prezzo doppio per una insufficiente fornitura da piano sangue, e dei consumi, in particolare per pazienti ematologici immunodepressi sottoposti a trattamento con CART e anticorpi bispecifici e Medicinali esteri (+1,6 mln €; + 115%) per acquisti dall'estero per carenze (es. Novoseven) e per trattamenti autorizzati con il Fondo AIFA 5% (es. valemestostat, leniolisib, olverembatinib, tovorafenib, ecc).

Presentano un **decremento i fattori** dei: Farmaci Biologici (-1 mln; -8,6%) principalmente per la genericazione di ustekinumab, Farmaci Oncologici ad uso endovenoso (-0,100 mln euro; -0,2%), Terapie CART (-2,7 mln euro; -21%), per il finanziamento nel 2025 di alcune indicazioni quali il MM 4L e la LLA 2 L con fondo innovativi condizionati.

I farmaci antineoplastici si confermano al 1° posto tra le categorie terapeutiche a maggiore impatto di spesa (84,9 mln euro), con un'incidenza sulla spesa complessiva pari al 48%, seguiti dalle categorie "altri farmaci con AIC ed emoderivati" che incidono per il 26%, farmaci per le malattie rare per il 10%, farmaci antiretrovirali-HIV per il 9% e farmaci biologici per il 6% (Fig.1).

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Fig.1 – Categorie di farmaci a maggior impatto di spesa 2025



Farmaci innovativi (oncologici e non oncologici)

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.

L'importo inizialmente stimato per AOUBO, sulla base di previsioni indicate dall'azienda, **è stato di 19.816.288 euro**, di cui 18.615.901 euro per farmaci innovativi, suddivisi in innovativi pieni (oncologici e non oncologici) per 11.498.760 euro e innovativi condizionati per 7.117.141 euro, e 1.200.387 euro per antibiotici "reserve".

Successivamente l'importo è stato rideterminato, per tutte le aziende con delibera RER n. 2072 del 9/12/2025, **in particolare per AOUBO la riassegnazione è stata pari a 18.312.869 euro.**

La spesa totale AOUBO registrata per l'anno 2025 è stata di 17.754.912 euro (dati del 14° invio RER della spesa farmaceutica ospedaliera) **con un assorbimento del 97% rispetto all'obiettivo ultimo assegnato**, 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".

In particolare riguardo ai farmaci innovativi condizionati non oncologici è da segnalare una spesa di 2.376.816 euro per il trattamento "one shot" con la terapia genica **VALOCTOCOGENE ROXAPARVOVEC** (Roctavian®) di n. 4 pz con emofilia A grave, che si è concentrata nel mese di aprile.

Riguardo invece alle terapie CART la spesa per innovativi 2025 è relativa alle terapie CART Axicel (Yescarta®) con riconoscimento dell'innovatività piena per il linfoma DLBCL dalla 2°Linea pari a 3.947.492 euro per il trattamento di n.19 pz e la CART Ide-cel (Abecma®) con riconoscimento dell'innovatività condizionata per il mieloma multiplo dalla 4°L pari a 2.209.862 euro per il trattamento di n. 14 pz.

La spesa CART ricaduta per il 2025 sulla spesa per acquisto ospedaliero è stata pari a 3.942.270 euro per il trattamento di 20 pz, di cui 1 pz pediatrico trattato con Tisa-cel (Kymriah®) per LLA.

1) Obiettivi di appropriatezza dell'assistenza farmaceutica

Per il 2025 le Aziende Sanitarie bolognesi hanno mantenuto pieno e proficuo impegno nel promuovere il corretto uso dei medicinali d'impiego nei setting H-T nella cornice del neo-istituto: BOARD STRATEGICO METROPOLITANO PER IL GOVERNO DI FARMACI, VACCINI, DISPOSITIVI MEDICI E TECNOLOGIE.

Istituito da febbraio 2025 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, 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 a ottimizzare la gestione delle risorse e a migliorare la qualità dell'assistenza offerta ai cittadini. Inoltre, il Board avrà il compito di definire le priorità e gli ambiti di intervento, con l'obiettivo di privilegiare i farmaci e gli interventi più efficaci. Questo sarà reso possibile attraverso l'analisi comparativa e la valutazione del valore delle diverse tecnologie sanitarie, comprendendo farmaci, vaccini, diagnostici e devices.

Le macroaree di intervento definite dal Board sono:

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

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

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 inappropriatezza. In particolare, su:

- **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). Viene 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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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.2 – Indicatori regionali antibiotici in ambito territoriale: 12 mesi 2025 vs anni precedenti

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2022	2023	2024	2025	TARGET
IND1012 – Indicatore composito sui consumi di antibiotici in ambito territoriale				14	18	≥ 15 punti
IND0340	Consumo giornaliero antibiotici sistemici (DDD*1000 ab. die)	13,07	12,95	13,07	12,03	< 12,5
IND1011	% consume antibiotici Access in base alla classificazione AWARE sul consume territorial 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 farmacia ntibiotici 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 (NSG); si riporta il nuovo valore target.

Tab.3 – 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.4 – Indicatori regionali antibiotici in ambito territoriale: 2025 vs anni precedenti

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2022	2023	2024	2025	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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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.5 – Indicatore regionale consumo vit D: 2025 vs anni precedenti

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2022	2023	2024	2025	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.6 – Indicatore regionale consumo formulazione a minor costo vit D: 12 mesi 2025 vs anni precedenti

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2022	2023	2024	2025	TARGET AREA BO
IND1082	Consumo in DDD formulazioni a minor costo (GTT/CPR/CPS) sul totale 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 (117,36 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%.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

- *Formazione sulla vitamina D*

Nel 2025 è stata promossa attivamente nelle Aziende Sanitarie bolognesi, per il tramite dei Dipartimenti Cure Primarie, Farmaceutico, Governo 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.7 – Indicatori regionali consumo PPI e Omega 3: 2025 vs anni precedenti

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2022	2023	2024	2025	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.

E' 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 nel 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 tele consulenza internistica a favore della medicina generale per il supporto decisionale all'avvio di

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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 tele consulenza 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:

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Tab.8 – 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	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 ad oggi disponibili 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 2024-2025 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

Per garantire il monitoraggio periodico dei consumi degli antibiotici in ambito ospedaliero è disponibile un Report Aziendale delle DDD/100 giornate di degenza per i farmaci con codice ATC J01 - Antibiotici per uso sistemico che viene declinato per Dipartimento, Centro di Responsabilità e Centro di Prelievo. È 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 "watch" e "reserve" della classificazione AWaRe prevista dall'OMS (Tab 9.)

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.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Tab. 9: 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%
J01-ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO			330.083	86,95	2.684.109 €	326.144	85,96	2.295.404 €	-1,19%	-1,14%	-14,04%

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.10).

Tab.10: Dettaglio dei consumi (degenze ordinarie) dei 12 mesi 2024vs 12 mesi 2025 della categoria RESERVE

DDD Totali per ATC5			2024			2025		
ATC5	Category	Prescrizione Registro AIFA on-line	DDD	DDD * 100gg Deg	Importo	DDD	DDD * 100gg Deg	Importo
Reserve	J01XX09~DAPTOMICINA		19.452	5,12	223.661,82 €	19.156	5,05	128.081,78 €
	J01XX08~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 €
	J01D104~CEFDIOCOL	SI	1.964	0,52	180.040,93 €	1.705	0,45	152.563,33 €
	J01DD52~CEFTAZIDIMA ED INIBITORE DELLE BETA-LATTAMASI	SI	1.985	0,52	378.475,81 €	1.494	0,39	284.938,09 €
	J01D154~CEFTOLOZANO ED INIBITORE DELLE BETA-LATTAMASI	SI	1.597	0,42	258.592,91 €	1.361	0,36	220.507,47 €
	J01XX01~FOSFOMICINA		1.829	0,48	111.487,43 €	1.109	0,29	67.599,54 €
	J01DH52~MEROPENEM E VABORBACTAM	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 €
	J01D101~CEFTOBIPROLO MEDOCARIL		484	0,13	77.262,95 €	459	0,12	73.325,31 €
	J01AA13~EBAVACICLINA	SI	117	0,03	7.515,60 €	241	0,06	41.054,70 €
	J01DH56~IMIPENEM, CLASTATINA 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 €
	J01D102~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 €
Reserve			36.235	9,55	1.645.805,63 €	34.798	9,17	1.303.917,99 €

• 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.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Tab.11: Indicatore regionale farmaci per la cura del diabete 12 mesi 2025 vs anni precedenti

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2023	2024	2025	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 (67,31%).

Concorre al peggioramento del dato provvisorio 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 stati 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.12, i dati 2025 ad oggi disponibili evidenziano il mancato raggiungimento del target, sia in area BO (20,86) che a livello RER (26,54%). Questo risultato merita sicuramente un approfondimento considerando soprattutto il trend riscontrato a livello ospedaliero:

Tab.12: 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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

come nel 2025 si sia andato consolidando l'utilizzo degli equivalenti di dabigatran, ma soprattutto di apixaban equivalenti.

Questo ha determinato un risparmio sull'intera classe di farmaci di circa 50.000 .

Tab.13: 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	80.198	7.822,17 €	70.314,54 €
RIVAROXABAN EQUIVALENTE	88.224	4.144	9.468,04 €	246,17 €
DABIGATRAN	180	5.760	125,50 €	4.015,95 €
DABIGATRAN EQUIVALENTE	5.040	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 un 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:

- o 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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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, anche 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 pari al 79% (Tab.14).

Tab.14– Dati utilizzo bevacizumab intravitreale AOUBO: 12 mesi 2025

Indicatore appropriatezza regionale 2025	Target RER	Risultato 2025
Per le indicazioni comprese in Nota AIFA 98 e nel rispetto delle sovrapponibilità terapeutiche in essa individuate, impiego prevalente del farmaco antiVEGF 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.15)

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

Tab. 15 – Consumo Farmaci Anti VEGF 12 mesi 2025 nei pazienti incidenti

Conteggio di iniezioni nei paz Naive in Terapia 12 mesi 2025		Indicazioni nota aifa 98			
Terapia	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%	
Totale Risultato	1789	167	1956		

• **Impiego di farmaci oncologici e oncoematologici**

E' 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, in specifico nelle aree cliniche del Polmone, Melanoma, Tratto Urologico e linfoma diffuso a grandi cellule B.

Gli obiettivi sono riportati nella Tab. 16, 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.16 – Valutazione costo/opportunità 12 mesi 2025 farmaci oncologici

Indicatori		
Area clinica	Relativamente ai farmaci per i quali le raccomandazioni GReFO prevedono un costo/opportunità vengono definiti i seguenti obiettivi:*	Risultato 2025
Polmone	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)	3%

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Indicatori		
Area clinica	Relativamente ai farmaci per i quali le raccomandazioni GReFO prevedono un costo/opportunità vengono definiti i seguenti obiettivi:*	Risultato 2025
	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)	87%
	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)	25%
Melanoma	IND1065 - Melanoma adjuvante, immunoterapia a minor costo (nivolumab vs pembrolizumab) Ref. Determina aggiornamento PTR n 3966 del 09/03/2020	100%
	IND1066 - Melanoma metastatico AntiBRAF+antiMEK a minor costo fra (encorafenib+binimetinib vs dabrafenib+trametinib) (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 7621 del 06/05/2020)	13%
	IND1067 - Melanoma metastatico immunoterapia a minor costo (nivolumab vs pembrolizumab) (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 9658 del 20/06/2016)	100%
Tratto urologico	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)	69%
	IND1069-Usò di abiraterone generico (quando indicato: seguendo costo-opportunità abiraterone vs enzalutamide)	100%
Linfoma diffuso a grandi cellule B	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)	43%
Mammella	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	Osservazionale

*il monitoraggio potrà avvenire solo se disponibili 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:

- IND1063: è stato utilizzato maggiormente pembrolizumab (62%) con la motivazione dei clinici di presenza di dati a lungo termine a favore di pembrolizumab e di vantaggi

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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);

- IND1181: indicatore introdotto a metà anno 2025, si segnala che la spesa per ciclo non risulta significativamente rilevante (-2%).
- IND1066: scelta da parte dei clinici di un maggiore utilizzo dell'associazione dabrafenib+trametinib per mantenere un'elevata compliance dei pazienti vs encorafenib+binimetinib (associazione che prevede la somministrazione giornaliera di un'elevata quantità di compresse);
- IND1197: indicatore influenzato dalla bassa casistica dei pazienti e dalla introduzione dell'indicatore a metà anno 2025

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 antitumorali quali:

- 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;
- 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;
- 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;
- 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.17)

Tab. 17 – Attività di produzione terapie Laboratorio Antitumorali – Anni 2024-2025

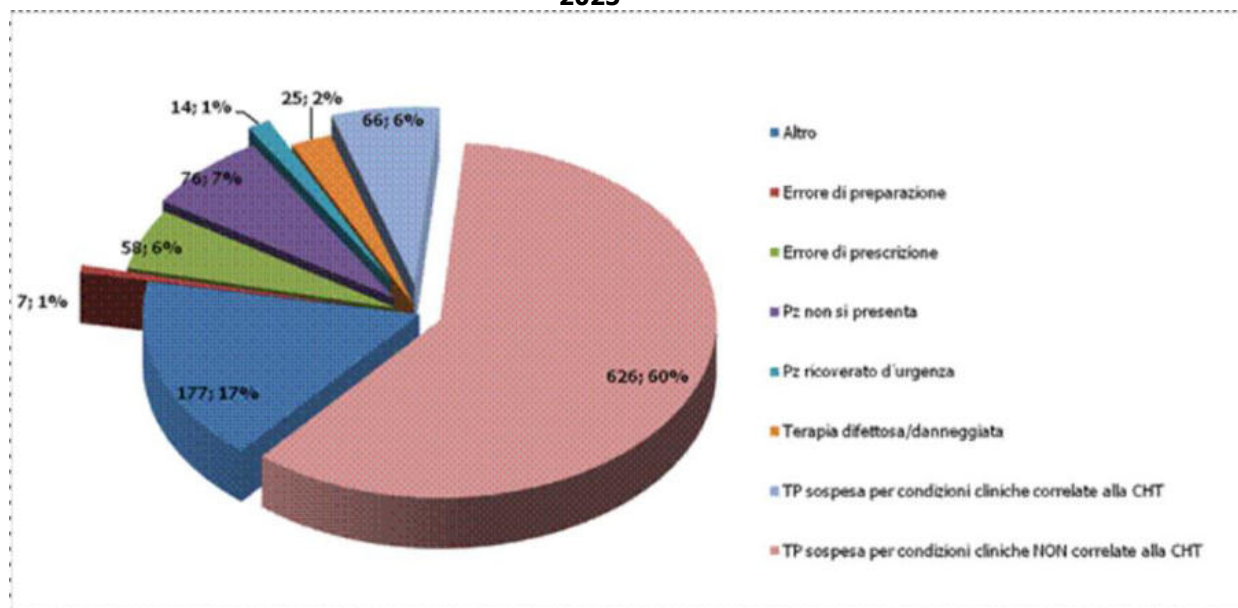
TIPOLOGIA DI ALLESTIMENTI	2024	2025	Δ 2024-2025
Terapia pratica clinica	58.953	63.011	6,9%
Siringhe bevacizumab intravitale	5.538	4.784	-13,6%
Terapie sperimentali + compassionate	4.975	5.314	6,8%
Terapie IOR (compreso sperimentali)	5.958	4.257	-28,5%
Allestimenti Totali	75.424	77.366	2,6%

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 €.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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.2)

Fig. 2. – Analisi n. allestimenti resi e % motivazioni delle terapie recuperate - anno 2025



• 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. 18a - 18b).

Tab.18 a – Attività di gestione studi sperimentali – anni 2024-2025

Attività	Anno 2024	Anno 2025
Pre-Study/selezione centro	34	46
SIV	57	41
Monitoraggio con RITIRO FARMACO	16	26
Monitoraggio on site	372	328

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

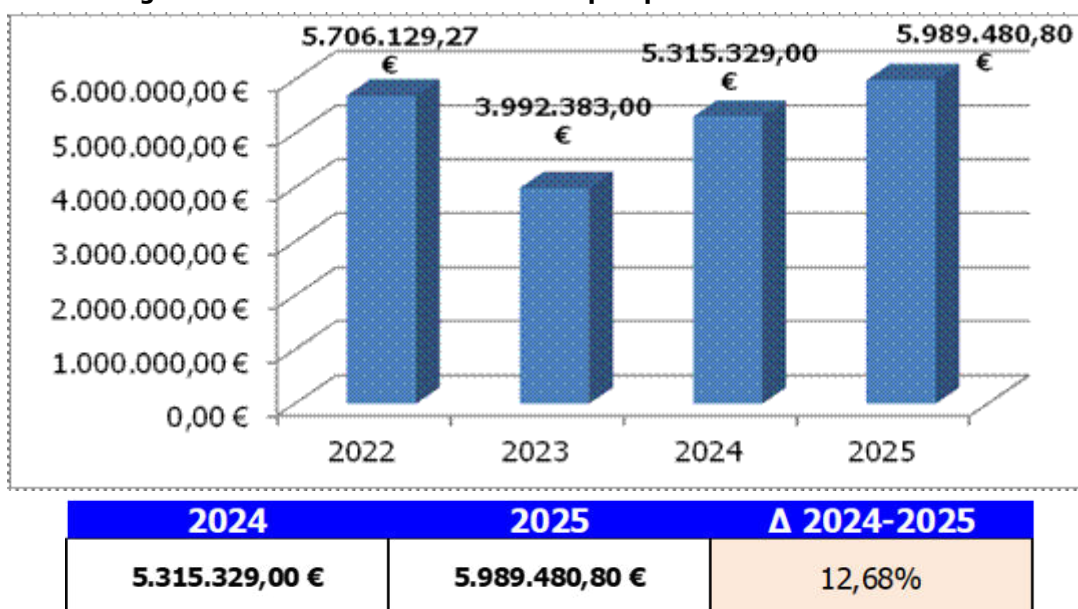
Attività	Anno 2024	Anno 2025
Monitoraggio da remoto	4	9
COV	38	32
Ritiri	183	175
AUDIT	2	3
TOTALE ATTIVITA'	706	660

Tab.18b – Attività di gestione studi sperimentali – anni 2024-2025

Dichiarazioni di Coinvolgimento	Anno 2024	Anno 2025
Studi Profit	48	53
Studi no Profit	7	12
Compassionevoli	45	55
Totale	100	120

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.3).

Fig.3 - Valorizzazione teorica delle terapie sperimentali anni 2022-2025



• **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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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 9 mesi 2025 - Fonte Siver (Tab.19)

Tab. 19 - Percentuale di utilizzo regionale e ospedaliero di farmaci biosimilari 12 mesi 2025

FARMACO	OBIETTIVO 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%	12,95%
Rituximab in ambito oncologico *	≤20%	0%	0%
Bevacizumab	≥95%	100%	100%
Ustekinumab	≥50%	73%	72,2,73%
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 bio-tecnologici 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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

opportunità.

In particolare, gli indicatori di appropriatezza specifici regionali sono i seguenti (tab.20):

Tab.20 - Indicatori regionali su pazienti incidenti con farmaci biologici in ambito reumatologico e dermatologico - 12 mesi 2025

Indicatori	Target	RER	Area BO 12 M 2025
IND1183 - Nei pazienti incidenti affetti da malattia reumatologica (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 pazienti incidenti affetti da malattia cutanea (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. 21).

Tab.21 - Indicatori regionali su pazienti prevalenti con farmaci biologici in ambito reumatologico e dermatologico

Indicatori	Target	RER	Area BO 12 M2025
IND1071 - Nei pazienti prevalenti affetti da malattia reumatologica (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%	53,31%	55,07%
IND1072 - Nei pazienti prevalenti affetti da malattia cutanea (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.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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 e della rinosinusite cronica grave associata a poliposi nasale**

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 Fanhdi^R 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 2024 gli obiettivi regionali sono stati declinati in maniera differente per ogni Azienda.

Per IRCCS AOU Bologna è stata richiesta una riduzione del consumo dell'albumina e un mantenimento dei consumi di immunoglobuline ev (Tab. 22):

Indicatori	Target per AOUBO	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%

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Indicatori	Target per AOUBO	RER	AOUBO 12 mesi 2025

Tab. 22 - Indicatori regionali sui plasma derivati declinati per IRCCS BO 9 mesi 2025

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.

2) Adozione di strumenti di governo clinico e gestionali

È in capo alle Aziende sanitarie e in particolare ai medici prescrittori:

Registri di monitoraggio AIFA

- la corretta compilazione dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA, con particolare attenzione a quelli relativi ai farmaci innovativi oncologici e non oncologici che fanno capo agli specifici fondi e che prevedono meccanismi di pay back;
- la gestione dei rimborsi di condivisione del rischio (es. payment by results, cost sharing...); la percentuale dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso dovrà essere superiore al 95% dei trattamenti chiusi; compresa la corretta registrazione delle schede di dispensazione da parte dei farmacisti;
- la tempestiva chiusura delle schede dei registri AIFA al termine dei trattamenti; potrà favorire il raggiungimento dell'obiettivo il monitoraggio dei trattamenti non chiusi dopo 3 mesi della data dell'ultima dispensazione farmaco;
- la prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici, al fine di un miglioramento del tasso di copertura del data base oncologico regionale per tutti i campi previsti dal tracciato.

Compilazione dei registri di monitoraggio AIFA anche al fine della 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

Prosegue anche per il 2025 il governo di tale attività che consente di recuperare

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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 i primi 12 mesi (esclusi i farmaci per Epatite C)

STATO PDP 12 MESI 2025	VALORE PROPOSTA DI PAGAMENTO
PAGATA	€ 618.719
VALUTATA (DA PAGARE)	€ 20.811
NON ACCOLTA	-
TOTALE COMPLESSIVO PAGATO/DA PAGARE	€ 639.530

Attività di governo del farmaco

Nel corso del 2025, l'Azienda ospedaliera ha partecipato alle attività della Commissione del farmaco di Area Vasta (CF AVEC) e alle riunioni 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.

• Compilazione del database regionale delle eccezioni prescrittive

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).

Le principali classi terapeutiche anche nel 2025 riguardano i farmaci antineoplastici, immunosoppressori, antibatterici ad uso sistemico e 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%

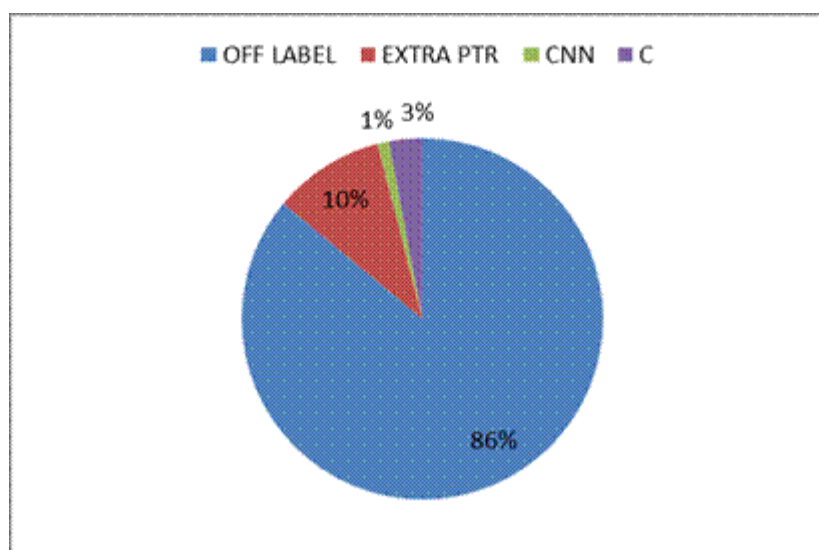
- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

ATC 2	DESCRIZIONE ATC 2	N°	%
B01	Agenti Antitrombotici	13	3%
Principali gruppi terapeutici		466	87%
	Altri	66	13,00%
TOTALE COMPLESSIVO		532	100%

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.4)

Fig. 4 - % 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.24), 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.24 – Indicatori Regionali compilazione DB oncologico

Indicatori	Target	Area BO 12 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.

- **Centralizzazione delle terapie oncologiche**

Con riferimento alla DGR n. 1563 del 08/07/2024 "Ipercentralizzazione dei laboratori

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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.

• **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 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 pz con tumore in stadio avanzato con cure ad alta intensità in regime di ricovero non determinino differenze né in termini di sopravvivenza né di qualità di vita (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 (Davis MP et al., 2022; Iglesias - Santamaria A et al. 2022) la cui ottimizzazione potrebbe portare un maggiore beneficio da parte dei pazienti. Inoltre, tali trattamenti rallentano l'accesso alle cure palliative che potrebbero migliorare la qualità di vita dei pazienti.

Alla luce dell'analisi dei dati di monitoraggio dello scorso anno e della letteratura consolidata sul tema, si chiede di non superare il 14% dei pazienti trattati con farmaci

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

oncologici nel fine vita (ultimi 30 giorni) (Tab.26).

Tab.26 – Indicatore Regionale trattamenti farmaci oncologici nel fine vita

Indicatori	Target	Risultato 2025
IND1004 - % pazienti trattati con farmaci oncologici nel fine vita (ultimi 30 giorni) per Azienda di residenza	<14%	17,12 (AUSL BO)

Fonte dati: Siver

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 SDO ed è proseguita la sensibilizzazione e il coinvolgimento dei clinici e, in collaborazione con i Sistemi Informativi, il monitoraggio come da indicazione regionale.

I dati relativi ai 12 mesi 2025 per AOUBO sono i seguenti:

- PAZIENTI ONCOLOGICI TRATTATI A RIDOSSO DEL DECESSO: **327 su 3300, 9,9%** (Fonte dati Aziendale)

3) Farmacovigilanza

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:

- è stata promossa la segnalazione online di sospette Adverse Drug Reaction (ADR) attraverso la Piattaforma AIFA
<https://servizionline.aifa.gov.it/schedasegnalazioni/#/>;
- 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);
- 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;
- è stata costantemente e tempestivamente aggiornata la sezione Intranet "Sicurezza delle Cure - Farmacovigilanza" con reportistica annuale delle segnalazioni di FV;
- è 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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

somministrazione;

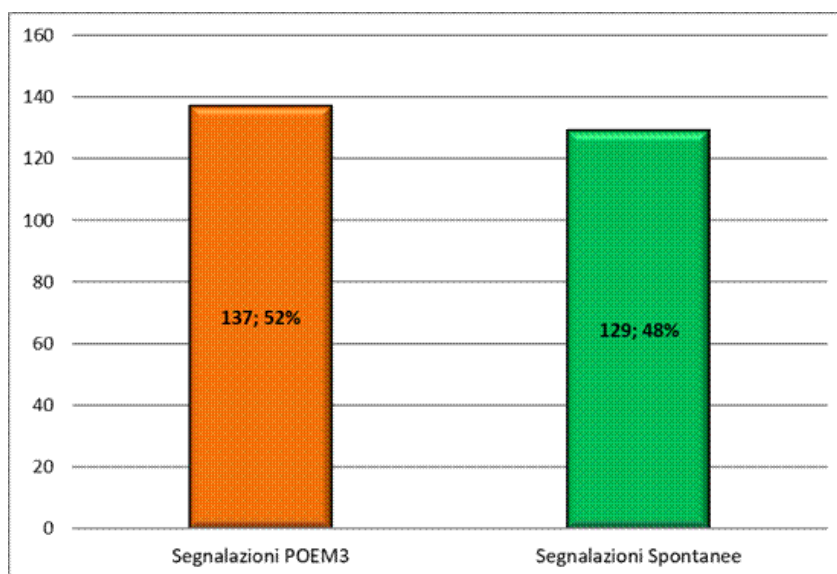
- in collaborazione con la SSD Coordinamento operativo delle Attività per la Sicurezza delle Cure – Dott.ssa Sola è stato organizzato un corso di formazione in modalità webinar (due edizioni) rivolto a tutti gli operatori sanitari coinvolti nella gestione in sicurezza della terapia farmacologica dal titolo “Strumenti di segnalazione e analisi degli eventi significativi riguardanti la gestione del farmaco”;
- è 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 farmacia 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;
- 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 farmacia borsista per sensibilizzare i professionisti sanitari alle attività di gestione delle sospette ADR in tale setting (Figura 5).

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Fig. 5 – 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 risultato raggiunto risulta molto vicino al target di 5 segnalazioni/1000 ricoveri. (Tab. 27)

Tab. 27 – 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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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.

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.28 – Indicatore regionale polifarmacoterapia

Indicatore	Target	AREA BO 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 specifici 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;

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

- 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.

4) Dispositivi medici e Dispositivovigilanza

I dispositivi medici rappresentano uno dei driver di spesa nel settore sanitario, è quindi fondamentale individuare azioni che assicurino l'accesso alle cure dei pazienti e la disponibilità di prodotti innovativi, tenendo in considerazione l'impatto sul bilancio, non perdendo di vista la normativa vigente che prevede un sistema a tetti di spesa; nello specifico per i dispositivi medici il tetto è posto pari al 4,4% del Fondo sanitario regionale (d.l. 95/2012, art. 15 comma 13 lett. f).

• Obiettivi di spesa

L'obiettivo regionale per il 2025 è stato fissato in un limite di incremento rispetto al 2024 pari a 13.431.752 euro. Questa stima si basa sull'analisi storica dei consumi registrati nel periodo 2021-2024 per ciascuna azienda, ricalibrata in funzione del massimo incremento sostenibile, fissato al +1,9% in linea con l'aumento del Fondo Sanitario nazionale.

Per l'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 di 81.757.466 euro per l'anno 2025.**

Relativamente alle voci di dispositivi medici più significativi che concorrono all'obiettivo regionale, si riporta il dettaglio di spesa 2025 nella tabella di seguito (Tab.29):

Tab. 29 – Dettaglio spesa 2025 vs 2024 principali conti dei DM in base al CE IV trimestre 2025

CE	2024	2025
Dispositivi medici	42.810.791	46.838.120
Dispositivi medici impiantabili non attivi	20.245.000	21.125.000
Dispositivi medici per dialisi	1.450.000	1.450.000
Materiale radiografico e diagnostici di radiologia	98.662	81.342
Strumentario e ferri chirurgici	2.531.100	2.085.000
Dispositivi medici impiantabili attivi	4.815.440	5.489.232
Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	7.763.910	9.717.962
	80.124.435	86.786.656

La spesa 2025 per i dispositivi medici ha evidenziato uno sfioramento importante

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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 mininvasive 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 ed agevolare il monitoraggio e l'andamento dei costi durante tutto l'anno, la Regione ha individuati alcuni determinanti per categorie di DM sui quali distribuire gli aumenti o diminuzioni di spesa rispetto al 2024 che costituiscono indicazioni non vincolanti per 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 (Tab.30):

Tab.30 – Determinanti di spesa 2025vs 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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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.

- ***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.

- **Obiettivi di appropriatezza**

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 2025	Risultato 2025
IND1076 - Guanti non chirurgici (cnd T0102) impiegati in ambito di ricovero per giornata di degenza (Ord. e DH)	INDRER ≤43	53,81%

Fonte dati: Siver – edizione 2025

I dati SIVER 12 mesi 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.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

I dati per IRCSS 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.

Strategie di approvvigionamento e monitoraggio consumi di dispositivi medici Regione Emilia-Romagna

• **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:

- o Medicazioni per ferite, piaghe e ulcere (M0404);
- o Dispositivi da elettrochirurgia (K02) – il disegno di gara, che sarà aggiudicata nel corso del 2025, ha la medesima distribuzione percentuale tra i lotti;
- o Protesi d'anca (P0908);
- o Dispositivi per la gestione del diabete Lancette pungidito, strisce reattive e sistemi per la diagnostica rapida della glicemia (ambito territoriale e ospedaliero) 3;
- o Guanti monouso sterili e non, per attività assistenziale, somministrazione farmaci antitumorali, emergenza/urgenza/laboratorio.

Indicatori	Target	Dati SIVER2025 AOU_IRCSS BO
IND0991 - Impiego di medicazioni avanzate per ferite, piaghe e ulcere afferenti alla gara regionale	> 80%	94.8%
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 tissutale 2» ed edizioni successive della gara con il medesimo disegno di gara	>= 40%	14,27%
IND0992 - Impiego di protesi d'anca afferenti alla gara regionale	> 80%	92,91%
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)"	> 70%	91,71%

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Indicatori	Target	Dati SIVER2025 AOU_IRCSS BO
sul totale dei consumi		
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%	99,96%

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.31):

Tab.31– 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
P09-PROTESI – ALTRE (CUSTOM MADE E MEGAPROTESI)	24	214.992	8.958	22	166.567	7.571
P09-PROTESI - CUSTOM MADE	4	57.200	14.300	2	19.720	9.860
PROTESI DI ANCA	399	569.018	1.426	347	600.343	1.730
PROTESI DI GINOCCHIO	83	209.552	2.525	77	235.151	3.054
PROTESI ORTOPEDICHE	510	1.050.762	2.060	448	1.007.782	2.250

- 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 2103 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 2025 evidenziano una lieve diminuzione rispetto all'anno precedente (n.316 vs n.351), come indicato nella Tab. 32.

Tab. 32– 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
J010101_PACE MAKER	38	24.830	653	32	27.169	849

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

PACEMAKER IMPIANTABILI						
	2024			2025		
	Impianti	Importo	Costo Medio	Impianti	Importo	Costo Medio
IMPIANTABILI MONOCAMERALI						
J010103_PACE MAKER IMPIANTABILI BICAMERALI	266	378.181	1.422	236	374.556	1.587
J010104_PACE MAKER IMPIANTABILI TRICAMERALI	29	82.551	2.847	40	106.645	2.666
J010199_PACE MAKER IMPIANTABILI - ALTRI	12	97.760	8.147	4	32.838	8.210
J010105_PACEMAKER IMPIANTABILI CON ELETTRODI INCORPORATI (LEADLESS)	6	46.800	7.800	4	33.280	8.320
PACEMAKER IMPIANTABILI	351	630.122	1.795	316	574.488	1.818

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.33):

Tab.33 – Dati di consumo e spesa dei defibrillatori impiantabili a confronto 12 mesi 2024 vs 2025

DEFIBRILLATORI IMPIANTABILI						
	2024			2025		
	Impianti	Importo	Costo Medio	Impianti	Importo	Costo Medio
J010501_DEFIBRILLATORI IMPIANTABILI MONOCAMERALI	34	236.052	6.943	32	241.342	7.542
J010502_DEFIBRILLATORI IMPIANTABILI BICAMERALI	14	105.263	7.519	9	80.683	8.965
J010503_DEFIBRILLATORI IMPIANTABILI TRICAMERALI	69	682.085	9.885	95	879.906	9.262
J010504_DEFIBRILLATORI IMPIANTABILI SOTTOCUTANEI	35	526.656	15.047	14	230.339	16.453
J010599_DEFIBRILLATORI IMPIANTABILI - ALTRI	34	451.984	13.294	23	356.408	15.496
DEFIBRILLATORI IMPIANTABILI	186	2.002.040	10.764	173	1.788.679	10.280

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. È 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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

GAAC" v.1.1/2024.

Indicatori	Target 2025	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 espanto 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 espanto di protesi mammarie caricati nel Registro/Numero di interventi di impianto ed espanto tracciati nelle SDO con i seguenti codici: - Intervento monolaterale: 8533 – 8553 - Intervento bilaterale 8535 – 8554 *100]	≥ 80%

Il dato Siver 12 mesi evidenzia una copertura percentuale pari al 72,92% per IRCCS AOU Bologna.

Dispositivo Vigilanza

Nell'ambito delle attività della Rete Regionale della dispositivo-vigilanza è stato realizzato un corso FAD regionale 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 dispositivo-vigilanza ed alle segnalazioni degli eventi con dispositivi medici e diagnostici in

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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 2025	Risultato 2025
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% (dato interno AOUBO)

Fonte Aziendale

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.

È 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%.

Indicatore:	Target	Risultato 2025
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%

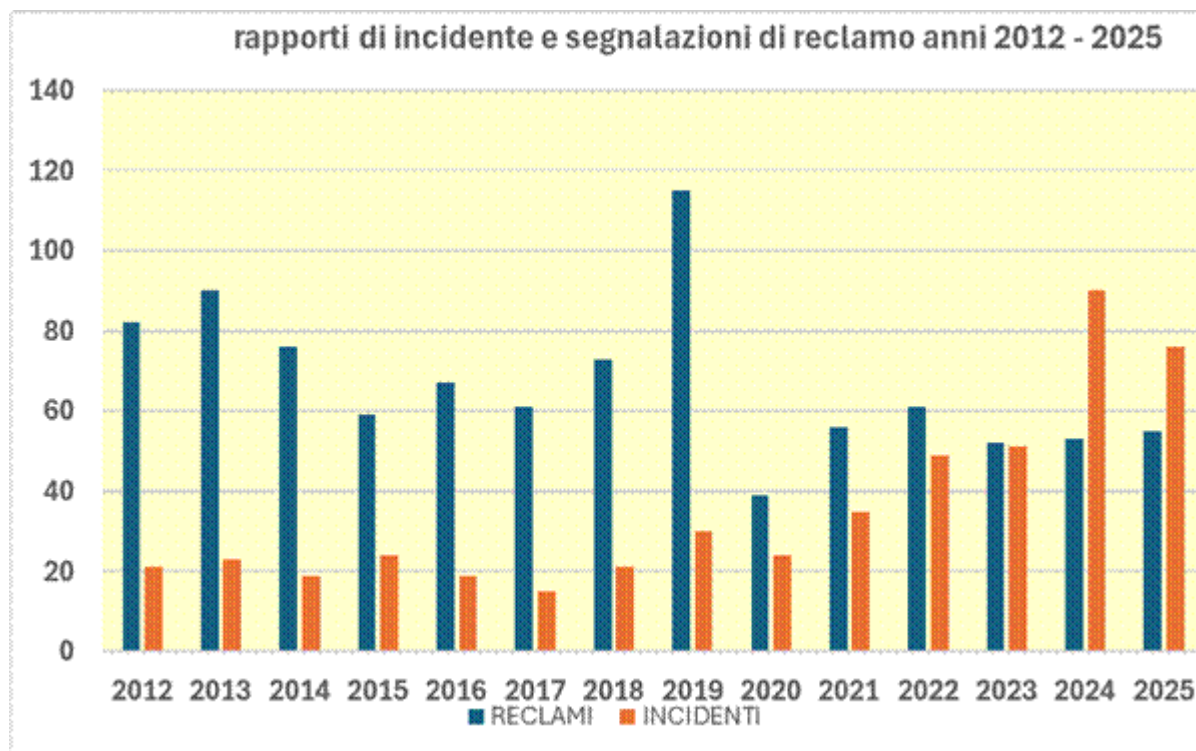
Rapporti di incidente e segnalazioni di reclamo

In relazione alle segnalazioni interne pervenute dagli operatori sanitari per incidenti e reclami da dispositivi medici nell'anno 2025 sono state registrate complessivamente 131

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

segnalazioni, di cui 76 rapporti di incidente e 55 segnalazioni di reclamo, notificati al Ministero della Salute e alle Ditte Fornitrici.

Fig.6 – 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

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 mininvasiva 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.34,35).

Tab. 34 - 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 (D)
		prese in carico nel 2024 ma con valutazione sospesa (A)	inserite nel 2022*/2024 e valutate dalla CDM-AVEC nei 12 mesi 2025 (B)	inserite nei 12 mesi 2025 (C)	
Richieste AVEC (1)	75	0	7	61	7
Richieste di competenza della CDM-AVEC (2)	53	0	7	39	7

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

	Totale	Richieste in formato elettronico (SISEPS)			Richieste cartacee arrivate nei 12 mesi 2025 (D)
		prese in carico nel 2024 ma con valutazione sospesa (A)	inserite nel 2022*/2024 e valutate dalla CDM-AVEC nei 12 mesi 2025 (B)	inserite nei 12 mesi 2025 (C)	
Richieste prese in carico dalla CDM-AVEC nei 12 mesi 2025 (3)	46	0	7	32	7

Tab. 35 - 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.

V. Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa

3.2.3.26 Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA

L'Azienda è 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%

Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Nel corso dell'anno 2025 il Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza ha garantito la corretta e puntuale alimentazione della Piattaforma per la Certificazione dei Crediti (PCC) e dello Stock del debito. Ha altresì garantito la scadenza trimestrale relativa ai pagamenti di transazioni commerciali effettuati nel 2025. Di tale attività, trimestralmente, è stato dato riscontro al Collegio Sindacale.

L'Azienda è riuscita a garantire i pagamenti ai fornitori entro la scadenza contrattuale e raggiungere un buon indice di tempestività dei pagamenti, nel rispetto delle normative di riferimento e di quanto previsto dalla Riforma PNRR 1.11 relativa alla "Riduzione dei tempi di pagamento delle pubbliche amministrazioni e delle autorità sanitarie". I target da raggiungere sono fissati in 60 giorni, per l'indicatore del tempo medio di pagamento degli Enti del Servizio sanitario nazionale e pari a zero per l'indicatore del tempo medio di ritardo. La trasparenza dei risultati è stata garantita attraverso la pubblicazione trimestrale dell'indice di tempestività dei pagamenti ai sensi del D.Lgs n. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Di seguito si riporta un prospetto con gli indicatori e relativo risultato degli ultimi 3 anni.

IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2023	2024	2025	TARGET
IND0220	Indice di tempestività dei pagamenti	-8,01	-9,33	-14,08	<=0
IND1153	Tempo medio di pagamento	50,81	48,8	44,1	<=60
IND1154	Tempo medio di ritardo	-17,81	-11,39	-15,69	<=0

Quale ulteriore strumento a supporto dei gestori, e finalizzato al contenimento dei tempi di pagamento fornitori, è stato aggiornato con nuove funzionalità il modulo dedicato al monitoraggio delle liquidazioni / sospensioni. Oltre al cruscotto con le fatture distinte per scadenze e sospensione, è stato implementato un modulo per l'invio dei solleciti ai fornitori che non hanno dato riscontro alle note formali di contestazione mosse dall'Istituto. A tale scopo, sono stati organizzati incontri con i servizi gestori, ove oltre alla presentazione del suddetto cruscotto è stata nuovamente illustrata la corretta applicazione delle sospensioni.

L'Istituto ha provveduto a trasmettere trimestralmente le tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2025. La compilazione di tali tabelle costituisce adempimento regionale in sede di Tavolo di verifica degli adempimenti presso il MEF.

Indicatori	Target	2025
DES0063 – Compilazione delle tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali	100%	100%

In ottemperanza alla legge 30 dicembre 2018, n. 145 che, come novellata dal decreto-legge 6 novembre 2021, n.152, introduce per gli enti e organismi di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 31 dicembre 2009, n.196, diversi dalle amministrazioni dello Stato, misure tese a garantire sia il rispetto dei tempi di pagamento previsti dalla direttiva europea sia lo smaltimento dello stock dei debiti pregressi, nel corso dell'anno 2025 è stato garantito l'allineamento dei dati contabili ai dati presenti nella PCC con particolare riferimento alla corretta gestione delle sospensioni finalizzate alla corretta rilevazione dello stock del debito calcolato dalla PCC, che per l'anno 2025 resta l'unico riferimento.

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2024	2025	TARGET
IND1155	Stock del debito comunicato dall'ENTE (risultante all'Ente dai propri sistemi contabili) /stock del debito calcolato dalla PCC	100%	100%	100%

Infine, in ottemperanza al nuovo adempimento previsto dalla riforma PNRR milestone M1C-M1C1-72bis, per rafforzare ulteriormente le misure già previste per la riduzione dei tempi di pagamento, nel corso dell'esercizio 2025 l'Istituto ha predisposto il piano dei flussi di cassa applicando il modello previsto dal decreto-legge 155/2024 art. 6 comma 1.

Il piano annuale dei flussi di cassa è stato adottato con delibera n° 64 del 28/02/2025 ed è stato aggiornato trimestralmente con la delibera n° 119 del 18/04/2025, delibera n° 215 del 18/07/2025 e delibera n° 298 del 20/10/2025.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Indicatore	Target	2025
DES0040 – Piano dei flussi di cassa: annuale e trimestrali	4	4

Le buone pratiche amministrativo-contabili

Anche per l'anno 2025 l'Azienda ha garantito la partecipazione alle riunioni di cabina di regia regionali GAAC e PAC, collaborando attivamente alla valutazione delle proposte di migliorie evolutive (MEV) ed alla revisione delle linee guida regionali PAC in tema di Immobilizzazioni materiali e Immateriali ed altresì Patrimonio Netto.

Con riferimento al miglioramento del sistema informativo contabile, nel corso del 2025 si è tenuto conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, finalizzate al miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei rispettivi bilanci attraverso:

- un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario);
- la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali;
- il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale;
- la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP, LA e CP (così come definiti dal decreto 24 maggio 2019). Con riferimento in particolare al modello CP, di rilevazione dei costi dei presidi ospedalieri articolato in ricavi e costi in analogia con il modello CE, le Aziende dovranno porre particolare attenzione alla corretta alimentazione del modello al fine di garantire l'equilibrio della gestione dei presidi ospedalieri.

Indicatori	Target 2025	2025
IND1156 – Coerenza nella compilazione degli schemi di bilancio	≥ 95%	100%
DES0105 – Partecipazione ai gruppi di lavoro per l'aggiornamento delle "Linee Guida Regionali del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)"	Sì	Sì

La corretta tenuta della contabilità (compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario - verifica della correttezza delle scritture contabili - corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale - puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE, SP, LA e CP) è stata attestata dalle relazioni dei collegi sindacali che anche per l'anno 2025 hanno espresso parere favorevole all'intero documento di bilancio.

Quanto al monitoraggio delle partite vetuste, anche per l'anno 2025 è stata svolta un'attenta valutazione sul mantenimento a bilancio di tali partite, tenuto anche conto che le partite pregresse (crediti, debiti, quote inutilizzate di contributi, ecc..) sono attentamente analizzate dal MEF, in sede di verifica degli adempimenti e dalla Corte dei Conti in sede di controllo sui bilanci aziendali. Sono proseguite quindi le attività di controllo su ciascuna partita contabile creditoria e debitoria al fine di verificare la sussistenza del presupposto giuridico per il

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

mantenimento a bilancio di tali partite e, in mancanza di esso, provvedere a rilevare un'insussistenza dell'attivo. È stato nuovamente sottoposto ai gestori aziendali il dettaglio delle partite relative a fatture ancora da ricevere e da emettere, per valutarne la effettiva sussistenza. Per ciascuna partita, il gestore ha indicato la motivazione per il relativo mantenimento in contabilità.

Indicatore	Target	2025
IND1157 – Coerenza con la sussistenza a bilancio delle partite vetuste anni 2022 e precedenti	100% delle partite vetuste verificate	100% delle partite vetuste sono state verificate

Analogamente alle partite vetuste, anche per le fatture e note di credito da ricevere e da emettere 2024 e precedenti, nel corso del 2025 l'Azienda ha proceduto ad un'attenta valutazione sul mantenimento a bilancio di tali poste, tenuto anche conto delle risultanze di magazzino (ordini emessi e bolle caricate nei relativi esercizi di competenza e non fatturati).

Indicatore	Target	2025
IND1158 – Coerenza con la sussistenza a bilancio delle fatture e note di credito da ricevere anno corrente e precedenti (anno corrente 2025)	100% delle fatture da ricevere verificate	100% delle fatture da ricevere verificate

In merito al recupero crediti, l'Azienda ha coordinato il monitoraggio periodico dei ticket ancora da incassare, garantendo a fine esercizio la corretta imputazione per competenza dei ricavi relativi a periodi 2025. Ha altresì coordinato le attività di integrazione con il Servizio Notifiche Digitali della Pubblica Amministrazione, integrato con PagoPA, allo scopo di garantire tempi più rapidi e certezza della consegna delle notifiche di pagamento, minori costi per gli enti e meno disagi per i cittadini.

Recupero crediti e sanzioni per mancata disdetta

Già negli anni precedenti l'azienda ha istituito uno specifico nucleo aziendale dedicato all'attività di recupero crediti per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (in SSN e in ALP) e per quelle di PS. Nel corso del 2025 questa funzione è stata impegnata nell'invio dei solleciti e delle diffide e all'iscrizione a ruolo secondo un programma interno che ha consentito di completare le attività di recupero dei ticket non riscossi al 31/12/2024 per gli anni dal 2021 al 2024. Sono, inoltre, state eseguite le attività di sollecito per il primo semestre 2025. Di seguito si riportano i risultati degli indicatori regionali.

In merito al recupero crediti, l'Azienda ha coordinato il monitoraggio periodico dei ticket ancora da incassare, garantendo a fine esercizio la corretta imputazione per competenza dei ricavi relativi a periodi 2025. Ha altresì coordinato le attività di integrazione con il

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Servizio Notifiche Digitali della Pubblica Amministrazione, integrato con PagoPA, allo scopo di garantire tempi più rapidi e certezza della consegna delle notifiche di pagamento, minori costi per gli enti e meno disagi per i cittadini.

Indicatore	Target 2025	Risultato 2025
IND1196 - Attivazione della procedura di recupero sui ticket non riscossi di competenza 2024 e antecedenti	>=80%	100%
DES0041 - Attivazione del monitoraggio dell'andamento dell'invio dei solleciti e iscrizione a ruolo per i ticket non riscossi 2024 e antecedenti (al 30 settembre 2025, 31 dicembre 2025 e 31 marzo 2026)	2 nel 2025	SI
DES0042 - Attivazione del monitoraggio dell'andamento dell'invio dei solleciti per i ticket non riscossi su prestazioni erogate nel 2025 (al 30 settembre 2025, 31 dicembre 2025 e 31 marzo 2026)	2 nel 2025	SI
IND1198 - Iscrizione al ruolo dei ticket relativi a prestazioni erogate del 2022 e antecedenti	>=50%	85%

In particolare, per gli indicatori DES0041 e DES 0042 l'azienda ha dato riscontro ai monitoraggi regionali.

Nel corso del 2025 l'Azienda ha inoltre attivato alcune azioni finalizzate al miglioramento delle attività di riscossione con l'obiettivo di intervenire sull'intero processo di recupero del credito. In particolare:

- Inserimento di un pool di accettazione amministrativa presso il pronto soccorso generale con l'obiettivo (tra l'altro) di migliorare il presidio della fase di pagamento
- Attivazione dell'invio attraverso App IO delle notifiche di pagamento sia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale sia per quelle di PS. In particolare, per quelle di PS l'invio viene eseguito a 24 ore dalla dimissione. Questa azione facilita anche il pagamento delle prestazioni che può essere effettuato direttamente dall'App attraverso circuito Pago PA.

Per ciò che riguarda le azioni connesse alle sanzioni per mancata disdetta, l'azienda contribuisce all'individuazione della casistica attraverso rendicontazione puntuale verso Azienda USL di Bologna.

La normativa Regionale, L.R. 2/2016 art.23 comma 2 che cita "La sanzione amministrativa è applicata e riscossa dall'Azienda USL territorialmente competente in relazione alla struttura presso la quale è stato fissato l'appuntamento, ai sensi della legge regionale 28 aprile 1984, n. 21 (Disciplina dell'applicazione delle sanzioni amministrative di competenza regionale). Alla medesima Azienda sono attribuiti i relativi proventi.", ha stabilito che l'AUSL di Bologna, in quanto ente territoriale, è competente della gestione di tutte le sanzioni relative a mancata / tardiva disdetta di appuntamenti della stessa e anche di I.O.Rizzoli, AOSP S.Orsola e Strutture Private Accreditate.

Il target dell'indicatore RER prevede di elevare il 90% di sanzioni per prenotazioni fino al 30/06/2025 non disdette. Le prenotazioni fino al 30/06 non disdette e accertabili sono **122.178**. Entro l'anno 2025 l'Azienda USL di Bologna ha elevato **91.012 sanzioni pari al 74%**, relativamente al periodo di competenza agosto 2021 – giugno 2024. Si prevede

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

di raggiungere il target del 90% entro aprile 2026

Indicatore	Target 2025	Risultato 2025
DES0043 - Elevazione sanzioni per mancata disdetta delle prenotazioni fino al 30/06/2025 entro il 31/12/2025	90%	74% (Indicatore Ausl Bo)

Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile

Il progetto GAAC ha visto la realizzazione di un Sistema unitario per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC) in tutte le Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna e continua a rappresenta uno degli obiettivi strategici di questa Regione. A tutt'oggi il GAAC è stato implementato in tutte le Aziende Sanitarie: la GSA, l'Area Vasta Emilia Centro, l'Area Vasta Emilia Nord e nel 2025 è stato esteso all'Azienda Usl della Romagna, limitatamente al ciclo attivo.

L'Azienda ha partecipato alle riunioni di cabina di regia GAAC, coinvolgendo professionisti del servizio con competenze specifiche in base alle tematiche di volta in volta trattate ed ha assicurato la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del sistema informativo;

L'Azienda inoltre:

- ha partecipato e collaborato alle attività di Bonifica delle anagrafiche soggetti coordinate dal livello regionale;
- ha partecipato e collaborato alle attività di Bonifica degli anagrafici beni (Farmaci e Dispositivi Medici) coordinate dal livello regionale;
- ha partecipato e collaborato alle attività volte all'aggiornamento delle anagrafiche centralizzate del dato identificativo unico UDI DI per i Dispositivi Medici così come previsto dai Regolamenti (UE) 2017/745 e 2017/746, usato per identificare e tracciare i dispositivi medici lungo la supply chain sanitaria nell'Unione europea e all'implementazione delle funzionalità GAAC necessarie alla gestione del codice UDI completo a seguito del dettato normativo;
- ha partecipato e collaborato nelle attività finalizzate all'efficientamento degli SPOC coordinate dal livello regionale di cui alla nota Prot. 0255647.U del 11 marzo 2024;
- ha partecipato e collaborato nelle attività finalizzate al miglioramento della gestione dei rilasci coordinate dal livello regionale di cui alla nota Prot. 0255647.U del 11 marzo 2024.
- ha effettuato il collaudo delle MEV 123 e MEV 124 finalizzate alla contabilizzazione automatica delle fatture fornitori, allo scopo di velocizzare la fase di caricamento fatture e garantire ulteriormente i pagamenti entro scadenza contrattuale;
- ha effettuato i test per il collaudo del tracciato record funzionale all'invio ad Agenzia delle Entrate e Riscossione dei crediti e diffidati;
- ha garantito supporto nella gestione delle anagrafiche centralizzate;
- ha garantito supporto ai consulenti RTI nelle attività di test relative alla performance di procedura;
- ha garantito supporto alle attività di bonifica delle anagrafiche soggetti coordinate dal livello regionale;
- ha garantito supporto nell'analisi del modulo recupero crediti per la proposta di migliorie evolutive.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Infine, in riferimento allo sviluppo dei sistemi informativi per il reporting – Area Amministrativa e Controllo (AMC), l'Azienda ha garantito supporto al gruppo tecnico Business Intelligence (BI) regionale.

Contratti di service

Nel corso dell'anno 2025 l'Azienda ha proceduto alla riduzione della contabilizzazione dei conti di bilancio inerenti i service con ridefinizione dei costi sui conti di dispositivi medici, noleggio, assistenza tecnica e IVD.

Indicatore	Target 2025	Risultato 2025
IND1159 – Riduzione della contabilizzazione dei conti di bilancio inerenti i service sanitari	100% attinenza delle indicazioni Regionali	100% attinenza delle indicazioni Regionali

3.2.3.27 Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Le PP.AA., nel cui novero rientra l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna, sono i principali acquirenti di beni e servizi.

Con le proprie strategie e modalità di acquisto sono in grado di influenzare in maniera determinante sulla sostenibilità del servizio sanitario regionale.

Pertanto, lavorare sulle politiche degli approvvigionamenti ha assunto un significato strategico fondamentale per il conseguimento della menzionata sostenibilità.

Rafforzare il percorso già intrapreso, consolidando la collaborazione tra la centrale di acquisto e le Aziende Sanitarie e creando ulteriori significative sinergie tra gli stessi, ha portato a significative economie di scala, riducendo i costi, aumentando l'efficienza e razionalizzando gli approvvigionamenti.

Gli acquisti centralizzati non solo hanno favorito la performance economica, ma hanno offerto anche un'opportunità unica per impegnarsi per uno sviluppo sostenibile. Scegliendo di unificare i fabbisogni e le esigenze con entità che condividono gli stessi valori, ha avuto un'influenza positiva sulla catena di approvvigionamento, incidendo tra l'altro anche favorevolmente sulle pratiche responsabili. L'acquisto responsabile non solo ha consentito economie di scala, ma ha contribuito anche a un impatto sociale e ambientale positivo, rafforzando così l'immagine e la reputazione delle aziende coinvolte.

L'anno 2025 ha visto pertanto

- un rafforzamento della centralizzazione degli acquisti con un ampliamento del perimetro delle attività a categorie merceologiche particolarmente impattanti sui costi della sanità regionale;
- l'introduzione di strategie innovative: si è puntato sui valori che un prodotto o servizio può offrire, sui risultati che saranno conseguiti, sull'esito di salute che sarà accertato, sui benefici in termini di efficienza ed efficacia del trattamento assistenziale, superando la logica di governance tradizionale guidata sostanzialmente dai risparmi;

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

- l'ottimizzazione della programmazione degli acquisti con una piena integrazione dei tre livelli cui afferiscono le politiche di approvvigionamento (regionale, Area vasta e aziendale).

Nell'anno 2025 si è portato a compimento il percorso di digitalizzazione intrapreso nel corso dell'anno 2024, in ossequio a quanto normativamente prescritto, con un rafforzamento della sicurezza informatica, snellimento cospicuo delle procedure, semplificazione e velocizzazione delle fasi di ciclo di vita degli acquisti, implementazione delle misure in materia di prevenzione dei fenomeni corruttivi.

L'anno 2025 è stato altresì caratterizzato dalla valorizzazione delle pratiche sostenibili.

In linea con quanto già da tempo intrapreso le procedure di gara sono state strutturate:

- contemplamento elementi sempre più significativi;
- rafforzando le misure di contrasto ai cambiamenti climatici;
- valorizzando e premiando con sempre maggiore rilevanza l'impegno in materia di eco-sostenibilità;
- stimolando la generale adozione di comportamenti sempre più responsabili

La collaborazione con la centrale di acquisto regionale Intercent-ER è stata determinante nelle politiche di acquisto per un sempre più efficiente utilizzo degli strumenti di acquisto messi a disposizione della medesima.

L'Azienda ha raggiunto l'obiettivo di acquisto di beni e servizi attraverso procedure centralizzate di spesa per beni e servizi oggetto di convenzione regionale o di Consip (58% del totale). La possibilità di realizzare tale obiettivo è stata essenzialmente determinata dal numero delle convenzioni attivate dall'Agenzia Regionale o da Consip.

Indicatore	Target 2025	Risultato 2025
IND0818 - Percentuale di spesa di beni e servizi gestiti attraverso iniziative centralizzate rispetto alla spesa complessiva per beni e servizi (per iniziative centralizzate si intendono le convenzioni/accordi quadro messi a disposizione da Intercent-ER o, in caso di assenza di iniziative regionali, da Consip S.p.A. e gli acquisti di beni legati all'emergenza Covid-19 effettuati tramite le Aziende Sanitarie Capofila delegate dalla Direzione Generale cura della persona, salute e welfare)	60% per ASL 58% per Aziende Ospedaliere 35% per IOR	67%

3.2.3.28 Il governo delle risorse umane

Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) e costi del personale

In applicazione della disciplina e delle linee guida regionali relative alla predisposizione del Piano integrato di attività e di organizzazione (PIAO), l'Azienda ha predisposto la specifica sottosezione relativa al Piano dei fabbisogni che indica le scelte strategiche relative all'organizzazione degli uffici e dei servizi, in coerenza con la programmazione pluriennale della performance, relative al triennio di riferimento, per la

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

programmazione dei fabbisogni.

Il "Piano attuativo del PIAO relativo alla programmazione triennale dei fabbisogni di personale", indica, annualmente, la programmazione dei fabbisogni, in coerenza con le scelte strategiche aziendali e della programmazione regionale, ed è soggetto all'approvazione regionale. Esso fa quindi riferimento ad un arco temporale pluriennale non necessariamente coincidente con quello proprio del PIAO (essendo, in base alla normativa prima richiamata, un Piano triennale a scorrimento) e viene pertanto predisposto anno per anno secondo le indicazioni e le tempistiche definite dalla Regione, al fine di assicurare la coerenza della programmazione aziendale con la cornice finanziaria complessiva del SSR e con gli obiettivi finalizzati a promuovere la crescita e la valorizzazione professionale del personale dipendente delle aziende sanitarie.

Con specifico riguardo agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), tenuto conto delle previsioni dettate dall'art. 10 del D.lgs. 200/2022, il Piano attuativo del PIAO relativo al PTFP contiene una specifica sezione dedicata al personale della ricerca sanitaria degli IRCCS assunto con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato. Sono inoltre specificati, annualmente, i posti destinati alle attività di ricerca per l'inquadramento a tempo indeterminato del personale della ricerca.

Il PTFP per il triennio 2025-2027 dell'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola è stato impostato in coerenza con le linee di programmazione regionali e con l'obiettivo economico-finanziario assegnato, nonché con quanto indicato nel bilancio preventivo 2025, assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali.

Il PTFP 2025-2027, adottato in via provvisoria dall'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola contestualmente al Bilancio Economico Preventivo, è stato approvato definitivamente con deliberazione n. 250 del 26/08/2025, a seguito dell'approvazione regionale dei Bilanci Economici Preventivi, ai sensi della deliberazione n. 972/2025 della Regione Emilia-Romagna che disciplina il procedimento di approvazione regionale del PTFP.

Con riferimento alle linee di programmazione di cui sopra, l'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola si è impegnata a contenere il ricorso a contratti di somministrazione di lavoro a tempo determinato e ha garantito il rispetto delle condizioni richieste dalla vigente disciplina legislativa e contrattuale.

L'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola si è inoltre impegnata a completare l'implementazione delle procedure dirette a dare applicazione agli indirizzi regionali in materia di superamento del precariato e di valorizzazione della professionalità acquisita dal personale con rapporti di lavoro di natura flessibile, contenuti nei diversi protocolli sottoscritti con le Organizzazioni sindacali regionali, sia per il personale del comparto che per quello delle aree dirigenziali, valorizzando tutte le potenzialità racchiuse nelle procedure disciplinate dall'art. 20 del D.lgs. n. 75/2017 e s.m.i..

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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.

Gestione del sistema sanitario regionale e del personale

L'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola è stata impegnata altresì nell'attuazione di progetti e programmi a supporto dei processi di innovazione, di sviluppo e potenziamento alle politiche di integrazione a livello sovra aziendale, per l'accorpamento di attività e funzioni tecnico amministrative, di supporto professionale e sanitario. Sono stati garantiti il regolare accesso alle prestazioni rivolte all'utenza e la razionalizzazione dei sistemi organizzativi allo scopo di valorizzare professionalmente il personale e favorire la piena e qualificata erogazione dei servizi, nonché la riduzione delle liste di attesa.

In ordine ai processi di collaborazione interaziendale e alle relazioni con i diversi soggetti che interagiscono col sistema sanitario regionale, anche per l'anno 2025 si è ritenuto necessario proseguire nell'impegno collettivo al fine di sviluppare linee d'azione comuni in ambito di politiche del personale. L'Azienda ha garantito la partecipazione agli incontri periodici dei Tavoli di confronto attivati a livello regionale, provinciale o di Area Vasta, attivati al fine di stabilire criteri omogenei di interpretazione normativa, analisi e definizione di politiche del personale, anche di livello sindacale, gestione giuridica ed economica dei benefici legati alla contrattazione collettiva nazionale, sistemi di valutazione del merito e dello sviluppo delle competenze professionali e qualsiasi altro argomento che interessi e coinvolga il Sistema sanitario regionale nel suo complesso.

Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane (GRU)

L'Azienda ha garantito il coordinamento con la Regione per la prosecuzione delle attività di governo del progetto "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU).

Al fine di poter fruire di tutti i vantaggi forniti dal software unico, anche in termini di efficientamento e di miglioramento della qualità del lavoro svolto dagli operatori, anche nell'anno 2025 l'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola si è impegnata al pieno ed esclusivo utilizzo dei moduli presenti nel sistema, al fine di assicurare il concreto efficientamento dei processi di programmazione e controllo gestionale beneficiando della sinergia del sistema. In particolare, ha dato progressivamente applicazione alla gestione della turnistica, tramite l'apposito Modulo Gestione Turni.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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.

Indicatore	Target 2025	Risultato 2025
DES0109 - Rispetto delle tempistiche su verifiche e controlli condivisi con la Cabina di regia GRU, da effettuare da parte delle Aziende sanitarie sulle implementazioni relative ai Moduli GRU e alla BI ReportER del personale.	Feedback restituito entro i termini	Raggiunto il 100% del target

Indicatore	Target 2025	Risultato 2025
DES0108- Avvio delle procedure di stabilizzazione entro il termine di legge, in coerenza con la programmazione triennale dei fabbisogni di personale e nel rispetto delle indicazioni regionali	Pubblicazione avvisi	Raggiunto il 100% del target

Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le OO.SS

Le relazioni con le Organizzazioni Sindacali restano improntate allo sviluppo di politiche orientate all'efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale, con particolare riguardo sia al riconoscimento delle professionalità, sia allo sviluppo della autonomia professionale. A tal fine, l'Azienda ha proseguito con le modalità finora adottate, in modo da garantire la prosecuzione di un dibattito costruttivo sulle future politiche occupazionali, in particolare per quanto riguarda i processi di innovazione, la stabilizzazione dei rapporti "precari" e la tutela della genitorialità, con l'obiettivo di orientare le risorse alla promozione di specifici progetti, programmi o piani di lavoro, diretti sia al miglioramento dei servizi rivolti all'utenza, sia alla razionalizzazione della spesa che alla lotta agli sprechi.

Per quanto riguarda il governo della contrattazione integrativa, l'Azienda ha garantito, in coerenza con le normative vigenti, l'applicazione delle linee generali di indirizzo sulla contrattazione integrativa aziendale, nonché dei rinnovi del CCNL per il personale del Comparto e del CCNL della Dirigenza.

Costi del personale

Anche per l'anno 2025 si è proceduto al monitoraggio delle gestioni aziendali con la finalità di verificare i costi sostenuti dall'Azienda in relazione agli obiettivi assegnati e intervenire con azioni e misure correttive a fronte di eventuali scostamenti, per ottimizzare i costi e garantire la sostenibilità del SSR, per dettagli ulteriori si rimanda al capitolo 4.2 Scostamento dei risultati rispetto al bilancio Preventivo economico 2025 e al consuntivo 2024.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Indicatore	Target 2025	Risultato 2025
DES0113 - Rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione dei PTFP e degli Accordi sottoscritti	Pieno rispetto indicazioni regionali e normative	Pieno rispetto indicazioni regionali e normative

Gestione delle inidoneità alla mansione specifica nell'ambito dell'Irccs Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna

La gestione delle inidoneità, sia temporanee che definitive, rappresenta una sfida significativa per l'efficienza aziendale, soprattutto in ambito ospedaliero universitario. Nel tempo, il fenomeno è stato assorbito dall'organizzazione, ma si è reso necessario adottare un approccio innovativo per garantire una gestione efficiente delle risorse.

Nel 2019 è stata introdotta la procedura PA126, che ha previsto la creazione di una commissione interna dedicata alla valutazione dei casi di inidoneità. Tuttavia, l'avvio operativo è avvenuto solo nel 2023, a seguito della pandemia. Il progetto, consolidato nel corso del 2024 e 2025, mira a tutelare la salute dei dipendenti, conciliando le esigenze organizzative e normative con la mission aziendale.

L'obiettivo principale è individuare per ogni dipendente una collocazione lavorativa compatibile con lo stato di salute, valorizzando al contempo l'efficienza organizzativa. Parallelamente, sono stati rafforzati gli interventi di prevenzione e sicurezza, con l'introduzione di ausili specifici per ridurre i rischi legati alle mansioni.

Particolare attenzione è stata dedicata all'invecchiamento della forza lavoro, con analisi mirate sulle variazioni fisiologiche e sulle patologie correlate all'età, al fine di mappare le posizioni di inidoneità presenti in azienda.

L'analisi condotta inizialmente sui giudizi rilasciati dal medico competente infatti ha rilevato che, spesso, esprimevano "false idoneità", ovvero di giudizi di idoneità che non erano più correlati alla mansione prevista nella definizione del profilo professionale per il quale il lavoratore è stato assunto, idoneità che è da riferire a tutte le mansioni previste nella qualifica di assunzione (Cassazione Civile n. 12637 del 28/08/2003), ma erano espressi in relazione al nuovo piano di attività individuale realizzato al fine di rispettare una rilevata inidoneità alla mansione prevista nella qualifica di assunzione e, quindi, non fornivano più evidenza della effettiva inidoneità rispetto alla mansione specifica, come definita dalla sentenza della Corte di Cassazione citata.

Il percorso di revisione delle "false idoneità" si è pressoché completato nel corso del 2025.

Il metodo adottato ha combinato un'analisi quantitativa (raccolta dati e cruscotto di monitoraggio) e qualitativa (valutazione caso per caso, considerando salute, titoli, competenze e aspettative). L'approccio multidisciplinare e trasversale ha coinvolto tutte le strutture aziendali, garantendo equità e sistematicità nella gestione.

Il metodo utilizzato è stato quantitativo e qualitativo:

- o quantitativo: raccolta dei dati specifici e costruzione di un cruscotto di analisi;
- o qualitativo: analisi concreta del singolo caso – volta ad individuare ragioni, opinioni e motivazioni dei soggetti coinvolti, tenendo in considerazione possibilità oggettive

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

nel rispetto dello stato di salute, titoli di studio posseduti, percorsi ed *expertise* lavorative, aspettative del singolo temperate con le esigenze organizzative aziendali.

Si è prescelto un approccio multidisciplinare, trasversale, generale e strutturale:

- multidisciplinare: che vedesse direttamente e attivamente coinvolte le diverse professionalità in modo che ciascuna potesse apportare la competenza specifica nell'ingegnerizzazione del processo prima e nell'applicazione dello stesso poi;
- trasversale: attraverso il coinvolgimento di tutte le strutture aziendali ed i relativi attori già coinvolti o da coinvolgere nel processo;
- generale: con l'applicazione a tutti i dipendenti in presenza di parità di condizioni ovvero di un giudizio di inidoneità alla mansione specifica (temporanea o definitiva);
- strutturale: analisi dei rischi correlati alla mansione specifica volta ad individuare e ad implementare l'acquisto e quindi l'utilizzo degli ausili finalizzati alla protezione dei dipendenti ed alla conseguente prevenzione di patologie che possono comportare insorgenza di nuove inidoneità.

È stata condotta una analisi sull'iter procedurale per la gestione delle inidoneità in Azienda, definendo all'interno di una specifica procedura chi è deputato a fare cosa, con quali tempi e modalità, definendo una linea procedurale per affrontare e gestire fattivamente la tematica con garanzia della tutela della salute del dipendente, dei pazienti e minimizzazione degli impatti organizzativi.

Il tema è stato affrontato complessivamente partendo da un diverso punto di vista al fine di passare da un approccio sostanzialmente passivo, con l'adozione di "soluzioni tampone", ad uno attivo che potesse condurre ad un risultato proficuo nel suo complesso, in quanto frutto del bilanciamento dei diversi interessi coinvolti.

Si è partiti dalla considerazione che per poter essere efficace il processo doveva essere condiviso e partecipato, essendo imprescindibile la partecipazione di tutte le competenze coinvolte che, fino a quel momento, avevano agito anche con professionalità elevata, ma in modo disgiunto, senza una prospettiva di sistema e senza essere mosse dalla consapevolezza e dall'intenzione di perseguire un fine comune.

È stato pertanto definito un coordinamento forte ed unitario, posto in capo alla Direzione Amministrativa; la figura del "process owner" è stata fondamentale, tanto nella fase di progettazione dell'iter quanto in quella attuativa dello stesso, tra le altre cose proprio nel riuscire effettivamente a mettere a frutto le diverse competenze coinvolte e nel creare una vera e propria "rete aziendale".

È stata costituita una specifica "commissione aziendale", fondata sui criteri di multidisciplinarietà e trasversalità, che ha rappresentato l'elemento chiave del processo, anche al fine di impostare l'attività svolta in modo sinergico ed integrato tra i diversi soggetti coinvolti nel processo di Disability management.

L'impostazione del metodo adottato ha poi visto posizionare al centro dell'analisi del processo il lavoratore con inidoneità in relazione ai suoi bisogni di salute, ai titoli di studio/di formazione conseguiti e/o abilità/attitudini possedute, nonché alle aspettative attese.

L'approccio seguito nel "porre al centro il dipendente" e ritenere elemento fondante quello dell'ascolto, confronto, condivisione, ha rappresentato un metodo di applicazione del

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

D.Lgs. 62 del 2024, in attuazione della Legge delega 227 del 22/12/2021 e, in particolare, dell'“accomodamento ragionevole”, con l'unico elemento di differenziazione dato dal fatto che, in questo caso, la previsione normativa prevede che il percorso sia attivato ad istanza di parte.

Al fine di poter incidere positivamente in modo prospettico sull'insorgenza di future inidoneità, è stata posta in essere una specifica analisi che ha condotto all'acquisizione degli ausili necessari a fronteggiare i rischi correlati alle mansioni specifiche.

L'analisi ha tenuto conto del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR), in cui vengono specificati i rischi delle varie attività lavorative nelle singole articolazioni organizzative, in riferimento alla “mansione specifica” rispetto alla quale il medico competente svolge le attività di sorveglianza sanitaria sui lavoratori.

L'ambito di applicazione ha riguardato tutto il personale con giudizio di inidoneità parziale o totale, temporaneo o definitivo soggetto agli obblighi di sorveglianza sanitaria previsti dal D. Lgs. n. 81/2008.

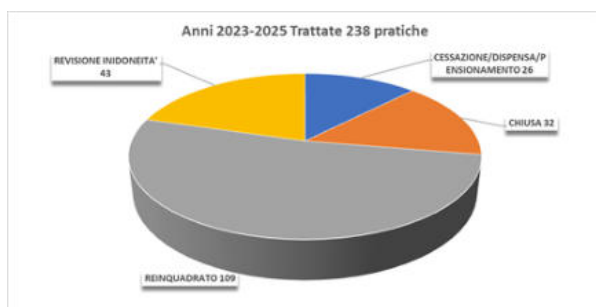
Risultati e relativi dati

I dati rilevati in esito ai lavori condotti sulla base della procedura adottata evidenziano che il percorso ha privilegiato il recupero al servizio attivo del dipendente con l'individuazione di una idonea e proficua collocazione (valore sia per il dipendente che per l'Azienda) più che la risoluzione del rapporto di lavoro che ha rappresentato l'ultima ratio ed è intervenuta, sulla base della presenza di condizioni di salute che oggettivamente non consentiva più una diversa possibilità di allocazione.

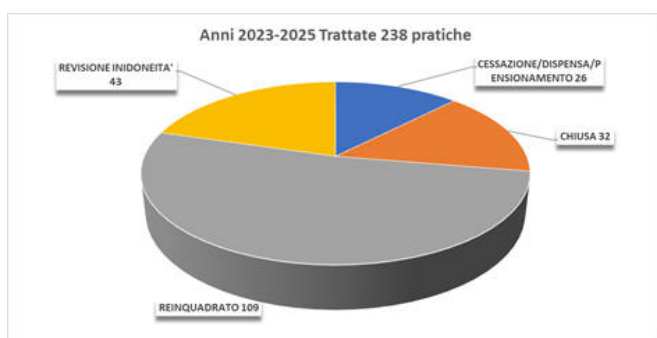
Altro risultato importante è quello derivante dal percorso parallelo con il potenziamento dell'ambito della prevenzione e protezione tramite lo sviluppo di un progetto finalizzato alla riduzione del rischio con implementazione all'interno del Servizio Prevenzione e Protezione di specifiche competenze e con attività di formazione sul campo degli operatori unitamente all'investimento su presidi e ausili mirati.

Per quanto riguarda le 93 pratiche chiuse nel corso del 2025, risulta completato il percorso di reinquadramento per 49 posizioni, mentre nel corso dell'anno si è registrata l'interruzione del rapporto di lavoro per 9 posizioni.

Complessivamente nel triennio 2023-2025 sono state completate 238 pratiche, risulta completato il percorso di reinquadramento per complessive 109 posizioni, mentre nello stesso periodo si è registrata l'interruzione del rapporto di lavoro per 26 posizioni.

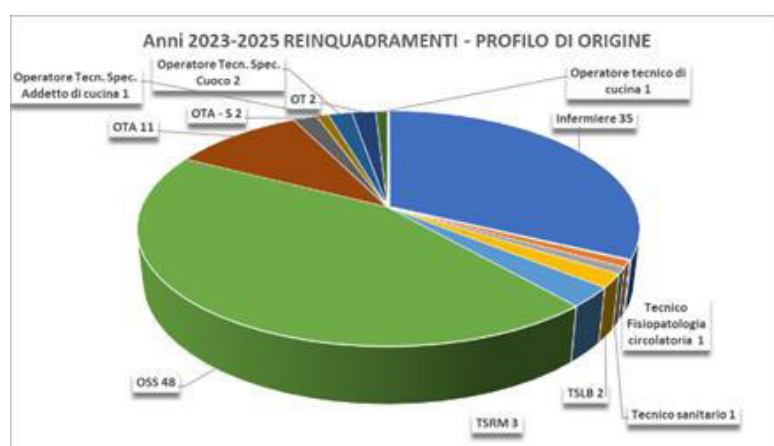
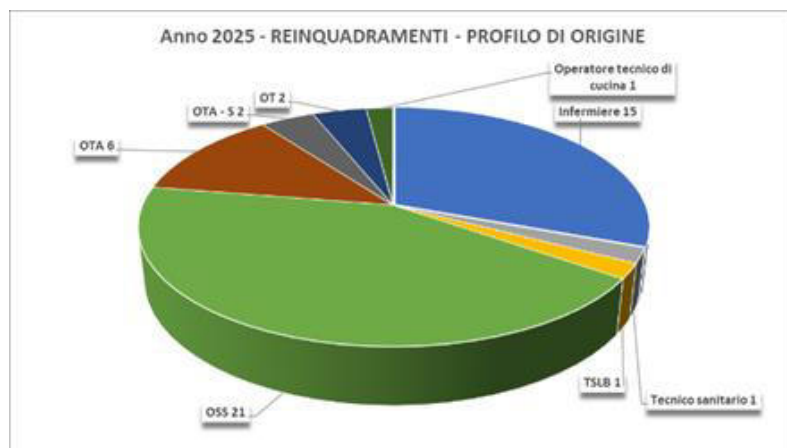


- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -



Da segnalare la chiusura di 43 pratiche per revisione positiva del giudizio di inidoneità, di cui 9 nel 2025, a seguito di richiesta di visita al medico competente da parte del dipendente.

Nel grafico seguente sono rappresentati i profili di appartenenza del personale dipendente reinquadrato nel corso del 2025: 17 appartengono all'area delle professioni sanitarie (42 complessivi nel periodo 2023-2025), 29 all'area sociosanitaria (61 complessivi nel periodo 2023-2025) e 3 all'area tecnica (6 complessivi nel periodo 2023-2025)



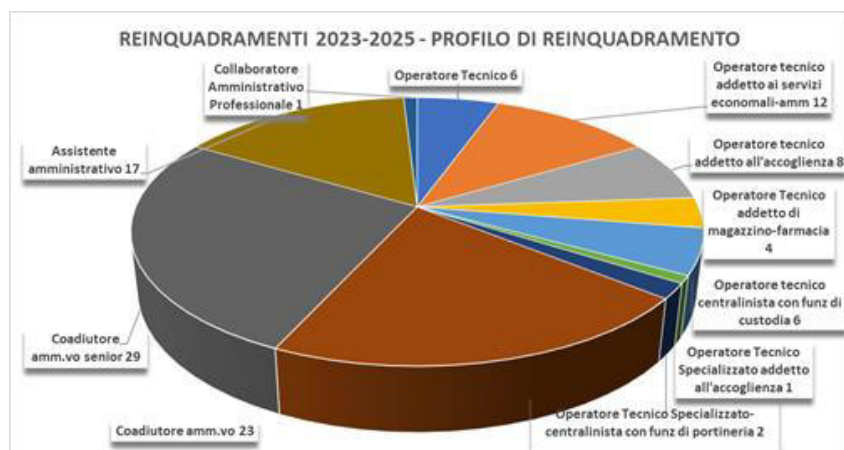
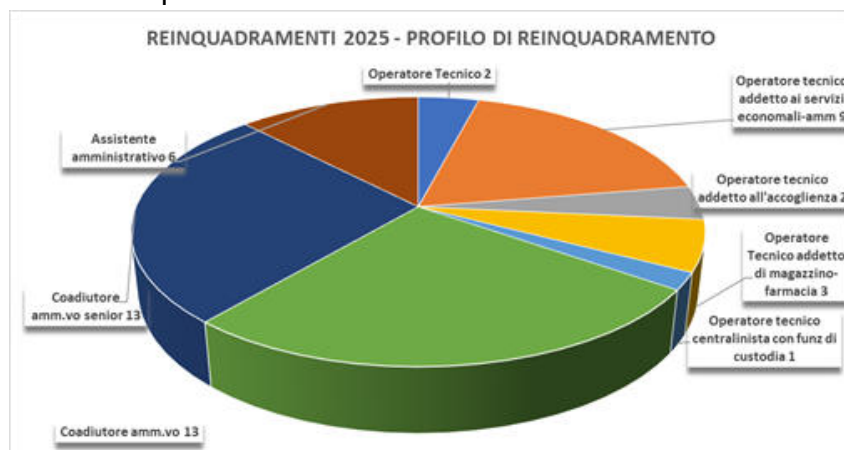
In esito al processo di reinquadramento dei dipendenti giudicati permanentemente inidonei alle mansioni della qualifica di assunzione è stato possibile reimpiegare in altre attività, in ambito amministrativo o tecnico, 49 dipendenti, consentendo di riassorbire una parte del turn over in tali aree.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

In particolare:

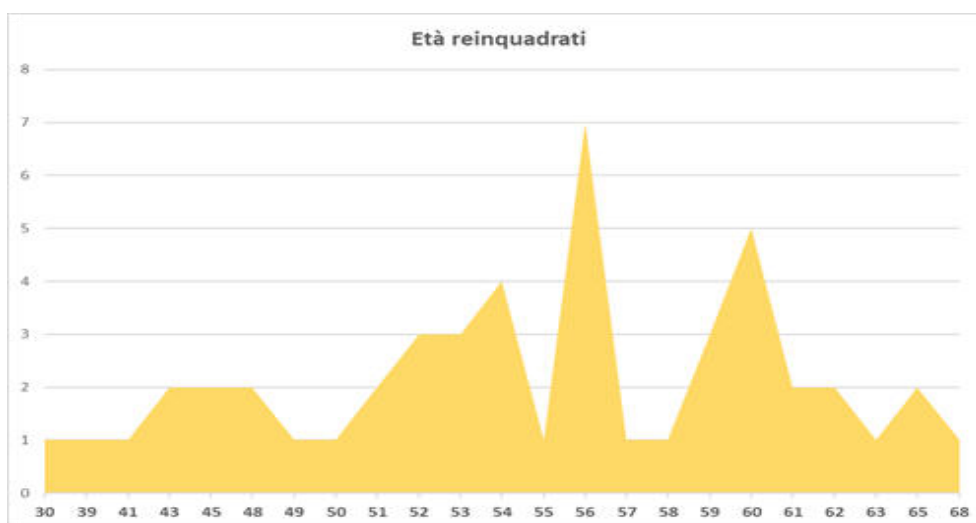
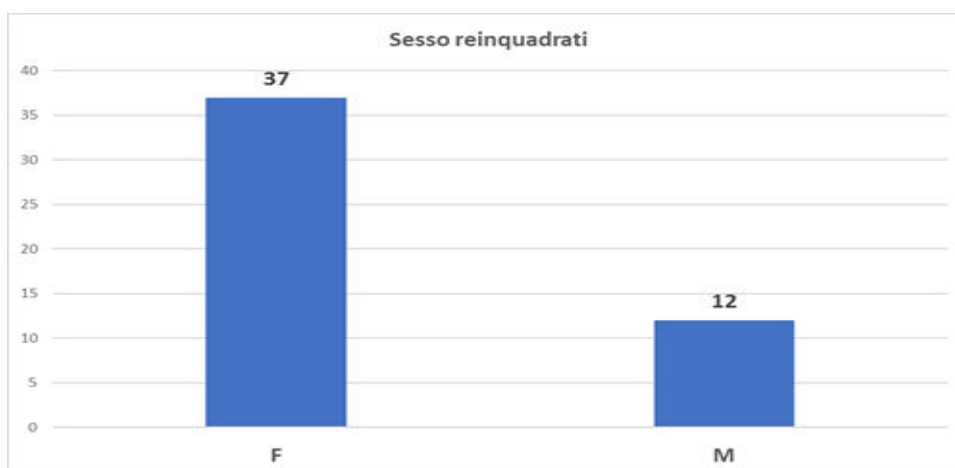
- 32 dipendenti sono stati reinquadrati in profili professionali del ruolo amministrativo
- 17 dipendenti sono stati reinquadrati in profili professionali del ruolo tecnico.

Nei grafici sottostante è rappresentata la distribuzione dei dipendenti idonei nei diversi profili di reinquadramento.



L'età media dei profili reinquadrati è pari a 54,28 anni, di seguito è rappresentata la distribuzione per età e sesso del personale reinquadrato nel corso del 2025.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -



Valutazione del rischio e misure di prevenzione

La valutazione del rischio movimentazione e l'individuazione delle misure per la riduzione dello stesso sono passaggi necessari previsti dal dettato normativo sia come corollario all'attività della commissione per la gestione delle inidoneità: intervenire sulla riduzione del rischio determina ambienti di lavoro più sicuri che permettono il più possibile il mantenimento del lavoratore nella sua qualifica/mansione lavorativa.

A tal fine è stato attivato un percorso formativo per la costituzione di una rete aziendale di "ergocoach" (attualmente 44 formati e 20 in formazione) rappresentati da figure sanitarie (infermieri ed OSS) che costituiscono per il SPP e la Direzione Assistenziale delle figure referenti di Unità Operativa in grado di formare gli operatori del reparto e addestrarli all'uso degli ausili, individuando il corretto ausilio per tipologia di paziente direttamente sul campo.

Il coordinamento della rete viene effettuato dal SPP aziendale.

Allo stato attuale sono presenti ergocoach in 22 Unità Operative ed è in programmazione un corso di formazione per altre 10 Unità Operative. La scelta di effettuare un percorso di tale complessità deriva dalla necessità di fornire, di far utilizzare e di farlo in modo appropriato le attrezzature in dotazione, unica garanzia che il rischio sia

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

effettivamente ridotto il più possibile durante l'attività assistenziale.

Per i restanti rischi da movimentazione dei carichi e da traino/spinta, si proceduto con l'implementazione di un progetto di riorganizzazione delle modalità di consegna nei depositi di reparto di materiale e farmaci da parte dell'appalto, quindi non più in carico all'OSS, mentre il traino/spinta dei letti è sempre effettuato da due operatori.

In Azienda quindi si è provveduto a sviluppare e a mantenere un progetto dedicato:

- alla rivalutazione del rischio di movimentazione paziente di tutti i reparti assistenziali con il metodo MAPO (Movimentazione Assistita Paziente Ospedalizzato). Tale valutazione permette anche l'analisi dettagliata delle attrezzature (numero e caratteristiche) presenti nel reparto, oltre che degli ambienti e della tipologia di pazienti e delle movimentazioni effettuate;
- alla conseguente acquisizione di attrezzature (carrozine idonee, schienali per allettati, ecc.), ausili maggiori (sollevapazienti a binario) e minori (teli e tavole ad alto scorrimento, pedane per la movimentazione);
- alla sostituzione di tutti i letti di degenza con letti elettrici secondo un piano predefinito e, negli ambulatori, con lettini ambulatoriali regolabili in altezza;
- all'acquisizione di barelle ad altezza regolabile per luoghi specifici (es. Camera mortuaria);
- all'acquisizione di sistemi (ergo-lift) riprogettati e specifici per la movimentazione ausiliata delle sacche in emodialisi;
- all'acquisizione di sgabelli ergonomici, in riferimento al rischio dovuto alla postura eretta prolungata
- all'acquisizione di arredi per camere di degenza che permettano di garantire spazi sufficienti intorno al letto per consentire un lavoro assistenziale agevole;
- Per ogni nuova attrezzatura è stato effettuato uno specifico addestramento all'uso.

Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le OO.SS

L'Azienda e le Organizzazioni Sindacali hanno mantenuto aperto il confronto sia sulla gestione corrente improntata allo sviluppo di politiche orientate all'efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, sia su importanti processi di innovazione in ambito metropolitano ed in ambito aziendale tramite la presentazione di specifiche pianificazioni/riorganizzazioni.

Le relazioni con le Organizzazioni Sindacali hanno approfondito ulteriormente la valorizzazione e la qualificazione del personale con l'obiettivo di orientare le risorse alla promozione di specifici progetti, programmi o piani di lavoro, diretti al miglioramento dei servizi rivolti all'utenza.

In particolare, per l'area comparto l'orientamento della contrattazione e del confronto è stato rivolto al riconoscimento delle professionalità e allo sviluppo dell'autonomia professionale, attraverso la definizione dei criteri per l'attribuzione e valutazione dei premi correlati alla performance individuale, oltre alla definizione dei criteri per l'assegnazione dei differenziali economici di professionalità. Inoltre, è stata prevista la modalità per la gestione della variazione volontaria della collocazione di lavoro per il personale afferente alla Direzione Assistenziale. E' stato infine aggiornato il sistema delle relazioni sindacali alla nuova contrattazione collettiva nazionale.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

In merito alla sezione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria sono stati definiti i criteri per l'assegnazione dei differenziali economici di professionalità e per la graduazione degli incarichi di funzione.

Per l'area sanità si è definito il regolamento per la disciplina dell'orario di lavoro e la revisione dei criteri generali di graduazione delle posizioni dirigenziali.

Per tutte le aree si è proceduto, infine, sempre di concerto con le OOSS, alla revisione e all'aggiornamento degli accordi integrativi sui criteri per la ripartizione delle risorse disponibili per la contrattazione integrativa.

3.2.3.29 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 delibera di Giunta regionale n. 2079/2013, in coerenza con il contesto normativo, regolatorio e amministrativo di riferimento.

In primo luogo, sono state attuate le azioni finalizzate alla tempestiva e completa istruttoria dei casi di competenza aziendale e del Nucleo Regionale di Valutazione, 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 Nucleo regionale.

Ciascuna fase di gestione dei sinistri (apertura, istruttoria, decisione e definizione), aperti nel 2025, pertanto, è stata orientata in modo che entro 6 mesi dalla data della richiesta di risarcimento si concluda la fase decisoria interna al Comitato Valutazione Sinistri aziendale (abbr. CVS), compresi i sinistri di seconda fascia, con la conseguente trasmissione al Nucleo Regionale di Valutazione sinistri (abbr. NRV) della documentazione completa.

In tale prospettiva, sono state sviluppate le azioni sinergiche tra i vari Servizi coinvolti (con invito al CVS per condividere l'istruttoria eseguita), perché i sinistri aperti richiedenti una valutazione medico-legale (abbr. VML) fossero definiti in CVS nel termine previsto di 180 giorni.

In tal modo, il **100%** dei sinistri aperti nel 2025 richiedenti una valutazione medico-legale è stato processato con decisione in CVS entro 180 giorni dall'apertura e, comunque, entro il 31/01/2025 (n. tot. sinistri aperti nel 2025: 73; n. sinistri richiedenti valutazione medico-legale: 65; n. sinistri richiedenti valutazione medico-legale trattati al CVS: 65). Si evidenzia a tale proposito che, nel 2025, si sono tenute n. 19 sedute di CVS aziendale e 7 sedute di CVS congiunto (interaziendale).

Anche nel 2025 è proseguita l'attività di coinvolgimento dei professionisti e responsabili delle UU.OO. coinvolte, anche al fine di garantire i diritti partecipativi riconosciuti dalla Legge 24/2017 fin dai primi momenti della gestione del sinistro, con colloqui con la Medicina Legale aziendale ed invito ai professionisti a partecipare alla seduta del CVS in occasione della quale è trattata la posizione, unitamente alla comunicazione di avvio trattative ex art. 13 L. 24/2017 (preceduta da una telefonata da parte della Medicina Legale). A tale proposito si evidenzia che, nel 2025, n. 6 professionisti dell'IRCCS AOU BO hanno partecipato alle sedute del CVS, nell'ambito delle quali sono stati definiti i sinistri che li vedevano coinvolti, mentre n. 4 professionisti hanno inviato osservazioni.

L'U.O.C. di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio ha continuato a fornire il supporto ai professionisti sia in fase di redazione della relazione interna, sia nelle fasi

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

successive fino alla stesura del parere medico-legale interno. Ha altresì garantito la difesa tecnica di Azienda e professionisti in ambito civile e dei professionisti in ambito penale, assicurando la presenza alle indagini autoptiche, la redazione degli elaborati preliminari e le osservazioni critiche nelle varie fasi e nei diversi ambiti.

Per garantire un'efficace e tempestiva cogestione dei sinistri tra Azienda e NRV, anche nel 2025 sono state attuate le "Direttive per la cogestione del sinistro su offerte transattive, acquiescenza o impugnazione di decisioni della Autorità giudiziaria" (PG 1165981 del 17/12/2021), in relazione a ciascuna delle fattispecie ivi delineate. Sono proseguite, altresì, le azioni finalizzate alla tempestiva e completa istruttoria dei casi di competenza aziendale e del NRV nel rispetto delle corrette modalità di relazione tra le Aziende ed il NRV come definite nel documento "Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell'attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione".

In particolare, per il **100%** dei sinistri di seconda fascia regionale trattati in CVS, si è proceduto con l'applicazione del modello di verbale stabilito dal Nucleo regionale di valutazione con nota trasmessa all'azienda in data 20/07/2022 (prot. RER n. 0647322, Ns. prot. N. 262628).

Per i sinistri di seconda fascia regionale, il **100%** delle istanze di parere al NRV, 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, giudiziaria e amministrativa).

Parimenti, il **100%** delle istanze è stato corredato dalla dichiarazione di conformità dell'istruttoria del sinistro alle indicazioni regionali di cui alla Circolare n. 12/2019 (n. tot. istanze trasmesse al NRV dal 01/01/2024 al 31/12/2024).

Inoltre, alla luce della pubblicazione dei criteri orientativi dell'Osservatorio del Tribunale di Milano, che prevedono la liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale in base ad una graduazione a punti, con riguardo al PUNTO E (qualità e intensità della relazione affettiva che caratterizzava lo specifico rapporto parentale perduto), al fine di rendere omogenea la modalità di liquidazione di tale tipologia di danno in ambito regionale, in linea con l'orientamento/indicazioni del NRV e della giurisprudenza di legittimità e di merito, si è proseguito nel riconoscimento di tale voce di danno in CVS solo in casi motivati di circostanze allegare e provate.

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.

È proseguita 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).

Altresì, per il monitoraggio dell'effettiva implementazione dell'intero percorso di gestione dei sinistri, il sistema di reportistica aziendale (database) è costantemente alimentato, sino al raggiungimento del grado di completezza del **100%** al 31/01/2026.

Si è proceduto alla valorizzazione delle riserve di ciascun sinistro, normalmente formalizzate all'ultimo CVS dell'anno di riferimento, aggiornando coerentemente la banca dati regionale, poiché anche detta attività costituisce idoneo adempimento alla gestione del sinistro con valutazione medico-legale.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

A tal 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 SegnalER, 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 (Modulo C) alle "Richieste di risarcimento".

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.

E' stata revisionata l'Informativa in materia di protezione dei dati personali, gestione del contenzioso, attività di medicina legale e rischio sanitario", allegato 1/PA 45, resa al danneggiato a seguito dell'apertura del sinistro, precisando che *"La corrispondenza pervenuta ai legali di IRCCS AOU BO, anche se qualificata come riservata, verrà trattata secondo la normativa di gestione dei documenti amministrativi aziendali e comunque agli effetti della normativa deontologica, ove applicabile"*.

Conseguentemente, le comunicazioni in tema di trattative, laddove intercorse tra il legale di parte richiedente e i legali dell'Azienda, non verranno inserite nella cartella condivisa ma conservate dal legale destinatario che ne riferirà il contenuto nell'ambito del CVS o con mail.

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.

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), e dell'avvio dei tavoli di lavoro degli uffici legali per un confronto sul tema, rinviando all'esito, 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 della stessa, mediante la pubblicazione dell'avviso di cui alla deliberazione n. 307 del 28/10/2025, con successiva presa d'atto dell'elenco dei 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.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Si è mantenuto il confronto – già in atto – in sede interaziendale 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.

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.

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 n. 25423/2025, 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. 25423/2025 e avvio percorso formativo 2025". La 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), ha previsto incontri formativi a cadenza bimestrale, con inizio il 21/02/2025 fino al 03/10/2025, per un totale di 6 incontri formativi.

È proseguita nel 2025 la partecipazione al Board per la prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza a supporto del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza nell'azione di programmazione, impulso, coordinamento, monitoraggio e rendicontazione delle attività di competenza (Deliberazione n. 277/2023) (n. 3 incontri).

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.

È continuato, inoltre, il monitoraggio bimestrale degli accantonamenti al fondo gestione diretta in applicazione dei criteri regionali ed aziendali al fine di garantire una maggiore sostenibilità del SSR ed un'appropriata erogazione dei livelli essenziali di assistenza e, al contempo garantire prudentemente all'Azienda la condizione di far fronte all'eventuale liquidazione delle richieste risarcitorie.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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, la Regione al fine di dare applicazione dello stesso in coerenza con il Programma regionale di gestione diretta, sta lavorando alla redazione di linee di indirizzo per un'applicazione omogenea delle novità introdotte rispetto alla costituzione del Fondo rischi e del Fondo riserva sinistri; il gruppo di lavoro vede la partecipazione della Responsabile dell'attuazione del Programma regionale.

In attesa di indicazioni operative vigenti, si è proseguito con il monitoraggio bimestrale degli accantonamenti al fondo gestione diretta in applicazione dei criteri regionali ed aziendali. Inoltre, si è continuato a collaborare con la Regione attraverso la condivisione dei dati relativi ai sinistri e al loro aggiornamento al fine di supportare la citata attività regionale sul punto. A tal proposito, anche ai fini dell'accantonamento al bilancio del fondo autoassicurazioni, si è proceduto alla valutazione di tutti i sinistri aperti in Gestione diretta il cui livello di rischio è stato riclassificato alla luce del seguente schema:

PROBABILI PENDENTI	POSSIBILI PENDENTI	REMOTI PENDENTI	CHIUSI
Sinistri Aperti con responsabilità con ultima richiesta entro 5 anni(2019); contenzioso pendente; Sinistri in attesa d'istruttoria	Sinistri Rigettati entro 5 anni; silenti con responsabilità dopo 5 anni; Sentenze favorevoli entro passaggio in giudicato (dopo chiusi)	Sinistri Rigettati e rimasti silenti da più di 5 anni; Sinistri solo Penali; CTU rese in ATP favorevoli da più di tre mesi senza che sia seguito contenzioso	Sinistri Pagati; prescritti; Sentenza favorevole passata in giudicato

Tale riclassificazione ha costituito una base di calcolo per la predisposizione del fondo riserva sinistri di cui all'art. 11 DM 232/23 che comprende l'ammontare complessivo delle somme necessarie per far fronte alle richieste di risarcimento presentate nel corso dell'esercizio o precedenti per sinistri denunciati e non ancora pagati e relative spese di liquidazione.

Nel 2025, da ultimo con comunicazione anticipata all'Azienda in data 16/12/2025, la Regione ha chiesto di 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 momentanea-mente sospesa, ovvero sia già stato raggiunto un accordo transattivo con determinazione dell'importo risarcitorio.

Nel corso del 2025, con riguardo al fenomeno della violenza verso gli operatori, si è mantenuto il supporto del Servizio legale e assicurativo ai sanitari in relazione alla valutazione e denuncia in caso di interruzione di pubblico servizio.

A tale proposito si è partecipato al gruppo di lavoro per la revisione della procedura aziendale **PA110 - Prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori**, in collaborazione il Servizio Coordinamento operativo delle Attività per la Sicurezza delle Cure e l'UOC di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio, per favorire l'integrazione anche nella gestione degli episodi di violenza da parte di pazienti/familiari. In proposito, in data 17/06/2025 si è tenuto il corso "Violenza sugli operatori sanitari" organizzato dal Servizio Legale Assicurativo e rivolto a tutti i dipendenti al fine di illustrare le modifiche legislative intervenute sulla disciplina e le modalità operative per presentare denuncia-querela.

La collaborazione attiva con servizi diversi dell'Azienda è proseguita in riferimento ai lavori di revisione della regolamentazione delle modalità di accesso alla documentazione aziendale sempre più frequentemente azionata anche rispetto all'ambito dei sinistri in materia di responsabilità professionale. Il servizio legale ha partecipato a nn.6 incontri dello specifico tavolo i cui lavori si sono conclusi con l'adozione del nuovo Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso documentale, civico semplice e civico generalizzato approvato con deliberazione n. 407 del 23/12/2025.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

È proseguita nel 2025 la consulenza alle UU.OO. competenti in relazione alla predisposizione di clausole assicurative per la gestione dei sinistri con strutture private che hanno aderito a convenzioni/accordi con l'Azienda.

Sono proseguite le attività volte allo smaltimento dei sinistri assicurativi.

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, proseguono le trattative con l'Azienda in ordine alla proposta di accordo della citata Compagnia - Scheme of arrangement - che prevede la risoluzione definitiva di tutti i sinistri, nonché di eventuali diritti, obblighi, doveri e/o passività che possono essere sorte dai suddetti contratti di assicurazione o che possono sorgere in futuro, garantendo la protezione dei terzi danneggiati, con il versamento della somma riservata al netto della franchigia in favore dell'Azienda.

In data 22/09/2025 si è provveduto a presentare i sinistri ex QBE pendenti (PG 40342/2025) con relativa rivalutazione.

Alla luce di quanto sopra, è seguito un incontro con la Compagnia in data 12/11/2025 nell'ambito del quale l'Azienda ha anticipato le proprie contestazioni da formalizzare in seguito alla conferma delle valutazioni peggiorative formulate da Reliance.

I principali target con i relativi indicatori in riferimento agli obiettivi della gestione, per l'anno 2025, sono sintetizzati - per comodità di lettura - nel seguente specchietto riepilogativo.

	Obiettivo	Target atteso	Risultato 2025
Programma regionale gestione diretta dei sinistri	Piena attuazione del Programma regionale di gestione diretta dei sinistri	100%	100%
	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%	100%
	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%	100%
	Alimentazione database sistema gestione dei sinistri	100%	100%

3.2.3.30 Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza

Nel corso del 2025 è continuato l'impegno dell'Azienda nella promozione e sostegno alle migliori pratiche per la trasparenza dell'azione amministrativa e delle migliori prassi di attuazione delle disposizioni in materia di contrasto ai fenomeni corruttivi, in applicazione alle disposizioni nazionali e regionali in materia, anche mediante la partecipazione attiva agli incontri del Tavolo Regionale per il Coordinamento delle misure in materia di Trasparenza e

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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.

In conformità alle vigenti disposizioni di legge, alla DGR 973/2025 di aggiornamento della DGR n. 990 del 19 giugno 2023 "Linee Guida per la predisposizione del Piano Integrato di attività e Organizzazione nelle Aziende Sanitarie e negli enti del SSR" e alle indicazioni regionali con Deliberazione n. 232 del 30/7/2025 è stata adottata la Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza PIAO 2025 – 2027.

Relativamente all'analisi dei rischi, in continuità con gli anni precedenti, è continuata la revisione delle mappature svolte sulla base della metodologia proposta nell'allegato 5 del PNA del 2013 per allinearle a quanto definito nell'Allegato 1 al PNA 2019.

L'attività si è concentrata in particolare sulle aree concordate nell'ambito del Tavolo RPCT AVEC e AUSL Romagna ove sono stati attivati tre gruppi di lavoro per la mappatura dei processi e all'analisi dei rischi delle aree di seguito indicate: Area Bilancio e flussi finanziari - Area Medicina del Lavoro e Sorveglianza Sanitaria - Mappatura del processo Prescrizione di Farmaci ad Alto Costo. Quanto invece alla mappatura dell'area della ricerca, l'attività è rimasta sospesa in considerazione della riorganizzazione della Direzione Scientifica ancora in fase di evoluzione.

Tra le misure di prevenzione della corruzione i codici di comportamento rivestono un ruolo importante nella strategia delineata dalla legge n. 190/2012. Con Deliberazione n. 27/2024 l'Azienda ha adottato il nuovo Codice di Comportamento aziendale recependo le modifiche apportate dal D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81 al Codice di comportamento nazionale (D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62), sulla base dello Schema tipo elaborato nell'ambito del Tavolo Regionale di Coordinamento degli RPCT ed approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 1956/2023.

Nel 2025, in attuazione degli articoli di nuova introduzione è stata predisposta la Social Media Policy (adottata con 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.

Inoltre, l'RPCT e la Struttura di supporto sono state impegnate nell'organizzazione di cicli formativi in house (in collaborazione con lo IOR) dedicate ai temi della prevenzione della corruzione e trasparenza, etica e conflitto di interessi, con analisi anche degli articoli del Codice di Comportamento di nuova introduzione e dei principi del Codice di condotta per l'Integrità della Ricerca adottato dall'IRCCS con Deliberazione n. 357/2023 (n. 4 edizioni).

Nel 2025 è stata data attuazione all'obiettivo strategico di mantenere un percorso di coordinamento e collegamento tra obiettivi anticorruzione/trasparenza e la performance, al fine di tradurre le misure di prevenzione della corruzione in obiettivi strategici, organizzativi ed individuali assegnati alle Strutture organizzative e ai loro dirigenti. Ciò è avvenuto assegnando alle articolazioni aziendali obiettivi in materia di formazione obbligatoria sui temi del codice di comportamento, etica e conflitto di interessi oltre ad obiettivi specifici riferiti ad aggiornamenti della regolamentazione aziendale, con disposizioni specifiche e modulistica ad hoc in tema di conflitti di interessi: Linee Guida per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni (delibera n. 161/2025); Regolamento in materia di atti di liberalità (delibera n. 312/2025); Regolamento uso logo e patrocinio (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 (delibera n. 3/2026).

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Ulteriore misura di prevenzione della corruzione è costituita dalle dichiarazioni pubbliche di interessi che sono rese disponibili in versione informatizzata sull'applicativo regionale di Gestione delle Risorse Umane (GRU). Il personale dell'IRCCS ha l'obbligo di compilare tali dichiarazioni all'atto dell'assegnazione ad un ufficio e di aggiornarle annualmente. Il monitoraggio e l'attività di sensibilizzazione del personale riguardo all'adempimento, effettuata nel 2025 anche nell'ambito degli eventi formativi, ha portato ad 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 84,3%), pur rimanendo il risultato di poco inferiore al target richiesto. Si riporta di seguito il dato sulle dichiarazioni relative al conflitto di interessi, calcolato sulla base delle indicazioni regionali:

Indicatore	Target	Risultato 2025
IND1173 - % dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la chiusura d'anno	≥90%	87,9%

Fonte dati: ReportER- Siver

In tema di trasparenza, nel corso del 2025 si è provveduto ad aggiornare e alimentare la sezione "Amministrazione trasparente" del sito internet aziendale con i dati, le informazioni e i documenti, progressivamente prodotti dalle strutture aziendali, nel rispetto delle tempistiche previste nella "Scheda Sezione Amministrazione trasparente – Elenco degli obblighi di pubblicazione, allegata alla Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza PIAO 2025/2027.

Nelle pubblicazioni è stata data attuazione alle indicazioni dell'OIV-SSR, in particolare riguardo alle disposizioni di ANAC di cui alla delibera n. 481/2025 avente ad oggetto "Modificazione della Delibera n. 495 del 25 settembre 2024 "Approvazione di 3 schemi di pubblicazione ai sensi dell'art. 48 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33."

Nel 2025 sono stati nominati i Referenti delle pubblicazioni (delibera n. 86/2025 aggiornata con delibera n. 117/2025) che hanno garantito il regolare flusso delle informazioni e dei dati al RPCT ai fini della pubblicazione sul sito a cura dell'Ufficio Comunicazione.

E' poi continuata l'attività di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di pubblicazione, con interventi mirati ai fini del corretto adempimento sotto il profilo della completezza delle informazioni, del tempestivo aggiornamento dei dati e dell'accessibilità. L'attività di monitoraggio e verifica ha avuto buoni esiti, con l'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di trasparenza 2025 da parte dell'IOV- SSR.

Infine, 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), preceduto da una giornata formativa sul tema.

Nell'ambito del Tavolo RPCT delle Aziende sanitarie AVEC e AUSL Romagna è stata organizzata la Giornata della Trasparenza sulla "Trasparenza nella ricerca: opportunità e prospettive"

3.2.3.31 Sistema audit interno

Con deliberazione n. 435/2024 l'Azienda ha definito 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.

La struttura dello SCI è basata su tre livelli di controllo (tre linee di difesa); tra queste la Funzione di Audit interno si identifica nel controllo di terzo livello finalizzato a valutare l'adeguatezza e la funzionalità del complessivo sistema dei controlli interni, individuandone i punti di debolezza e identificandone i rischi, promuovendo il miglioramento continuo dei processi, dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione.

Nel 2025 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 e successive modificazioni – 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.

In ambito PNRR/PNC, la funzione aziendale di Audit interno ha svolto attività di controllo in relazione all'effettivo svolgimento dei controlli operativi, (c.d. di primo livello) connessi alle verifiche amministrativo/contabili delle procedure e delle spese sostenute, ai fini della rendicontazione degli Investimenti/Sub-investimenti/attività PNRR/PNC, secondo le modalità indicate dal Nucleo Audit regionale. A tale fine le verifiche effettuate nel primo e nel secondo semestre 2025 hanno riguardato appunto la corretta compilazione delle checklist oggetto di interesse e la corretta archiviazione documentale.

Indicatore	Target 2025	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%

Fonte dati: Aziendale

3.2.3.32 Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali

L'Ente ha provveduto a garantire la piena applicazione di quanto previsto dalla normativa europea in coerenza con la normativa nazionale, le indicazioni dell'Autorità Garante e del Data Protection Officer (DPO) di area metropolitana.

Coerentemente con la pianificazione del Budget 2025 sono stati perseguiti i seguenti obiettivi:

- strategici aziendali;
- strategici per criticità rilevate;
- di programmazione regionale;

assicurando la realizzazione delle seguenti attività.

- Obiettivi strategici aziendali

Interaziendalità: partecipazione al gruppo di lavoro promosso dal DPO, nell'ambito del quale, dopo aver svolto gli approfondimenti tecnico giuridici, è stata elaborata una proposta di

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

disciplina sia per le diverse tipologie di interaziendalità (finalità assistenziali e amministrative) che per le convenzioni attive e passive.

Videoregistrazioni da cellulare e diffusione social media: è stato richiesto al DPO un parere rilasciato il 18 dicembre 2025.

Architettura e registro dei trattamenti: i servizi aziendali competenti hanno realizzato un incontro di approfondimento con la UO DPO per verificare la corretta applicazione della disciplina in materia di nomina del responsabile del trattamento ed autorizzazione alla nomina del sub responsabile. È stato, inoltre, ricevuto dal DPO un nuovo modello per la stipula degli accordi di contitolarità, con particolare attenzione all'ambito della ricerca scientifica.

Trasparenza: partecipazione ai gruppi di lavoro interdisciplinari promossi dal DPO

- Per l'aggiornamento qualitativo e quantitativo delle informazioni in materia di data protection diffuse per il tramite del sito istituzionale;
- Per l'adozione della circolare "trasparenza".

Formazione: partecipazione agli eventi formativi trasversali promossi dalla UO DPO nelle materie: FSE e DSE, data breach, ricerca.

Revisione DPIA: partecipazione attiva al processo di revisione delle DPIA:

- Health meeting (istituzione di un sottogruppo di lavoro);
- videosorveglianza (trasmesso documento adottato da Ausl Bologna quale esempio);
- Babel

Consensi privacy: partecipazione al processo di mappatura della modulistica in uso per l'accesso e consultazione FSE, Costituzione DSE e accesso ai referti on line

- Obiettivi strategici per criticità rilevate

Azioni di miglioramento: è stato realizzato dalla UO DPO su mandato della Funzione privacy aziendale un assessment nei confronti del servizio unificato SumaGP, concluso col l'aggiornamento della modulistica in uso presso a UO

Medicina del lavoro: la UO del DPO su richiesta della Funzione Privacy aziendale ha rilasciato un progetto per l'istituzione del DPO del Medico Competente.

- Obiettivi di programmazione regionale - Target: 100%
La Regione Emilia-Romagna con Deliberazione della Giunta Regionale n. 972 del 23 giugno 2025 ha attribuito agli Enti del Servizio Sanitario Regionale l'obiettivo di aggiornare le "policy aziendali per il trattamento dei dati attraverso strumenti informatici e per l'implementazione di nuove applicazioni informatiche (teleconsulto telemedicina, app sanitarie ...)".

Alla luce di ciò l'Ente ha partecipato 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 numerose volte 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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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.

Indicatore	Target 2025	Risultato 2025
DES0158 - Aggiornamento policy aziendali per il trattamento dei dati attraverso strumenti informatici e per l'implementazione di nuove applicazioni informatiche (teleconsulto, telemedicina, app sanitarie,...)	100%	100%

Fonte dati: Aziendale

3.2.3.33 Adempimenti relativi alla normativa in materia di inclusione e accessibilità

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.

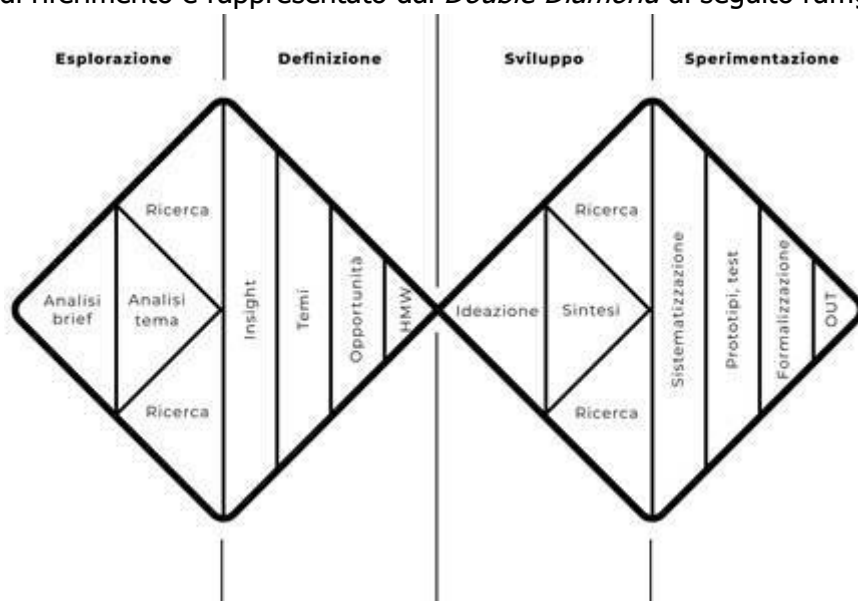
Nell'ottica di un continuo miglioramento della risposta ai bisogni dei pazienti e del proprio staff, l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola è impegnato nell'elaborazione di un piano progettuale e strategico che, partendo da un quadro esigenziale articolato, definisce 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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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 di area metropolitana.

3.2.3.34 Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti

1) Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

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%

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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 $\geq 95\%$

Risultato Aziendale a dicembre 2025: 93,01 % (fonte dati ReportER – Regione Emilia Romagna)

2) Finanziamenti PNRR

Nell'ambito del PNRR (Missione 6 Salute - M6.C2 – 1.2. Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile) nel 2025 si sono conclusi tutti gli interventi residui:

<i>Titolo Intervento</i>	<i>CUP</i>	<i>FINANZIAMENTO COMPLESSIVO</i>	
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione TC 001	F39J22001110006	366.277,00	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2024
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione - Tomografi a Risonanza Magnetica 1,5 Tesla	F39J22001120006	1.124.840,00	INTERVENTO DA CONCLUDERE NELL'ANNO 2025
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione PET TC 001	F39J22001130006	2.295.480,47	INTERVENTO DA CONCLUDERE NELL'ANNO 2025
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione PET TC 002	F39J22001140006	2.351.474,16	INTERVENTO DA CONCLUDERE NELL'ANNO 2025
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Mammografi con tomosintesi 001	F39J22001150006	171.715,00	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2024
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Mammografi con tomosintesi 002	F39J22001160006	200.128,80	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2024
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Angiografo Cardiologico 001	F39J22001170006	618.738,00	INTERVENTO DA CONCLUDERE NELL'ANNO 2025
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Angiografo Cardiologico 002	F39J22001180006	662.414,00	INTERVENTO DA CONCLUDERE NELL'ANNO 2025
Ammodernamento tecnologico - media tecnologia: sostituzione: Ecografi Multidisciplinari/Internistici 001	F39J22001190006	22.323,00	INTERVENTO DA CONCLUDERE NELL'ANNO 2025
Ammodernamento tecnologico - media tecnologia: sostituzione: Ecografi Multidisciplinari/Internistici 002	F39J22001200006	22.323,00	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2022
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Angiografo Radiologico 001	F34E22000490006	789.462,00	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2022
Demolizione e ricostruzione del Pad. 26 – realizzazione di palazzina ambulatori	F31B22000330001	11.425.000,00	COLLAUDO STATICO DA CONCLUDERE ENTRO IL 1° TRI 2026

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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) si concluderanno tutte le installazioni per il progetto seguente:

<i>Titolo Intervento</i>	<i>CUP</i>	<i>FINANZIAMENTO COMPLESSIVO</i>
Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima", 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"	I83C22000640005	4.034.338,00

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.

3) Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88

Con riferimento ai lavori edili e impiantistici, i finanziamenti ex art. 20 L 67/1988 concessi e in corso di realizzazione sono relativi all'intervento di riqualificazione del Polo Materno Infantile I° fase (18,1 mln di euro di fondi statali), come dettagliato nel precedente punto "3.2.2.5 Razionalizzazione della gestione del patrimonio edilizio- tecnologico e governo degli investimenti". Si precisa che per tale intervento sono presenti ulteriori finanziamenti statali, regionali e aziendali.

Con riferimento alle tecnologie sanitarie sono attivi e in fase di realizzazione due interventi di sostituzione e ammodernamento specifici per il polo Materno – Infantile ed un

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

intervento di sostituzione e ammodernamento destinato al resto dell'Azienda per aree chirurgica, emergenza, degenze e diagnostica. L'importo complessivo degli interventi è pari a 13.200.000 €.

Con riferimento agli interventi riguardanti l'acquisizione di tecnologie nel corso del 2025 si sono completati gli ordini per:

- APC30 "SOSTITUZIONE/AMMODERNAMENTO TECNOLOGIE BIOMEDICALI – AREE CHIRURGICA, EMERGENZA, DEGENZE E DIAGNOSTICA". Importo pari a 4.100.000,00 €.
- APC28 "SOSTITUZIONE/AMMODERNAMENTO TECNOLOGIE SANITARIE PER IL POLO MATERNO-INFANTILE – AREA OSTETRICO - GINECOLOGICA E NEONATALE "Importo pari a 6.000.000,00 €
- APC29 "SOSTITUZIONE/AMMODERNAMENTO TECNOLOGIE SANITARIE PER IL POLO MATERNO-INFANTILE – AREA PEDIATRICA "Importo pari a 3.100.000,00 €

Indicatori	Target 2025	Risultato 2025
DES0061 – Avvio dei lavori/installazioni delle tecnologie aggiudicate nel 2024	100%	100%
DES0062 – Completamento aggiudicazioni residue	100%	100%

4) Fondi INAIL

Casa di accoglienza

Durante l'emergenza COVID-19, così fortemente impattante sulla gestione delle proprie attività, soprattutto quelle di carattere sanitario, l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola ha sperimentato un modello di accoglienza caratterizzato dall'impiego di strutture ricettive esterne alla cittadella ospedaliera, che ha avuto effetti positivi sulla funzionalità dei reparti, ed ha altresì ridotto il rischio infettivo per pazienti e operatori.

A fronte dell'esito positivo di tale esperimento, ed altresì considerate le opportunità conseguenti al riconoscimento IRCCS in termini di miglioramento e potenziamento dell'offerta sanitaria, al fine di applicare nuovi modelli organizzativi diversificati del tipo sperimentato, è in corso di perfezionamento l'acquisizione di un'area di terreno edificabile confinante con il Policlinico e più precisamente posta sul lato sud del padiglione 2 Albertoni, da destinare alla realizzazione di una "Casa di accoglienza", dotata di mini alloggi pre e post ricovero per pazienti adulti e pediatrici sottoposti a trapianto di organo e/o importanti interventi chirurgici e spazi per le funzioni correlate e di supporto.

La realizzazione della Casa dell'Accoglienza è inserita nell'elenco di "Interventi urgenti di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria (art. 1, commi 602 e 603, L. 232/2016; art. 56 bis D.L. 77/2021; D.P.C.M. 14 settembre 2022, Decreto del Ministero della Salute del 5 novembre 2024)", con una previsione di importo pari a € 12.500.000,00.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Acquisito agli atti (prot. interno n. 22598 del 20/05/2025) il parere della Commissione per la verifica di congruità dell'Agenzia del Demanio (prot. n. 13343/CG del 15/05/2025) in ordine al prezzo di acquisto, approvata l'operazione con Delibera n. 182 del 25/6/2025, con Atto di Rogito del 03/07/2025 rep. N. 57446 è stato acquisito il terreno di Via Mazzini 102 sul quale verrà realizzata la Casa di Accoglienza, facendo fronte all'investimento con mutuo chirografario contratto con la Cassa Depositi e Prestiti (autorizzazione regionale DGR n. 1257/2023, integrata con successiva DGR n. 1835 del 30/10/2023) e destinato in quota parte a tale acquisto.

In esito ad avviso pubblico per la selezione di Enti del Terzo Settore per la definizione progettuale di una casa di accoglienza dedicata a pazienti sottoposti a trapianto di organo, a pazienti oncologici e a pazienti sottoposti a importanti interventi chirurgici, con determinazione n.971 del 08/09/2025 è stata disposta l'aggiudicazione all'Ente del Terzo Settore PICCOLI GRANDI CUORI ODV. Il progetto di fattibilità tecnico economica ai sensi del D.Lgs 36/2023 è stato inviato ad INAIL dalla DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE della Regione Emilia-Romagna con Prot. 29/12/2025.1281882.U, nel rispetto del target previsto (31/12/2025).

Indicatore	Target 2025
DES0013 – Rispetto tempistiche definite da INAIL	100%

5) Finanziamenti Fondi per lo sviluppo e la ripresa dello Stato

Polo delle medicine e poli funzionali

Il nuovo Polo delle Medicine, altrimenti detto Polo Nefro-Pneumo-Urologico, rappresenta uno degli interventi di maggiore impatto previsti nel Piano Direttore, con riferimento sia al sistema insediativo del Policlinico Sant'Orsola sia alle sue dotazioni sanitarie: si prevede infatti di concentrare in questo nuovo edificio le aree out patients e in patients delle discipline mediche di pneumologia, nefrologia, urologia e chirurgia dei trapianti di rene, al fine di superare limiti e criticità evidenti presenti in alcuni padiglioni, che sono state esacerbate dalla recente pandemia da Covid 19.

Obiettivo generale è quindi realizzare un edificio che, oltre a garantire innovazione tecnologica e sostenibilità favorisca l'integrazione tra professionisti di diverse discipline che si troveranno a lavorare in un unico contenitore supportandosi vicendevolmente nell'assistenza al paziente. Inoltre il nuovo Polo delle Medicine riunirà degenza e sale operatorie di Urologia, ora distaccate al padiglione 1 e collocate lontane dalle terapie intensive.

L'intervento in oggetto è in corso di progettazione, si riportano di seguito i principali elementi rappresentativi del percorso progettuale e autorizzativo:

- progettazione affidata, con contratto sottoscritto in data 27 Marzo 2024, al Raggruppamento Temporaneo Professionisti (RTP) costituito da Studio Altieri S.p.a (capogruppo mandataria), Iconia Ingegneria Civile s.r.l.l., Seingim Global Service s.r.l., Main Management e Ingegneria s.r.l., Airis s.r.l. e Format Academy s.r.l.s. (mandanti).
- Valutazione di Assoggettabilità alla valutazione preventiva dell'interesse Archeologico

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

(VPIA) inviata in data 11 settembre 2024 con nota prot. 35950, cui ha fatto seguito l'autorizzazione assunta agli atti il 27 settembre 2024 con nota prot. 38104, con la prescrizione che gli scavi dovranno avvenire con un controllo archeologico in corso d'opera.

- Verifica della progettazione aggiudicata con determina n.770 del 22 agosto 2024 alla Società Rina Check s.r.l.
- Parere favorevole di massima espresso dalla Commissione per la Qualità Architettonica e il Paesaggio del Comune di Bologna con nota prot. 37249 del 23/09/2024;
- Approvazione del progetto di fattibilità tecnico ed economica ex art.23 D. Lgs 50/2016 (*norma applicabile ratione temporis*) con determinazione 1225 del 18 dicembre 2024.
- avvio del procedimento unico ai sensi dell'art.53 della L.R. 24/2017; in data 3 gennaio 2025 l'Ufficio di Piano del Comune di Bologna ha indetto la Conferenza dei servizi decisoria ai sensi dell'art. 14 c.2 della L. 241/1990 in forma semplificata ed in modalità asincrona.
- conclusione con esito positivo della conferenza dei servizi decisoria, come da Determina Dirigenziale Repertorio n. DD/ 14041/2025, PG n. 713337/2025 del Direttore dell' Ufficio di Piano Urbanistico del Comune di Bologna.
- Approvazione del progetto definitivo ex art.23 D. Lgs 50/2016 (*norma applicabile ratione temporis*) con delibera n.395 del 23 dicembre 2025.
- Consegna del progetto esecutivo in atti al PG 55299 del 30 dicembre 2025.

Indicatore	Target 2025
DES0016 – Predisposizione del progetto esecutivo	100%

Interventi art. 1 C14 L. 160/2019

Nell'ambito degli interventi di cui all'Art. 1 comma 14 della legge 160 del 27 dicembre 2019 - *Fondo per il rilancio degli investimenti delle Amministrazioni centrali dello Stato per lo sviluppo del Paese. Interventi di edilizia sanitaria di cui al piano di gestione 4 (PG4) e interventi di sostenibilità ambientale ed efficientamento energetico di cui al piano di gestione 5 (PG5)* sono previsti i seguenti investimenti:

Intervento n.5 "Intervento di manutenzione straordinaria. Banca gameti, via Albertoni 15, adeguamento di alcuni locali per idonea conservazione di gameti."CUP F34H15000840002; il Documento di Indirizzo alla Progettazione (DIP), ai sensi del D. Lgs 36/2023 è stato approvato con Del. N.326 del 9 ottobre 2024 e trasmesso al Gruppo Tecnico Regionale per la relativa approvazione. Il DIP è stato trasmesso al Ministero della Salute per le valutazioni di competenza ed ha ottenuto parere favorevole parere del Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici (comunicazione RER in atti PG 48829 del 6 dicembre 2024).

Intervento n.6 "Isole ecologiche e sistemi innovativi per la raccolta dei rifiuti"CUP: F35F22001110001: il Documento di Indirizzo alla Progettazione (DIP), ai sensi del D. Lgs 36/2023 è stato approvato con Del. N.326 del 9 ottobre 2024 e trasmesso al Gruppo Tecnico Regionale per la relativa approvazione. Il DIP è stato trasmesso al Ministero della Salute per le valutazioni di competenza ed ha ottenuto parere favorevole parere del Nucleo

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici (comunicazione RER in atti PG 25238 del 4 giugno 2025).

Indicatore	Target 2025
DES0021 – Prosecuzione delle varie fasi degli interventi secondo i cronoprogrammi definiti	100%

6) Interventi già ammessi al finanziamento

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
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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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

In relazione all'intervento "Scheda 207 "Padiglione 03 - Amministrazione di via Albertoni del Policlinico di Sant'Orsola" con nota PG 33783 del 23 agosto 2024 si è ottenuto parere parzialmente favorevole da parte della Commissione congiunta per l'esame preventivo dei progetti relativi agli edifici sottoposti alla tutela del D.Lgs. 42/2004 e s.m.i.

Il VERBALE DI VERIFICA DEL PROGETTO DEFINITIVO ai sensi dell'Art. 26 D. Lgs.50/2016 è stato acquisito in atti con nota PG 37731 del 25 settembre 2024

Con nota PG 25871 del 9 giugno 2025 è stato assunto agli atti il "versamento nell'archivio digitale" della documentazione relativa al PROGETTO ESECUTIVO e relative integrazioni.

L'intervento di lavori relativo al Materno Infantile 1° fase (id intervento 2016/1), articolato su più fonti di finanziamento, è proseguito nel 2025 con richieste di liquidazione inviate su ciascun finanziamento secondo le modalità concordate.

Per l'intervento sul Padiglione 3 Polo della ricerca (id intervento 2021/41), transitato da PNC a ex art.20 L.67/88 ed in corso di esecuzione, non è stata avanzata alcuna richiesta di liquidazione nel 2025 in quanto si è in attesa di completare, secondo le modalità concordate, il percorso di presa d'atto del Gruppo Tecnico Regionale.

In ordine all'intervento MICI (id 2019/1), in esito alla presentazione della necessaria documentazione, è stato approvato il certificato di collaudo con determina n.311 del 18/03/2026, pertanto la richiesta di liquidazione a saldo avverrà nel 2026.

Indicatore	Target 2025
DES0120 – Richieste di liquidazione, ove possibile a saldo, degli interventi/piani di fornitura riconducibili ad Accordi di Programma (ex art. 20 L. 67/88), nonché degli altri interventi finanziati precedentemente al 2019 con fondi statali e regionali	Presentazione di almeno una richiesta di liquidazione per ciascun intervento euro. Gli interventi di riqualificazione e/o di nuova realizzazione di reparti per far fronte all'emergenza pandemica hanno interessato anche le tecnologie sanitarie per cui è stato finanziato l'acquisto per un importo complessivo pari a circa

7) Interventi in corso di progettazione con copertura finanziaria

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 – II 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 – I° fase	€ 5.000.000,00
2023/76	09 AOsp Bologna	Accordo di Programma 2025 VII Fase - 1° stralcio	2° stralcio-Riqualificazione funzionale architettonica, strutturale e impiantistico – prestazionale delle ali A e B del padiglione 5	€ 10.000.000,00

8) Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per l'emergenza COVID-19 (Art 2, DL 19 maggio 2020, n.34)

Nell'ambito del piano di riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera a seguito dell'emergenza pandemica Covid, presso il Policlinico sono stati finanziati e realizzati vari interventi relativi alle terapie intensive e alle aree di Pronto Soccorso sia quelli esistenti (generale, ostetrico-ginecologico e pediatrico), sia quello ostetrico ginecologico di nuova edificazione nell'ambito dell'intervento di riqualificazione del Polo Materno Infantile 1° fase. Gli interventi sono stati finanziati dal DL 34/2020 per complessivi 6,3 mln di 8.500.000 €. Nel corso del 2025 si è dato seguito ai monitoraggi richiesti nei tempi stabiliti. Si ricorda che tali interventi sono transitati nel PNRR M6C2I1.1.1.2 Rafforzamento strutturale SSN ("progetti in essere" ex art. 2, DL 34/2020). Nei tempi stabiliti sono stati rendicontati gli interventi TARGET: M6C2-9 - Posti letto supplementari di terapia intensiva e semi-intensiva.

Indicatori	Target 2025	Risultato 2025
<i>Programmazione interventi</i>		
DES0122 - Rispetto delle date previste dalla programmazione condivisa con la Regione e le strutture centrali	100%	100%
<i>Monitoraggio avanzamento e rendicontazione</i>		
DES0123 - Riscontro tempestivo ed esauriente ai monitoraggi richiesti e predisposizione della documentazione necessaria per rimodulazioni e rendicontazioni accurate e precise	100%	100%

9) Programma nazionale di adeguamento antincendio delle strutture sanitarie – monitoraggio dello stato di attuazione del programma di adeguamento anti incendio

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Il DM 19 marzo 2015 "Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 18 settembre 2002" ha delineato un percorso di miglioramento progressivo della sicurezza delle strutture sanitarie, con l'obiettivo di adeguarle alla normativa antincendio entro il 2025, fissando scadenze differenziate in relazione alla tipologia di struttura da adeguare e all'attività svolta.

Gli interventi attuati ed in programmazione in tema di lavori, individuati in dettaglio nei paragrafi precedenti, sono anche finalizzati all'adeguamento normativo alla regola tecnica di prevenzioni incendi stabilito dal DM sopra richiamato; tuttavia, la complessità ed estensione del patrimonio immobiliare di IRCCS AOU Policlinico di Sant'Orsola rende particolarmente complesso il completamento di tale adeguamento.

È pertanto necessario procedere a misure alternative di carattere prevalentemente organizzativo e gestionale per gestire il rischio incendi.

In tal senso sono stabiliti incontri periodici a carattere multidisciplinare con il Responsabile Tecnico Antincendio – RTA, finalizzati alla definizione ed all'aggiornamento di tali misure, individuate all'interno del Sistema di Gestione Sicurezza Antincendio (SGSA).

Il Sistema di Gestione Sicurezza Antincendio è stato aggiornato ed acquisito OM atti al PG n.43876 del 5 novembre 2024.

Nel corso del 2025 sono stati ottenuti i CPI dei Padiglioni 4N e 4C ed inviata la richiesta al Comando provinciale VVf per il CPI pad.23 (PG 37900 del 3/9/2025)

È altresì garantita la partecipazione ai gruppi di lavoro promossi dalla Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare finalizzati al monitoraggio dello stato di attuazione del programma di adeguamento antincendio.

Indicatori	Target 2025	Risultato 2025
DES0124 - Partecipazione attiva al monitoraggio relativo allo stato di attuazione del programma di adeguamento antincendio suddiviso per scadenze temporali, compreso il riscontro tempestivo alle informazioni richieste	100%	100%

10) Tecnologie Biomediche

Nell'ambito delle acquisizioni di tecnologie l'Azienda si impegna nell'indicazione e valutazione degli aspetti energetici e riduzione dell'impatto ambientale in relazione sia alle nuove implementazioni che alla dismissione e smaltimento dei sistemi obsoleti. Nel corso del 2025 si è provveduto all'avanzamento delle progettualità nell'ambito del PNRR, al rispetto delle istruttorie tecnico-scientifiche del gruppo regionale tecnologie biomediche per le attrezzature ad elevato impatto tecnologico, economico ed innovativo. Nell'anno 2025 è provveduto inoltre alla sostituzione di tecnologie urgenti ed imprescindibili a seguito di fuori uso secondo le indicazioni regionali. Nell'anno 2025 si è completato il percorso di presentazione del progetto finanziato nell'ambito di AdP VI fase alla Regione.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Indicatori	Target 2025	Risultato 2025
<i>PNRR – Rinnovo tecnologico</i>		
DES0129 – PNRR - Monitoraggio sostituzioni tecnologie obsolete e messa in uso nuove tecnologie	Completamento delle installazioni entro T4/2025 raggiunto al 100%	100%
<i>Altri programmi di investimento</i>		
DES0116 – Ammissione a finanziamento tecnologie finanziate con AdP VI fase	100%	100%
<i>Sostenibilità economica</i>		
DES0130 - Predisposizione e presentazione delle istruttorie tecnico-scientifiche del GRTB per tecnologie ad elevato impatto tecnologico, economico e innovativo	100%	100%

11) Sistema Informativo

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

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

anagrafiche;

- Flusso DEMA/ASA2/DSA: sviluppata progettualità interaziendale per gestore 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.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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 "chiuso" riscontrato sul SAC sul numero di prestazione specialistiche dematerializzate erogate e rendicontate nel flusso ASA	80,07%	≥ 95%	82,2%
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%

VI. Innovazione nei Servizi Sanitari e Sociali

3.2.3.35 Sistema ricerca e innovazione regionale

E' proseguito nell'anno l'impegno dell'IRCCS nel potenziamento e nella riorganizzazione dei servizi e delle attività di ricerca e formazione, condotti e promossi dalla nostra Azienda per garantire un flusso costante di innovazione al sistema.

Elemento evidente di tale tendenza è il potenziamento dell'attività di trasferimento tecnologico, facente capo alla UOC "Innovazione, Sintesi Evidenze e Ricerca Clinica" e SS Brevetti e TTO, di recente istituzione, volte a massimizzare il 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.

In particolare, sono state avviate azioni di accelerazione/formazione/business matching per rafforzare il dialogo con gli investitori e parallelamente in una logica learning by doing le competenze dei Ricercatori. Comunicazione efficace, capacità imprenditoriali (redazione di piano sviluppo prodotto; analisi di mercato e due diligence) e abilità relazionali (pitch efficace) sono infatti competenze e strumenti cruciali per interagire con attori di ambito industriale ed early-stage investors. In questo quadro, l'inserimento nei network di Open Innovation dedicati alle Life Sciences assume un ruolo ulteriormente strategico, favorendo le collaborazioni interdisciplinari e accelerando il trasferimento dell'innovazione verso la società. L'anno 2025 ha visto quindi il potenziamento delle attività legate a progetti in corso, in particolare:

- **Progetto PerfeTTO:** prima rete italiana composta da uffici di trasferimento tecnologico (TTO) totalmente dedicata al settore delle Scienze della Vita, finanziata con un investimento pubblico di 15 milioni di euro dal Ministero della Salute attraverso il Piano Nazionale Complementare (PNC) al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che vede coinvolti 54 enti associati in forma di ATS e rappresenta ad oggi un ecosistema unico nel panorama nazionale dove IRCCS, Università e Centri di Ricerca collaborano per armonizzare, scambiare e promuovere best-practices nell'ambito della tutela della Proprietà intellettuale e della valorizzazione della ricerca.

- **Bando UTT (2025-2027)** grazie al contributo ottenuto dal Ministero delle Imprese e del Made in Italy dopo application nell'ambito del "Bando UTT (2025-2027)", finalizzato al potenziamento e capacity building degli uffici di trasferimento tecnologico, in continuità da precedente finanziamento (Bando UTT 2023-2025), è stata avviata la fase istruttoria per l'impianto dei bandi per l'identificazione di due figure di supporto alle attività della SS Brevetti e TTO per i progetti: "How to Learn to deal with the business world (WONDER) - Linea IP"; "Learning how to find opportunities (LEGO) - Linea KTM", che potranno collaborare in maniera fattiva al raggiungimento degli obiettivi sinteticamente descritti in precedenza.

In tale contesto di riorganizzazione, funzionale a garantire innovazione al sistema, è il ruolo svolto dalle Piattaforme di Ricerca nel cui ambito si svolgono anche programmi

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

congiunti di ricerca (IRCCS-UNIBO). Le stesse Piattaforme hanno promosso attività formativa mirata a dare evidenza delle attività di ricerca svolte da ciascuna struttura, in una logica di condivisione delle competenze disponibili e degli strumenti aziendali che possono essere messi a sistema per lo sviluppo di nuove reti e collaborazioni di ricerca, capaci anche di generare nuove idee progettuali, anche in ambito regionale.

La collaborazione alla costruzione del sistema

regionale per la ricerca e l'innovazione continua ad essere garantita anche attraverso l'attività del Comitato Etico Area Vasta Emilia Centro (CE-AVEC) che trova presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna la propria sede operativa; grazie alla Segreteria Centrale del CEAVEC, anch'essa collocata presso Irccs, viene garantito al Comitato il necessario supporto per l'esercizio delle proprie funzioni, declinate nel relativo Regolamento (DGR Num. 1029 del 19/06/2023). Come indicato nelle procedure operative la Segreteria del CEAVEC, nelle sue varie articolazioni periferiche, svolge l'attività di gestione delle pratiche sottomesse alla valutazione del Comitato stesso in termini di istruttoria, validazione, formulazione e invio dei pareri, archiviazione della documentazione. In particolare, l'articolazione locale della Segreteria situata presso Irccs opera in stretta integrazione con l'UO "Clinical Trial Center" al fine di garantire adeguato supporto al processo di sottomissione degli studi promossi dallo stesso IRCCS.

Prosegue inoltre l'attività di trasmissione dei dati relativi agli studi clinici condotti in Regione Emilia-Romagna, avviata nel corso del 2024 con l'implementazione del Sistema informativo per la ricerca sanitaria in Emilia-Romagna – SirER. Per quanto riguarda la trasmissione dei dati degli studi condotti in IRCCS la trasmissione dei dati è garantita tramite il portale aziendale RINO. RINO opera tramite la Piattaforma RedCap che svolge per il nostro IRCCS un ruolo fondamentale nel censimento e nella raccolta di tutti i dati relativi agli studi clinici. RINO viene alimentato e aggiornato in tempo reale con tutti i dati degli studi clinici condotti presso IRCCS. È il cuore dell'anagrafica degli studi clinici, la quale, da RINO, viene inviata agli applicativi sanitari per garantire la tracciabilità delle prestazioni svolte in ambito di ricerca. Inoltre, tali dati sono trasmessi al nuovo applicativo informatico EnrollmentLog, che ospita l'anagrafica dei pazienti coinvolti negli studi clinici e lo stato di avanzamento del protocollo in termini di arruolamento, al fine di garantire un monitoraggio puntuale delle attività di ricerca presso IRCCS.

Per quel che riguarda le attività di formazione nell'ambito della ricerca clinica, si conferma anche per l'anno corrente l'impegno dell'IRCCS AOUBO a collaborare con la Regione Emilia - Romagna, fornendo supporto sia alla progettazione che alla realizzazione di percorsi formativi sulla ricerca clinica, in particolare contribuendo alla seconda edizione del corso di formazione regionale "Metodologie e strumenti per la ricerca clinica" che si propone di fornire le conoscenze e sviluppare le competenze necessarie per la progettazione, conduzione e gestione di studi clinici con un focus specifico su quelli no profit.

Prosegue in maniera produttiva la partecipazione a nuove progettualità, tramite la presentazione di nuove proposte progettuali ai bandi competitivi di ricerca, nelle aree di interesse.

In ambito nazionale sono stati considerati i progetti la cui data di presentazione ricade nel 2025, a prescindere dalla data di divulgazione del bando:

in considerazione di queste premesse sono stati presentati complessivamente n. 66 nuovi

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

progetti nell'ambito nazionale:

1. **BANDO AIFA RICERCA INDIPENDENTE 2025 – Malattie rare:** è stato presentato n. 1 progetto con richiesta di contributo complessivo pari ad euro 999.969,74.
2. **BANDO AIFA RICERCA INDIPENDENTE 2025 – ANTIMICROBICO RESISTENZA e MEDICINA DI PRECISIONE:** sono stati presentati n. 2 progetti con richiesta di contributo pari ad euro 1.890.685,00.
3. **PNRR – Missione 6, Componente 2, Investimento 1.3.2, Sub-investimento 1.3.2.3.3 “Realizzazione del National Health Prevention Hub”:** è stato presentato n. 1 progetto con richiesta di contributo complessivo pari ad euro 250.000,00.
4. **Fellowship GILEAD:** è stato presentato n. 1 progetto con richiesta di contributo complessivo pari ad euro 25.000,00, di cui vinti euro 25.000 (n.1 progetto).
5. **Bando MISE (Linea IP KTM, Linea IP Wonder):** sono stati presentati n. 2 progetti con richiesta di contributo pari ad euro 135.0000,00, di cui vinti 128.769,70 (n.2 progetti).
6. **AIRC Calls for Proposals 2025 IG, MFAG, Start-up:** sono stati presentati rispettivamente 2, 3 e 1 progetti. Per i 3 progetti MFAG al momento della pre-submission non è richiesto il budget. Per i 2 progetti IG è stato richiesto un contributo complessivo pari ad euro 1.930.390,00 di cui vinti 826.000,00 (n.1 progetto). Per il progetto START-UP è stato richiesto un contributo pari ad euro 996.187,00.
7. **Bando Fondazione del Monte “Bando riceRcaCI” 2025:** Sono stati presentati n. 4 progetti con richiesta di contributo pari ad euro 500.0000,00.
8. **Bando Ricerca scientifica e Alta tecnologia 2025 Fondazione CARISBO:** sono stati presentati n. 37 progetti con richiesta di contributo pari ad euro 2.327.956,00 di cui vinti 440.000,00 (n. 16 progetti).
9. **Bando Welfare di comunità e generativo 2025 Fondazione CARISBO:** è stato presentato n. 1 progetto con richiesta di contributo complessivo pari ad euro 90.000,00 di cui vinti 50.000,00 (n. 1 progetto).
10. **Bando AIRC Fellowship 2025, Italy Pre-Doc e Post-Doc** sono stati presentati 8 progetti con richiesta di contributo pari ad euro 720.000 di cui vinti 105.000,00 (n.1 progetti).
11. **Bando AIRC 2025 “Next Gen Clinician Scientist Grant” Fondazione AIRC:** è stato presentato 1 progetto. Al momento della pre-submission non è richiesto il budget.
12. **Bando Telethon – Multiround, Round I** è stato richiesto un contributo pari ad euro 200.000.
13. **Bando Telethon-Spring Seed Grant 2025 in collaborazione con le Associazioni di pazienti:** è stato presentato n. 1 progetto con richiesta di contributo complessivo pari ad euro 50.000,00. di cui vinti 50.000,00 (n. 1 progetto)
14. **Bando AGENAS-Decreto Grandi Anziani “Telemedicina per un miglior supporto ai pazienti cronici”** è stato presentato n. 1 progetto con richiesta di contributo complessivo pari ad euro 860.300,00.

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

Il numero complessivo dei progetti presentati nel 2025 in ambito nazionale e finanziati per l'IRCCS è pari a n. 23 progetti, per un contributo totale di Euro 1.624.128,00

In ambito europeo e internazionale: sono stati considerati i progetti la cui data di presentazione ricade nel 2025, a prescindere dalla data di divulgazione del bando.

In considerazione di queste premesse sono stati presentati complessivamente n. 44 nuovi progetti europei nell'ambito del bando:

- **EU4Health:** sono stati presentati n. 6 progetti con richiesta di contributo pari a Euro 1.089.795,98 di cui vinti Euro 542.567,16 (n. 3 progetti)
- **Additional Ventures:** è stato presentato n. 2 progetto con richiesta contributo pari a Euro 445.536,88
- **EMP Health:** è stato presentato n. 1 progetto con richiesta contributo pari a Euro 125.000,00 di cui vinti Euro 125.000,00
- **EADV 2025:** sono stati presentati n. 2 progetti con richiesta di contributo pari a Euro 74.142,37 di cui vinti Euro 38.952,37 (n.1 progetto)
- **EIC Pathfinder:** è stato presentato n. 1 progetto con richiesta contributo pari a Euro 458.104,44
- **EIC Transition:** è stato presentato n. 1 progetto con richiesta contributo pari a Euro 86.996,25
- **EPPERMED JTC2025 "PGxPM2025" Medicine Approaches:** sono stati presentati n. 2 progetti con richiesta di contributo pari a Euro 103.900,00 di cui vinti Euro 53.900,00 (n.1 progetto)
- **Era-Net JTC 2025:** sono stati presentati n. 2 progetti con richiesta di contributo pari a Euro 408.240,00
- **Erasmus Plus:** è stato presentato n. 1 progetto con richiesta contributo pari a Euro 83.000,00
- **ERC:** sono stati presentati n. 2 progetti con richiesta di contributo pari a Euro 3.948.573,00
- **ERDERA JTC:** è stato presentato n. 1 progetto con richiesta contributo pari a Euro 250.000,00
- **IHI:** è stato presentato n. 1 progetto con richiesta contributo pari a Euro 97.500,00 di cui vinti Euro 97.500,00
- **JPND:** è stato presentato n. 1 progetto con richiesta contributo pari a Euro 198.330,00 di cui vinti Euro 198.330,00
- **MSCA:** sono stati presentati n. 5 progetti (non fattibile per IRCCS richiedere un contributo)
- **WIDERA:** è stato presentato n. 1 progetto con richiesta contributo pari a Euro 71.730,00
- **Horizon EU Mission Cancer:** sono stati presentati n. 2 progetti con richiesta di contributo pari a Euro 1.069.688,75 di cui vinti Euro 673.875,00 (n.1 progetto)
- **Horizon EU Cluster 1:** sono stati presentati n.9 progetti con richiesta di contributo pari a Euro 1.771.065,00
- **Horizon EU INFRA-SERV:** sono stati presentati n.2 progetti con richiesta di contributo pari a Euro 216.250,00
- **HCL2030 – Hairy Cell Leukemya:** è stato presentato n. 1 progetto con

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

richiesta contributo pari a Euro 655.422,53

- **Bando EHA Innovation grant 2025:** sono stati presentati n. 2 progetti con richiesta di contributo pari a Euro 524.338,02

Il numero complessivo dei progetti presentati nel 2025 in ambito europeo ed extra-eu e finanziati per l'IRCCS è pari a **n.9 progetti**, per un contributo totale di **Euro 1.730.124,53**

I contributi iscritti a Bilancio in conto esercizio per ricerca per l'anno 2025 sono determinati da:

- "Contributi da Ministero della Salute per ricerca corrente" quantificati in Euro 4.172.289: in tale voce è stato indicato il valore del contributo di Ricerca Corrente 2025, formalizzato dal Ministero della Salute al netto della quota Bibliosin, GARR e progetto Eranet e MAECI.
- "Contributi da Ministero della salute per Ricerca finalizzata" quantificati in Euro 2.813.724: in tale voce è stato indicato il valore del contributo a copertura del costo dei contratti del personale del comparto della ricerca (cd Piramide), formalizzato dal Ministero della Salute a fine 2025.
- "Contributo da 5 per mille" quantificato in Euro 291.116
- "Contributi da altri soggetti pubblici per ricerca", quantificati in Euro 1.134.650: tale voce comprende in particolare le attività di ricerca svolta in collaborazione con l'Università di Bologna, si segnala inoltre il progetto della commissione europea Jane-2 Joint Action on Networks of Expertise on Cancer Euro 323.388 ed i due progetti MISEWONDER25 e MISELEGO25 finanziati dal Ministero delle imprese e del Made in Italy.
- "Contributi da privati per ricerca", quantificati in Euro 1.758.354: tale valore si riferisce in parte a contributi di soggetti terzi finanziatori, finalizzati alla copertura di costi relativi a specifici studi no profit; in altra parte si riferisce ai finanziamenti ottenuti per la realizzazione di progetti presentati nell'ambito di Bandi di ricerca competitivi, assegnati nell'anno (per es. Bando Carisbo, Bando di ricerca dell'Agenzia Spaziale Italiana per il finanziamento di progetti nell'ambito dello studio degli effetti causati dall'esposizione a radiazioni e dalla gravità alterata sui sistemi biologici, EUnetCCC "The European Comprehensive Cancer Centre Network").

Non si registrano nell'anno "Contributi da Ministero della Salute (extra-fondo) vincolati per RICERCA PNRR" che nel bilancio di esercizio 2024 avevano inciso per un valore significativo, pari a quasi a Euro 7.000.000 e di circa 2.600.000 Euro nel bilancio 2023. Si ricorda infatti che i progetti di ricerca relativi a fondi PNRR e PNC, che hanno visto il nostro IRCCS come soggetto Capofila, sono relativi a bandi 2022 e 2023. Nel corso dell'anno, si è proceduto all'iscrizione del contributo di Euro 84.000,00 alla voce "contributi da privati per ricerca" relativo alla partecipazione del nostro Irccs al progetto PNRR 2023 del Ministero della Salute, intitolato "I-HOPE PROJECT: Investigating Heart multi-Omics might influence

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Prognosis, Endpoints and survival in youngs”, coordinato dall’Ospedale Bambin Gesù di Roma.

A causa di quanto sopra esposto i contributi assegnati nell’anno non hanno raggiunto il valore medio dei contributi complessivi registrati nell’ultimo triennio. Come noto, infatti, l’andamento dei contributi per ricerca, è condizionato sia dalle capacità competitive dell’Ente promotore che dalle tempistiche di pubblicazione dei Bandi di ricerca, questi ultimi non necessariamente ricorrono con cadenza fissa e/o annuale (v. Bandi Ministeriali di ricerca Finalizzata, Bandi PNRR e PNC, Bandi Europei); nel caso specifico, infatti, il mancato raggiungimento dell’obiettivo è determinato dal fatto che negli anni 2023-2024 sono stati contabilizzati contributi “straordinari” derivanti dal PNRR (bando esaurito che non troverà ripetizione nei prossimi anni), nonché dalla vincita del progetto europeo Biotoool in qualità di coordinatore.

Nell’ambito di ricerca si ricorda ancora la capacità dell’IRCCS di operare in rete con le altre Istituzioni, sia in ambito nazionale che internazionale, che viene confermata anche per il 2025.

IRCCS continua la sua attività di collaborazione nell’ambito della rete Alleanza Contro il Cancro (ACC) anche attraverso la partecipazione ai progetti “The ACC Omics Registry: a digital environment to leverage observational cancer “omics” data to develop computer-assisted diagnostic and predictive models (ACCORD)” e “ Istituti virtuali di patologia della Rete Italiana degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS): prevenire le malattie, personalizzare le cure, migliorare la qualità della vita dei pazienti”, finanziato con i fondi 2018 - 2028 previsti dalla Legge n. 232 del 2017 (legge di Bilancio 2018), finalizzato alla realizzazione di una piattaforma tecnologica che consenta la raccolta, la condivisione e l’analisi dei dati clinici e scientifici dei pazienti di ciascun IRCCS delle tre reti (Health Big-Data Project), che vede ACC in qualità di soggetto attuatore, insieme alle Reti proponenti “Cardiologica” e “delle Neuroscienze e della Neuroriabilitazione” e il Ministero della Salute.

L’IRCCS AOUBO inoltre prosegue la sua collaborazione anche nell’ambito della rete UCOR. Tale progetto nato a livello ministeriale è volto alla progettazione di un Ufficio di coordinamento delle sei Reti IRCCS (UCOR) di patologia (ACC, CARDIO, RIN, IDEA, AGING, RAMS), che ha avuto dal Ministero una assegnazione di Budget dedicata, e ha come obiettivo quello di creare una struttura operativa a supporto delle attività delle Reti attraverso l’implementazione di competenze già esistenti ovvero l’acquisizione di nuove professionalità con competenze sia giuridico-amministrative che tecnico-scientifiche che lavorino in modo coordinato ed armonico, in raccordo e/o a supporto della Direzione generale della ricerca e innovazione in sanità .

In tale contesto generale di riferimento continuerà ad essere valorizzata e supportata la partecipazione alle 12 reti “European Reference Networks” a cui aderisce il nostro IRCCS, nonché l’incentivazione allo sviluppo di progetti in collaborazione e in rete con gli altri IRCCS regionali e nazionali, e con enti e istituzioni internazionali.

Le attività sopra descritte verranno misurate attraverso gli indicatori di seguito riportati:

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Indicatori	Target 2025	Risultato 2025
IND1095 - Invio trimestrale, dalla data di avvio, del flusso informativo regionale relativo alla ricerca clinica	100%	100%
DES0134 - Capacità di attrarre risorse da parte degli IRCCS (finanziamenti da bandi competitivi da MinSal, MUR, RER, altri enti pubblici e privati)	Finanziamento ≥ media triennio precedente	NO
DES0135 - Capacità di operare in rete (adesione Reti IRCCS e/o ERN)	≥ 2	100%

3.2.3.36 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione Salute Componente 2 Investimento 2.1 Valorizzazione e Potenziamento della Ricerca Biomedica del SSN

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 progettazione esecutiva dell'intervento è stata verificata e approvata nel rispetto delle rispettive milestones ed i lavori, avviati a dicembre 2023, procedono regolarmente.
- 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. La progettazione esecutiva dell'intervento è stata verificata e approvata nel rispetto delle rispettive milestones ed i lavori, avviati a dicembre 2023, hanno registrato un ritardo di tre mesi legato a ritrovamenti archeologici al di sotto dell'edificio esistente; tuttavia il cronogramma dei lavori è allineato con le scadenze previste (collaudo statico entro il 31.12.2025 e fine lavori contrattuale al 24.04.2026).

Si precisa che la Regione Emilia-Romagna, in coerenza con le indicazioni del Ministero della Salute, ha modificato le fonti di finanziamento: l'intervento al Pad.3 Polo della Ricerca Scientifica è finanziato ex art.20 L.67/88 e l'intervento Demolizione e ricostruzione del padiglione 26 con fondi PNRR

Nell'ambito del 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 8.625.175,43 € per la realizzazione dei seguenti interventi:

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

<i>Titolo Intervento</i>	<i>CUP</i>	<i>FINANZIAMENTO COMPLESSIVO</i>	
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione TC 001	F39J22001110006	366.277,00	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2024
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione - Tomografi a Risonanza Magnetica 1,5 Tesla	F39J22001120006	1.124.840,00	INTERVENTO DA CONCLUDERE NELL'ANNO 2025
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione PET TC 001	F39J22001130006	2.295.480,47	INTERVENTO DA CONCLUDERE NELL'ANNO 2025
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione PET TC 002	F39J22001140006	2.351.474,16	INTERVENTO DA CONCLUDERE NELL'ANNO 2025
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Mammografi con tomosintesi 001	F39J22001150006	171.715,00	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2024
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Mammografi con tomosintesi 002	F39J22001160006	200.128,80	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2024
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Angiografo Cardiologico 001	F39J22001170006	618.738,00	INTERVENTO DA CONCLUDERE NELL'ANNO 2025
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Angiografo Cardiologico 002	F39J22001180006	662.414,00	INTERVENTO DA CONCLUDERE NELL'ANNO 2025
Ammodernamento tecnologico - media tecnologia: sostituzione: Ecografi Multidisciplinari/Internistici 001	F39J22001190006	22.323,00	INTERVENTO DA CONCLUDERE NELL'ANNO 2025
Ammodernamento tecnologico - media tecnologia: sostituzione: Ecografi Multidisciplinari/Internistici 002	F39J22001200006	22.323,00	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2022
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Angiografo Radiologico 001	F34E22000490006	789.462,00	INTERVENTO CONCLUSO NELL'ANNO 2022

Nel corso del 2025, a seguito di rimodulazione, la Regione ha assegnato ulteriori interventi di seguito specificati:

<i>Titolo Intervento</i>	<i>CUP</i>	<i>FINANZIAMENTO COMPLESSIVO</i>	
Ammodernamento tecnologico - media tecnologia: sostituzione: Ecografi Multidisciplinari/Internistici 003	F34E25000170006	43.954,00 €	INTERVENTO DA CONCLUDERE ENTRO IL I TRIMESTRE 2026
Ammodernamento tecnologico - media tecnologia: sostituzione: Ecografi Multidisciplinari/Internistici 004	F34E25000180006	28.946,00 €	INTERVENTO DA CONCLUDERE ENTRO IL I TRIMESTRE 2026

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 4.034.338 € per la realizzazione dei seguenti interventi che saranno completati nel 2026:

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Titolo	CUP	Totale quadro economico
Laboratorio di Tossicologia Occupazionale e Ambientale della Medicina del Lavoro di IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	I83C22000640005	1.141.722,36 €
Microbiologia/CRREM di IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	I83C22000640005	2.892.815,32 €

Nel 2025 si sono concluse le attività nell'ambito del PNRR 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) dove questa Azienda ha beneficiato di un importo pari a € 11.635.133 (CUP F39J22001040006) che ha permesso di realizzare interventi che rientrano nelle seguenti categorie:

- Interventi finalizzati all'implementazione, aggiornamento e sviluppo di nuove funzionalità ai diversi sistemi che compongono la cartella clinica elettronica(CCE) per la digitalizzazione del DEA II, tra i quali: CCE Ambulatoriale di reparto, CCE - Funzionalità di accettazione-dimissione-trasferimento pazienti interaziendale, CDR e ESB documenti, order entry e ESB ordini, gestione dell'identità utenti, gestione dell'attività chirurgica, gestione attività e di Imaging della Ginecologia, sistema informativo di Cardiologia;
- Potenziamento e rinnovo del hardware necessario ai progetti di informatizzazione oggetto del finanziamento PNRR;
- Potenziamento dell'infrastruttura di cybersicurezza.

Le attività si sono concluse nel giugno 2025 e il raggiungimento degli obiettivi è stato certificato mediante verifica dell'ispettore HIMSS che ha decretato il raggiungimento del livello 4 EMRAM.

Nell'ambito del PNRR 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".

Gli interventi sono finalizzati ad adeguare i sistemi informatici per l'invio dei documenti a FSE alle nuove specifiche nazionali secondo tempistiche definite a livello ministeriale. Sono stati raggiunti gli obiettivi regionali del 2025 e il finanziamento si concluderà nel 2026.

Nell'ambito del "PNRR - MISSIONE 1 - Componente 1 - investimento 1.1 "infrastrutture digitali" e "investimento 1.2 abilitazione al cloud per le pa locali" asl/ao)".

Grazie a questo finanziamento sono state completate le attività di migrazione dei sistemi informatici aziendali verso i datacenter regionali nel 2025.

Investimento: PNRR MISSIONE 1 COMPONENTE 1 INVESTIMENTO1.4 "SERVIZI E CITTADINANZA DIGITALE", MISURA 1.4.3 "ADOZIONE APP IO"

Importo: € 29.520

Grazie a questo finanziamento nel 2025 è stato attivato il canale di comunicazione verso i cittadini tramite le notifiche su App IO. In particolare, per quanto riguarda il promemoria degli appuntamenti e del pagamento ticket.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

In merito a finanziamenti **PNRR/PNC ottenuti nell'ambito di Bandi competitivi per ricerca promossi da Ministero della Salute/MUR/MISE**, iscritti a contributo nel triennio precedente, si segnala che in corso d'anno stanno proseguendo tutte le progettualità avviate negli anni precedenti.

In relazione al progetto PNC DARE (avviato il 15/12/2022 con scadenza il 14/12/2026), l'articolazione del finanziamento è quella che segue:

DARE - PNC MUR I.1 – IRCCS AOUBO UO AFFILIATO			
PI	Codice progetto	Titolo progetto	Budget IRCCS
Spoke 2 – Lambertini Paride, Tubertini Paolo, Morelli Maria Cristina	PNC0000002	"DARE - Digital Lifelong Prevention"	€ 757.891,20
Spoke 3 – Capretti Maria Grazia, Locatelli Chiara, Gazineo Domenica, Potena Luciano/Russo Antonio, Salice Marco	PNC0000002	"DARE - Digital Lifelong Prevention"	€ 2.715.860,00

Sono stati ad oggi rendicontati 12 trimestri di attività e sono stati oggetto di verifica i primi 8 trimestri (15/12/2022 - 14/12/2024) da parte di Invitalia. A oggi è stata rimborsata una spesa del valore di Euro **33.125,14**. Si resta in attesa degli esiti sui controlli operati sui successivi trimestri.

Il progetto PNRR Heal Italia è stato avviato il 1/12/2022 e a seguito di concessione di proroga da parte del Ministero competente, la data di scadenza è stata rideterminata al 30/04/2026.

PROGETTO HEAL ITALIA- PNRR MUR M4 C2 I1.3- IRCCS AOUBO UO AFFILIATO			
PI	Codice progetto	Titolo progetto	Budget IRCCS
Spoke 4 – Pippucci Tommaso	PE0000019	"HEAL ITALIA – Health Extended Alliance for Innovative Therapies, Advanced Lab-research and Integrated Approaches of Precision Medicine"	€ 704.610,00
Spoke 8 – Bonifazi Francesca	PE0000019	"HEAL ITALIA – Health Extended Alliance for Innovative Therapies, Advanced Lab-research and Integrated Approaches of Precision Medicine"	€ 470.390,00

In relazione a questo progetto sono state effettuate rendicontazioni intermedie, e ad oggi è stata rimborsata una spesa del valore di Euro 550.769,89.

Nel corso dell'anno 2025 si è concluso il progetto PNRR MISE UTT annualità 2023 – 2025, il progetto è stato rendicontato e siamo in attesa di riscontro da parte del MISE. Contemporaneamente al fine di dare continuità al progetto, è stato emesso un nuovo bando relativamente alle annualità 2025 - 2027 assegnando il finanziamento come riportato nella tabella che segue:

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

PNRR MISE M1 C2 I6 – IRCCS AOUBO UO PARTNER			
PI	Codice progetto	Titolo progetto	Budget IRCCS
Burioli Paola	LEGO	LEarninG how to find Opportunities (LEGO)	€ 64.384,85
Buroli Paola	WONDER	hoW tO learN to DEal With the business woRld (WONDER)	€ 64.384,85

Le attività si concluderanno il 30/09/2027 e saranno oggetto di rendicontazione annuale da parte della nostra Azienda.

In merito ai progetti PNC finanziati dal Ministero della Salute si segnala quanto segue:

PNC MdS – Titolo finanziamento	PI	Budget IRCCS
PNC-TT NETWORK “Life Science TTO Network	Pari Silvia/Burioli Paola	€ 57.245,00
PNC HubLife Science – Terapia Avanzata (HLS-TA)	Bonifazi Francesca	€ 650.000,00

I progetti sono stati avviati il 01/04/2023 e scadranno il 31/12/2028 avendo ricevuto una proroga di due anni. Per tali progetti abbiamo ricevuto l’anticipo del 40% del finanziamento assegnato. Sono state oggetto di rendicontazione e controllo del Ministero della Salute le prime tre annualità. Inoltre, la spesa per essere rimborsata necessita della certificazione di un Revisore legale esterno che avverrà alla scadenza dei progetti sopra menzionati.

In merito ai progetti PNRR finanziati dal Ministero della Salute nell’ambito del primo bando PNRR 2022 si riporta la sintesi che segue:

Primo Bando PNRR 2022 M6 C2 I2.1 – IRCCS AOUBO ente capofila			
Resp. Scientifico	Codice progetto	Titolo progetto	Budget nostro ente
Francesco Violante	PNRR-MAD-2022-12376823	Night-shift work and breast cancer	€ 297.281,00
Matteo Ravaioli	PNRR-MAD-2022-12375707	Hypothermic Oxygenated Perfusion To Reduce Tumour Recurrence After Liver Transplantation In Patients With Hepatocarcinoma	€ 327.956,00
Tommaso Pippucci	PNRR-MR1-2022-12376747	PRECISION DIAGNOSIS AND THERAPY FOR RARE DISEASES BY INTERPRETING NON-CODING GENOMES (PARADIGM)	€ 238.695,00

Primo Bando PNRR 2022 M6 C2 I2.1 – IRCCS AOUBO partner			
Resp. Scientifico	Codice progetto	Titolo progetto	Budget tot. progetto
Egidy Assenza Gabriele	PNRR-MR1-2022-12376762	Dligital diagnoSis of cardiac sOUND in peDiatric patients [DI-SOUND study]	€ 268.817,00

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Primo Bando PNRR 2022 M6 C2 I2.1 – IRCCS AOUBO partner			
Resp. Scientifico	Codice progetto	Titolo progetto	Budget tot. progetto
Fabio Piscaglia	PNRR-MR1-2022-12376395	Italian Autoimmune Liver Disease (ITAILD) Clinical Research Network (CRN)	€ 284.352,50
Pierluigi Zinzani	PNRR-MAD-2022-12376059	A multiomics approach to identify signatures of response and resistance to immunotherapy in R/R Diffuse Large B-cell Lymphoma	€ 139.100,00

Tutti i suddetti progetti hanno beneficiato di una proroga ordinaria di 6 mesi e un'ulteriore proroga straordinaria di 6 mesi, con rideterminazione della data di scadenza a maggio 2026. Sono tutt'ora in corso, attività di rimodulazioni cosiddette a "ribasso" dei finanziamenti e rimodulazioni di budget tra i partner di progetto, operazioni dettate dalla necessità di adeguare il contributo al reale avanzamento finanziario dei progetti al fine di non creare economie di spesa.

Per ciascuno di essi è stata riconosciuta la rata di anticipo del 40%; il saldo verrà erogato sulla base dell'ammontare delle spese effettivamente sostenute e in subordine alla valutazione positiva della rendicontazione economica e scientifica finale.

Di seguito la sintesi dei progetti finanziati nell'ambito del secondo Bando PNRR 2023 Ministero della Salute:

Secondo Bando PNRR M6 C2 I2.1 – IRCCS AOUBO ente capofila			
Resp. Scientifico	Codice progetto	Titolo progetto	Budget tot. Progetto
Zamagni Elena	PNRR-TR1-2023-12378246	AIMMer: A machine learning approach to connect Multiple Myeloma complexity to early disease recurrence	€ 1.000.000,00
Catani Lucia	PNRR-TR1-2023-12377450	Decoding the extracellular vesicles-driven communication in the microenvironment of hairy cell leukemia to improve patient care management	€ 908.895,00
Caraceni Paolo	PNRR-MCNT2-2023-12377463	Safety and efficacy of a high quality human albumin solution in patients with decompensated cirrhosis (SUPERalbumin).	€ 999.380,00
Potena Luciano	PNRR-MCNT2-2023-12377618	Cardiac Imaging and Biomarkers in the Diagnosis of Antibody Mediated Rejection in Heart Transplantation	€ 995.915,00

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Secondo Bando PNRR M6 C2 I2.1 – IRCCS AOUBO ente capofila			
Resp. Scientifico	Codice progetto	Titolo progetto	Budget tot. Progetto
Nava Stefano	PNRR-MCNT1-2023-12378402	REspiratory Cancers and diseases due to Air Pollution: new biomarkers of exposure and effects (RECAP)	€ 602.410,00
Bonifazi Francesca	PNRR-MCNT2-2023-12377820	Chimeric Antigen Receptor (CAR) extracellular vesicles as early biomarkers of CAR-T cell therapy outcome in hematological malignancies	€ 999.995,25
Seracchioli Renato	PNRR-MCNT2-2023-12378204	Safety of cryopreserved ovarian tissue transplant: improving life quality in sarcoma and hematological Cancer survivors	€ 566.515,00
Cicero Arrigo Francesco Giuseppe	PNRR-MCNT2-2023-12377884	Cardiometabolic risk of obese subjects: genetic, laboratory, and clinical determinants in general population and outpatients	€ 909.500,00

Secondo Bando PNRR 2022 M6 C2 I2.1 – IRCCS AOUBO partner			
Resp. Scientifico	Codice progetto	Titolo progetto	Budget nostro ente
Turchetti Daniela	PNRR-TR1-2023-12378372	Liquid Biopsy implEmentation in the management of Rare Tumors associated with hereditarY syndromes (LIBERTY)	€ 163.500,00
Angeli Emanuela	PNRR-MCNT2-2023-12377263	I-HOPE PROJECT: Investigating Heart multi-Omics might influence Prognosis, Endpoints and survival in youngs	€ 84.040,00

Il Ministero della Salute ha provveduto per tutti al riconoscimento della I rata di anticipo pari al 40% del finanziamento complessivo assegnato; Il saldo verrà erogato sulla base dell'ammontare delle spese effettivamente sostenute e in subordine alla valutazione positiva della rendicontazione economica e scientifica finale. Al di fuori di un unico progetto tra quelli sopra menzionati i cui si attende l'approvazione ministeriale, tutta la restante parte ha già ottenuto una proroga ordinaria di 6 mesi con scadenza a febbraio 2027.

A completamento della panoramica dei progetti PNRR/PNC, si menziona l'assegnazione di un finanziamento derivante da un Bando a cascata "AdvaNced Technologies for Human-centrEd Medicine (ANTHEM)" Codice Progetto PNC0000003 del MUR, emesso dall'Università degli studi di Bergamo, di cui abbiamo ricevuto un contributo pari a €164.000 in qualità di unità partner.

3.2.3.37 Innovazione nei servizi sanitari e sociali

Equità in tutte le politiche e medicina 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 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.

Di seguito le attività condotte dall'IRCCS AOUBO in coerenza con le indicazioni del Gruppo di Coordinamento Regionale per l'Equità **e con la proroga al 31.01.2026.**

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

2. Ridefinizione del Board aziendale dell'Equità (Del. AOSPO_BO 35/2025) estendendo la partecipazione professionisti delle Direzioni/Servizi che per competenze e conoscenze hanno ruolo nell'ambito della governance aziendale.

3. Conclude le attività interaziendali relative a:

- o PINT73 "Assistenza in acuto all' uomo e transgender vittime di violenza sessuale" - data di applicazione 15 Ottobre 2025 (capofila del processo IRCCS AOUBO)
- o 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)

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

4. **Partecipazione di n. 6 professionisti dell'IRCCS AOUBO al "Percorso di ricerca-form-azione 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 e che continuerà anche nel 2026

Indicatori	Target 2025	Risultato 2025
DES0132 - Partecipazione delle referenti equità agli incontri del Coordinamento regionale di cui alla det. 28136/2024	≥ 70%	100%
DES0133 - Stesura del nuovo piano aziendale triennale a supporto dell'equità e per il contrasto delle disuguaglianze in salute, anche quale esito del percorso regionale di accompagnamento	≥ 1	100%
DES0137 - Partecipazione alle attività e agli incontri previsti nell'ambito della ricerca-azione regionale sul diversity management nelle aziende sanitarie	100%	100%

Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza

Alla luce dell'obbligatorietà della registrazione SICHER nella scheda di dimissione ospedaliera, procede il monitoraggio della sorveglianza in essere presso l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, con iniziative mirate a consolidare nei reparti la pratica della sorveglianza. La percentuale di **procedure sorvegliate** sul totale di quelle viene elaborato dal Settore Innovazione nei servizi sanitari e sociali, Regione Emilia-Romagna.

Indicatore	Target 2025	Risultato 2025
<i>IND1026 - Indicatore composito su prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni e delle resistenze negli ospedali per acuti</i>	<i>≥ 15 punti</i>	<i>18</i>
1 IND0742 - Copertura SICHER - % Procedure chirurgiche sorvegliate sul totale delle procedure sottoposte a sorveglianza	≥ 75%	71,24%
2 DES0143 - Partecipazione da parte dell'Azienda alla revisione dei casi di infezioni probabili (SiChER)	Sì	SI
3 IND1025 - Igiene delle mani: numero di opportunità osservate per 10.000 giornate degenza	≥ 150	260
4 IND0737 - Consumo di prodotti idroalcolici per 1.000 giornate di degenza	≥ 30	30
5 IND1024 - Punteggio framework IPCAF	≥ 601	752,5

Prosegue la partecipazione a MAppER (Mani App Emilia-Romagna): è un sistema informatizzato per raccogliere informazioni sull'adesione alla corretta igiene delle mani da parte dei professionisti sanitari. Sono stati formati i primi rilevatori, ma per il momento le rilevazioni sono in capo al personale infermieristico di Igiene Ospedaliera e prevenzione.

Per il 2025, le attività di rilevazione e l'inserimento dei dati in piattaforma sono rimasti in carico al personale infermieristico di igiene Ospedaliera e Prevenzione.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Sono stati inoltre formati 50 operatori afferenti a diverse Unità Operative, che nel corso del prossimo anno proseguiranno autonomamente le rilevazioni, comprensive dell'inserimento dei dati in piattaforma.

Nel corso del 2025 il **consumo del gel idroalcolico** è stato valutato in base al target internazionale e del target regionale (25L/1000gdd).

3.2.3.38 Sicurezza delle cure

Con specifico riferimento agli obiettivi declinati dalle linee di programmazione per il 2025, le attività di cui si è curata l'attuazione sono rappresentate come segue.

È stato elaborato e formalizzato (Deliberazione AOU n. 171 del 10/06/2025), 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 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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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 di 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).

Di seguito si riporta la schematizzazione degli obiettivi previsti dal livello regionale per la programmazione e il finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2025, per la Sicurezza delle Cure:

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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 ¹	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%	30,21%*

* (dato inviato dal livello regionale al Risk manager in data 20/04/2026)

L'implementazione della piattaforma SegnalER a livello aziendale, a partire dal maggio 2024, a seguito di una sistematica attività di divulgazione, ha richiesto, al fine di garantire un'efficace fruizione dell'applicativo, 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

¹ Anno 2025 elaborato secondo le indicazioni delle nuove Linee di indirizzo regionali ed in coerenza alle tematiche ed agli obiettivi previsti dal Piano Strategico Regionale per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio Sanitario 2025-2026.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

all'individuazione di possibili azioni di miglioramento.

È stata prevista la continuità dell'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 integrazione, 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.

Si è mantenuta, altresì, attiva la collaborazione del Risk Management con 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.

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.

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.

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).

Nell'ambito del vasto capitolo della prevenzione e gestione del rischio infettivo, come obiettivo generale, è stato previsto per il triennio il mantenimento dell'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.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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.

E' 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 partecipa anche l'Unità Operativa di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio, come alle attività di Sicurezza IRCCS coordinata da Agenas. L'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.

3.2.3.39 Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento

Il mantenimento e lo sviluppo del sistema di gestione qualità aziendale sono garanti non soltanto del rispetto dei requisiti di accreditamento, ma anche dei requisiti di standard nazionali e internazionali a cui l'IRCCS fa riferimento per lo sviluppo di percorsi e di strutture/servizi di eccellenza:

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

- Eusoma Breast Centre Certification (rinnovo annuale)
- Certificazione Jacie Trapianto Autologo e Allogeneico di midollo nel paziente adulto (rinnovo ottenuto 2025)
- Autorizzazione CNT/CNS dei Centri di Raccolta, Processazione, Conservazione e Distribuzione cellule staminali emopoietiche (CSE) - paziente adulto (rinnovo ottenuto 2025)
- Certificazione Jacie dei Centri di Raccolta, Processazione, Conservazione e Distribuzione cellule staminali emopoietiche (CSE) - paziente pediatrico (verifica ad interim eseguita nel 2025)
- Autorizzazione CNT/CNS dei Centri di Raccolta, Processazione, Conservazione e Distribuzione cellule staminali emopoietiche (CSE) - paziente pediatrico (rinnovo biennale, ma è stato eseguito un audit specifico nel 2025 per cambio della facility processing)
- Autorizzazione CNT della Banca Regionale dei Tessuti Cardiovascolari Regione Emilia-Romagna per la Raccolta, Processazione, Conservazione e Distribuzione dei Tessuti Cardiovascolari e del tessuto Paratoroideo Autologo (rinnovo avvenuto 2025)
- Autorizzazione CNT/CNS della Banca Regionale del Sangue Cordonale (rinnovo avvenuto 2025)
- Certificazione ISO 9001:2015 della Banca Regionale del Sangue Cordonale (rinnovo annuale, 2025)
- Accreditamento FACT della ERCB (Emilia Romagna Cord Blood Bank) raccolta, conservazione e distribuzione cellule staminali da sangue cordonale ombelicale (rinnovato 2025)
- Autorizzazione AIFA Sperimentazione di Fase 1 (rinnovo annuale di tutte le 4 Unità)
- Certificazione EFI Immunogenetica (rinnovo annuale)
- Autorizzazione CNT Trapianto Microbiota Fecale (rinnovo previsto 2026)
- Autorizzazione CNT/CNS e Regionale PMA (rinnovo previsto 2026)
- certificazione ABIO-SIP "Ospedale all'altezza dei bambini" nel Dipartimento Salute della Donna e del Bambino
- Certificazione ISO9001/2015 Centro Compounding (rinnovo annuale)

Lo sviluppo e il mantenimento dei riconoscimenti di eccellenza nazionali e internazionali presenti in Azienda, evidenzia sempre di più la necessità di integrare il Sistema di Gestione Aziendale anche con i processi innovativi proposti dagli enti normativi e regolatori che, seppur applicati ad uno specifico programma, possono essere rivisti e applicati trasversalmente per garantire uno sviluppo omogeneo del sistema identificandoli come processi di supporto atti ad una migliore gestione dei processi aziendali sia clinici che tecnici.

L'implementazione del Processo della Ricerca Clinica come mission dell'IRCSS ha richiesto l'applicazione del Sistema di Gestione in merito alla rispondenza della determina AIFA 809/2015 per l'ottenimento dell'autorizzazione di 3 Unità Cliniche di Fase1 di Area Oncologica sia adulta che pediatrica e una unità clinica del Programma Trapianto di fegato. Il Sistema è stato implementato anche grazie alla presenza di un Sistema di Gestione Aziendale che vede già la definizione dei processi di un Sistema di Gestione per la Qualità. Nel 2025 sono stati previsti gli audit di sistema e studio specifico funzionali al mantenimento dei requisiti della determina AIFA 809/2015. Gli audit di Sistema secondo GCP sono stati eseguiti dal Responsabile Aziendale Qualità come Auditor GCP formato.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Indicatore	Risultato 2024	Target atteso 2025	Risultato 2025
DES0152 Produzione e invio di una relazione delle attività di audit/autovalutazione	Si	100%	100%
IND1101 Numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori convocati*	Aggiornato l'elenco dei valutatori quindi: 100%	≥80%	100%*
IND1102 Numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori afferenti all'Azienda*	Aggiornato l'elenco dei valutatori quindi: 100%	≥50%	85,7%*
IND1103 Numero valutatori partecipanti alle iniziative di formazione aggiornamento/ numero valutatori convocati*	Aggiornato l'elenco dei valutatori quindi: 100%	≥80%	*
Redazione del Piano Programma Qualità/Accreditamento	100%	100%	100%

Fonte dati: ReportER * in merito a questi obiettivi l'OTA ha comunicato che invierà la rendicontazione alle singole aziende

3.2.3.40 La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

La SS Formazione fornisce il suo contributo 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 contraddistinto dalla strutturazione di una attenta pianificazione, monitoraggio e valutazione dell'attività formativa prodotta.

La formazione programmata a livello aziendale e rivolta agli operatori è derivata, in particolare, dai fabbisogni espressi a livello dei servizi, della Unità Operative e dei Dipartimenti, ed ha tenuto conto degli obiettivi definiti nella programmazione regionale e dalla direzione strategica.

Il piano di formazione aziendale (PAF) 2025 è stato prodotto in continuità con quello dell'ultimo biennio; la ricca offerta formativa destinata trasversalmente a tutti i professionisti dell'azienda ha risposto adeguatamente ai bisogni emergenti ed ai cambiamenti dell'organizzazione.

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.

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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

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.

Nella pianificazione e nell'organizzazione dell'offerta formativa, grande impegno e particolare rilevanza ha assunto la formazione sul rischio infettivo, realizzata nell'ambito delle azioni previste dal PNRR – Missione 6 "Salute", Componente 2, Investimento 2.2.

Dando seguito al percorso iniziato nell'anno precedente, l'erogazione della formazione ha coinvolto 2344 professionisti sanitari che hanno completato il percorso, 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.

Analogamente, particolare attenzione è stata dedicata alla formazione sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), sviluppata nell'ambito delle azioni previste dal PNRR – Missione 6 "Salute", Componente 2, Investimento 1.3, finalizzato al rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e al potenziamento degli strumenti digitali del Servizio Sanitario Nazionale.

È stata infatti 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.

Nell'arco dell'anno 2025, in attuazione della Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione sulla 'valorizzazione del capitale umano nella Pubblica amministrazione', l'Azienda ha provveduto all'iscrizione sulla piattaforma Syllabus, creando le condizioni e promuovendo la partecipazione del personale, soprattutto tecnico-amministrativo, ai percorsi dedicati.

Formazione Blended

Sono state costruite e realizzate iniziative formative specifiche realizzate in modalità blended con valutazione di trasferibilità/impatto. Parallelamente, è stato avviato un percorso di formazione degli animatori di formazione per accompagnarli ad un percorso di acquisizione di competenze tale da garantire l'utilizzo di queste metodologie di progettazione e valutazione nel breve, medio e lungo periodo.

Indicatore	Target 2025	Risultato 2025
DES0154 - Formazione erogata blended	N° eventi: ≥ 3 con valutazione di trasferibilità e/o impatto organizzativo	≥ 3

Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario: corso di formazione manageriale

Al fine di procedere alla realizzazione di quanto previsto dall'investimento - PNRR - M6C2 – Sub intervento 2.2 (c) "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario" sono stata realizzate nel corso del 2025

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

altre edizioni del percorso della durata complessiva di 200 ore, rivolto a 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. L'Azienda ha garantito la partecipazione dei professionisti indicati e selezionati a livello regionale.

Indicatore	Target 2025	Risultato 2025
DES0155 – PNRR/PNC - Partecipazione dei professionisti delle aziende selezionati per il corso regionale	100%	100%

3.3 Investimenti effettuati

Lavori

Gli investimenti contabilizzati nell'anno 2025, sono di seguito rappresentati per complessivi € 24.205.007,67:

- riqualificazione del Polo Materno Infantile (I fase), per un importo di euro 5.375.453,65
- riqualificazione delle degenze del padiglione 5 ali A e B per un importo di euro 2.256.716,16;
- Demolizione e ricostruzione del Padiglione 26 - Realizzazione palazzina ambulatori PNRR per un importo pari a euro 5.734.678,40
- Padiglione 3 – Polo della Ricerca Scientifica per un importo di euro 2.336.412,07;
- Padiglione 3 opere di ripristino danni sisma 2012 per un importo di euro 319.352,30, riferiti alle spese tecniche;
- realizzazione nuovo polo delle medicine (pad.12-15) per un importo di euro 2.792.789,03 riferite alle spese tecniche;
- Riqualificazione degli ambulatori centro riferimento regione Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali – MICI per un importo di euro 36.393,07;
- interventi urgenti e indifferibili per complessivi euro 282.719,94;
- interventi di adeguamento antincendio per complessivi euro 209.546,02;
- Lavori per installazione RM pad. 16 per un importo di euro 1.056.360,16
- Banca gameti per un importo di euro 205.523,46
- Acceleratore lineare Pad. 11 per complessivi euro 75.839,36
- Riqualificazione e adeguamento normativo DH e Ambulatori Oncologia Pad.2 per complessivi euro 480.542,60
- Acquisto terreno "Casa dell'accoglienza" per complessivi euro 2.735.808,61
- Nuova Centrale Trattamento Aria (CTA) al servizio del pad, 4 ala C euro 346.872,84

Attrezzature sanitarie e tecnico-economali

Gli investimenti in attrezzature sanitarie e tecnico-economali effettuati nel corso del 2025 hanno avuto come obiettivi:

- sostituzioni urgenti e imprescindibili per fuori uso;
- nuove acquisizioni necessari al fine di garantire attività assistenziali;

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

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

TECNOLOGIA	QUANTITA'	COSTO (IVA inclusa)	MOTIVAZIONE	RIFERIMENTO INV. IN FUORI USO
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
CASCHETTI	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
CASCHETTI	5	25.285,79 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	78220 101053 121903 134800

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

TECNOLOGIA	QUANTITA'	COSTO (IVA inclusa)	MOTIVAZIONE	RIFERIMENTO INV. IN FUORI USO
				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 ALTIMETRO	2	1.171,20 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	101553 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 €	SOSTITUZIONE PER FUORI USO	No inventario IRCCS AOU BO. Bene universitario preso in carico da IRCCS AOU BO

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

TECNOLOGIA	QUANTITA'	COSTO (IVA inclusa)	MOTIVAZIONE	RIFERIMENTO INV. IN FUORI USO
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

Arredi

Si veda paragrafo "3.2.2.5 Razionalizzazione della gestione del patrimonio edilizio- tecnologico e governo degli investimenti".

Software e attrezzature informatiche

Si veda paragrafo "3.2.2.5 Razionalizzazione della gestione del patrimonio edilizio- tecnologico e governo degli investimenti"

Fonti di finanziamento

Relativamente alle realizzazioni anno 2025, complessivamente pari a circa 47.175.347,43 euro suddivise per fonti di finanziamento come da tabella di seguito riportata.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

PIANO DI REALIZZAZIONE DEGLI INVESTIMENTI ANNO 2025

CLASSE	DESCRIZIONE CLASSE	DESCRIZIONE INTERVENTI EDILIZI	01 CONTRIBUTI IN CONTO CAPITALI (FAP FRF S FSA)	02 FONDI VINCOLATI (FMIGL)	DONAZIONI IN DENARO (DD - PDD- DDERLIB)	DONAZIONI IN NATURA (DN - PDN)	COVID 19 _PIANO DI RIORGANIZZAZIONE DELL' ASSISTENZA (DL34ART2)	06 FONDI AZIENDALI STERILIZZATI (CE...)	07 MUTUI	FINANZIAMENTI PER INVESTIMENTI (PNRR- PNC)	Totale complessivo
LAVORI PUBBLICI											
5050900101	FABBRICATI STRUMENTALI (INDISPONIBILI)	2023/79 - NEUROPSICHRM-Installazione RM	€ 177.460,16	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 878.900,00	€ -	€ -	€ 21.509.199,05
		2023/91 - NUOVACTAPAD4AC-Nuova CTA al serv. Del Pad 4 ala C	€ -	€ -	€ 346.872,84	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
		2016/1- Riordino e riqualificazione delle strutture dell'Area pediatrica nell'ambito del Polo Materno Infantile	€ 4.952.443,66	€ -	€ 423.009,99	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
		2019/1 - - 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)	€ 36.393,07	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
		2024/109 - URGOSOSTASCPAD13- Sost. ascensore pad 13	€ 132.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
		2019/2 - 2019/4-2019/3 - Ristrutturazioni e adeguamenti Pad. 5 Ala A e B (comprese demolizioni)	€ 1.818.320,49	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 438.395,67	€ -	
		2019/39 -Opere ripristino danni sisma 2012 pad. 3	€ 319.352,30	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
		2020/120 - Realizzazione nuovo Polo delle Medicine (pad.12-15)	€ 2.792.789,03	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
		2019/42 - Interventi di adeguamento impianti/antincendio	€ 209.546,02								
		2024/8 - SBGAMETIPG4-Manut str. banca gameti adeg. locali	€ 205.523,46	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
		2022/163 - Demolizione e ricostruzione Pad. 26 realizzazione Pal. Ambulatoriali	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 5.734.678,38	
		2021/41 - Adeg. Struttrali Funzionali Polo Ricerca Pad. 3	€ 2.336.412,07	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
		2025/5 - RIQADDHAMBONZAMCPAD2P3DE- Riq. adeg. DH-Amb pad 2 p3 ala D-E	€ -	€ -	€ 480.542,59	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
		2026/28 - PAD11RADIOTERAPIA- LAVORI VARI IN PAD 11 RADIOTERAPIA	€ -	€ -	€ 75.839,37	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
2023/99 - RIQUALIFICAZIONE DELLA CUCINA PAD. 2	€ 150.719,95	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -			
TOTALE COMPLESSIVO INTERVENTI EDILIZI			€ 13.130.960,21	€ -	€ 1.326.264,79	€ -	€ -	€ 878.900,00	€ 438.395,67	€ 5.734.678,38	€ 21.509.199,05

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

TERRENI DISPONIBILI											
		VIA MAZZINI BOLOGNA	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 2.735.808,61	€ -	€ 2.735.808,61
TOTALE COMPLESSIVO FABBRICATI DISPONIBILI											€ 2.735.808,61
ALTRE IMMOBILIZZAZIONI											
5001300101	SOFTWARE - ALTRO		€ -	€ 12.458,53	€ -	€ -	€ -	€ 80.769,36	€ -	€ 3.760.897,21	€ 3.854.125,10
5003100201	LICENZE D'USO SOFTWARE		€ -	€ 10.527,97	€ -			€ 64.647,80	€ -	€ 532.234,94	€ 607.410,71
5051700101	ATTREZZATURE SANITARIE		€ 4.250.622,29	€ 371.747,11	€ 156.574,98	€ 237.282,29	€ 206.352,40	€ 1.685.393,75	€ -	€ 9.362.928,39	€ 16.270.901,21
5052500101	AUTOMEZZI		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
5052100101	MOBILI E ARREDI		€ 328.251,87	€ 138.252,41	€ 310.080,53	€ 126.106,65	€ 23.831,89	€ 126.031,72		€ -	€ 1.052.555,07
5053100101	ATTREZZATURE INFORMATICHE		€ 109.751,25	€ 1.950,05	€ -	€ -	€ -	€ 81.816,80	€ -	€ 786.727,02	€ 980.245,12
5053100201	BENI STRUMENTALI DIVERSI		€ 1.577,78	€ 126.801,44	€ 30.768,21	€ -	€ -	€ 199,98	€ -	€ -	€ 159.347,41
5001300201	DIRITTI BREV. E UTILIZ. OPERE D'INGEGNERIA		€ -	€ 5.755,35	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 5.755,35
Totale altre immobilizzazioni			€ 4.690.203,19	€ 667.492,86	€ 497.423,72	€ 363.388,94	€ 230.184,29	€ 2.038.859,41	€ -	€ 14.442.787,56	€ 22.930.339,97
Totale complessivo			€ 17.821.163,40	€ 667.492,86	€ 1.823.688,51	€ 363.388,94	€ 230.184,29	€ 2.917.759,41	€ 3.174.204,28	€ 20.177.465,94	€ 47.175.347,63

Si rappresentano di seguito le tabelle dello schema Allegato 5) richiesto dalla Regione Emilia-Romagna contenente la rendicontazione degli investimenti programmati e realizzati.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Interventi in progettazione al 31/12/2025

Id Interven to	Azienda	Programma	Delibera Programma zione	Art. 20 Leg ge n. 67/10 finanz iamen to	Anno asseg nazio ne finanz iamen to	N. Interv ento	Titolo Intervento	Tipologia Intervento	Finanziamento Stato	Finanziamento Regione	Finanziam ento Azienda	Finanzia mento altri	Totale	Eventuali costi sostenuti nell'esercizio 2025	Eventuali costi sostenuti al 31/12/2025	Note
2020/48	09 AOsp Bologna	Accordo di Programma 2025 VII Fase - 1° stralcio	DAL 158/2024	SI	2024	APF24	Riqualificazione del Polo Materno Infantile – II fase		€ 26.600.000,00	€ 1.400.000,00			€ 28.000.000,00	€ -	€ -	
2023/77	09 AOsp Bologna	Accordo di Programma 2025 VII Fase - 1° stralcio	DAL 158/2024	SI	2024	APF25	Interventi di adeguamento alla normativa di prevenzione e sicurezza antincendio – I° fase	Adeguamento normativo	€ 4.750.000,00	€ 250.000,00			€ 5.000.000,00	€ -	€ -	
2023/76	09 AOsp Bologna	Accordo di Programma 2025 VII Fase - 1° stralcio	DAL 158/2024	SI	2024	APF26	2° stralcio-Riqualificazione funzionale architettonica, strutturale e impiantistico-prestazionale delle ali A e B del padiglione 5	Ristrutturazione	€ 9.500.000,00	€ 500.000,00			€ 10.000.000,00	€ -	€ -	

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Interventi conclusi dal 1/1 al 31/12/2025[illegible]

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Interventi in corso di realizzazione al 31/12/2025

Id Intervento	Azienda	Programma	Delibera Programmazione	Art. 29 Legge	Anno assegnazione finanziamento	Num. Intervento	TITOLO Intervento	Intervento	Data inizio	Data fine lavori prevista	Tipologia Intervento	Finanziamento Stato	Finanziamento Regione	Finanziamento Azienda	Finanziamento altri	Totale	Liquidato Finanziamento Stato	Liquidato Finanziamento Regione	Residuo da liquidare Stato	Residuo da liquidare Regione	COSTI SOGGERNUTI nell'esercizio 2025	COSTI SOGGERNUTI al 31/12/2025	Nota
	09 AOs pillole	Accordo di Programma Integrativo 2009	DAL 185/008	SI	2009	H.22	Realizzazione centrale termica e tecnologica	No	05/07/2012	31/12/027	Ristrutturazione	€ 3.800.000,00	€ 200.000,00	€ 33.400.000,00		€ 37.400.000,00	€ 3.800.000,00	€ 200.000,00	€	€	€	€	
2016/1	09 AOs pillole	Programma Regionale Allegato P	DAL 148/013	NO	2013	P.2	Riordino delle strutture della neonatologia - primo stralcio funzionale	No	29/10/2020	31/01/029	Adeguamento normativo/Ristrutturazione		€ 12.000.000,00			€ 12.000.000,00		€ 8.446.667,76		€ 3.553.332,24	€ 982.117,78	€ 11.631.434,16	
2016/1	09 AOs pillole	Interventi Pay Back	DAL 42/2015	NO	2015	PG 4	Riquadratura padiglione 4 Ostetricia e ginecologia - stralcio funzionale	No	19/10/2020	31/01/028	Ristrutturazione		€ 5.000.000,00	€ 5.715.390,00		€ 10.715.390,00		€ 500.000,00		€ 4.500.000,00	€	€ 5.715.390,00	
2016/1	09 AOs pillole	Accordo di Programma Integrativo 2016	DAL 66/2016	SI	2016	APB 16	Riordino e riqualificazione delle strutture dell'Area Pediatrica nell'ambito del Polo Materno Infantile (Padiglioni 4,10,13,16) - secondo stralcio funzionale	No	29/10/2020	31/01/028	Nuova Costruzione	€ 18.129.800,00	€ 954.200,00			€ 19.084.000,00	€ 18.129.800,00	€ 954.200,00	€	€	€ 2.315.622,19	€ 17.761.337,81	
2020/21	09 AOs pillole	Accordo di Programma Integrativo 2021	DAL 33/2020	SI	2020	APC 28	Sostruzione di nuovo edificio tecnologico sanitario per il Polo Materno Infantile - Area Ostetrico ginecologica e Neonatale	No	15/03/2022	31/05/026	Acquisto di attrezzature tecnologiche	€ 5.700.000,00	€ 300.000,00	€ 80.000,00		€ 6.080.000,00	€ 4.346.328,14	€ 300.000,00	€ 1.333.671,86	€	€ 1.297.153,74	€ 6.023.481,87	
2020/22	09 AOs pillole	Accordo di Programma Integrativo 2021	DAL 33/2020	SI	2020	APC 29	Sostruzione di nuovo edificio tecnologico sanitario per il Polo Materno Infantile - Area Pediatrica	No	15/03/2022	30/06/026	Acquisto di attrezzature tecnologiche	€ 2.945.000,00	€ 155.000,00			€ 3.100.000,00	€ 1.395.408,15	€ 155.000,00	€ 1.549.591,85	€	€ 1.383.085,04	€ 3.072.891,29	
2020/20	09 AOs pillole	Randi a lancio investimenti Comma 95 - AOU Bologna	DGR 1.307/2022	NO	2022	01	Riqualificazione del Polo delle Medecine e dei poli funzionali presso il Policlinico Sant'Orsola Malpighi	No	31/07/2025	31/12/029	Demolizione e Nuova Costruzione	€ 64.000.000,00				€ 64.000.000,00	€ 32.000,00		€ 63.968.000,00		€ 2.792.789,03	€ 3.945.066,58	
2021/41	09 AOs pillole	Verifica di spesa e costi sostenibili	DGR 33 e 34/2025	SI	2025	3	Padiglione 3 - Polo della ricerca scientifica	No	15/12/2023	31/03/026	Adeguamento normativo	€ 4.500.000,00		€ 688.000,00		€ 5.188.000,00	€		€ 4.500.000,00		€ 2.336.412,07	€ 3.796.765,82	
2023/65	09 AOs pillole	Accordo di Programma Integrativo 2025 VI Fase	DAL 127/023 aggiornata con DAL 199/024	SI	2023	APB 16	Rinnovo tecnologico biomedico per area di ricerca e diagnostica per biomedicina in area critica	No	30/03/2026	30/11/028	Acquisto di attrezzature tecnologiche	€ 522.500,00	€ 27.500,00			€ 550.000,00			€ 522.500,00	€ 27.500,00	€	€	
2024/9	09 AOs pillole	Randi a lancio investimenti PG4 Edilizia sanitaria	DGR 2.23/2023	NO	2023	3	Intervento di manutenzione straordinaria, Banca gemelli, Via Albertoni 13, adeguamento di alcuni locali per idonea conservazione di gemelli	No	15/05/2025	28/02/026	Ristrutturazione	€ 700.000,00				€ 700.000,00	€ 35.000,00		€ 665.000,00		€ 205.523,46	€ 205.523,46	
2020/36	09 AOs pillole	Randi a lancio investimenti PG3 Efficienza Energetica	DGR 2.23/2023	NO	2023	6	Isolamento acustico e sistemi innovativi per la riduzione dei rumori	No	15/12/2026	15/12/027	Riqualificazione energetica	€ 2.150.000,00				€ 2.150.000,00	€ 107.500,00		€ 2.042.500,00		€	€	
2019/99	09 AOs pillole	ordinanza del Commissario Delegato per la ricostruzione n. 32 del 25/11/020	ordinanza del Commissario Delegato per la ricostruzione n. 32 del 25/11/2020	NO			Scheda 207 "Padiglione 03 Amministrativa Sorelle di via Albertoni del Policlinico di Sant'Orsola"	No			Manutenzione straordinaria		4.936.800,00			€ 4.936.800,00	€ 246.840,00		€ 4.689.960,00	€ 319.352,30	€ 510.035,14		
																€			€	€			

Tabella DL 34/2020 in progettazione

Id Intervento	Azienda	Cod_Ministero	Num Intervento	TITOLO Intervento	PL TI (n)	PL TSI (n)	Finanziamento Stato Art. 2 DL 34	Finanziamento Stato DL 18/2020	Finanziamento Regione DL 18/2020	Donazioni Decreto Presidente n. 76/2020	Donazioni Aziendali	Altri finanziamenti Aziendali	Tecnologie donate da Struttura Commissariale	Finanziamento Regione	Donazioni Decreto Presidente n. 125/2021	Totale	Eventuali costi sostenuti nell'esercizio 2024	Eventuali costi sostenuti al 31/12/2024	Note
	Totale complessivo				0	0	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000				

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Tabella DL 34/2020 in corso

Id Intervento	Azienda	Cod_Ministero	N. Intervento	Titolo Intervento	PL TI (n)	PLTSI (n)	Data Inizio lavori	Data fine lavori prevista	Finanziamento Stato Art. 2 DL 34	Finanziamento Stato DL 18/2001	Finanziamento Regione DL 18/2001	Donazioni Decreto Presidente n. 76/2020	Donazioni Aziendali	Altri finanziamenti Aziendali	Tecnologie donate da Strutture Commissariato	Finanziamento Regione	Donazioni Decreto Presidente n. 123/2021	Totale	Costi sostenuti nell'esercizio 2025	Costi sostenuti al 31/12/2025	Note
2020/128	09 ADsp Bologna	PS-EMR_BO_334	56P5	Adeguamento PS Ostetrica ginecologia nuova Poli-Maternità Infantile			01/08/2021	31/01/2025	1.600.127,22									1.600.127,22	230.184,29	1.522.366,30	
	Totale complessivo				0	0			1.600.127,22 €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	1.600.127,22 €			

Tabella DL 34/2020 conclusi

[illegible]

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Interventi previsti nel Piano investimenti realizzati o da realizzarsi con fondi esclusivamente aziendali

Id Intervento	Azienda	Titolo intervento	Fase	Importo Finanziamento Azienda	Fonte Finanziamento Azienda	Importo Finanziamento altro	Fonte Finanziamento altro	Costo complessivo €	Costi sostenuti nell'esercizio 2025	Costi sostenuti al 31/12/2025
2023/73	09 AOsp Bologna	GAAC 2023	Interventi conclusi dal 1/1 al 31/12/2025			€ 21.960,46	Rettifiche contributi c/es.	€ 21.960,46	€ 727,02	€ 1.960,46
2025/87	09 AOsp Bologna	GAAC 2025	Interventi conclusi dal 1/1 al 31/12/2025			€ 16.849,64	Rettifiche contributi c/es.	€ 16.849,64	€ 16.849,64	€ 16.849,64
2023/74	09 AOsp Bologna	RSEGNALER 2023 - Acq. Serv . prog. Svil. imp e gest. piattaf. SegnalER	In corso			€ 16.080,23	Rettifiche contributi c/es.	€ 16.080,23	€ -	€ -
2024/41	09 AOsp Bologna	RSEGNALER 2024 - Acq. Serv . prog. Svil. imp e gest. piattaf. SegnalER	In corso			€ 33.049,78	Rettifiche contributi c/es.	€ 33.049,78	€ -	€ -
2025/88	09 AOsp Bologna	RSEGNALER 2025 - Acq. Serv . prog. Svil. imp e gest. piattaf. SegnalER	In corso			€ 16.613,82	Rettifiche contributi c/es.	€ 16.613,82	€ -	€ -
2024/138	09 AOsp Bologna	Riqualificazione e adeguamento normativo DH e Ambulatori Oncologia Pad.2	Interventi conclusi dal 1/1 al 31/12/2025			€ 300.000,00	Donazioni	€ 300.000,00	€ 300.000,00	€ 300.000,00
2024/30	09 AOsp Bologna	Acq. terreno Casa di accoglienza (INAIL)	In progettazione	€ 2.735.808,61	Mutui			€ 2.735.808,61	€ 2.735.808,61	€ 2.735.808,61
2023/75	09 AOsp Bologna	Spese di progett Casa di accoglienza(INAIL)	In progettazione	€ 1.634.191,39	Mutui			€ 1.634.191,39	€ -	€ -
2024/42	09 AOsp Bologna	Riqualificazione e adeguamento normativo degenza Geriatria Pad.2	In progettazione	€ 1.510.888,00	Alienazioni			€ 1.510.888,00	€ 275.194,39	€ 275.194,39
			TOTALE	€ 5.880.888,00		€ 404.553,93		€ 6.285.441,93		

Consuntivo 2025 – Investimenti PNRR - PNC

Componente	Intervento	Titolo intervento	CLIP	Risorse PNRR (05 del 31/05/2023)	Altre Risorse	ESITO FOI 2022 art.26 c.7 D.L. 50/2022 (Decreto MEF RG5 n. 52 del 02/03/2023)	ESITO FOI 2022 art.10 c.2 D.L. 176/2022 (Decreto MEF RG5 n. 25481 del 30/03/23)	ESITO FOI 2023 L.29.12.2022, n. 197, art. 1, co. 375 (Decreto MEF RG5 185 del 08/08/2023)	ESITO FOI 2023 L.29.12.2022, n. 197, art. 1, co. 369 (Decreto MEF RG5 187 del 11/08/2023)	ESITO FOI 2023 DL n.131 del 29/06/23 (Decreto MEF RG5 211 del 17/11/2023)	FINANZIAMENTO COMPLESSIVO	Preventivo 2025	Realizzato al 31/12/2025	Id intervento	note
MIC1	ASL/AO	Infrastrutture digitali e abilitazione al cloud	F31C23000570006		772.565,00	-	-	-	-	-	772.565,00	633.301,38	371.368,00	2023/130	
MIC1.E.1	SNPS	Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima", 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"	183C22000640005		3.842.025,23	-	-	-	-	-	3.820.840,52	1.831.641,76	3.586.980,67	2023/56	importo rimodulato
MIC1.L4.3	ASL/AO	Adozione PagoPA e AppIO	F31F24000620006		29.520,00	-	-	-	-	-	29.520,00	29.520,00	27.354,00	2025/83	

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Comparto	Intervento	Titolo Intervento	CUP	Risorse PNRR (C.S. del 31/05/2023)	Altre Risorse	ESITO FOI 2022 art. 26 e 7 D.L. 59/2022 (Decreto MET AG 52 del 03/03/2023)	ESITO FOI 2022 art. 10 e 2 G.L. 176/2022 (Decreto MET AG 14 del 25/03/2023)	ESITO FOI 2023 L. 28.12.2022, n. 187, art. 1, co. 375 (Decreto MET AG 185 del 02/06/2023)	ESITO FOI 2023 L. 29.12.2022, n. 187, art. 1, co. 369 (Decreto MET AG 187 del 11/06/2023)	ESITO FOI 2023 D.L. n. 131 del 26/06/23 (Decreto MET AG 511 del 17/11/2023)	IRRAWISAMENTO CONVALSINO	Preventivo 2023	Realizzato al 31/12/23	Id Intervento	note
MSC2.1.1.1.	DCA	Sviluppo del Sistema Informativo dell'Ospedale DEA di Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna SGR II livello	F39J2001040006	11.635.133,64	17.690,00	-	-	-	-	-	11.652.823,64	6.321.543,49	11.640.791,59	202/2/1.64	Il risultato di euro 12.042,06 sono economie sulla parte finanziaria con fondi vincenti
MSC2.1.1.2.	GR.ATT.	Arredo dermatologico - alta tecnologia: sovrastensione TC 001	F39J2001110006	366.277,00	-	-	-	-	-	-	361.027,00	5.250,00	361.027,00	202/2/1.65	Impianto a moduli
MSC2.1.1.2.	GR.ATT.	Arredo dermatologico - alta tecnologia: sovrastensione - Tomografi a Risonanza Magnetica 1,5 Tesla	F39J2001120006	1.124.840,00	-	-	-	-	-	-	1.112.795,12	1.124.839,07	1.112.795,12	202/2/1.66	Impianto a moduli
MSC2.1.1.2.	GR.ATT.	Arredo dermatologico - alta tecnologia: sovrastensione PET TC 001	F39J2001130006	2.295.680,47	-	-	-	-	-	-	2.267.879,12	2.295.680,47	2.267.879,12	202/2/1.67	Impianto a moduli
MSC2.1.1.2.	GR.ATT.	Arredo dermatologico - alta tecnologia: sovrastensione PET TC 002	F39J2001140006	2.351.674,16	-	-	-	-	-	-	2.351.674,16	2.326.312,15	2.326.312,15	202/2/1.68	
MSC2.1.1.2.	GR.ATT.	Arredo dermatologico - alta tecnologia: sovrastensione: Mammografi con tomosintesi 001	F39J2001150006	171.715,00	-	-	-	-	-	-	171.715,00	-	171.715,00	202/2/1.69	
MSC2.1.1.2.	GR.ATT.	Arredo dermatologico - alta tecnologia: sovrastensione: Mammografi con tomosintesi 002	F39J2001160006	200.128,80	-	-	-	-	-	-	200.128,80	-	200.128,80	202/2/1.70	
MSC2.1.1.2.	GR.ATT.	Arredo dermatologico - alta tecnologia: sovrastensione: Angiografo Cardio logico 001	F39J2001170006	618.738,00	-	-	-	-	-	-	613.333,39	618.738,00	613.333,39	202/2/1.71	Impianto a moduli
MSC2.1.1.2.	GR.ATT.	Arredo dermatologico - alta tecnologia: sovrastensione: Angiografo Cardio logico 002	F39J2001180006	667.614,00	-	-	-	-	-	-	647.654,00	667.614,00	647.654,00	202/2/1.72	Impianto a moduli
MSC2.1.1.2.	GR.ATT.	Arredo dermatologico - alta tecnologia: sovrastensione: Tomografi Multidisciplinari (Interleaved) 001	F39J2001190006	22.323,00	-	-	-	-	-	-	22.323,00	-	22.323,00	202/2/1.73	
MSC2.1.1.2.	GR.ATT.	Arredo dermatologico - alta tecnologia: sovrastensione: Tomografi Multidisciplinari (Interleaved) 002	F39J2001200006	22.323,00	-	-	-	-	-	-	22.323,00	-	22.323,00	202/2/1.74	
MSC2.1.1.2.	GR.ATT.	Arredo dermatologico - alta tecnologia: sovrastensione: Angiografo Radio logico 001	F39J2000190006	789.662,00	-	-	-	-	-	-	789.662,00	789.662,00	789.662,00	202/2/1.80	
MSC2.1.2.	SIGMA PNRR	Centralizzazione e riorganizzazione del pad. 15 - realizzazione di palazzina ambulatori	F31B22000330001	9.375.000,00	-	1.700.000,00	-	-	-	-	11.425.000,00	8.937.678,46	6.521.999,96	202/2/1.63	
MSC1.1.2.3.2	Telemedicina	Servizi di Telemedicina (postazioni lavoro)	E47H20002160006	1.860.900,00	-	-	-	-	-	-	1.860.900,00	1.100.000,00	361.120,75	202/5/6.3	
MSC2.1.3.1.	FE	Adozione e Utilizzo (SE da parte delle Regioni/Province Autonome - Risorse per il potenziamento dell'infrastruttura digitale)	F37H23000610006	946.205,22	-	-	-	-	-	-	946.205,22	600.609,12	283.532,48	202/3/6.1	
MSC2.1.1.2.	GR.ATT.	601_01verbaing	F44J20000330006	23.946,00	-	-	-	-	-	-	230416,00	-	202/5/2.21		
MSC2.1.1.2.	GR.ATT.	601_01verbaing	F44J20000330006	13.954,00	-	-	-	-	-	-	8.8554,00	-	202/5/2.20		
				32.865.314,29	17.690,00	1.700.000,00	-	-	-	-	34.567.743,34	22.680.189,55	27.392.187,60		

3.4 Ricerca: attività del periodo

1) rilevazione dell'attività di ricerca clinica – organizzativa e degli studi clinici: implementazione degli applicativi aziendali e regionali, monitoraggio amministrativo degli studi clinici approvati dal Comitato Etico AVEC (CE AVEC) e degli studi valutati da altri Comitati Etici Territoriali (CET) inviati per nulla osta della DG.

È proseguita l'attività di alimentazione del data base aziendale (RINO) e contestualmente del flusso regionale SirER con le informazioni relative agli studi clinici condotti in IRCCS.

Per quanto riguarda gli studi sottoposti al parere del CE AVEC nell'anno 2025, si tratta di 344 nuovi studi così suddivisi:

- Studi interventistici farmacologici ai sensi del Reg 536/2014: 22 valutazione effettuate come CET che esprime parere per tutti i centri partecipanti a prescindere dalla partecipazione di IRCCS
- Studi di dispositivo medico/dispositivi diagnostici in vitro: 6 valutazioni come CET che esprime parere per tutti i centri partecipanti
- STUDI interventistici senza farmaco e senza DM + studi su materiali biologici: 74
- Studi osservazionali con farmaco (valutazione come CET che esprime parere per tutti i centri partecipanti) e senza farmaco: 242

Sono poi stati valutati 260 emendamenti sostanziali di cui 115 relativi a studi interventistici farmacologici, 53 a studi interventistici non farmacologici e 92 a studi osservazionali.

Infine, sono state valutate 215 richieste di uso nominale di terapie sperimentali (usi terapeutici, terapie medicinali avanzate su base non ripetitiva e trattamenti con trapianto di microbiota fecale).

E' proseguito il monitoraggio degli aspetti autorizzativi degli studi e il presidio dell'osservanza degli adempimenti regolatori previsti da normativa speciale di taluni ambiti e tipologie di studi. L'attività svolta è tesa anche a garantire che il nulla osta del Direttore Generale all'avvio degli studi si poggia su valutazioni e approfondimenti volti a verificare l'assenza di pregiudizi per l'attività assistenziale, ai sensi dell'art. 7 della L.R. n. 9/2017. In particolare viene valutata la documentazione dello studio al fine di verificare:

- la fattibilità degli studi stessi,
- l'osservanza giuridico-regolatoria,
- la idoneità della copertura assicurativa,
- la revisione contrattualistica, la sostenibilità economica (copertura dei costi e raccordo con progetti finanziati gestiti),
- la disponibilità delle facilities necessarie allo studio,
- il coinvolgimento di altre strutture oltre al centro clinico del Responsabile Scientifico dello studio,
- lo status del Responsabile scientifico stesso,

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

- la necessità di ulteriori specifiche autorizzazioni oltre al parere del CE,
- la natura dello studio in caso di protocolli no profit con finanziamento terzo.

Gli studi valutati da altro CET, in cui IRCCS era incluso come centro partecipante e che hanno ricevuto il nulla osta aziendale nel 2025 sono indicati di seguito: 169 con nulla osta rilasciato;

- studi interventistici farmacologici ai sensi del Regolamento EU 536/2014: 131 con nulla osta rilasciato;
- studi osservazionali con farmaco: 27 con nulla osta rilasciato;
- studi di dispositivo medico/dispositivi diagnostici in vitro: 4 con nulla osta rilasciato.

Di seguito il numero di studi secondo EU-CTR 536 del 2025:

- richieste di partecipazione nel 2025: 197
- sottomessi in CTIS nel 2025: 158
- in attesa di informazioni relative alla sottomissione: 27
- ritirati/in stand by dal promotore: 2
- approvati e emesso nulla osta nel 2025: 141

E' proseguito inoltre il monitoraggio attivo degli studi clinici, attività funzionale anche al fine degli adempimenti ministeriali di rendicontazione della ricerca corrente al Ministero della Salute. Tale attività, potenziata nell'ambito del Clinical Trial Center, tramite la sottoarticolazione "Hub" è stata estesa anche all'inserimento degli studi clinici nel database open access ClinicalTrial.gov; a tal fine è stato garantito a tutte le UU.OO. il supporto necessario alla registrazione dello studio clinico, anche grazie all'adozione di specifiche linee guida, funzionali alla compilazione puntuale delle informazioni richieste.

E' continuato inoltre lo sviluppo del nuovo applicativo informatico EnrollmentLog che consente di incrociare l'anagrafica dei pazienti coinvolti nell'ambito di sperimentazioni cliniche con i gestionali informatici delle prestazioni sanitarie, al fine di monitorare puntualmente tutte le prestazioni erogate al paziente dall'IRCCSAOUBO nel contesto del protocollo clinico. Tale tracciatura permette di rilevare tutti i costi studio specifici sostenuti dall'Istituzione per il trattamento del paziente arruolato, così da evitare che la spesa sia erroneamente posta a carico del SSN, e venga invece fatturata al promotore della sperimentazione clinica.

L'applicativo, inoltre, risulta utile anche in termini di tracciamento dei pazienti arruolati e trattati, informazione questa che consente la pronta gestione dell'iter di fatturazione e rimborso delle spese di ricerca a carico dello Sponsor e il corretto e puntuale monitoraggio dello stato di avanzamento del protocollo clinico, da parte del ricercatore.

Tale strumento risulta funzionale anche all'aggiornamento e monitoraggio delle sperimentazioni cliniche in termini di pazienti arruolati, in relazione agli adempimenti di rendicontazione ministeriale che, nell'ambito della ricerca corrente, prevedono la quantificazione degli studi clinici attivi da non più di 5 anni con almeno un paziente arruolato nell'anno.

Allo scopo di garantire la rendicontazione annuale dell'attività di ricerca svolta

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

dall'IRCCS, sia a livello ministeriale che regionale, è proseguito il censimento mensile delle pubblicazioni scientifiche dei ricercatori IRCCS. È stato utilizzato l'apposito database sulla piattaforma REDCap con: dettagli bibliografici, scientifici (ad esempio riferimento dello studio e link ai rawdata), la lista di tutti gli autori (relativo ruolo e affiliazione), il PDF e la classificazione in termini di MDC e DRG come richiesto dal Ministero della Salute. Per agevolare il controllo delle pubblicazioni censite, sulla pagina intranet della ricerca, è disponibile alla consultazione da parte di tutte le UUOO il cruscotto ORAI delle pubblicazioni, sincronizzato con il progetto "censimento" sulla piattaforma REDCap e aggiornato mensilmente.

La Segreteria Scientifica e Workflow della Ricerca che tra le altre funzioni svolge anche quella di biblioteca scientifica, nel 2025 ha proseguito le attività di censimento delle pubblicazioni scientifiche e di collaborazione e supporto ai ricercatori:

Censimento annuale: 2209 pubblicazioni scientifiche, sulla piattaforma REDCap con i dettagli bibliografici, i collegamenti ai progetti di rendicontazione della ricerca corrente, indicazioni sulla corretta affiliazione e maggiori dettagli sugli autori.

Mantenimento della pagina intranet contenente le affiliazioni di UUOO: <https://intranet.aosp.bo.it/affiliazioni>.

Mantenimento e aggiornamento della pagina intranet contenente l'elenco dei progetti di Ricerca Corrente per la condivisione con tutte le UUOO: *PROGETTI DI RICERCA CORRENTE*.

Mantenimento della pagina intranet contenente le pubblicazioni di UUOO su ORAI: *ORAI*.

Progettazione e creazione della pagina internet degli studi clinici, in concerto con L'UOC Clinical Trial Center e l'ufficio comunicazione: *Studi clinici / Policlinico di Sant'Orsola*, in cui sono presentati gli studi clinici attivi in fase di arruolamento per UU.OO.

Pubblicazioni Open Access: Gestite 149 APC, di cui 108 accettate (8 con Biblosan; 8 con Frontiers, 92 altro). Aggiornamento e mantenimento della pagina intranet e del modulo online per la richiesta di copertura spese di pubblicazione: *Copertura spese di pubblicazione / Intranet - Policlinico S.Orsola-Malpighi (aosp.bo.it)*

Censimento degli SPID dei ricercatori e supporto per loro creazione e aggiornamento (progetto "Biblioteca in reparto" o appuntamenti privati).

La Segreteria Scientifica e Workflow della Ricerca nel corso dell'anno si è fatta inoltre carico della gestione del percorso per la valutazione del c.d. personale della Piramide della ricerca, formalizzato con Deliberazione aziendale n. 163 del 09/05/2024, avente ad oggetto "Approvazione del Regolamento di valutazione del personale ricercatore sanitario e collaboratore professionale di ricerca sanitaria". In coerenza con tale regolamento, pubblicato sulla pagina internet aziendale, sono state formalizzate le valutazioni annuali e quinquennali del personale della Piramide della Ricerca (29 Collaboratori professionali di Ricerca Sanitaria e 61 Ricercatori sanitari, 6 collaboratori stabilizzati e 3 ricercatori stabilizzati). La Segreteria Scientifica e Workflow della Ricerca ha gestito il flusso delle attività: dall'assegnazione degli obiettivi annuali all'estrazione dei report bibliometrici, all'invio degli esiti di valutazione. A questo proposito, in collaborazione con la UOC Analytics and operations research, il Workflow della Ricerca ha mantenuto e aggiornato il progetto

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

RedCap che, in dialogo con i sistemi bibliometrici internazionali indicati dal Ministero della Salute, permette di elaborare i report bibliometrici dei Ricercatori della Piramide. Con deliberazione n. 390 del 17/12/2025 è stato inoltre approvato il "Regolamento per l'istituzione, la graduazione, il conferimento e la revoca degli incarichi di funzione per il personale collaboratore professionale di ricerca sanitaria e ricercatore sanitario dell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola" che troverà fattiva applicazione nel corso del 2026.

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

Nel 2025 è stata promossa e garantita la partecipazione ai seguenti bandi:

	Bando	Data divulgazione	Pertinenza ITA/ EU	n. progetti presentati	n. progetti valutati positivamente
1	Horizon Europe Cluster 1 Health - draft Work Programme 2026-27	12-giu-25	EU	In corso (n° 5 draft proposal in scrittura)	(submission attesta per il 16/04/2026)
2	Opportunità di finanziamento IHI call 11 - EOI scadenza 6 luglio 2025	26-giu-25	EU	0	0
3	Horizon Europe Mission Cancer - Draft Work Programme 2026-27	07-ago-25	EU	In corso (n° 2 draft proposal in scrittura)	(submission attesta per il 17/09/2026)
4	Joint Actions 2025 EU4HEALTH work programme for 2025	02-ott-25	EU	5	In valutazione
5	Research, Innovation and Technology Call (2026) Test and Demonstration of Multimodal Data Approaches for Personalised Medicine ("MultiPMDData2026") EP PerMed - European Partnership for Personalised Medicine	10-ott-25	EU	0	0
6	Bando MAECI Italia Cina – divulgato per tramite della Dir. Scientifica	17-nov-25	EU	0	0
7	Joint Transnational Call for Investigator-Initiated Clinical Studies (JTC IICS) – 2026 - Trials4Health: Multi-country Investigator-Initiated Clinical Trials in Cardiovascular, Autoimmune and Metabolic diseases	13-nov-25	EU	1	In valutazione
8	ERA4health-JTC 2026-Prevent-OO: Understanding and Preventing Overweight and Obesity	19-nov-25	EU	0	0
9	Partnership EUP OHAMR 2026 - "Treatments and adherence to treatment protocols"	21-nov-25	EU	2	In valutazione
10	Bando Innovative Health Initiative (IHI) Call 12	24-nov-25	EU	0	0
11	JTC 2026 - THCS - Access to care	27-nov-25	EU	0	0
12	Nuovo bando EP PerMed CARMEN2026	01-dic-25	EU	1	In valutazione

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

	Bando	Data divulgazione	Pertinenza ITA/ EU	n. progetti presentati	n. progetti valutati positivamente
13	Partnership ERDERA (JTC) 2026 - "Resolving unsolved cases in rare genetic and non-genetic disease"	16-dic-25	EU	3	In valutazione
14	Horizon Europe – EIC transition open 2025	Candidatura spontanea	EU	1	0
15	Additional ventures – Single Ventricle Research Fund 2025	Candidatura spontanea	EU	1	In valutazione
16	Horizon Europe – ERC Advanced 2025	Candidatura spontanea	EU	1	0
17	MSCA Post Doctoral	Candidatura spontanea	EU	1	In valutazione
18	MSCA Doctoral Newtork	Candidatura spontanea	EU	4	In valutazione
19	Call EMP health (2025) European Partnership on Metrology Work Programme	Candidatura spontanea	EU	1	1
20	EIC Pathfinder Challenges	Candidatura spontanea	EU	1	In valutazione
21	ERC Synergy	Candidatura spontanea	EU	1	In valutazione
22	Erasmus plus	Candidatura spontanea	EU	1	In valutazione
23	EADV 2025	Candidatura spontanea	EU	2	1
24	Joint Programme – Neurodegenerative Disease Research (JPND) 2025	Candidatura spontanea	EU	1	1
25	Era-NET Neuron JTC 2025	Candidatura spontanea	EU	2	0
26	HCL2030 – Hairy Cell Leukemya	Candidatura spontanea	EU	1	In valutazione
27	Bando EHA Innovation grant 2025	Candidatura spontanea	EU	2	In valutazione
Sub-totale	27 bandi divulgati (12 valutati)		EU	39 (di cui 8 valutati)	3 (valutati positivamente)
28	Bando AIRC Calls for Proposals 2025 (IG, MFAG, Start-up)	14 – feb - 2025	ITA	5	1
29	Bando Ricerca scientifica e Alta tecnologia 2025 Fondazione CARISBO	25 – mar - 2025	ITA	37	16
30	Bando Welfare di comunità e generativo 2025 Fondazione CARISBO	Candidatura spontanea	ITA	1	1
31	Bando AIRC Fellowship 2025, Italy Pre-Doc e Post-Doc	23-apr-2025	ITA	8	1
32	BANDO AIFA RICERCA INDIPENDENTE 2025 – Malattie rare	20 – giu-2025	ITA	1	In valutazione
33	Bando Fondazione del Monte "Bando riceRcaCI" 2025	25 – feb - 2025	ITA	4	0
34	Bando AIRC 2025 "Next Gen Clinician Scientist Grant"	21-mag-25	ITA	1	0
33	Bando Telethon - Multiround Round I	26-feb-25	ITA	1	0

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

	Bando	Data divulgazione	Pertinenza ITA/ EU	n. progetti presentati	n. progetti valutati positivamente
35	Bando MISE (Linea IP KTM, Linea IP Wonder)	Candidatura spontanea	ITA	2	2
36	Bando AIFA 2025 - Antimicrobico-resistenza e Medicina di precisione	25-sett-25	ITA	2	In valutazione
37	Fellowship GILEAD	Candidatura spontanea	ITA	1	1
38	PNRR – Missione 6, Componente 2, Investimento 1.3.2, Sub-investimento 1.3.2.3.3 “Realizzazione del National Health Prevention Hub”	19-sett-25	ITA	1	0
39	Bando Telethon-Spring Seed Grant 2025 in collaborazione con le Associazioni di pazienti	Candidatura spontanea	ITA	1	1
40	Bando Telethon Fall Seed Grant 2025	21 dic 2025	ITA	0	0
41	Bando AGENAS-Decreto Grandi Anziani “Telemedicina per un miglior supporto ai pazienti cronici”	Candidatura spontanea	ITA	1	In valutazione
Sub-totale	15 bandi divulgati (12 valutati)		ITA	66 (di cui 62 valutati)	23 (valutati positivamente)
	* progettazione in corso		Totale bandi n = 42	Totale presentati n= 105	Totale finanziati n= 26

I ricercatori sono stati informati tramite più canali di comunicazione ovvero tramite lo strumento della Newsletter “bandi Ricerca IRCCS” e tramite la pagina internet “News dalla ricerca”; è stato garantito a tutti i ricercatori interessati, da parte della SS Grant Office, il necessario supporto tecnico ed amministrativo per il perfezionamento delle proposte progettuali ai Bandi di interesse.

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

Nel 2025 è proseguito il supporto ai ricercatori per la pianificazione e la stesura di protocolli di studio, la predisposizione delle proposte progettuali nell’ambito dei bandi pubblici e la relativa gestione e la rendicontazione dei progetti finanziati, l’analisi di dati e la revisione di articoli in fase di pubblicazione.

Nel 2025 la Startup studi no profit e la SS Epidemiologia e Statistica hanno continuato a supportare i ricercatori nella preparazione della documentazione per acquisire le autorizzazioni necessarie all’avvio degli studi clinici promossi da IRCCS AOUBO. Altresì, nel 2025, al fine di snellire le tempistiche di sottomissione degli studi clinici promossi da IRCCS AOUBO al Comitato Etico, prima a partire da febbraio in via sperimentale e dal 1° settembre

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

in via ufficiale, è stata avviata una nuova modalità di richiesta di consulenza alla Startup Studi no profit. In particolare, è stato adottato uno strumento informatico progettato in REDCap che, sulla base di poche domande rivolte al ricercatore/alla ricercatrice, classifica gli studi in sperimentali o osservazionali. Per gli studi osservazionali, molto numerosi ma più semplici e con un profilo di rischio più favorevole, il sistema restituisce in automatico la modulistica da utilizzare affinché il/la richiedente possa procedere in autonomia alla sottomissione al CE AVEC; per gli studi sperimentali invece, meno numerosi ma più complessi, il sistema informa della necessità di confrontarsi con la Startup studi no profit alla quale invia automaticamente via e-mail una richiesta di consulenza.

Nel 2025 sono 102 gli studi clinici promossi da IRCCS AOUBO che hanno ricevuto il nulla osta; di questi, 18 sono interventistici/sperimentali e 84 osservazionali. Il 50% (42/84) degli studi osservazionali sono stati sottomessi al Comitato Etico direttamente dai ricercatori/dalle ricercatrici della nostra Azienda secondo la nuova procedura. I rimanenti studi osservazionali, sottomessi dalla Startup studi no profit, sono studi per i quali era già stato avviato l'iter di consulenza prima dell'avvio della nuova modalità ovvero sono quelli per i quali i ricercatori/le ricercatrici hanno esplicitamente richiesto un supporto più consistente. Si prevede comunque che la quota di studi osservazionali sottomessi in autonomia aumenterà progressivamente nel tempo. Dei 18 studi interventistici promossi da IRCCS AOUBO e che hanno ricevuto il nulla osta nel 2025, 17/18 sono invece stati sottomessi dalla Startup studi no profit.

Nel 2025 la Startup Studi no profit ha inoltre preso in carico la valutazione di fattibilità di studi promossi da enti esterni profit o no profit, non interventistici farmacologici (già gestiti dall'ufficio 536 del Clinical Trial Centre) e ai quali IRCCS AOUBO partecipa come centro collaborativo. In particolare, nel 2025, per 11 studi è stata valutata la fattibilità ai fini del rilascio del parere etico e per 72 studi quella ai fini del rilascio del nulla osta aziendale.

Nel 2025 è proseguita in maniera produttiva la partecipazione a nuove progettualità, con lo scopo di incoraggiare e valorizzare la partecipazione dei professionisti ad attività di ricerca integrate con l'attività clinica tramite la presentazione di nuove proposte progettuali ai bandi competitivi di ricerca nelle aree di interesse. Tale partecipazione ha portato alla iscrizione in contabilità di n. 46 nuovi progetti di ricerca, da bando competitivo, per un valore complessivo di € 2.498.104.77, come da tabella di seguito riportata.

A contribuire al valore economico di cui sopra, è l'apertura di n. 7 nuovi progetti della Commissione Europea, e 29 progetti delle Fondazioni.

In termini di numero di progetti iscritti nell'anno, risulta un aumento della numerosità mentre risulta inferiore rispetto all'anno precedente il valore complessivo dei contributi economici; la principale motivazione riguarda le progettualità PNRR del Ministero della Salute iscritte a bilancio nel 2024 per le quali non sono stati assegnati ulteriori finanziamenti nel 2025.

ENTE EROGATORE in base alla natura del bando di riferimento	Aperti a Bilancio 2024	N. progetti 2024	Aperti a Bilancio 2025	N. progetti 2025
Regione	€ 130.490,50	2	€ 0,00	0
Fondazioni	€ 103.500,00	8	€ 678.000,00	29

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

ENTE EROGATORE in base alla natura del bando di riferimento	Aperti a Bilancio 2024	N. progetti 2024	Aperti a Bilancio 2025	N. progetti 2025
Ministero delle Imprese e Made in Italy	€ 0,00	0	€ 128.769,70	2
Ministero Salute	€ 1.857.190,14	6	€ 0,00	0
AIFA	€ 120.000,00	1	€ 75.000,00	2
Commissione Europea	€ 407.437,50	4	€ 1.067.495,07	7
Altri Enti	€ 653.175,59	2	€ 150.800,00	3
PNC MUR	€ 0,00	0	€ 164.000,00	1
PNC Ministero Salute	€ 0,00	0	€ 150.000,00	1
Ministero Salute PNRR M6 C2	€ 7.146.110,25	9	€ 84.040,00	1
TOTALE	€ 10.417.903,98	32	€ 2.498.104,77	46

Per quanto attiene invece al numero totale di progetti in gestiti nell'anno dalla SS Grant Office tale valore è pari a n=167.

Relativamente al programma di Fase I, nel corso del 2025 l'attività ha riguardato il mantenimento dei requisiti certificativi AIFA per le 4 unità attive presso l'IRCCS AOUBO: l'Unità di Ematologia, l'Unità di Oncologia, l'Unità di Onco-ematologia Pediatrica e il Percorso Trapianto di Fegato.

L'obiettivo prioritario dell'anno è stato consolidare l'assetto sviluppato negli anni precedenti e garantire il mantenimento dello stato certificativo di tutte e 4 le unità, assicurando la piena operatività del programma di Fase I dell'IRCCS AOUBO. A tale scopo sono stati condotti Audit interni, sia di studio che di sistema, al fine di verificare la conformità continuativa ai requisiti richiesti per la loro operatività.

Nel 2025 è stato inoltre avviato un percorso di maggiore strutturazione e integrazione del programma, agendo su due livelli: il potenziamento del dialogo tra tutti gli attori coinvolti nel programma di Fase I e la sistematizzazione del supporto continuo alle singole unità. Ciò si è concretizzato attraverso l'organizzazione di riunioni periodiche tra le unità di Fase I e le strutture trasversali dell'IRCCS AOUBO e il rafforzamento del supporto alle unità mediante affiancamenti dedicati sia alla preparazione agli Audit che alla gestione e chiusura delle relative osservazioni.

Tali attività si inseriscono nella continuità del percorso di sviluppo avviato negli anni precedenti che ha visto, nel 2023 l'ampliamento dell'autocertificazione dell'Unità di Onco-ematologia Pediatrica, con l'aggiunta dell'area trapianto oltre che il riconoscimento dell'autorizzazione no profit e nel 2024 l'estensione dell'autocertificazione dell'Unità di Ematologia con l'inserimento dell'ambulatorio aferesi per le sperimentazioni CAR-T e l'autorizzazione no profit.

Il Clinical Trial Quality Team, organismo obbligatorio per i promotori di studi di fase I no profit, istituito a giugno 2022 e sottoposto positivamente ad audit di sistema nel 2023, nel 2025 ha continuato le sue attività di valutazione. In particolare, nel 2025, è continuata la valutazione di studi clinici strategici e/o particolarmente complessi, è stata avviata la valutazione di uno studio di fase I su CAR-T e sono proseguite le attività di monitoraggio e supporto alla Direzione scientifica in tema di integrità della ricerca (funzioni assegnate al CTQT dal Codice sull'integrità della ricerca nel 2023 e recepite dalle Regole di funzionamento del CTQT nel 2024).

BILANCIO SEZIONALE DELLA RICERCA

L'Azienda ha ottenuto il riconoscimento a Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) a rilevanza nazionale con Decreto del 19 settembre 2020 (pubblicato in G.U. n. 266 del 26/10/2020).

Il presente Bilancio Sezionale della Ricerca per l'esercizio 2025 testimonia l'impegno costante dell'Istituto nel perseguire l'eccellenza scientifica, quale motore primario dell'innovazione clinica. In tale contesto di riferimento il presente documento analizza i contributi per ricerca e i relativi costi correlati, dando evidenza dell'andamento degli stessi nel corso dell'ultimo biennio.

I "contributi della ricerca" sono qui rappresentati nei seguenti conti di ricavo:

- Contributi c/esercizio da Ministero della Salute:

in tale voce è stato inserito il contributo ministeriale per la "ricerca corrente", al netto della quota Bibliosai e GARR direttamente trattenuta dal Ministero della Salute e di progetti specifici, pari dunque a Euro 4.172.289, utilizzato a copertura dei costi sostenuti per la realizzazione dell'attività di ricerca corrente, effettuata nell'ambito delle linee di riconoscimento dell'IRCCS (per es. acquisto di materiale di consumo e di laboratorio, spese ICT, spese di pubblicazione, costi per la disseminazione dei risultati della ricerca, noleggio di attrezzature etc..), nonché i costi di personale impiegato nello svolgimento di attività di ricerca.

In tale voce è stato inserito il contributo ministeriale per la "ricerca finalizzata", pari a Euro 3.033.709, che comprende la quota destinata alla realizzazione del progetto europeo transnazionale "Toscanini", per Euro 219.985. La restante quota di Euro 2.813.724 è invece destinata all'attivazione dei contratti per il personale della piramide della ricerca.

Nell'anno corrente non risultano contabilizzati nuovi contributi per progetti da bando competitivo RF e GR, in quanto si è ancora in attesa di conoscere gli esiti del bando, Ricerca Finalizzata 2024.

Ai contributi dell'anno, si aggiungono inoltre gli utilizzi fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti, ovvero gli utilizzi legati ai contributi degli anni precedenti, relativi ai progetti di ricerca ancora aperti e in fase di realizzazione nel corso dell'anno 2025, pari a Euro 3.752.753. Tali quote sono state determinate considerando tutte le spese sostenute nel corso dell'anno 2025, finanziate dai contributi ricevuti in anni precedenti e non completamente utilizzati nell'anno di competenza.

Si evidenzia, inoltre, l'inserimento del contributo 5x1000, Euro 291.116, che sarà destinato a specifica progettualità, da formalizzarsi nel corso del 2026. A tale valore si aggiunge quello degli utilizzi legati ai contributi degli anni precedenti, pari a Euro 75.823, per un valore complessivo, pari ad Euro 366.939.

In questa sezione, in coerenza all'anno precedente, trattandosi sempre di contributi assegnati dal Ministero della Salute, sono stati rappresentati gli utilizzi per ricerca PNRR, pari ad Euro 4.758.490.

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

- **Contributi c/esercizio da Regione:**

in tale voce è stato inserito il contributo assegnato dalla Regione Emilia - Romagna per un valore di Euro 1.250.000, finalizzato per Euro 1.047.591 all'acquisto di attrezzature diagnostiche e scientifiche, destinate alla dotazione tecnologica funzionale alle attività di ricerca. La restante quota è stata destinata, a progettualità trasversali con ricadute positive a livello regionale. In coerenza al 2024 il contributo di cui sopra viene rappresentato al netto della rettifica "contributi in conto esercizio" per il valore corrispondente alla copertura del costo degli acquisti per attrezzature. Alla voce "altri" (Euro 580.495) sono stati valorizzati gli utilizzi fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti, relativi per lo più a progetti finanziati nell'ambito di vecchi bandi di Ricerca Finalizzata, il cui Destinatario Istituzionale era la Regione Emilia -Romagna.

- **Contributi c/esercizio da altri enti pubblici:**

In tale sezione, alla voce "per ricerca", sono stati inseriti i contributi per i progetti di ricerca coordinati da altri enti pubblici o finanziati da soggetti pubblici italiani diversi dalla Regione Emilia-Romagna (per es. Università di Bologna, ISS, Ministero delle Imprese e del Made in Italy, Istituto Nazionale dei Tumori). La quota totale dei contributi, pari a Euro 3.103.202, oltre ai finanziamenti dei progetti iscritti nell'anno, Euro 1.338.635, contiene anche la valorizzazione degli utilizzi fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti, per un importo pari a Euro 2.054.704.

La quota di contributo di cui sopra, in analogia ai "Contributi c/esercizio da Regione", è rappresentata al netto della rettifica "contributi in conto esercizio" per il valore corrispondente al costo degli acquisti per attrezzature, pari ad Euro 290.137.

- **Contributi in c/esercizio da privati:** in tale sezione sono stati inseriti i contributi per ricerca no profit (per es. fondazioni bancarie, progetti europei coordinati da soggetti privati, contributi specifici per studi no profit), per un valore complessivo pari a Euro 2.938.099, di cui Euro 1.755.333 per ricerca no profit, con relativi utilizzi fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti, pari a Euro 1.236.503; la quota di contributo di cui sopra, in analogia alle sezioni precedenti è rappresentata al netto della rettifica "contributi in conto esercizio" per il valore corrispondente al costo degli acquisti per attrezzature, pari a Euro 53.737.

Nella sezione, inoltre, sono stati rappresentati i contributi per ricerca profit (tipicamente contributi per studi clinici sponsorizzati). Il valore complessivo dei contributi contabilizzati in corso d'anno, al netto dei costi diretti sostenuti dall'IRCCS, è pari a 6.691.768 e il valore degli utilizzi è pari a Euro 5.937.922. Tale valore è stato esposto nella voce "Altri" per rappresentare gli "utilizzi di contributi precedentemente assegnati da privati profit per ricerca", separatamente dal valore dei contributi.

Tali contributi derivanti da attività economica profit sono stati considerati tra le attività commerciali e i relativi costi sono stati presi in considerazione al fine della predisposizione del conto economico della attività commerciali, descritto nella sezione dedicata della presente relazione. La maggior parte dei costi diretti si riferisce a personale impiegato nelle attività di ricerca profit, nonché alla copertura dei costi promiscui trasversali ad attività commerciale.

Costi diretti della ricerca

La rappresentazione dei finanziamenti ricevuti a bilancio di esercizio 2025 è stata effettuata in applicazione di quanto disposto dal D.lgs. 118/2011, nonché delle indicazioni previste dal

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

DM del 24/5/2019 che ha introdotto, nella rilevazione economica dei Livelli di Assistenza (LA), la quantificazione dei costi sostenuti per l'attività di ricerca, fornendo indicazioni specifiche sui costi da considerare. Secondo tali disposizioni nell'aggregato "totale costi per attività di ricerca" del Modello Ministeriale LA, devono essere rilevati i costi che trovano correlazione con i ricavi derivanti da attività di ricerca, contabilizzati nelle apposite voci del modello CE.

Nel bilancio della ricerca trovano rappresentazione i costi diretti di competenza dell'esercizio, imputati ai progetti di ricerca, secondo le aggregazioni previste dallo schema del bilancio sezionale per acquisizione di beni e servizi, personale sanitario e non sanitario, quote di ammortamento di beni.

Selezionate le fonti di finanziamento che trovano rappresentazione nell'area ricavi del bilancio sezionale, sono stati dunque individuati i progetti che insistono su tali fonti e sono stati rappresentati i costi diretti tracciati da tali progettualità.

Rispetto al 2024 si segnala sin d'ora un incremento significativo del valore dei costi per "altri servizi non sanitari" determinato, per la maggior parte, dal trasferimento dalle quote di finanziamento di progetti di ricerca coordinati da IRCCS, destinati alle UU.OO. partecipanti alla ricerca.

Si evidenzia, inoltre, la diminuzione del costo "altro per ricerca", determinata dalla riallocazione alla voce "altro non sanitari" dei costi registrati sul conto "altri servizi non sanitari da altri enti pubblici".

Le voci più significative di acquisto sono quelle relative a "materiale di consumo per attrezzature diagnostiche", nonché il valore del "noleggio per attrezzature diagnostiche", a conferma della tendenza degli Enti finanziatori ad utilizzare lo strumento del noleggio come istituto contrattuale, alternativo all'acquisto, per l'acquisizione della strumentazione, da dedicare all'attività progettuale.

I costi per personale risultano complessivamente in incremento, anche a seguito dell'attivazione di nuovi contratti e del mantenimento di quelli esistenti per personale di supporto all'attività di ricerca.

Nel 2025 gli ammortamenti di beni immateriali sono cresciuti in funzione dell'aumento delle licenze software in uso nell'anno; gli ammortamenti per beni materiali, si confermano in linea con l'anno precedente.

I contributi non totalmente utilizzati nell'anno sono stati accantonati per consentire la copertura delle spese negli esercizi successivi, dato atto del fatto che la natura dei finanziamenti di ricerca prevede normalmente lo sviluppo del progetto stesso su più anni di attività.

Alla voce "Altri Accantonamenti", in crescita rispetto al 2024, è stata registrata la quota destinata al fondo miglioramento per la ricerca come da regolamento aziendale.

Costi indiretti della ricerca

I costi indiretti sono calcolati considerando i fattori produttivi indicati nel prospetto (pulizie, smaltimento rifiuti, lavanderia, lavanolo e guardaroba, trasporti non sanitari e logistica, altri servizi tecnici, ristorazione, mensa, buoni pasto e utenze) tracciati dai centri di costo della ricerca o attribuiti a tali centri sulla base dei driver di ribaltamento costi utilizzati in contabilità analitica.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

BILANCIO SEZIONALE DELLA RICERCA			
	Anno T	Anno T-1	
CONTRIBUTI DELLA RICERCA	2025	2024	Delta
Contributi c/esercizio da Ministero Salute	16.084.180	19.200.318	-3.116.138
per ricerca corrente	4.172.289	3.920.893	251.396
per ricerca finalizzata	6.786.462	6.717.446	69.015
5 per mille	366.939	195.373	171.566
Altri	4.758.490	8.366.606	-3.608.116
Contributi c/esercizio da Regione	782.904	1.761.331	-978.427
per ricerca	202.409	665.895	-463.485
Altri	580.495	1.095.436	-514.942
Contributi c/esercizio da Provincia e Comuni			-
per ricerca		-	-
Altri		-	-
Contributi c/esercizio da altri enti pubblici	3.103.202	3.491.817	-388.615
per ricerca (Asl/Ao/IRCCS/Policlinici)	3.103.202	3.491.817	-388.615
Altri		-	-
Contributi c/esercizio da privati	15.567.790	10.405.320	5.162.470
no profit per ricerca	2.938.099	1.843.381	1.094.718
profit per ricerca	6.691.768	8.561.939	-1.870.171
Altri	5.937.922	-	5.937.922
Contributi c/esercizio da estero			-
con specifica			-
TOTALE CONTRIBUTI RICERCA (A)	35.538.076	34.858.786	679.290
			-
Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	1.563.731	1.534.178	29.553
			-
COSTI DIRETTI DELLA RICERCA			-
Acquisti di beni e servizi	11.311.127	5.847.911	5.463.216
materiale di consumo per attrezzature diagnostiche	3.216.509	1.804.105	1.412.404
materiale di consumo per attrezzature scientifiche	-	-	-
manutenzioni per attrezzature diagnostiche	-	-	-
manutenzioni per attrezzature scientifiche	217.052	462.644	-245.591
noleggi per attrezzature diagnostiche	1.203.136	275.429	927.706
noleggi per attrezzature scientifiche	30.660	8.127	22.533
altro per ricerca	115.908	1.824.396	-1.708.487
altro sanitari	941.969	731.336	210.632
altro non sanitari	5.585.893	741.874	4.844.019
Personale sanitario	7.831.167	6.545.998	1.285.169
di ruolo dell'ente	5.220.890	4.037.793	1.183.097
di ruolo di altro ente	-	-	-

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

BILANCIO SEZIONALE DELLA RICERCA			
	Anno T	Anno T-1	
a progetto	-	-	-
co.co.co.	-	-	-
collaborazioni occasionali	-	-	-
altro (con specifica)	2.610.277	2.508.205	102.072
<i>Borse di studio</i>	2.610.277	2.508.205	102.072
<i>Altro</i>	-	-	-
Personale amministrativo	1.000.296	411.196	589.100
con specifica	1.000.296	411.196	589.100
<i>P. Amministrativo-Comparto</i>	800.743	411.196	389.548
<i>P. Amministrativo-Dirigenza</i>	199.553	-	199.553
<i>P. Amministrativo-Comparto - Personale universitario</i>	-	-	-
Personale tecnico-professionale	858.239	588.438	269.802
con specifica	858.239	588.438	269.802
<i>P. Tecnico-Comparto</i>	769.003	447.255	321.748
<i>P. Professionale-Dirigenza</i>	25.561	69.961	-44.400
<i>P. Tecnico-Dirigenza</i>	63.675	71.221	-7.546
co.co.co.	-	-	-
collaborazioni occasionali	-	-	-
Godimento di beni di terzi		-	-
attrezzature sanitarie e scientifiche	-	-	-
altro (con specifica)	-	-	-
Ammortamenti dei beni immateriali	42.304	6.418	35.886
con specifica	42.304	6.418	35.886
<i>Ammortamento immobilizzazioni immateriali diverse</i>	532	6.418	-5.886
<i>Ammortamento software</i>	41.772	-	41.772
Ammortamenti beni materiali	1.521.427	1.527.760	-6.333
attrezzature diagnostiche	1.494.323	1.494.125	198
attrezzature scientifiche	-	-	-
Altro	27.104	33.635	-6.531
Oneri diversi di gestione	246.602	332.625	-86.024
con specifica	246.602	332.625	-86.024
<i>Giornali, riviste, opere multimediali su CD</i>	211.690	312.347	-100.657
<i>Altri costi</i>	34.912	20.278	14.634
<i>Spese postali</i>	-	-	-
<i>Tasse e imposte non sul reddito</i>	-	-	-
Accantonamenti	12.768.906	19.549.789	-6.780.883
con specifica	12.768.906	19.549.789	-6.780.883
<i>ACCANT.TI Q.TE INUTILIZ. CONTRIB. PER RIC.FINALIZ</i>	3.033.709	10.690.661	-7.656.952

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

BILANCIO SEZIONALE DELLA RICERCA			
	Anno T	Anno T-1	
<i>ACCANT.TI Q.TE INUTILIZ. CONTRIB. PER RICERCA DA RER</i>	-	-	-
<i>ACCANT.TI Q.TE INUTILIZ. CONTRIB. PER RICERCA DA ALTRI SOGGETTI</i>	3.049.475	2.979.255	70.219
<i>ALTRI ACCANT.TI</i>	6.685.722	5.879.872	820.850
Variazioni Rimanenze		-	-
con specifica		-	-
			-
TOTALE COSTI DIRETTI RICERCA (B)	35.580.068	34.810.133	769.935
			-
DIFFERENZA (A-B)	1.521.739	1.582.830	-61.091
COSTI INDIRETTI DI GESTIONE	1.514.634	1.577.132	-62.498
con specifica			-
<i>Pulizie</i>	409.669	417.153	-7.484
<i>Smaltimento rifiuti</i>	131.994	164.593	-32.599
<i>Lavanderia, lavanolo e guardaroba</i>	219.353	169.673	49.680
<i>Trasporti non sanitari e logistica</i>	55.939	9.194	46.745
<i>Altri servizi tecnici</i>	185.370	212.094	-26.724
<i>Ristorazione, mensa e buoni pasto</i>	35.841	76.125	-40.284
<i>Utenze Acqua luce gas telefono</i>	476.467	528.300	-51.833
			-
RISULTATO II LIVELLO	7.105	5.698	1.407

3.5 La programmazione annuale e analisi per centro di responsabilità

A) Budget 2025

Gli obiettivi strategici ed operativi, gli indicatori e gli strumenti per la misurazione della performance aziendale nelle sue diverse dimensioni, richiamano il piano degli obiettivi di mandato e della programmazione regionale e confermano la politica aziendale di garantire coerenza e continuità nel perseguire la realizzazione degli obiettivi pluriennali del Piano integrato di attività e organizzazione 2025-2027. Gli strumenti di budget annuali sono stati adeguati ed integrati per rendere più stringente la correlazione fra il sistema di programmazione e controllo e il successivo sistema di misurazione e valutazione delle performance.

Gli obiettivi aziendali tengono conto della programmazione sanitaria e socio-sanitaria metropolitana promossa, condivisa e approvata dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana.

La strategia aziendale e gli obiettivi di carattere annuale sono sviluppati in coerenza con la finalità principale di garantire risposta ai bisogni di salute:

- mediante l'erogazione di prestazioni di ricovero e cura di alta specialità;
- attraverso lo sviluppo di progetti di ricerca clinica e traslazionale orientati al miglioramento dello stato di salute della popolazione.

Coerentemente con gli obiettivi di mandato della Direzione generale (DGR 1516 del 11/09/2023) e del percorso di riconoscimento e conferma ad IRCCS, le linee strategiche che trovano progressivamente esplicitazione nei documenti di programmazione annuale e pluriennale sono:

- la messa a punto di strumenti e modelli innovativi attraverso cui sostenere un sistema sempre più orientato all'alta complessità, all'innovazione, alla persona ed al suo percorso di cura;
- lo sviluppo della ricerca clinica e traslazionale mediante la realizzazione di una solida infrastruttura di supporto e di trasferimento dei risultati raggiunti;
- lo sviluppo di servizi integrati che considerino la continuità del percorso di cura e laglobalità della persona superando attività settoriali;
- lo sviluppo delle competenze professionali e della motivazione degli operatori;
- la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti e degli operatori.

Il piano delle azioni è stato definito nell'ambito delle seguenti aree di risultato:

- facilitazione dell'accesso e riduzione dei tempi di attesa;
- implementazione di azioni per garantire il rispetto dei tempi di attesa per patologie critiche, secondo la normativa nazionale e regionale;
- garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- tempi di attesa e garanzia dell'accesso in Emergenza Urgenza: implementazione di

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

modelli organizzativi che consentono di contenere i tempi di permanenza in pronto soccorso;

- sviluppo del processo di prevenzione del rischio e il miglioramento della sicurezza delle cure;
- programmazione attività di ricerca: promozione e sviluppo della ricerca clinica e assistenziale di tipo traslazionale, coerentemente con la mission aziendale e con gli obiettivi propri dell'IRCCS;
- mappatura degli ambiti di ricerca e collaborazioni;
- promozione e sviluppo dell'attività di produzione scientifica;
- monitoraggio degli studi clinici: predisposizione della relazione annuale sullo stato di avanzamento degli studi approvati dal Comitato Etico;
- tracciabilità dei costi legati alle attività di ricerca;
- tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie, prevenzione della violenza sugli operatori e interventi in materia di adesione del personale dipendente alle vaccinazioni;
- proseguimento dei processi di integrazione interaziendali avviati con le aziende sanitarie presenti sul territorio provinciale;
- rispetto dei budget assegnati per l'acquisto di farmaci e di dispositivi medici;
- garanzia di erogazione dei livelli essenziali di assistenza e monitoraggio dell'assistenza erogata attraverso il Nuovo sistema di garanzia;
- formazione degli operatori sanitari;
- garantire la completezza e la tempestività dei flussi informativi e dei dati;
- realizzare il piano degli investimenti e presidiare costantemente l'andamento della gestione economico-finanziaria in considerazione della modifica della struttura dei costi e dei ricavi.

B) Il sistema di monitoraggio

Il budget negoziato e il relativo materiale di supporto viene pubblicato nel portale intranet nella sezione dedicata (<http://intranet.aosp.bo.it/content/budget-aziendale>) ed all'interno del Nuovo repository documentale Aziendale.

Lo strumento utilizzato dai Dipartimenti per il monitoraggio degli obiettivi è il riesame della Direzione che deve essere eseguito almeno due volte l'anno.

I professionisti possono consultare autonomamente e giornalmente "**cruscotti dinamici**" per aree di attività, allo scopo di rendere dinamica, rapida ed intuitiva l'analisi degli andamenti, i cruscotti dinamici rappresentano una modalità di consultazione dei dati di attività per favorire una maggiore autonomia dell'utente nell'approfondire le diverse dimensioni di analisi. Le principali caratteristiche dei cruscotti dinamici sono:

- ✓ segnalazioni semaforiche che orientano in modo immediato la lettura del dato;
- ✓ rappresentazione triennale del dato con selezione di grafici;
- ✓ modalità interattiva di navigazione all'interno del documento con possibilità di scegliere variabili di analisi (anno, mese, unità operativa ecc.).

4. La Gestione Economico-Finanziaria dell'Azienda

4.1 Sintesi di bilancio

Conto Economico ex d.lgs. 118/2011 Schema di Bilancio Decreto Interministeriale 20 marzo 2013	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024	VARIAZIONE 2025/preventivo	
				Importo	%
A.1) Contributi in c/esercizio	224.972.328	211.524.652	231.902.343	13.447.676	6,36%
A.1.a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	212.527.962	203.866.426	212.119.972	8.661.536	4,25%
A.1.b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	1.753.283	822.957	8.995.150	930.326	113,05%
A.1.b.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	0	0	0	0	0,00%
A.1.b.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA	376.895	0	0	376.895	0,00%
A.1.b.3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA	0	0	16.635	0	0,00%
A.1.b.4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro	0	0	0	0	0,00%
A.1.b.5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	45.646	0	0	45.646	0,00%
A.1.b.6) Contributi da altri soggetti pubblici	1.330.742	822.957	8.978.515	507.785	61,70%
A.1.c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	10.591.083	6.835.269	10.772.822	3.755.814	54,95%
A.1.c.1) da Ministero della Salute per ricerca corrente	4.172.289	2.931.439	3.920.893	1.240.850	42,33%
A.1.c.2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	3.033.709	2.906.257	3.721.306	127.452	4,39%
A.1.c.3) da Regione e altri soggetti pubblici	1.629.751	476.298	1.783.575	1.153.453	242,17%
A.1.c.4) da privati	1.755.333	521.275	1.347.048	1.234.058	236,74%
A.1.d) Contributi in c/esercizio - da privati	100.000	0	14.400	100.000	0,00%
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-2.917.759	-1.095.590	-1.476.859	-1.822.169	166,32%
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	19.454.008	6.739.329	11.245.511	12.714.679	188,66%
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	580.383.453	567.367.673	561.311.158	13.015.780	2,29%
A.4.a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	543.205.038	533.644.797	526.757.000	9.560.240	1,79%
A.4.b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	27.114.688	25.188.077	25.899.701	1.926.611	7,65%
A.4.c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	10.063.728	8.534.799	8.654.456	1.528.929	17,91%
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	40.690.783	9.812.681	26.757.481	30.878.102	314,68%
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	8.624.216	8.282.899	7.974.178	341.317	4,12%
A.7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	26.591.501	21.991.306	22.202.774	4.600.195	20,92%
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	5.755	0	22.258	5.755	0,00%
A.9) Altri ricavi e proventi	8.161.435	6.172.429	5.427.204	1.989.006	32,22%
Totale A)	905.965.720	830.795.379	865.366.049	75.170.341	9,05%
B) COSTI DELLA PRODUZIONE					
B.1) Acquisti di beni	321.760.650	309.167.713	300.353.724	12.592.937	4,07%
B.1.a) Acquisti di beni sanitari	312.985.710	300.599.742	292.013.068	12.385.968	4,12%

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Conto Economico ex d.lgs. 118/2011 Schema di Bilancio Decreto Interministeriale 20 marzo 2013	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024	VARIAZIONE 2025/preventivo	
				Importo	%
B.1.b) Acquisti di beni non sanitari	8.774.940	8.567.971	8.340.656	206.968	2,42%
B.2) Acquisti di servizi sanitari	91.371.839	91.962.033	92.603.043	-590.194	-0,64%
B.2.a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	0	0	0	0	0,00%
B.2.b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	0	0	0	0	0,00%
B.2.c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	10.584.351	10.706.813	10.363.574	-122.462	-1,14%
B.2.d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	0	0	0	0	0,00%
B.2.e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	0	0	0	0	0,00%
B.2.f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	0	0	0	0	0,00%
B.2.g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	717.809	877.893	776.370	-160.084	-18,24%
B.2.h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	0	0	0	0,00%
B.2.i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	0	0	0	0	0,00%
B.2.j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	0	0	0	0	0,00%
B.2.k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	6.386.100	6.405.905	6.370.658	-19.805	-0,31%
B.2.l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	0	0	0	0	0,00%
B.2.m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	21.387.608	20.006.876	20.618.900	1.380.732	6,90%
B.2.n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	0	0	71.690	0	0,00%
B.2.o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	18.293.623	19.485.873	19.090.079	-1.192.250	-6,12%
B.2.p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	34.002.350	34.478.673	35.311.773	-476.323	-1,38%
B.2.q) Costi per differenziale Tariffe TUC	0	0	0	0	0,00%
B.3) Acquisti di servizi non sanitari	72.524.750	72.798.350	67.862.409	-273.600	-0,38%
B.3.a) Servizi non sanitari	69.968.412	69.729.574	64.797.883	238.838	0,34%
B.3.b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	2.136.673	2.118.521	2.120.951	18.151	0,86%
B.3.c) Formazione	419.666	950.255	943.575	-530.589	-55,84%
B.4) Manutenzione e riparazione	37.981.047	36.179.106	36.824.618	1.801.941	4,98%
B.5) Godimento di beni di terzi	14.540.315	11.857.187	11.678.522	2.683.128	22,63%
B.6) Costi del personale	306.143.279	288.498.418	292.124.926	17.644.862	6,12%
B.6.a) Personale dirigente medico	93.202.774	88.879.439	89.210.226	4.323.335	4,86%
B.6.b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	9.842.690	9.204.434	9.178.994	638.256	6,93%
B.6.c) Personale comparto ruolo sanitario	139.152.358	130.992.852	134.415.347	8.159.506	6,23%
B.6.d) Personale dirigente altri ruoli	3.702.674	3.611.275	3.561.920	91.398	2,53%
B.6.e) Personale comparto altri ruoli	60.242.784	55.810.417	55.758.439	4.432.367	7,94%
B.7) Oneri diversi di gestione	2.699.122	2.505.929	2.679.207	193.193	7,71%
B.8) Ammortamenti	31.760.848	27.034.433	27.215.929	4.726.415	17,48%
B.8.a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	1.396.435	815.565	854.242	580.870	71,22%
B.8.b) Ammortamenti dei Fabbricati	19.030.343	17.062.057	17.255.819	1.968.286	11,54%
B.8.c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	11.334.070	9.156.811	9.105.869	2.177.259	23,78%
B.9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	220.333	803.391	1.212.343	-583.058	-72,57%

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Conto Economico ex d.lgs. 118/2011 Schema di Bilancio Decreto Interministeriale 20 marzo 2013	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024	VARIAZIONE 2025/preventivo	
				Importo	%
B.10) Variazione delle rimanenze	-6.703.665	0	-6.656.607	-6.703.665	0,00%
B.10.a) Variazione delle rimanenze sanitarie	-6.553.833	0	-6.763.823	-6.553.833	0,00%
B.10.b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	-149.832	0	107.216	-149.832	0,00%
B.11) Accantonamenti	29.848.386	31.442.402	32.313.909	-1.594.016	-5,07%
B.11.a) Accantonamenti per rischi	5.776.847	7.310.000	6.391.240	-1.533.153	-20,97%
B.11.b) Accantonamenti per premio operosità	0	0	0	0	0,00%
B.11.c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	8.959.071	759.881	16.398.073	8.199.190	1079,01%
B.11.d) Altri accantonamenti	15.112.468	23.372.521	9.524.595	-8.260.053	-35,34%
Totale B)	902.146.905	872.248.962	858.212.023	29.897.943	3,43%
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	3.818.815	-41.453.583	7.154.025	45.272.399	-109,21%
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI					
C.1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	11.859	9.538	19.648	2.321	24,33%
C.2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	893.438	1.014.186	1.693.281	-120.748	-11,91%
Totale C)	-881.579	-1.004.648	-1.673.633	123.069	-12,25%
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE					
D.1) Rivalutazioni	0	0	0	0	0,00%
D.2) Svalutazioni	0	0	0	0	0,00%
Totale D)	0	0	0	0	0,00%
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI					
E.1) Proventi straordinari	22.154.123	100.000	26.586.238	22.054.123	22054,12%
E.1.a) Plusvalenze	11.500	0	0	11.500	0,00%
E.1.b) Altri proventi straordinari	22.142.623	100.000	26.586.238	22.042.623	22042,62%
E.2) Oneri straordinari	8.203.892	100.000	12.383.173	8.103.892	8103,89%
E.2.a) Minusvalenze	20.910	0	312.483	20.910	0,00%
E.2.b) Altri oneri straordinari	8.182.983	100.000	12.070.690	8.082.983	8082,98%
Totale E)	13.950.230	0	14.203.066	13.950.230	0,00%
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	16.887.467	-42.458.231	19.683.458	59.345.697	-139,77%
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO					
Y.1) IRAP	21.126.263	20.028.929	20.299.649	1.097.333	5,48%
Y.1.a) IRAP relativa a personale dipendente	19.510.120	18.491.431	18.749.613	1.018.688	5,51%
Y.1.b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	572.245	580.962	615.042	-8.717	-1,50%
Y.1.c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intraoemia)	1.043.898	956.536	934.994	87.363	9,13%
Y.1.d) IRAP relativa ad attività commerciali	0	0	0	0	0,00%
Y.2) IRES	82.796	84.515	90.355	-1.719	-2,03%
Y.3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	0	0	0	0	0,00%

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Conto Economico ex d.lgs. 118/2011 Schema di Bilancio Decreto Interministeriale 20 marzo 2013	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024	VARIAZIONE 2025/preventivo	
				Importo	%
Totale Y)	21.209.059	20.113.444	20.390.004	1.095.615	5,45%
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	-4.321.593	-62.571.675	-706.546	58.250.083	-93,09%

4.2 Scostamento dei risultati rispetto al Bilancio Preventivo economico 2025 e al Consuntivo 2024.

Gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale 2026 sono indicati nella delibera di Giunta regionale n. 972 del 23.06.2025 avente ad oggetto "Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l'anno 2025".

La programmazione aziendale 2025 è stata condizionata dalle **azioni da implementare utili alla realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria e contestualmente finalizzate a garantire il contributo al piano di sostenibilità regionale**, declinato per questa Azienda con **obiettivi specifici** con di contenimento del costo delle **risorse umane** e di rispetto dei budget assegnati per l'acquisto di **farmaci** e **dispositivi medici** (nota regionale protocollo 25/02/2025.0188037.U. "Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna – Obiettivi di Budget 2025). La realizzazione di un programma di potenziamento delle attività chirurgiche ed ambulatoriali, finalizzato al recupero degli interventi programmati e la garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le patologie critiche sono stati obiettivi particolarmente sfidanti, tenuto conto dell'esigenza di potenziare l'attività chirurgica e il parallelo vincolo di riduzione di disponibilità di risorse umane. L'Azienda ha proseguito il suo impegno con aumenti di attività nel 2025 rispetto al 2024, anno nel quale sono già stati raggiunti importanti incrementi in entrambi gli ambiti.

Ha inciso sulla gestione 2025 anche il potenziamento delle linee di attività negli ambiti di riconoscimento ad IRCCS – assistenza e ricerca nei trapianti e nel paziente critico e gestione medica e chirurgica integrata delle patologie oncologiche – con lo sviluppo di innovazione e attività ad alto costo.

Nell'ambito di questo complesso contesto, **i dati economici tengono conto dei riassetti organizzativi realizzati per ottimizzare l'utilizzo delle risorse e, in particolare, del personale.**

Per quanto riguarda il **governo della spesa ospedaliera per farmaci e dispositivi medici**, l'Azienda ha effettuato la realizzazione del piano delle azioni definite dalla programmazione sanitaria regionale con **una costante verifica sulla spesa finalizzata al rispetto dei budget assegnati.**

Al fine di garantire la sostenibilità economica complessiva, l'Azienda ha anche effettuato in corso d'anno azioni di revisioni tariffarie (in particolare per ALP e attività di ricerca) finalizzate al miglioramento delle poste attive non correlate alla mobilità sanitaria.

Anche nel corso del 2025 l'Azienda è stata inoltre impegnata nella realizzazione di un articolato piano degli investimenti e nella progressiva attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del Piano Nazionale Complementare (PNC) per le parti di competenza.

L'Azienda è stata inoltre impegnata a garantire il rispetto dei tempi di attesa per le patologie critiche e a svolgere le attività per le quali è hub regionale e centro di riferimento di area vasta. I costi 2025 tengono conto dei volumi anche di attività ad alto costo (cuore artificiale, cardiologia interventistica, chirurgia robotica, CAR-T, ortopedia oncologica).

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

In relazione alla riorganizzazione delle reti cliniche il consuntivo 2025 tiene conto degli accordi sviluppati già negli anni precedenti al fine del recupero delle liste d'attesa tramite un modello di collaborazione con AOU Parma per l'attività di cardiocirurgia e con Ausl Imola per lo sviluppo della chirurgia robotica.

	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
Risultato di Esercizio	-4.321.593	-62.571.675	-706.546

Il risultato di esercizio per l'anno 2025 per l'Azienda evidenzia una perdita per un importo di euro -4.321.593€; la stessa troverà copertura nell'ambito delle risorse di cui alle DGR n. 600/2026 che saranno assegnate alle Aziende sanitarie in sede di approvazione dei bilanci di esercizio 2025 da parte della Giunta Regionale.

Si ricorda che l'entrata in vigore del decreto legislativo n. 118 del 23 giugno 2011, "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n.42" ha avviato il processo di armonizzazione dei procedimenti contabili previsto dal Patto per la Salute e dai decreti legislativi attuativi del federalismo fiscale.

Si precisa che l'Azienda si è attivata per il percorso del nuovo sistema di contabilità pubblica basato sul principio ACCRUAL legato alla riforma 1.15 del PNRR.

Si fornisce di seguito il commento delle variazioni più significative intervenute nelle singole componenti dei costi e dei ricavi rispetto alla previsione ed al consuntivo dell'anno precedente.

Lo schema di conto economico di seguito analizzato è quello del CE MINISTERIALE come modificato dal Decreto del 24 maggio 2019.

4.2.1. Valore della produzione

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
Totale valore della produzione	905.965.720	830.795.379	865.366.049

Il **Valore della produzione** registra un incremento rispetto al preventivo 2025, pari a +75,170milioni di euro (+9,05%), ed un incremento rispetto al dato di consuntivo 2024, pari a +40,600 milioni di euro (+4,69%).

Segue un'analisi delle principali variazioni negli aggregati del Valore della Produzione rispetto a quanto preventivato e rispetto al consuntivo 2024.

A.1) Contributi in conto esercizio

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
A.1) Contributi in c/esercizio	224.972.328	211.524.652	231.902.343
A.1.A) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale	212.527.962	203.866.426	212.119.972
A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo)	1.753.283	822.957	8.995.150
A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca	10.591.083	6.835.269	10.772.822
A.1.D) Contributi c/esercizio da privati	100.000	0	14.400

La voce registra un incremento rispetto a quanto preventivato, pari a +13,448 milioni di euro (+6,36%), ed un decremento rispetto al consuntivo 2024, pari a -6,930 milioni di euro (-2,99%). Segue un'analisi di dettaglio.

A.1.A) Contributi da Regione o Prov.Aut. per quota F.S. Regionale

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
A.1.A) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale	212.527.962	203.866.426	212.119.972
A.1.A.1) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto	194.087.236	184.000.138	194.393.824
A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	18.440.726	19.866.288	17.726.147

Tra i **Contributi da Regione o Prov.Aut. per quota F.S. Regionale indistinto A.1.A.1)** si evidenziano, in particolare:

- il contributo per l'importo di 19,772 milioni di euro a carico delle aziende sanitarie della regione (DGR 972/2025) che risulta confermato sia rispetto al preventivo 2025 che rispetto al consuntivo 2024;
- il contributo a copertura degli ammortamenti non sterilizzati riferiti alle immobilizzazioni entrate in produzione al 31/12/2009 per un valore pari a 3,754 milioni di euro, sostanzialmente in linea con il consuntivo 2024 e il preventivo 2025;
- l'assegnazione per il Piano di miglioramento di accesso al Pronto Soccorso deliberato dalla Regione nel 2020 che si conferma nel 2025, come per il 2024, pari a 500 mila euro ed il contributo pari a 12,548 milioni di euro legato al finanziamento a funzione del Pronto Soccorso già previsto a preventivo 2025, in decremento di -1,392 milioni di euro rispetto al 2024; tali risorse sono state determinate in misura pari al margine di contribuzione negativo per accesso al pronto soccorso (inteso come differenziale fra costi pieni e valorizzato a tariffa al netto del ticket) sostenuto dall'Azienda;
- il contributo a copertura degli oneri relativi all'indennità di pronto soccorso per la dirigenza, pari a 261 mila euro, e per il personale del comparto, pari a 185 mila euro, per un importo pari a quello già assegnato nel 2024;

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

- l'assegnazione pari a 801mila euro quale finanziamento in applicazione dell'ordinamento professionale ex art.102 c. 5 CCNL 2.11.22 - RINNOVO SSN COMPARTO (0,55%) in continuità con l'anno precedente;
- il contributo pari a 2,423 milioni di euro relativo al finanziamento del rinnovo contrattuale per il personale della dirigenza sanitaria (esclusa PTA) relativamente al periodo contrattuale 2016-2018 andato a regime nell'anno 2019. Tale contributo è in linea con quanto rappresentato nell'anno 2024 e a Preventivo 2025;
- il finanziamento relativo al periodo contrattuale 2016-2018 per la dirigenza professionale, tecnico e amministrativa, rispetto al quale si conferma l'assegnazione dell'anno precedente ed a quanto preventivato, pari a 88mila euro;
- per il personale del comparto, in analogia al 2024, si procede al finanziamento del contratto a regime (triennio 2016-2018) per un importo di 3,684 milioni di euro;
- in relazione agli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dipendente dirigenza (triennio 2019-2021) viene assegnato un finanziamento pari a quanto preventivato di 3,383 milioni di euro;
- a seguito della sottoscrizione in data 2 novembre 2022 del rinnovo contrattuale del comparto sanità per il triennio 2019-2021 è stato assegnato l'intero finanziamento pari a 11,739 milioni di euro;
- risorse pari a 77mila euro per il CCNL PTA (triennio 2019-2021), già presenti a preventivo 2025 ed a consuntivo 2024;
- in relazione al rinnovo contrattuale del personale dipendente (triennio 2022-2024) l'Azienda ha corrisposto in corso d'anno l'indennità di vacanza contrattuale prevista, maggiorata secondo quanto previsto dalla L. 213/2023. A copertura di tale onere viene assegnato un contributo, già a preventivo e a consuntivo 2024, pari a 8,577 milioni di euro;
- l'assegnazione pari a 4,867 milioni di euro per il rinnovo contrattuale 2022- 2024, già presente a preventivo 2025 ma non a consuntivo 2024;
- a consuntivo 2025 viene assegnato il finanziamento di 2,889 milioni di euro a copertura degli oneri derivanti dal rinnovo contrattuale del personale del comparto sanità per il triennio 2022-2024 siglato il 27.10.2025 (risorse non presenti a preventivo 2025 e consuntivo 2024);
- nel 2025 sono stati assegnati inoltre i seguenti finanziamenti a copertura dell'IVC 2025-2027:
 - il finanziamento pari a 950mila euro, come già preventivato, per il rinnovo contrattuale per il personale del comparto relativo al periodo contrattuale 2025-2027;
 - il finanziamento pari a 379mila euro, come a preventivo, per il rinnovo contrattuale per il personale della dirigenza sanitaria relativo al periodo contrattuale 2025-2027;
 - il finanziamento pari a 15mila euro per il rinnovo contrattuale per il personale della dirigenza PTA relativo al periodo contrattuale 2025-2027.
- le risorse complessive riconosciute per il 2025 sono integrate da un fondo perequativo, l'assegnazione riconosciuta all'Azienda è pari a 7,102 milioni di euro in decremento di -

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

2,128 milioni di euro rispetto al consuntivo 2024 ed in linea rispetto a quanto preventivato nel 2025;

- al conto "Finanziamento indistinto - altro" è collegata la trattenuta regionale pari a -1,674 milioni di euro relativa alla funzione "Sviluppo dei processi di integrazione dei Servizi della Aziende metropolitane e di Area Vasta"; in analogia agli anni precedenti viene infatti rappresentato per l'Area metropolitana di Bologna il riconoscimento in capo alle Aziende delle funzioni dalle stesse esercitate in relazione ai processi di integrazione sovra-aziendale di funzioni tecniche, amministrative e professionali. A preventivo 2025 ed a consuntivo 2024, come da indicazioni regionali, era stata prevista una trattenuta pari a -1,233 milioni di euro.
- il finanziamento correlato direttamente all'emergenza sanitaria derivante dall'epidemia da Covid-19 di cui al decreto-legge n.34 del 19 maggio 2020 recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19", pari a 7,869 milioni di euro, a favore del personale dipendente. Tale assegnazione è pari al preventivo 2025 e al consuntivo 2024;
- l'assegnazione per i corsi universitari delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico sanitarie e della prevenzione pari a 1,736 milioni di euro. Trattasi del contributo finanziario regionale destinato alle aziende sede di formazione, erogato in base al numero degli allievi iscritti o programmati in relazione al fabbisogno regionale di operatori delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico sanitarie. Tale contributo è sostanzialmente allineato al consuntivo 2024 e al preventivo 2025;
- per il riparto delle risorse alle Aziende Ospedaliere-universitarie e agli IRCCS, in analogia agli anni precedenti, si è proceduto nella direzione di qualificare ulteriormente il finanziamento a fronte delle principali funzioni svolte, quale remunerazione aggiuntiva rispetto al riconoscimento a tariffa della produzione annuale, ai sensi dell'articolo 8-sexies del D.Lgs. 502/1992 e s.m. e i., all'interno del limite massimo stabilito dal DM 18 ottobre 2012 e sulla scorta della metodologia prevista dalla legge di stabilità 2016 a verifica della condizione di sostenibilità delle Aziende Ospedaliere/IRCCS. Nel 2018 è stato introdotto un finanziamento omnicomprensivo a funzione, nella misura del 14% dell'attività di ricovero ed ambulatoriale prodotta e inclusivo del contributo per maggiori oneri connessi al percorso universitario. Tale percentuale è aumentata al 15% nel 2019, dal 2021 al 19%, dal 2022 al 20%, dal 2023 è diminuita al 16%, nel 2024 è stata portata al 16,2%, nel 2025 al 18,8%. Per l'IRCCS Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna nell'anno 2025 tale finanziamento ammonta a 72,319 milioni di euro, pari a quanto già rappresentato a preventivo 2025 ed in incremento rispetto al consuntivo 2024 di +12,929 milioni di euro.

La voce A.1.A.1) Contributi in c/esercizio da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto include anche i seguenti finanziamenti finalizzati:

- il contributo per la rete regionale degli IRCCS e PRI-ER di 1,250 milioni di euro, pari al consuntivo 2024 ed al preventivo 2025;
- il contributo IRCCS (ART.11 DL 200/2022) per le prestazioni di alta specialità rese a pazienti extraregionali, pari a 3,218 milioni di euro, in incremento rispetto al consuntivo 2024 di +1,963 milioni di euro;

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

- il finanziamento relativo agli interventi umanitari nell'ambito del programma assistenziale a favore di cittadini stranieri ex art. 32 l. 499/97 pari a 274 mila euro, in incremento rispetto a quanto rappresentato a consuntivo 2024 (+32mila euro);
- l'assegnazione per il Recupero liste di attesa (comprensivo delle risorse di cui all'art. 1 comma 218-220 della L. 213/2023) pari a 1,580 milioni di euro, già presente a consuntivo 2024 e a preventivo 2025;
- le risorse a copertura dell'incremento delle tariffe per prestazioni aggiuntive di cui all'art. 1 c. 361 L. 199/25-Dirigenza e comparto pari a 1,143 milioni di euro, non previste a preventivo 2025 e a consuntivo 2024;
- in sede di consuntivo si conferma il finanziamento per gli oneri conseguenti all'attivazione dei nuovi applicativi per la Gestione delle risorse umane (GRU) e per la Gestione dell'applicativo amministrativo contabile (GAAC) per un totale pari a 17mila euro, in incremento rispetto a quanto assegnato a consuntivo 2024 (+12mila euro). Dal 2022 viene inoltre assegnato il contributo a copertura dell'investimento del progetto regionale per la sperimentazione e l'implementazione della nuova piattaforma per la raccolta e segnalazione dei sinistri (SEGNALER); nel 2025 tale contributo è pari a 16mila euro, in linea con il preventivo 2025 e in diminuzione rispetto al consuntivo 2024 di -16mila euro;
- i rimborsi da Regione per collaborazioni e avvalimenti di personale che, a partire dall'anno 2014, sono oggetto di specifico contributo regionale, pari a 1,197 milioni di euro a consuntivo 2025, in linea rispetto al preventivo 2025 ed in incremento rispetto al consuntivo 2024 (+256 mila euro).

Sono inoltre contenute in tale voce le assegnazioni regionali per le **Altre funzioni sovra-aziendali e progetti di rilievo regionale**, definite dalla **DGR n.1541 del 29/09/2025** per un totale di 11,895 milioni di euro (in decremento rispetto al consuntivo 2024; -1,720 milioni di euro) come di seguito dettagliate:

Descrizione contributo	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024	Δ su Consuntivo 2024
Malattie rare pediatriche	770.000	-	770.000	-
Altre funzioni sovra-aziendali (Riferimento regionale neonatale e pediatrico - cardiocirurgia)	3.750.000	-	3.750.000	-
Altre funzioni sovra-aziendali (sindrome di Marfan)	170.000	-	170.000	-
Malattie emorragiche congenite (MEC)	80.000	-	80.000	-
Altre funzioni sovraziendali (nefrologia pediatrica, insufficienza renale)	500.000	-	500.000	-
Altre funzioni sovraziendali (Emergenze microbiologiche - CREEM)	850.000	-	850.000	-
Centro clinico di screening neonatale	200.000	-	200.000	-
Screening neonatale per attività svolta	2.500.000	-	2.500.000	-
Progetto di allargamento dello screening neonatale delle malattie endocrine e metaboliche ereditarie a ulteriori patologie	-	-	557.835	- 557.835
Materiale trapianto di cuore artificiale VAD	-	-	1.200.000	- 1.200.000
Intolleranza sostanze chimiche	100.000	-	100.000	-
Centro di riferimento regionale per la diagnosi e trattamento malattie croniche intestinali (MICI)	200.000	-	200.000	-

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

Descrizione contributo	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024	Δ su Consuntivo 2024
Centro di riferimento regionale per il trattamento della neoplasia ovarica	125.000	-	125.000	-
Sorveglianza migranti	50.000	-	100.000	- 50.000
Attività Laboratorio di tossicologia occupazionale e ambientale	100.000	-	100.000	-
Sorveglianza radiazioni	-	-	-	-
Tipizzazioni midollo osseo	1.240.000	-	1.240.000	-
Neurochirurgia pediatrica	760.298	-	473.000	287.298
Attività chirurgica robotica	-	-	200.000	- 200.000
Funzionalità Centro tumori rari	150.000	-	150.000	-
ECMO	150.000	-	150.000	-
Chirurgia endoscopica dell'orecchio	200.000	-	200.000	-
Totale	11.895.298	9.516.238	13.615.835	-1.720.537

- il contributo relativo alla rete di assistenza ai pazienti affetti da **Malattie Rare in età evolutiva** (770mila euro), di cui questa Azienda è centro Hub di rilievo regionale;
- il contributo per le **attività di cardiocirurgia e cardiocirurgia pediatrica** centro Hub di rilievo regionale (3,750 milioni di euro);
- il contributo per **centro Hub per il trattamento della sindrome di Marfan** e attività di genetica correlate (170mila euro);
- il contributo per il **Centro malattie emorragiche congenite** (80mila euro);
- il finanziamento per la gestione del paziente con insufficienza renale cronica, in quanto questa Azienda è Centro regionale di **nefrologia pediatrica** (500mila euro);
- il contributo per il finanziamento del **Centro di riferimento regionale per le emergenze microbiologiche (CREEM)** di cui 750mila per il laboratorio del CRREM per la diagnostica delle malattie trasmesse da vettori, casi gravi di influenza, malattie invasive batteriche, Merscov e virus influenzali aviari, 50 mila euro per la diagnosi e sorveglianza di laboratorio per morbillo, rosolia e pertosse e 50 mila euro per attività di laboratorio per Mycobacteriumchimaera;
- il contributo per il finanziamento del Centro clinico di **Screening neonatale** (200mila euro);
- il finanziamento per le **attività di Centro di riferimento regionale in ambito neonatale e pediatrico** (Screening neonatale), di cui questa Azienda è sede di centro clinico e laboratorio di riferimento Regionale, secondo i criteri previsti dalla DGR 107/2010 (2,500 milioni di euro);
- il finanziamento dedicato all'Intolleranza sostanze chimiche (100mila euro);
- il contributo per la **diagnosi e il trattamento delle malattie croniche intestinali (MICI)** in quanto Centro di riferimento regionale (200mila euro);
- il contributo per il **trattamento della neoplasia ovarica** in quanto Centro di riferimento regionale (125mila euro);

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

- il contributo per il Servizio specialistico regionale di **consulenza in ambito vaccinale e consulenza infettivologica ai migranti** (50mila euro);
- il contributo per le attività di supporto e coordinamento dei **medici competenti** (100mila euro);
- il contributo per l'attività di **Tipizzazione dei donatori di midollo osseo** (1,240 milioni di euro);
- il contributo per l'attività del Centro regionale di **Neurochirurgia pediatrica metropolitana** (760mila euro);
- il contributo per la funzionalità del **Centro tumori rari** riconosciuto a chiusura di esercizio 2019 e confermato anche per l'anno 2025 (150mila euro);
- il contributo per il **protocollo ECMO (trattamento dell'arresto cardiaco intra ed extra ospedaliero dell'Area metropolitana di Bologna)** (150 mila euro);
- il contributo per l'attività del centro di riferimento regionale per **chirurgia endoscopica dall'orecchio** (200mila euro).

Come da specifiche indicazioni regionali, nel preventivo 2025 le risorse per tali funzioni sono state contabilizzate secondo gli importi provvisori indicati dalla Regione, commisurati nella misura dell'80% dell'importo spettante.

Si rappresenta inoltre l'assegnazione a favore dell'Azienda, pari a 9,000 milioni di euro, relativa al Programma delle **attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti**, di cui questa Azienda è sede di Centro di riferimento Regionale (CRT Centro Regionale Trapianti). Tale assegnazione si presenta in incremento sia rispetto al dato di preventivo che rispetto al consuntivo 2024 (+100mila euro). A consuntivo 2025 è assegnato anche il contributo per il progetto **"Donazione di organi da donatore a cuore non battente (DCD)"** che ammonta a 187 mila euro.

In tale aggregato a consuntivo 2024 sono state contabilizzate l'assegnazione regionale a sostegno dei maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi dell'energia (art. 1, c. 535, legge n. 197/2022) pari a 7,953 milioni di euro (DGR 945/2024) e le risorse ad integrazione dell'equilibrio economico finanziario pari a 12,036 milioni di euro.

La voce **A.1.A.2) Contributi in c/esercizio da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato** contiene il finanziamento regionale unico per farmaci innovativi non oncologici ed innovativi oncologici. Dal 2022 non è più previsto il fondo regionale per farmaci oncologici innovativi potenziali ad alto costo (cd. Gruppo B) e, come negli anni 2023 e 2024, anche nel 2025 viene mantenuto un unico **Fondo a livello regionale per farmaci innovativi oncologici e non oncologici (lista AIFA)** corrispondente sostanzialmente alla spesa stimata. La ripartizione tra le aziende vede un'assegnazione 2025 all'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna pari a 18.312.869 euro. Complessivamente tale finanziamento è in decremento rispetto al preventivo 2025 (-1,503 milioni di euro) e in incremento rispetto al consuntivo 2024 (+999mila euro).

Nell'anno 2025 è stata inoltre rappresentata la quota 2025 pari a 128mila euro, relativa alle risorse destinate al finanziamento del Piano Nazionale di contrasto dell'antimicrobico resistenza anni (PNCAR) 2022-2025 – DGR 2234/2025.

A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo):

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo)	1.753.283	822.957	8.995.150
A.1.B.1) da Regione o Prov. Aut. (extra fondo)	376.895	0	16.635
A.1.B.2) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo)	45.646	0	0
A.1.B.3) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo)	1.330.742	822.957	8.978.515

L'aggregato presenta un decremento rispetto al consuntivo 2024 di -7,242 milioni di euro (-80,51%) e un incremento rispetto al preventivo 2025 di +930mila euro (+113,05%). Il decremento rispetto all'anno precedente è sostanzialmente correlato al fatto che a consuntivo 2024 sono state contabilizzate in questo aggregato le assegnazioni relative a contributi da Ministero della salute vincolati per PNRR e per progetti di ricerca legati al PNRR.

A consuntivo 2025 nella voce sono rappresentati 377mila euro a concorso dell'equilibrio economico-finanziario (DGR 1702/2025) e gli importi indicati dalla Regione per gli Stranieri temporaneamente presenti (STP) di cui all'art. 35, commi 3 e 4, D.lgs. n. 286/98, definiti in base ai flussi disponibili relativi alle prestazioni erogate e riproporzionati in base all'ammontare dell'acconto definito nel provvedimento ministeriale dedicato (779mila euro).

Sono state inoltre contabilizzate in questo aggregato risorse pari a 28mila euro con destinazione vincolata al centro di riferimento trapianti – donatori di cellule e tessuti (DGR 2159/2025).

Nella voce sono rappresentati anche assegnazioni legate a progetti di ricerca non presenti a Preventivo: 150mila euro legati ai test genomici per la cura del tumore al seno (DGR 1989/2025) e 2mila euro per il potenziamento dei test di next-generation sequencing per la profilazione genomica del colangiocarcinoma (DGR 2162/2025).

Sono rappresentate inoltre assegnazioni pari a 243mila euro legate al progetto PNRR (DGR 1780/2025) - COMPETENZE DIGITALI - PNRR M6 C2 I 1.3 SUB INVESTIMENTO 1.3.1 RAFFORZAMENTO INFRASTRUTTURA TECNOLOGICA E STRUMENTI PER RACCOLTA, ELABORAZIONE, ANALISI DATI E SIMULAZIONE (FSE) (B) 2025.

A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca:

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca	10.591.083	6.835.269	10.772.822
A.1.C.1) Contributi da Ministero della Salute per ricerca corrente	4.172.289	2.931.439	3.920.893
A.1.C.2) Contributi da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	3.033.709	2.906.257	3.721.306

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
A.1.C.3) Contributi da Regione ed altri soggetti pubblici per ricerca	1.629.751	476.298	1.783.575
A.1.C.4) Contributi da privati per ricerca	1.755.333	521.275	1.347.048

Tale aggregato evidenzia a consuntivo 2025 andamenti in linea con il 2024 (-182mila euro; -1,69%).

Il contributo ministeriale per la ricerca corrente (A.1.C.1) risulta in incremento rispetto al 2024 (+251mila euro), questo è stato utilizzato a copertura dei costi sostenuti per la realizzazione dell'attività di ricerca corrente effettuata nell'ambito delle linee di riconoscimento dell'IRCCS (per es. acquisto di materiale di consumo e di laboratorio, spese ICT, spese di pubblicazione, costi per la disseminazione dei risultati della ricerca, noleggio di attrezzature etc..), nonché i costi di personale impiegato nello svolgimento di attività di ricerca.

In tale aggregato (A.1.C.2) è stato inserito il contributo ministeriale per la "ricerca finalizzata", pari a euro 3.033.709, che comprende la quota destinata alla realizzazione del progetto europeo transnazionale "Toscanini", per euro 219.985. La restante quota di euro 2.813.724 è invece destinata all'attivazione dei contratti per il personale della piramide della ricerca.

In tale aggregato (A.1.C.3) si rappresenta a consuntivo 2025 anche il contributo da 5 per mille, pari a 291mila euro, in aumento di +96mila euro rispetto al consuntivo 2024; tale contributo sarà destinato a specifica progettualità da formalizzarsi nel corso del 2026.

In tale aggregato (A.1.C.4) si rappresentano i contributi per ricerca no profit (per es. fondazioni bancarie).

A.1.D) Contributi c/esercizio da privati:

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
A.1.D) Contributi c/esercizio da privati	100.000	0	14.400

Nell'esercizio 2025 sono presenti 100mila euro di contributi in conto esercizio da privati, in incremento rispetto all'esercizio 2024.

A.2) Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-2.917.759	-1.095.590	-1.476.859
A.2.A) Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale	-1.088.132	-1.095.590	-632.904
A.2.B) Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi	-1.829.627	0	-843.956

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 29, comma 1, lettera b) del D.Lgs 118/2011, così come modificato dall'art. 1, comma 36 della Legge n.228 del 24 dicembre 2012 (legge di stabilità 2013), a partire dall'esercizio 2016 i cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio, indipendentemente dal loro valore, devono essere interamente ammortizzati nell'esercizio di acquisizione.

Complessivamente nell'esercizio 2025 il valore dei contributi c/esercizio volti alla copertura di parte degli investimenti realizzati è stato pari a 2,918 milioni di euro (nel 2024 era pari a 1,477 milioni di euro).

Anche per l'anno 2025 si rappresenta quale valore di rettifica di contributi in conto esercizio per destinazione ad investimenti l'importo pari a 40mila euro relativo al finanziamento regionale degli oneri conseguenti all'attivazione dell'applicativo per la Gestione delle risorse umane (GRU), per la Gestione dell'applicativo amministrativo contabile (GAAC) e per il progetto SegnalER rispetto al valore di 48mila euro del 2024.

Viene inoltre rappresentata la rettifica per investimenti per l'utilizzo del finanziamento pari a 1,250 milioni di euro riconosciuto dalla Regione a supporto dell'IRCCS, finalizzato per 1,047 milioni di euro all'acquisto di attrezzature diagnostiche e scientifiche destinate a completare il piano di dotazione tecnologica delle piattaforme di ricerca, già avviato negli anni precedenti. La restante quota è stata per lo più dedicata, nella logica di cui sopra, alla copertura del costo del noleggio di attrezzature e manutenzioni. Gli investimenti realizzati con queste risorse sono finalizzati a rendere pienamente operative piattaforme della ricerca attraverso l'acquisizione di diverse attrezzature (piattaforma imaging avanzato, IBT, piattaforma chirurgica, strumenti informatici, biobanca della ricerca).

La movimentazione della voce "Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri soggetti per ricerca" è pari a 344mila euro dovuto principalmente agli acquisti di attrezzature sanitarie con fondi PNC da altri soggetti pubblici-ricerca.

La movimentazione della voce "Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi" è pari a 1,405milioni euro dovuto per 0,879milioni euro ai lavori della Neuropsichiatria, per 0,150milioni euro ad interventi legati al progetto del fascicolo sanitario elettronico, mentre la differenza è legata prevalentemente ad acquisti di attrezzature sanitarie per il CAR-T.

A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	19.454.008	6.739.329	11.245.511
A.3.A) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto finalizzato	507.820	0	366.664
A.3.B) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	4.137.519	0	1.961.918
A.3.C) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati	5.821.928	953.210	1.603.820
A.3.D) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti per ricerca	7.701.057	5.786.119	7.276.777
A.3.E) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti da privati	1.285.683	0	36.333

In tale aggregato viene rappresentata la quota di utilizzo dei fondi di contributi vincolati assegnati dal livello regionale, ministeriale e da soggetti privati all'Azienda negli esercizi precedenti, conosciuta solo in chiusura di esercizio.

Dal 2018 in seguito alle indicazioni ministeriali vi è una diversa modalità di contabilizzazione delle assegnazioni di contributi da Fondo sanitario regionale vincolati anni precedenti.

Annualmente la GSA provvede a rilevare, sul proprio bilancio, le quote di contributi FSR vincolato non assegnate alle Aziende e le accantona al fondo quote contributi inutilizzati. Nell'esercizio in cui la GSA dispone le assegnazioni di contributi FSR vincolato anni precedenti provvede a trasferire alle Aziende il fondo quote inutilizzate contributi vincolati per l'importo delle assegnazioni effettuate. Le Aziende devono rilevare un credito v/Regione in contropartita al fondo quote inutilizzate contributi; in questo modo le Aziende sterilizzano i costi sostenuti attraverso l'utilizzo fondi per quote utilizzate contributi FSR anni precedenti.

A consuntivo 2025 vengono rappresentati 459mila euro come quota di utilizzo contributi legati alla Legge GELLI (art.1 commi 435 e 435bis L.205/217), 2,651 milioni di euro quali risorse a concorso dell'attività extraregionale resa dagli IRCCS, in attuazione della DGR 2232/2025 e 16mila euro correlati al centro di riferimento trapianti (DGR 728/2025).

A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	580.383.453	567.367.673	561.311.158
A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici	543.260.521	533.721.602	526.847.637
A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	0	0	0
A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati	10.008.244	8.457.994	8.563.820
A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	27.114.688	25.188.077	25.899.701

Nell'ambito di tale rilevante aggregato sono ricomprese le valorizzazioni della mobilità sanitaria delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriale, nonché il valore della somministrazione farmaci.

Inoltre, vengono inclusi anche i ricavi derivanti dall'esercizio dell'attività sanitaria erogata in regime libero professionale intramoenia.

Di seguito il dettaglio delle voci sopra riportate.

A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici

Si specifica che i valori di dettaglio per i conti ministeriali sotto riportati accolgono valori relativi sia alla mobilità sanitaria, infra ed extraregione, sia a prestazioni sanitarie a fatturazione diretta.

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici	543.260.521	533.721.602	526.847.637
A.4.A.1) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad Aziende sanitarie pubbliche della Regione	458.893.953	449.916.597	442.032.877
<i>A.4.A.1.1) Prestazioni di ricovero</i>	235.929.292	235.123.582	231.496.950
<i>A.4.A.1.2) Prestazioni di specialistica ambulatoriale</i>	80.975.188	77.341.582	77.063.430
<i>A.4.A.1.3) Prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero</i>	6.208.830	5.909.981	5.909.980
<i>A.4.A.1.5) Prestazioni di File F</i>	133.998.509	129.857.179	126.057.438
<i>A.4.A.1.9) Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso</i>	0	0	0

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
<i>A.4.A.1.10) Prestazioni assistenza integrativa</i>	0	0	0
<i>A.4.A.1.11) Prestazioni assistenza protesica</i>	0	0	0
<i>A.4.A.1.13) Ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali</i>	134.934	97.370	97.370
<i>A.4.A.1.15) Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria</i>	1.647.200	1.586.904	1.407.708
A.4.A.2) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad altri soggetti pubblici	55.484	76.805	90.636
A.4.A.3) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione	84.311.085	83.728.200	84.724.123
<i>A.4.A.3.1) Prestazioni di ricovero</i>	52.926.575	51.816.660	51.818.661
<i>A.4.A.3.2) Prestazioni ambulatoriali</i>	14.622.511	15.349.195	15.309.895
<i>A.4.A.3.3) Prestazioni pronto soccorso non seguite da ricovero</i>	513.617	422.192	422.192
<i>A.4.A.3.5) Prestazioni di File F</i>	16.248.383	16.140.153	17.172.393
<i>A.4.A.3.15) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria non soggette a compensazione Extraregione</i>	0	0	982

I Proventi e ricavi di esercizio per prestazioni erogate a soggetti pubblici registrano un incremento sia rispetto al dato di consuntivo 2024 pari a +16,413 milioni di euro (+3,12%) che rispetto preventivo 2025, pari a +9,539milioni di euro (+1,79%).

Si precisa che la valorizzazione economica delle prestazioni di ricovero per pazienti residenti in Emilia-Romagna 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).

Dal 2025 ha effetto il nuovo nomenclatore tariffario per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica entrato in vigore il 30 dicembre 2024 (DM 25.11.24) – DGR 2278/2024 –.

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

Mobilità infra-regionale – in riferimento alle voci di prestazioni di degenza ospedaliera, prestazioni di specialistica ambulatoriale e somministrazione farmaci

L'attività per pazienti residenti a Bologna: i valori indicati sono l'esito di un accordo definito con l'Ausl di Bologna, con la quale sono stati convenuti importi che tengono conto delle azioni relative al completamento del riordino della rete ospedaliera, secondo le indicazioni contenute nella delibera regionale di "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla legge 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal DM salute 70/2015" (DRG 2040/2015), dei riassetti organizzativi definiti in ambito metropolitano inerenti lo sviluppo della piena integrazione dei servizi delle Aziende dell'area

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

metropolitana (DGR 743/2017 e DGR 841/2017).

Nella tabella sotto riportata si dettagliano i valori dell'accordo di fornitura con
l'Azienda territoriale di Bologna:

Ausl Bologna	Valore della produzione 2024	Consuntivo 2024 (Bilancio d'esercizio)	Preventivo 2025	Valore della produzione 2025	Consuntivo 2025 (Bilancio d'esercizio)	Delta Consuntivo 2025 vs Consuntivo 2024	Delta Produzione 2025 vs Produzione 2024
Degenza	175.176.295	174.688.946	174.688.946	179.004.684	175.176.295	487.349	3.828.389
Specialistica di cui:	61.584.528	58.351.262	58.512.002	67.658.697	62.534.761	4.183.499	6.074.169
Specialistica (al netto sconto LUM e Medicina Nucleare)	55.971.607	52.757.334	52.918.074	61.599.682	56.665.795	3.908.461	5.628.075
PS	5.612.921	5.593.928	5.593.928	6.059.015	5.868.966	275.038	446.094
Farmaceutica	101.704.185	101.757.940	107.900.000	110.688.112	110.450.000	8.692.060	8.983.927
Totale	338.465.008	334.798.148	341.100.948	357.351.493	348.161.056	13.362.908	18.886.485

Il consuntivo 2025 per la **voce degenza** e **specialistica** nell'accordo di fornitura viene formulato sulla base dell'impegno sostenuto dall'Azienda al recupero dell'attività chirurgica ed ambulatoriale, anche in funzione degli obiettivi regionali previsti.

L' Azienda e l'Azienda USL di Bologna hanno concordato di continuare gli interventi già avviati con positivi risultati negli anni precedenti attraverso azioni che consentono di migliorare l'appropriatezza clinica e assistenziale del setting di intervento e l'autosufficienza territoriale in una logica di pianificazione congiunta dei programmi di sviluppo e di economicità del sistema, riorganizzando tuttavia spazi operatorie di degenza. A seguire si riportano gli andamenti osservati per le principali linee di attività:

Raggr. Linea Produzione	2023		2024		2025	
	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo
Cardiologia Cardiochirurgia	3796	32.604	3951	35.791	3.868	35.229
Chirurgia Generale	5232	24.162	5381	25.547	5.761	26.864
Pneumologia	3106	13.374	3165	13.025	3.092	12.508
Ortopedia	1762	9.878	1877	10.277	1.839	9.900
Urologia	2898	9.432	3017	10.806	3.073	10.399
Malattie Infettive	1536	8.909	1449	8.457	1.333	7.560
Gastroenterologia	2465	7.653	2516	7.859	2.671	8.417
Trapianti midollo	93	5.857	80	5.190	79	5.122
Neonatologia/Nido	2092	4.389	2114	4.608	2.385	4.964
Ginecologia	1847	4.868	2018	5.470	2.157	5.714
Nefro-Urologia medica	1760	4.546	1942	5.141	2.117	5.652
Chirurgia Toracica					957	5.908
Emolinfopatie			1021	4.753	808	4.727
Neurologia	981	4.094	1023	4.758	1.127	5.071
Primo 80 % dell'Importo	27.568	129.766	28.533	136.929	31.260	138.317
Totale	38.492	166.728	39.719	174.835	44.395	188.213

Degenza pz Ausl Bologna. N. dimessi e importo anni 2023-2024-2025 (importi in migliaia di euro).Fonte dati: banca dati aziendale.

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

Nelle **voci specialistica ambulatoriale e pronto soccorso** si tiene conto della quantificazione delle prestazioni di laboratorio erogate dal laboratorio unico metropolitano (LUM) presso l'Azienda USL di Bologna e delle prestazioni di medicina nucleare a costo di produzione, anziché a **tariffa** nomenclatore regionale.

La **voce somministrazione farmaci** tiene conto degli andamenti effettivi della spesa. Il valore della 'Somministrazione farmaci' è stato condizionato dalle modalità di finanziamento dei farmaci innovativi, antiepatite C e oncologici innovativi, finanziati con il fondo regionale dei farmaci innovativi o da regolare nell'ambito della mobilità sanitaria. Il valore in accordo di fornitura con l'Ausl di Bologna per la voce somministrazione farmaci è di 110,4 mln di euro, in incremento rispetto al 2024 di +7,974 milioni di euro; tale incremento è correlato in particolare alla perdita del requisito di innovatività di farmaci ad alto costo (CAR-T), gestiti quindi in mobilità. La voce ricomprende inoltre gli emocomponenti oggetto di compensazione mentre sono stati esclusi i farmaci a pazienti STP, in quanto riconosciuti con finanziamento dalla Regione.

Complessivamente l'accordo di fornitura con l'Ausl di Bologna per le voci degenza, specialistica e farmaci ha garantito un finanziamento complessivo di 348,161 milioni di euro, al di sotto del valore della produzione che valorizza 357,351 milioni di euro (con le prestazioni di laboratorio analisi chimico cliniche e medicina nucleare valorizzate a costo anziché a tariffa).

La voce "Prestazioni di specialistica ambulatoriale da parte di Aziende sanitarie pubbliche della Regione" comprende anche i ricavi per le prestazioni di microbiologia erogate a favore dell'Ausl di Bologna per un importo pari a 4,574 mln di euro. I costi sostenuti dal servizio di microbiologia per l'emergenza sanitaria (tamponi, test sierologici e molecolari) hanno trovato copertura attraverso la fatturazione dei test eseguiti tariffati a costo con un addebito complessivo di 54mila euro, in aumento rispetto al 2024 di circa +28 mila euro. In tale voce sono ricompresi inoltre i costi per le prestazioni di screening HCV pari a 15 mila euro.

Nella tabella sotto riportata si dettagliano i valori dell'accordo di fornitura con **l'Azienda territoriale di Imola:**

Ausl Imola	Valore della produzione 2024	Consuntivo 2024 (Bilancio d'esercizio)	Preventivo 2025	Valore della produzione 2025	Consuntivo 2025 (Bilancio d'esercizio)	Delta Consuntivo 2025 vs Consuntivo 2024	Delta Produzione 2025 vs Produzione 2024
Degenza	11.791.307	11.600.000	11.600.000	11.393.602	11.393.602	-206.398	-397.705
Specialistica di cui:	5.100.711	5.066.597	5.066.597	5.649.741	5.649.741	583.144	549.030
Specialistica	4.975.310	4.941.996	4.941.996	5.521.159	5.521.159	579.163	545.849
PS	125.401	124.601	124.601	128.582	128.582	3.981	3.181
Farmaceutica	6.312.037	6.311.969	5.456.376	5.594.277	5.594.277	-717.692	-717.760
Totale	23.204.056	22.978.566	22.122.973	22.637.620	22.637.620	-340.946	-566.436

In sede di consuntivo 2025 per la **voce degenza** vengono contabilizzati i valori

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

2025 in coerenza con le disposizioni regionali; la valorizzazione tiene conto anche dell'acquisizione della titolarità dell'attività di Chirurgia senologica effettuata presso l'Ospedale di Imola.

L'attività **specialistica ambulatoriale**, contabilizzata in coerenza con le disposizioni regionali, valorizza 5,650 milioni di euro e registra un incremento rispetto al valore di consuntivo 2024 (+583mila euro), dovuta alla ripresa dell'attività per pazienti ambulatori ed al recupero delle liste d'attesa.

Per quanto riguarda la voce **somministrazione farmaci** viene definito il completo riconoscimento del valore dei farmaci erogati nel 2025, in diminuzione rispetto al consuntivo 2024 (-718mila euro).

Complessivamente la valorizzazione dell'attività a favore di pazienti assistiti dall'Ausl di Imola per le voci degenza, specialistica e farmaci ha garantito un finanziamento complessivo di 22,638 milioni di euro, in diminuzione rispetto all'anno precedente di -341 mila euro.

La voce "Prestazioni di specialistica ambulatoriale da parte di aziende sanitarie pubbliche della Regione" comprende anche la rilevazione del ricavo delle prestazioni di microbiologia dall'Azienda Usl di Imola. In complessivo, i ricavi derivanti dalla microbiologia aumentano di +15 mila euro rispetto al consuntivo 2024 e vi è un lieve incremento di circa +17 mila euro rispetto al dato di preventivo 2025.

Per quanto riguarda il rimborso a copertura dei costi sostenuti dalla Microbiologia: per i tamponi Covid il dato è in aumento di circa +15 mila euro rispetto al consuntivo 2024 e al preventivo 2025; si registra invece una lieve diminuzione per gli screening HCV di circa -4mila euro rispetto al consuntivo 2024 e al preventivo 2025.

Nella tabella sotto riportata si dettagliano i valori della **mobilità sanitaria attiva infraregionale**:

Infraregione	Valore della produzione 2024	Consuntivo 2024 (Bilancio d'esercizio)	Preventivo 2025	Valore della produzione 2025	Consuntivo 2025 (Bilancio d'esercizio)	Delta Consuntivo 2025 vs Consuntivo 2024	Delta Produzione 2025 vs Produzione 2024
Degenza	47.617.912	44.035.724	47.617.912	49.515.257	47.617.912	3.582.188	1.897.345
Specialistica di cui:	12.349.889	12.323.329	12.323.329	11.453.932	11.453.932	-869.397	-895.957
<i>Specialistica</i>	<i>12.158.292</i>	<i>12.131.878</i>	<i>12.131.878</i>	<i>11.242.650</i>	<i>11.242.650</i>	<i>-889.228</i>	<i>-915.642</i>
<i>PS</i>	<i>191.597</i>	<i>191.452</i>	<i>191.452</i>	<i>211.282</i>	<i>211.282</i>	<i>19.830</i>	<i>19.685</i>
Farmaceutica	17.909.905	17.909.321	16.480.803	17.509.152	17.509.152	-400.169	-400.753
Totale	77.877.705	74.268.374	76.422.044	78.478.341	76.580.996	2.312.622	600.636

La contabilizzazione dei valori di mobilità attiva è stata effettuata seguendo le

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

indicazioni della Regione per la chiusura dei bilanci di esercizio 2025(nota prot. 08/04/2026.0352987.U. ad oggetto "Indicazioni per la chiusura dei Bilanci di esercizio 2025 ed invio al controllo regionale") e coerentemente con le indicazioni delle Linee di programmazione e finanziamento 2025 delle aziende del SSR (DGR n. 972/2025).

In sede di consuntivo 2025, per la **voce degenza** è stato contabilizzato un valore di mobilità pari ai valori comunicati dalla Regione in già in fase di preventivo 2025 di cui alla nota prot. 18/06/2025.0605059.U avente ad oggetto "Indicazioni tecniche per la predisposizione dei bilanci preventivi economici 2025 e della proposta di Piano attuativo del PIAO relativo alla programmazione triennale dei fabbisogni di personale (PTFP). Per la voce **specialistica ambulatoriale** e **somministrazione diretta farmaci** è stato contabilizzato il valore concordato tra le Aziende sulla base degli ultimi ritorni informativi disponibili.

Complessivamente il finanziamento per degenza, specialistica e somministrazione farmaci infra-regionale è pari a76,581 milioni di euro, in incremento rispetto al 2024 di +2,313 milioni di euro. Il gap fra produzione reale 2025 e valore contabilizzato a bilancio si attesta a 1,897 milioni di euro.

La Regione Emilia-Romagna applica le tariffe ospedaliere relativamente ai ricoveri acuti e post acuti (DGR 1673/2014 e 1905/2014). Per le Aziende Ospedaliero Universitarie nel 2018 è stato introdotto un finanziamento omnicomprensivo di riqualificazione dei finanziamenti, quale remunerazione aggiuntiva rispetto al riconoscimento a tariffa della produzione annuale, nella misura del 14% dell'attività di ricovero e ambulatoriale prodotta. Tale percentuale è aumentata al 15% nel 2019, nel 2021 al 19%, nel 2022 al 20%, nel 2023 al 16%, nel 2024 al 16,2% e nel 2025 si attesta al 18,8%. Per l'IRCCS Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna nell'anno 2025 tale finanziamento ammonta a 72,318 milioni di euro, pari a quanto già preventivato ed in incremento rispetto al consuntivo 2024 +12,929 milioni di euro. Tale finanziamento assorbe il finanziamento del sistema integrato SSR-Università che negli anni precedenti assicurava un sostegno finanziario aggiuntivo pari al 7% della produzione ospedaliera dei residenti della Regione.

Mobilità extra regionale – in riferimento alle voci di Prestazioni di degenza ospedaliera, Prestazioni di specialistica ambulatoriale e Somministrazione farmaci

A seguire la tabella con il monitoraggio dei valori economici della mobilità extra regionale:

Extraregione	Valore della produzione 2024	Consuntivo 2024 (Bilancio d'esercizio)	Preventivo 2025	Valore della produzione 2025	Consuntivo 2025 (Bilancio d'esercizio)	Delta Consuntivo 2025 vs Consuntivo 2024	Delta Produzione 2025 vs Produzione 2024
Degenza	51.747.887	51.747.887	51.747.887	52.889.721	52.889.721	1.141.834	1.141.834
Specialistica di cui:	13.871.005	13.871.005	13.871.005	14.089.859	14.089.859	218.854	218.854
Specialistica	13.448.813	13.448.813	13.448.813	13.576.242	13.576.242	127.429	127.429
PS	422.192	422.192	422.192	513.617	513.617	91.425	91.425
Farmaceutica	17.172.393	17.172.393	16.140.153	16.248.383	16.248.383	-924.010	-924.010

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Extraregione	Valore della produzione 2024	Consuntivo 2024 (Bilancio d'esercizio)	Preventivo 2025	Valore della produzione 2025	Consuntivo 2025 (Bilancio d'esercizio)	Delta Consuntivo 2025 vs Consuntivo 2024	Delta Produzione 2025 vs Produzione 2024
Totale	82.791.285	82.791.285	81.759.045	83.227.963	83.227.963	436.678	436.678

La contabilizzazione dei valori di mobilità attiva è stata effettuata seguendo le indicazioni della Regione per la chiusura dei bilanci di esercizio 2025 (nota prot. 08/04/2026.0352987.U. ad oggetto "Indicazioni per la chiusura dei Bilanci di esercizio 2025 ed invio al controllo regionale"). Complessivamente il finanziamento per degenza, specialistica e somministrazione farmaci per mobilità extraregione è pari a 83,228 milioni di euro, in incremento rispetto al consuntivo 2024 di +437mila euro ed in linea con la produzione reale del 2025.

A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati:

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati	10.008.244	8.457.994	8.563.820

Il dato registrato a consuntivo 2025 evidenzia un incremento sia rispetto al consuntivo 2024 (+1,444 milioni di euro, +16,87%) che rispetto al preventivo 2025 (+1,550 milioni di euro; +18,33%).L'aumento è riconducibile in parte ad un incremento della Degenza a privati paganti – stranieri per l'aumento di casi ad alta complessità (trapianti e CAR-T), in parte ai ricavi da sperimentazione sulla base dell'andamento 2025 dell'attività di ricerca sponsorizzata;una parte significativa dell'incremento è dovuto alla piena operatività dell'accordo attuativo in materia di sperimentazioni cliniche profit tra IRCCS e Alma Mater Studiorum (PG 208 del 29/06/22). Questa sinergia con l'Università ha portato ad un aumento degli studi che vedono l'IRCCS quale responsabile legale del centro sperimentale con conseguente aumento delle attività di sperimentazioni da fatturare.

Nel presente aggregato rimangono rappresentate le consulenze sanitarie a privati svolte dal personale dipendente nell'ambito dell'orario di lavoro in quanto le consulenze sanitarie effettuate al di fuori dell'orario di servizio a partire dall'anno 2018 sono state equiparate all'attività libero professionale, secondo le indicazioni ministeriali.

A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate in regime intramoenia:

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	27.114.688	25.188.077	25.899.701

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
A.4.D.1) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area ospedaliera	3.819.150	3.271.650	3.355.873
A.4.D.2) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area specialistica	17.578.507	16.865.178	17.516.052
A.4.D.4) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58)	4.612.030	4.078.953	4.085.297
A.4.D.5) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	1.046.879	938.666	908.848
A.4.D.7) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	58.121	33.630	33.630

Complessivamente la voce ha registrato un incremento nel corso del 2025 sia rispetto al preventivo, pari a +1,927 milioni di euro (+7,65%), sia rispetto al consuntivo 2024, pari a +1,215 milioni di euro (+4,69%), generato prevalentemente dagli incrementi delle attività di ricovero (+463mila euro, +13,80% rispetto al consuntivo 2024; +547mila euro, +16,73% rispetto al preventivo 2025) e di consulenza (+665mila euro, +28,08% rispetto al consuntivo 2024, +641mila euro, +24,60% rispetto al preventivo 2025).

Come evidenziato in premessa, l'Azienda ha effettuato in corso d'anno azioni di revisioni tariffarie delle prestazioni ambulatoriali di visita (da settembre 2025) e sulle tariffe delle prevalenti categorie di prestazioni con diagnostica (da dicembre 2025).

I dati di ricavo sono coerenti con quanto rappresentato nell'ambito dei costi quale riversamento ai professionisti delle quote dovute.

Per una corretta valutazione dell'andamento dell'attività sanitaria erogata in regime libero professionale si rinvia al capitolo all'interno della **Relazione Direttore Generale sulla Gestione – 4.4 Bilancio attività libero professionale.**

A.5) Concorsi, Recuperi e Rimborsi

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	40.690.783	9.812.681	26.757.481
A.5.A) Rimborsi assicurativi	0	0	581.157
A.5.B) Concorsi, recuperi e rimborsi da Regione	17	0	100.155
A.5.C) Concorsi, recuperi e rimborsi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	5.624.165	4.731.701	4.859.960
A.5.D) Concorsi, recuperi e rimborsi da altri soggetti pubblici	4.946.303	3.773.467	3.590.097
A.5.E) Concorsi, recuperi e rimborsi da privati	30.120.298	1.307.513	17.626.113

Si evidenzia un incremento complessivo rispetto al consuntivo 2024 di +13,933 milioni di euro, pari a +52,07%, ed un incremento rispetto al preventivo 2025 di +30,878 milioni

di euro.

L'incremento è sostanzialmente correlato alla voce **A.5.E) Concorsi, recuperi e rimborsi da privati** (+12,494 milioni di euro, +70,88% rispetto al consuntivo 2024; +28,813 milioni di euro rispetto al preventivo) nella quale sono state contabilizzate le assegnazioni regionali 2025 ad integrazione dell'equilibrio economico finanziario riconosciute all'Azienda a fine anno, pari a 26,462 milioni di euro e l'assegnazione pari a 1,246 milioni di euro quali risorse a titolo di ripiano riferiti ai meccanismi di payback ordinario. In tale aggregato a consuntivo 2024 erano stati contabilizzati 16,074 milioni di euro quali risorse ad integrazione all'equilibrio economico finanziario.

La voce **A.5.C) Concorsi recuperi e rimborsi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione** si presenta in incremento rispetto al dato di consuntivo 2024 (+764mila euro, +15,72%) e rispetto al preventivo 2025 (+892mila euro, +18,86%). Nella voce sono compresi: il rimborso degli oneri stipendiali del personale dell'azienda in posizione di comando presso aziende sanitarie della Regione, il rimborso per cessione di beni sanitari (medicinali e galenici), il rimborso per attività di consulenza e per servizi sanitari e non sanitari effettuati presso altre aziende sanitarie della Regione. La voce comprende anche la stima per rimborsi richiesti all'Azienda USL di Bologna per i compensi dei direttori interaziendali e per la Medicina Trasfusionale, in relazione ai costi di struttura dello spoke che l'Azienda continua a sostenere a supporto dell'attività erogata a favore dei pazienti. In tale aggregato è stato contabilizzato inoltre il rimborso nei confronti dell'Ausl Bologna per i costi sostenuti per l'apertura del CAU nella sede del Pad. 2 Albertoni (+155miliarispetto al2024)ed il rimborso all'AuslBo per il progetto di Neurologia Metropolitana (+335mila euro rispetto al 2024).

La voce **A.5.D) Concorsi, recuperi e rimborsi da altri soggetti pubblici** risulta in incremento rispetto al consuntivo 2024 (+1,356 milioni di euro, +37,78%) e al preventivo 2025 (+1,173milioni di euro, +31,08%). Tale voce comprende il rimborso che viene richiesto al Fondo 5% di AIFA per malattie rare e gravi, il rimborso richiesto al CESIA, la convenzione con l'Università degli Studi di Bologna, i rimborsi da parte dell'Inail per infortuni a dipendenti. In questo aggregato sono ricompresi anche i rimborsi degli oneri stipendiali di dipendenti comandati presso enti pubblici.

A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	8.624.216	8.282.899	7.974.178
A.6.A) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	7.311.093	6.950.750	6.558.777
A.6.B) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sul pronto soccorso	1.313.123	1.332.149	1.415.401
A.6.C) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) - Altro	0	0	0

L'andamento osservato evidenzia un incremento degli introiti da ticket per prestazioni

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

di specialistica ambulatoriale sia rispetto al consuntivo 2024 pari a +752mila euro (+11,47%) che rispetto al preventivo 2025, pari a +360mila euro (+5,18%).

A.7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	26.591.501	21.991.306	22.202.774
A.7.A) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimenti dallo Stato	10.264.903	5.345.264	7.127.129
A.7.B) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimenti da Regione	3.016.660	3.168.650	2.583.526
A.7.C) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per beni di prima dotazione	5.217.210	5.217.210	5.217.210
A.7.D) Quota imputata all'esercizio dei contributi in c/ esercizio FSR destinati ad investimenti	1.916.299	3.091.112	1.551.004
A.7.E) Quota imputata all'esercizio degli altri contributi in c/ esercizio destinati ad investimenti	2.082.049	769.806	1.340.215
A.7.F) Quota imputata all'esercizio di altre poste del patrimonio netto	4.094.379	4.399.264	4.383.690

Il valore della sterilizzazione degli investimenti realizzati con contributi pubblici o altri contributi vincolati evidenzia complessivamente un valore in incremento rispetto sia al preventivo 2025 che al consuntivo 2024.

La voce A.7.F) Quota imputata all'esercizio di altre poste del patrimonio netto include la quota di contributi in c/capitale imputata nell'esercizio correlata alla riduzione del valore di un'eredità accettata con beneficio di inventario pari a 119.676 euro.

A consuntivo 2024 tale aggregato comprendeva invece la quota di sterilizzazione per la demolizione del padiglione 26.

Per una analisi di dettaglio vedasi il paragrafo **4.2.2 Costi della Produzione – B.10-11) Ammortamenti**.

A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	5.755	0	22.258

Nel corso dell'esercizio sono state effettuate capitalizzazioni a Altri Diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno per euro 5.755 relativi a oneri sostenuti per brevetto con concessione denominato "BEVERONE".

A consuntivo 2025 è stata rappresentata infatti la capitalizzazione a immobilizzazioni immateriali in corso delle spese di registrazione e deposito per brevetti che non hanno

ancora avuto concessione.

A.9) Altri ricavi e proventi

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
A.9) Altri ricavi e proventi	8.161.435	6.172.429	5.427.204
A.9.A) Ricavi per prestazioni non sanitarie	107.648	66.700	84.698
A.9.B) Fitti attivi ed altri proventi da attività immobiliari	11.453	11.400	19.516
A.9.C) Altri proventi diversi	8.042.334	6.094.329	5.322.990

L'aggregato **Altri ricavi e proventi** registra a chiusura di esercizio un incremento rispetto al consuntivo 2024 pari a +2,734 milioni di euro (+50,38%) ed un incremento pari a +1,989 milioni di euro (+32,22%) rispetto al preventivo 2025.

Nel rispetto delle indicazioni regionali nella voce **Altri proventi diversi** viene registrata la posta di ricavo volta a sterilizzare i costi rappresentati a conto economico relativi all'utilizzo del Fondo ALPI trattenuta 5% di cui alla legge 189/2012 (pari a 264milaeuro) e del Fondo per il sostegno della ricerca e il miglioramento continuo (pari a 5,938 milioni di euro), in incremento rispetto al consuntivo 2024. L'incremento degli utilizzi 2025 rispetto a quelli del 2024 è dovuto ad un aumento di attività di ricerca e di sperimentazioni (ricerca sponsorizzata) e alle azioni di potenziamento dell'attività di ricerca a seguito delle azioni poste in essere per lo sviluppo delle attività dell'IRCCS, in coerenza con gli ambiti di riconoscimento.

4.2.2. Costi della produzione

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
Totale costi della produzione (B)	902.146.905	872.248.962	858.212.023

Il valore dei **Costi della Produzione** registra un incremento di circa +29,898 milioni di euro (+3,43%) rispetto a quanto previsto in sede di bilancio economico preventivo 2025 ed un incremento di circa +43,935 milioni di euro (+5,12%) rispetto al dato di consuntivo 2024.

Come previsto dal d.lgs. 118/11 è stata effettuata la contabilizzazione delle quote inutilizzate di contributi vincolati nelle voci di accantonamento a fondi specifici. La valutazione del dato al netto di tale voce (a consuntivo 2025 pari a 8,959 milioni di euro) evidenzia un incremento dei costi della produzione pari a circa +51,374 milioni di euro (+6,10%) rispetto al dato di consuntivo 2024 e pari a circa +21,699 milioni di euro (+2,49%) rispetto al dato di preventivo 2025.

Inoltre, al netto anche degli accantonamenti ai Fondi rischi e oneri, formulati anche a seguito delle indicazioni regionali in applicazione del d.lgs. 118/11, **la variazione dei costi della produzione risulta essere pari a +31,492 milioni di euro (+3,75%) rispetto al dato di preventivo 2025 e pari a +46,400 milioni di euro (+5,62%) rispetto al dato di consuntivo 2024.**

Al netto del valore della Somministrazione Farmaci, che in parte rappresenta per l'Azienda una partita di giro, il valore della variazione dei costi della produzione si attesta a +27,242 milioni di euro (+3,92%) rispetto al dato di preventivo 2025 e pari a +39,383 milioni di euro (+5,77%) rispetto al dato di consuntivo 2024.

A seguire una disamina delle principali variazioni negli aggregati di spesa rispetto a quanto preventivato e al valore dell'anno precedente.

B.1) Acquisti di beni

L'acquisto di beni evidenzia un incremento rispetto a quanto previsto in sede di bilancio economico preventivo 2025 pari a +12,593 milioni di euro (+4,07%) ed un incremento pari a +21,407 milioni di euro (+7,13%) rispetto al dato di consuntivo 2024.

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
B.1) Acquisti di beni	321.760.650	309.167.713	300.353.724
B.1.A) Acquisti di beni sanitari	312.985.710	300.599.742	292.013.068
B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	207.326.170	204.877.124	196.390.940
B.1.A.2) Sangue ed emocomponenti	5.024.829	4.737.177	4.737.177
B.1.A.3) Dispositivi medici	88.343.380	81.756.911	81.107.945

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
B.1.A.4) Prodotti dietetici	289.405	238.511	298.843
B.1.A.5) Materiali per la profilassi (vaccini)	261.340	350.000	30.749
B.1.A.6) Prodotti chimici	6.228.064	4.207.424	4.501.825
B.1.A.7) Materiali e prodotti per uso veterinario	0	0	0
B.1.A.8) Altri beni e prodotti sanitari	2.050.856	1.187.439	1.719.759
B.1.A.9) Beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	3.461.668	3.245.157	3.225.830
B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	8.774.940	8.567.971	8.340.656
B.1.B.1) Prodotti alimentari	3.998.634	3.756.778	3.741.133
B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	2.424.902	2.346.871	2.244.020
B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti	0	0	0
B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria	1.584.561	1.728.656	1.661.388
B.1.B.5) Materiale per la manutenzione	761.970	730.500	693.058
B.1.B.6) Altri beni e prodotti non sanitari	4.872	5.166	1.057
B.1.B.7) Beni e prodotti non sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0	0	0

Al fine di una corretta e completa valutazione del consumo di beni, è opportuno analizzare il dato di acquisto e il dato di variazione delle scorte rispetto a quanto previsto a inizio anno. La variazione delle rimanenze registra il dato sotto riportato:

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
B.13) Variazione delle rimanenze	-6.703.665	0	-6.656.607
B.13.A) Variazione rimanenze sanitarie	-6.553.833	0	-6.763.823
B.13.B) Variazione rimanenze non sanitarie	-149.832	0	107.216

Il dato evidenzia una variazione positiva sia delle rimanenze sanitarie che delle rimanenze non sanitarie. Il dato di consumo dei beni al netto della variazione delle rimanenze è quindi:

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
TOTALE CONSUMO BENI (ACQUISTI +/- D RIMANENZE)	315.056.985	309.167.713	293.697.117
CONSUMO BENI SANITARI	306.431.877	300.599.742	285.249.245
CONSUMO BENI NON SANITARI	8.625.107	8.567.971	8.447.872

Per quanto riguarda la voce Prodotti farmaceutici ed emoderivati, si registrano andamenti in incremento rispetto ai valori di preventivo 2025 e rispetto al consuntivo 2024. L'andamento dei consumi ha registrato un aumento rispetto all'anno precedente per l'incremento dell'attività e in particolare per le attività in cui l'Azienda è centro di riferimento e per i gruppi terapeutici a maggior impatto di spesa (farmaci oncologici, immunosoppressori, antidiabetici, farmaci per la sclerosi multipla, per le malattie rare, farmaci antimicrobici). Tali scostamenti sono riscontrabili in particolare nell'aggregato B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati +10,935 milioni di euro (+5,57%) rispetto al

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

consuntivo 2024 e +2,449 milioni di euro (+1,20%) rispetto al preventivo 2025.

In questo aggregato confluiscono anche i costi dei farmaci innovativi oncologici e non oncologici che trovano copertura con lo specifico fondo di finanziamento riconosciuto dalla Regione. Le assegnazioni dei fondi farmaci innovativi riconosciute all'Azienda sono pari a 18,313 milioni di euro, la spesa a consuntivo 2025 legata a farmaci innovativi è pari a 17,755 milioni di euro.

Il **budget di spesa 2025** assegnato dalla Regione **per l'acquisto ospedaliero di farmaci**, al netto della spesa per ossigeno, farmaci innovativi oncologici e non oncologici, vaccini, sulla base della nota regionale Prot. 25/02/2025.0188037.U. avente ad oggetto "Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna – Obiettivi di Budget – 2025", è **pari alla spesa del CE IV trimestre 2024 incrementata di 12.102.215 euro**. L'obiettivo dell'Azienda pertanto **risulta pari a 187.079.282 euro**.

Tale aumento considera, in particolare, la spesa dovuta a farmaci con scadenza del requisito di innovatività nel corso del 2024 e nel 2025 e pertanto esclusi dagli specifici fondi, nonché l'incremento dei consumi per i gruppi terapeutici a maggior impatto di spesa (oncologici, immunosoppressori, antidiabetici, farmaci per la sclerosi multipla, per le malattie rare, ecc.) a seguito di ampliamento dei casi arruolati, estensione di indicazioni terapeutiche, immissione in commercio di nuovi prodotti.

Il calcolo dell'obiettivo è stato eseguito sulla base dei conti aziendali forniti dalla Regione. Gli aggregati ministeriali in cui sono compresi i suddetti conti per il calcolo dell'obiettivo regionale sono:

- AA0820 A.5.C.2) Rimborsi per acquisto beni da parte di Aziende sanitarie pubbliche della Regione;
- AA0930 A.5.E.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da privati;
- BA0040 B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale;
- BA0050 B.1.A.1.2) Medicinali senza AIC;
- BA0051 B.1.A.1.3) Ossigeno e altri gas medicali;
- BA0301 B.1.A.9.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati;
- BA2671 B.13.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati;
- BA2510 B.9.A) Imposte e tasse (escluso IRAP e IRES);
- AA0430 A.4.A.1.15) Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria;

Rispetto all'obiettivo di budget assegnato, **la spesa di acquisto ospedalieri di farmaci al netto della spesa per ossigeno, farmaci innovativi oncologici e non oncologici, vaccini e terapie HCV, è di 184,926 milioni di euro con un risparmio rispetto all'obiettivo di budget di -2,153 milioni di euro (-1,15%)**.

Si rimanda alla relazione del Direttore Generale sulla programmazione aziendale che descrive nel dettaglio gli strumenti di governo clinico e gestionali per l'appropriatezza della spesa ospedaliera e territoriale per farmaci.

La valorizzazione dell'acquisto di *Sangue ed emocomponenti dal centro regionale sangue (CRS)* viene effettuata sulla base delle valutazioni di costo sostenute dal Polo unico

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

di lavorazione del sangue (SIT.AMBO). A partire da settembre 2022 vi è stata la cessione del ramo d'azienda Medicina Trasfusionale all'Ausl di Bologna: l'impatto economico della cessione (pari anche per il 2025 a 4,162 milioni di euro) viene rappresentato all'interno dell'aggregato B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria.

In merito ai **Dispositivi Medici** è assegnato dalla Regione all'Azienda **un obiettivo di budget per il 2025 pari a 81,757 milioni di euro**; tale obiettivo è stato rivalutato rispetto alla spesa rappresentata nel CE IV trimestre 2024, con un incremento di +1.633.031 euro (pari al 2,04%). L'incremento dell'obiettivo regionale 2025 si basa sull'analisi storica dei consumi registrati nel periodo 2021-2024 per ciascuna azienda, ricalibrata in funzione del massimo incremento sostenibile, fissato al +1,9% in linea con l'aumento del Fondo Sanitario nazionale (all'art. 1 c. 273 della L. 207/24).

Il calcolo dell'obiettivo è stato eseguito sulla base dei conti aziendali forniti dalla Regione. Gli aggregati ministeriali in cui sono compresi i suddetti conti per il calcolo dell'obiettivo regionale sono:

- AA0820 A.5.C.2) Rimborsi per acquisto beni da parte di Aziende sanitarie pubbliche della Regione;
- BA0220 B.1.A.3.1) Dispositivi medici;
- BA0230 B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi;
- BA0240 Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD);
- BA0303 B.1.A.9.3) Dispositivi medici;
- BA2673 B.13.A.3) Variazione rimanenze Dispositivi medici;
- BA2510 B.9.A) Imposte e tasse (escluso IRAP e IRES).

La spesa a consuntivo 2025 è pari a 88,374 milioni di euro, al di sopra dell'obiettivo di budget assegnato con uno sfioramento di +6,616 milioni di euro (+8,09%).

Tale variazione è sostanzialmente legata a dispositivi medici, dispositivi medici impiantabili attivi e non attivi, dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD), in particolare per incrementi di attività chirurgica per recupero liste di attesa e, in quota parte, per acquisti di dispositivi medici finanziati da progetti di ricerca. In generale, per i dispositivi medici nell'anno 2025 si rileva un importante incremento di spesa dovuto a incrementi fisiologici dei consumi degli stessi 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 mininvasive 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. Si rileva inoltre un incremento di impianti VAD adulti (n. 17) e pediatrici (n. 5) per un totale di +7 impianti rispetto al 2024. Si rileva anche un aumento di attività diagnostica e di refertazione di laboratorio Ematologia, Immunobiologia dei Trapianti e Microbiologia. Si evidenzia inoltre che lo scostamento è in quota parte determinato dall'impatto negativo conseguente alla diversa contabilizzazione nel 2025 del conto dei service sanitari, con trasferimento al conto

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

IVD consumabili (nota regionale prot.0727450.U del 20.07.2023 sulla contabilizzazione delle diverse componenti di costo disciplinate nel contratto di service), con un impatto annuo 2025 di circa 1,2 mln di euro.

Si rimanda alla relazione del Direttore Generale sulla programmazione aziendale per le specifiche di dettaglio relative agli strumenti di governo dei Dispositivi Medici.

I dati dei beni non sanitari nel complessivo registrano un incremento rispetto al consuntivo 2024 e rispetto al preventivo 2025. L'incremento è riconducibile ai Prodotti alimentari (+257mila euro, +6,88% rispetto al consuntivo 2024) legato all'aumento del volume degli accessi mensa, alle richieste dei pasti degenza e all'incremento di produzione e dell'adeguamento ISTAT calcolato in base all'indice medio annuo. In incremento anche i materiali di guardaroba, pulizia e convivenza (+181mila euro, +8,06% rispetto al consuntivo 2024) dovuto all'incremento dei consumi per servizi appaltati.

B.2) Acquisti di Servizi

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
B.2) Acquisti di servizi	163.896.590	164.760.383	160.465.451
B.2.A) Acquisti servizi sanitari	91.371.839	91.962.033	92.603.043
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	72.524.750	72.798.350	67.862.409

Al fine di analizzare gli scostamenti dell'aggregato Acquisto di Servizi, di seguito vengono riportati i dettagli delle voci Servizi sanitari e Servizi non sanitari.

B.2.A) Acquisti di Servizi sanitari

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
B.2.A) Acquisti servizi sanitari	91.371.839	91.962.033	92.603.043
B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base	0	0	0
B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	0	0	0
B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	10.584.351	10.706.813	10.363.574
B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	0	0	0
B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	0	0	0
B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	0	0	0
B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	717.809	877.893	776.370
B.2.A.8) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	0	0	0
B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	0	0	0
B.2.A.10) Acquisto prestazioni termali in convenzione	0	0	0

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario	6.386.100	6.405.905	6.370.658
B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	0	0	0
B.2.A.13) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)	21.387.608	20.006.876	20.618.900
B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari	0	0	71.690
B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	18.293.623	19.485.873	19.090.079
B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	34.002.350	34.478.673	35.311.773
B.2.A.17) Costi GSA per differenziale saldo mobilità interregionale	0	0	0

I costi relativi ai Servizi sanitari registrano un decremento sia rispetto al consuntivo 2024 di -1,231 milioni di euro (-1,33%) che al preventivo 2025 (-590mila euro, -0,64%) correlato sostanzialmente alla voce "B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria" (-1,309 milioni di euro, pari a -3,71% rispetto al consuntivo 2024), in particolare per la diversa contabilizzazione nel 2025 del conto dei service sanitari, con trasferimento ad altri conti economici in funzione dello scorporo della diverse componenti di costo disciplinate nel contratto di service (nota regionale prot.0727450.U del 20.07.2023).

Si registrano inoltre variazioni rispetto al dato di preventivo 2025 e di consuntivo 2024 correlate principalmente a:

- Assistenza specialistica ambulatoriale: in tale voce vengono rappresentati i costi per le prestazioni di pneumologia interventistica effettuate dall'Azienda USL di Bologna (147 mila euro) e i costi per le prestazioni del Laboratorio analisi unico metropolitano - LUM (9,900milioni di euro).Complessivamente il dato di consuntivo 2025 registra un incremento rispetto al valore di consuntivo 2024 (+220mila euro) e un decremento rispetto al dato di preventivo 2025 (-122mila euro) conseguente agli accordi definitivi con l'Azienda USL di Bologna.

La voce include anche i costi relativi ad altre prestazioni di specialistica da Convenzionati esterni; per maggiori dettagli si rimanda alla **Nota integrativa – tab. 61 – Dettaglio acquisti di servizi sanitari da privato**;

- Assistenza ospedaliera: tale voce vede un decremento del costo per acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera rispetto al consuntivo 2024 (-58mila euro) e rispetto al preventivo 2025 (-160mila euro) per l'acquisto di organi da Aziende sanitarie della Regione e di altre regioni per l'attività trapiantologica.

- Trasporto Sanitario: tale voce si presenta sostanzialmente allineata al consuntivo 2024 (+15 mila euro) e al preventivo 2025 (-20mila euro).

- Attività libero professionale: si rileva un incremento sia rispetto al preventivo 2025 pari a +1,381 milioni di euro (+6,90%), che rispetto al dato di consuntivo 2024 pari a

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

+768mila euro (+3,73%). Rispetto al dato di chiusura 2024, vi è infatti un incremento dell'attività intramoenia – area degenza (+534mila euro) e un incremento dei costi consulenze ex art.55-57-58 (+604mila euro) in coerenza con quanto rappresentato tra i ricavi, trattandosi del riversamento ai professionisti di quanto dovuto per l'attività libero professionale.

L'attività libero professionale vede l'applicazione di quanto previsto dalla legge n. 189 del 8.11.2012 (legge Balduzzi), con l'accantonamento del 5% degli introiti derivanti dalle prestazioni in libera professione; tale accantonamento, pari ad euro 899.647, è rappresentato alla voce **B.14.D) Altri accantonamenti**.

▪ Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie: si evidenzia un decremento rispetto al consuntivo 2024 (-796mila euro, -4,17%) e rispetto al preventivo 2025 (-1,192 milioni di euro, -6,12%) correlato in particolare alla riduzione dei costi legati all'indennità al personale universitario (area sanitaria) che opera in Azienda - a consuntivo 2025 pari a 10,167 milioni di euro, a consuntivo 2024 pari a 12,300 milioni di euro, con un decremento di -2,133 milioni di euro – in quanto negli ultimi anni una parte del personale universitario cessato è stato sostituito con personale dipendente. Si evidenzia che in tale aggregato è rappresentata anche la spesa legata all'Istituto della Simil-ALP degenza e specialistica per il potenziamento, in particolare, dell'attività chirurgica ed ambulatoriale. In merito alla valutazione complessiva del costo del personale dipendente e non dipendente, si rimanda l'analisi al punto successivo **B.5-6-7-8 Totale costo del personale dipendente e non dipendente** del presente capitolo. Per maggiori dettagli sulla voce si rimanda alla **Nota integrativa – AS03 – Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie**.

Si rappresentano, inoltre, i costi per il rimborso degli oneri stipendiali del personale sanitario in comando presso l'Azienda, dipendente di altre aziende sanitarie della Regione, pari a 1,671 milioni di euro, in aumento rispetto al consuntivo 2024 di +1,057 milioni di euro.

▪ Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria: la voce registra un decremento sia rispetto al consuntivo 2024 (1,309 milioni di euro, -3,71%) sia rispetto al preventivo 2025 (-476mila euro, -1,38%) principalmente correlato ai service sanitari, come evidenziato in premessa.

Tale voce comprende anche il rimborso dei fattori produttivi all'Azienda USL di Bologna per le attività di Chirurgia A e d'Urgenza e Chirurgia Toracica presso l'Ospedale Maggiore; con riferimento al percorso di riconoscimento dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna quale Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) nei due ambiti specialistici "Assistenza e ricerca nei trapianti e nel paziente critico" e "Gestione medica e chirurgica integrata nelle patologie oncologiche", a far data dal 01/08/2020 è stato applicato quanto definito nell'accordo contrattuale con l'Azienda USL di Bologna per il trasferimento delle attività e funzioni svolte dalle Unità Operative "Chirurgia Toracica" e "Chirurgia A e d'Urgenza" dell'Azienda USL di Bologna all'Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna (deliberazione 47/2020). A partire da tale data la titolarità dei ricoveri delle 2 unità operative presso l'Ospedale Maggiore è in capo all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna. L'obiettivo è realizzare una piena integrazione clinica assistenziale ed organizzativa con le complementari strutture mediche e chirurgiche collocate presso l'AOU, con le quali vi è già

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

un rapporto di collaborazione dell'ambito nei programmi regionali di trapianto di polmone e nella chirurgia oncologica polmonare, epato-bilio-pancreatica e del tratto gastrointestinale. Il rimborso riconosciuto all'Ausl di Bologna per i fattori messi a disposizione per lo svolgimento delle attività (spazi di degenza e di sala operatoria, beni di consumo, risorse strumentali, risorse umane della dirigenza e del comparto) è pari a 9,012 milioni di euro, in decremento di -1,023 milioni di euro rispetto all'anno precedente.

Nell'aggregato sono stati inoltre contabilizzati i costi derivanti dalla convenzione con l'Azienda USL di Bologna relativa alla Chirurgia Bariatrica presso l'ospedale di Bentivoglio (pari a 926 mila euro, in diminuzione rispetto al consuntivo 2024 di-80 mila euro), dal progetto con l'Azienda USL di Bologna di Neurologia metropolitana (pari a 687mila euro)e i costi nei confronti dell'Azienda USL di Imola relativi agli interventi di Citologia urinaria (66mila euro), Chirurgia Senologica (647 mila euro), Chirurgia Otologica (33 mila euro)e convenzioni con l'Ausl Imola di Chirurgia robotica Ginecologica (386 mila euro) e urologica (325 mila euro).Si segnala che l'attività a favore dei pazienti assistiti dall'Ausl di Bologna ed Imola è stata riconosciuta nell'ambito dei rispettivi accordi di fornitura mentre l'attività a favore di pazienti extra provincia ed extraregione è oggetto di addebito in mobilità sanitaria.

B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	72.524.750	72.798.350	67.862.409
B.2.B.1) Servizi non sanitari	69.968.412	69.729.574	64.797.883
B.2.B.1.1) Lavanderia	7.276.442	7.269.664	7.153.537
B.2.B.1.2) Pulizia	13.589.623	13.188.575	13.593.876
B.2.B.1.3) Mensa	1.188.923	1.129.993	1.143.036
B.2.B.1.4) Riscaldamento	0	0	0
B.2.B.1.5) Servizi di assistenza informatica	4.781.843	3.900.000	3.632.019
B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)	1.855.630	1.647.794	1.648.735
B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	4.378.538	4.900.000	4.492.819
B.2.B.1.8) Utenze telefoniche	95.028	110.000	116.859
B.2.B.1.9) Utenze elettricità	3.733.073	4.500.000	4.689.177
B.2.B.1.10) Altre utenze	11.977.377	16.100.000	11.173.240
B.2.B.1.11) Premi di assicurazione	653.875	486.763	499.017
B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari	20.438.061	16.496.785	16.655.568
B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	2.136.673	2.118.521	2.120.951
B.2.B.2.1) Consulenze non sanitarie da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	76.714	69.796	70.201
B.2.B.2.2) Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri soggetti pubblici	0	0	0
B.2.B.2.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato	2.058.793	2.047.525	2.028.982
B.2.B.2.4) Rimborso oneri stipendiali del personale non sanitario in comando	1.166	1.200	21.768
B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)	419.666	950.255	943.575
B.2.B.3.1) Formazione (esternalizzata e non) da pubblico	108.969	78.000	77.278

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
B.2.B.3.2) Formazione (esternalizzata e non) da privato	310.697	872.255	866.297

La voce complessiva degli **Acquisti di servizi non sanitari** evidenzia un incremento rispetto al consuntivo 2024 (+4,662 milioni di euro; +6,87%) e un decremento rispetto al preventivo 2025 (-274mila euro; -0,38%). Su tale aggregato impattano i costi energetici e le utenze.

Si riportano di seguito i principali scostamenti rispetto ai valori rappresentati nel consuntivo 2024 e preventivo 2025.

Gli scostamenti legati ai servizi fortemente correlati all'attività assistenziale, seppur contenuti in esito ad azioni di ottimizzazione sulle attività a richiesta, sono correlati principalmente agli aggiornamenti tariffari associati agli adeguamenti ISTAT e ad attività emergenti conseguenti a nuove attivazioni, tra le quali si ricorda in particolare il padiglione 4N (Materno Infantile). L'Azienda ha messo in campo azioni finalizzate al costante monitoraggio della spesa nonché interventi volti ad una revisione della struttura dei costi, ove possibile. Sui servizi di **lavanderia** si rileva un incremento rispetto al consuntivo 2024 (+123 mila euro) e un dato in linea con il preventivo 2025, sui servizi di **pulizia** si rileva un dato sostanzialmente in linea con il consuntivo 2024. L'incremento del **servizio mensa** (+46mila euro rispetto al consuntivo 2024) è legato all'aumento del numero dei pasti rispetto al 2024 sulla base del volume degli accessi mensa, delle richieste dei pasti degenza, all'incremento di produzione e all'aumento dei costi dei generi alimentari riscontrato a livello nazionale.

L'aggregato **Servizi di assistenza informatica** si presenta in incremento rispetto al consuntivo 2024 (+1,150 milioni di euro) e al preventivo 2025 (+882mila euro) dovuto principalmente alla richiesta di nuovi servizi verso Lepida, in particolare per quelli erogati dai Datacenter Regionali. Tali incrementi sui servizi informatici sono motivati da: storage incrementale (le nuove tecnologie, in particolare quelle che gestiscono immagini radiologiche aumentano la precisione e la capacità di diagnosi aumentando anche il volume di dati es. nuova PET/CT); nuovi applicativi acquistati con fondi PNRR che richiedono un maggior numero di server ed un sensibile incremento di risorse di elaborazione; aumento del numero di server e dello spazio storage necessario per realizzare una soluzione più efficace per migliorare la continuità di servizio degli applicativi sanitari; servizi incrementali per Cybersecurity e miglioramento livello di Business Continuity.

L'aggregato **Servizi trasporti (non sanitari)** è in incremento rispetto al 2024 (+207mila euro) e rispetto a quanto preventivato (+208mila euro). Sono rappresentati in questo aggregato i servizi di logistica dello strumentario chirurgico, di facchinaggio, di trasporti fuori azienda di materiali biologici/non e NCC persone. In risposta all'incremento del servizio trasporti e logistica, l'Azienda ha avviato una nuova modalità di gestione dei trasporti interni di pazienti e una rimodulazione delle attività logistiche economiche, finalizzate anche alla necessità di ridurre il rischio di movimentazione dei carichi manuali da parte del personale dipendente.

Per maggiori dettagli sulla voce si rimanda alla **Nota integrativa –tab. 62**

Dettaglio acquisti di servizi non sanitari e tab64 – Dettaglio costi per contratti multiservizio.

Il **servizio di smaltimento rifiuti** risulta in decremento rispetto al consuntivo 2024 (-114mila euro) ed anche rispetto al preventivo 2025 (-521mila euro), la riduzione è correlata ad azioni attuate nel 2025 di sensibilizzazione sui comportamenti volte all'incremento della frazione differenziata ed alla riduzione dei rifiuti prodotti, anche in ottica di sostenibilità ambientale.

Rispetto alle **utenze**, a consuntivo 2025 si rileva un andamento complessivo in riduzione rispetto al consuntivo 2024 e (-174mila euro, -31,87%) e rispetto al preventivo 2025 (-4,905 milioni di euro, -56,26%). Da fine 2024 e per i primi mesi del 2025 si è registrato un aumento dei prezzi dei vettori energetici, sia per energia elettrica rappresentato dal Prezzo Unico Nazionale (PUN) sia per gas metano, rappresentato sul mercato dall'indice PSV. Sulla base di tale andamento, in coerenza con i dati previsionali condivisi dal gruppo regionale degli energy manager, è stato definito il preventivo 2025. Nel corso dell'anno i prezzi dei vettori energetici si sono progressivamente ridotti; inoltre, si è mantenuta elevata attenzione nella gestione degli impianti, con riferimento sia agli orari di accensione e spegnimento sia alle temperature di esercizio, con l'obiettivo di mantenere il comfort ambientale necessario con il minimo fabbisogno energetico. Sempre in ottica di riduzione degli sprechi e di sostenibilità, è stata rinnovata la campagna di sensibilizzazione sui comportamenti del personale. Quanto sopra rappresentato ha consentito la riduzione dei costi registrata a consuntivo 2025.

Per quanto riguarda l'approvvigionamento idrico, l'aumento dei costi sul 2024 è conseguenza dell'aumento delle tariffe stabilito con la Delibera ARERA 511/2024 del 26 novembre 2024.

L'aggregato **"Altri servizi non sanitari"** si presenta in incremento sia rispetto al consuntivo 2024 (+3,782 milioni di euro; +22,71%) sia rispetto al preventivo 2025 (+3,941 milioni di euro; +23,89%). Anche a consuntivo 2025 come nell'anno precedente è stata rappresentata la dinamica dei contributi, utilizzi e accantonamenti relativi alla ricerca e ad altri progetti finanziati. Nel consuntivo 2025 sono stati rappresentati in tale aggregato trasferimenti di fondi a Unità esterne su progetti di ricerca per i quali sono state firmate specifiche convenzioni.

Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie: complessivamente si evidenziano andamenti in linea con l'anno precedente (+16mila euro) e con il preventivo 2025 (+18mila euro).

In merito alla valutazione complessiva del costo del personale, dipendente e non dipendente, si rimanda l'analisi al punto **B.5-6-7-8 Totale costo del personale dipendente e non dipendente**. Per maggiori dettagli sulla voce si rimanda alla **Nota integrativa – AS04 – Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie**.

Si evidenzia che in tale aggregato è rappresentata anche **l'indennità per il personale universitario di area non sanitaria** che opera in Azienda (costo di 75mila euro) in incremento di +5mila euro rispetto all'anno precedente e di circa +13mila euro

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

rispetto al preventivo 2025.

Si rappresentano inoltre i costi per **il rimborso degli oneri stipendiali del personale non sanitario in comando** presso l'Azienda, in decremento rispetto al 2024 (-21mila euro) e sostanzialmente in linea rispetto a quanto preventivato.

Formazione (esternalizzata e non): si evidenzia un decremento dei costi sia rispetto al consuntivo 2024, pari a -524mila euro (-55,52%) sia rispetto al preventivo 2025 (-530mila euro, -55,84%).

La formazione permanente riguarda l'aggiornamento professionale continuo degli operatori, condotto sulla base degli indirizzi strategici aziendali riportati nelle linee guida di budget dell'anno di riferimento e sostenuto da risorse economiche aziendali per garantire lo svolgimento delle iniziative programmate in coerenza al processo di budget. La formazione di base riguarda i corsi universitari delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico sanitarie, il cui costo aziendale è coperto dal contributo finanziario regionale alle aziende sede di formazione, contributo finanziario erogato per ogni allievo iscritto o programmato, stimato conseguentemente al fabbisogno regionale rilevato di operatori delle specifiche professioni.

Permane anche nel 2025 l'accordo tra la Regione Emilia-Romagna e le organizzazioni sindacali confederali (sottoscritto il 23.09.2020) per la valorizzazione della funzione di tutoraggio all'interno dei corsi universitari delle professioni sanitarie. Si precisa che i costi conseguenti trovano copertura nella specifica assegnazione regionale a favore delle aziende sanitarie sede di corsi universitari delle professioni sanitarie.

B.3) Manutenzione e riparazione

Per una maggiore comprensione di tale aggregato di spesa, si fornisce una tabella di dettaglio:

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	37.981.047	36.179.106	36.824.618
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, +3,14%), che rispetto al preventivo 2025 (+1,802 milioni di euro, +4,98%),

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

sostanzialmente correlato alla voce "manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche", in incremento di +1,013 milioni di euro (+10,82%) rispetto al consuntivo 2024 e di +1,293 milioni di euro (+14,25%) rispetto al preventivo 2025.

Sulle voci di Manutenzione l'Azienda ha attuato ottimizzazioni nei servizi e nelle attività extra canone al fine di contenere gli aumenti nel 2025, nonostante gli adeguamenti ISTAT dovuti per determinate attività a canone, nuove attività avviate nel 2025 in supporto all'Igiene Ospedaliera per i campionamenti ambientali, implementazione dell'attività di verifica sugli impianti antincendio ed adeguamenti ad essi correlati, oltre a nuove attivazioni (es. padiglione 4N di superficie pari a circa 8.900 mq), entrate a regime nel 2025.

Per la voce Manutenzione attrezzature sanitarie (così come per i canoni di noleggio di attrezzature sanitarie) l'incremento dei costi rispetto al 2024 è dovuto, oltre alla maggiore vetustà e obsolescenza del parco tecnologico in uso, all'impatto per l'intero anno dei canoni di manutenzione e di assistenza tecnica della PET/CT whole body; nell'anno 2024 i costi erano relativi esclusivamente all'ultimo quadrimestre. Nel corso dell'anno 2025 è inoltre incrementata l'attività di manutenzione preventiva e controlli di sicurezza elettrica/controlli funzionali su tutte le apparecchiature ad uso clinico e a uso di ricerca.

Sull'aggregato impatta anche la diversa contabilizzazione nel 2025 del conto dei service sanitari (nota regionale prot.0727450.U del 20.07.2023 sulla contabilizzazione delle diverse componenti di costo disciplinate nel contratto di service).

B.4) Godimento di beni di terzi

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
B.4) Godimento di beni di terzi	14.540.315	11.857.187	11.678.522
B.4.A) Fitti passivi	623.323	676.220	657.619
B.4.B) Canoni di noleggio	13.916.992	11.180.967	11.020.903
B.4.B.1) Canoni di noleggio - area sanitaria	12.492.328	9.580.192	9.593.633
B.4.B.2) Canoni di noleggio - area non sanitaria	1.424.664	1.600.775	1.427.271
B.4.C) Canoni di leasing	0	0	0
B.4.D) Canoni di project financing	0	0	0
B.4.E) Locazioni e noleggi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0	0	0

Le variazioni registrate alla voce Godimento Beni di terzi rispetto al preventivo 2025 sono pari a +2,683 milioni di euro (+22,63%) e rispetto al consuntivo 2024 sono pari a +2,862 milioni di euro (+24,5%).

Si rileva un incremento dei costi rispetto al 2024 per canoni di noleggio di area sanitaria (+2,899 milioni di euro, +30,21%), correlato alle nuove indicazioni regionali di contabilizzazione di service sanitari e non sanitari (nota prot.0727450.U del 20.07.2023) ed all'impatto annuale del canone di noleggio della PET/CT whole body come rappresentato per l'aggregato Manutenzione e riparazione.

B.5-6-7-8) Totale costo del personale dipendente e non dipendente

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. 25/02/2025.0188037.U. la Regione 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 2022/2024 della dirigenza e 2025/2027 di tutte le aree.

Si precisa che nel 2025 sono state modificate da parte della Regione le modalità di conteggio del personale finanziato.

Si precisa inoltre che è stato previsto il limite finanziario di cui all'art. 18 del CCNL del personale della ricerca sottoscritto il 21 febbraio 2024.

All'interno del costo sono poi considerate le spese legate all'attivazione del comando c/o l'Azienda del personale della Chirurgia Generale d'urgenza e Toracica, in precedenza assegnato ad Azienda Usl di Bologna, considerando anche la parte dei fondi loro erogata che viene considerata nell'ambito dei costi del personale comandato, nonché quelle per le assunzioni effettuate e programmate per il turn-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.

Tale ricognizione ha portato ad un risparmio della spesa prevista in sede di CE pari ad euro 849.811.

Tenendo conto delle indicazioni pervenute, **la spesa del personale dipendente risulta coerente con l'obiettivo assegnato:**

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

	OBIETTIVO 2025	CONSUNTIVO 2025
PERSONALE DIPENDENTE (RE.B03.01)		318.060.877,88
di cui Tab A personale finanziato e ricerca sanitaria (TAB C)		1.109.329,44
VOCI DA NON CONSIDERARE (tab A)		21.996.657,71
PERSONALE RICERCA SANITARIA (tab B)		3.723.650,24
PERSONALE FINANZIATO (tab B)		4.155.821,85
MONITORAGGIO PERSONALE	288.646.348,00	289.294.077,51
DIFFERENZA		647.729,51

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.

Si riporta di seguito una tabella riepilogativa di costi sopraindicati.

DESCRIZIONE	CE IV TRIM 2024	CONSUNTIVO 2024	PREVENTIVO 2025	CE IV TRIM 2025	CONSUNTIVO 2025
PERSONALE DIPENDENTE e universitario (compresi comandi attivi e passivi)	305.245.502	305.123.269	301.969.598	319.240.550	318.060.878
Voci da non considerare (ivc 19/21 - ivc 22/24 - indennità PS - 0,22 TRATTAMENTO ACCESSORIO - 0,55 ordin. Profes - gelli 22) esduso incrementi contrattuali pagati nel '24 al personale della piramide e della ricerca	12.871.358	12.936.604	6.306.740	22.054.895	21.996.658
Personale della ricerca finanziato	8.000.053	8.360.086	4.044.202	4.155.822	4.155.822
Personale della piramide finanziato	3.249.476	3.249.200	3.652.534	3.821.779	3.723.650
Obiettivo con personale della ricerca finanziato	281.124.615	280.577.379	288.646.348	288.646.348	288.646.348
DELTA OBIETTIVO	0	-736.490	0	1.671.057	647.730

Per il **personale atipico** è stato chiesto all'Azienda (con nota regionale Prot. 25/02/2025.0188037.U) di **ridurre la spesa rispetto all'anno precedente** ed in ogni caso di non superare il costo sostenuto nel 2024.

Il costo del personale atipico dell'anno 2025, comprensivo di personale finanziato da ricerca, è pari a 4,220 milioni di euro. **Considerando il personale finanziato la spesa complessiva risulta in diminuzione rispetto al consuntivo 2024, quindi coerente rispetto all'obiettivo assegnato.**

Si riporta di seguito una tabella riepilogativa di costi sopraindicati.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

DESCRIZIONE	CE IV TRIM 2024	CONSUNTIVO 2024	PREVENTIVO 2025	CE IV TRIM 2025	CONSUNTIVO 2025
Collaborazioni coordinate e continuative, altre collaborazioni e prestazioni di lavoro, lavoro interinale sanitario	2.507.143	2.509.703	2.487.067	2.660.709	2.464.278
Collaborazioni coordinate e continuative, altre collaborazioni e prestazioni di lavoro, lavoro interinale non sanitario (no ass religiosa)	1.716.099	1.708.377	1.814.929	1.764.883	1.756.234
Totale	4.223.242	4.218.080	4.301.996	4.425.592	4.220.512
di cui finanziato ricerca	2.849.766	2.849.766	2.576.192	2.885.267	2.885.267
Obiettivo	1.373.476	1.368.314	1.725.804	1.540.325	1.335.245

Si trasmette, poi, una tabella riepilogativa della Simil-alp consuntivo anno 2025.

Degenza + specialistica SIMIL-ALP	908 - 908-Azienda Ospedaliera di Bologna
Fabbisogno simil-alp 2025	3.618.537,99
Fabbisogno 2025 finanziabile DD. GG. RR .Emilia Romagna2025	2.743.842
Fabbisogno 2025 finanziabile daFondo Balduzzi	264.153
Tetto dirigenza (ccnl) anno 2021 a carico bilancio	286.154
Tetto comparto (ccnl) media 2015 – 2019 a carico bilancio	366.894

Di seguito la fotografia del personale presente in termini di uomo anno nel corso dell'anno 2025 messa a raffronto con quello dell'anno 2024.

CONTRATTO	UNITA' fte 2024	UNITA' fte 2025	differenza 2025 vs 2024
COMPARTO	4.665,80	4.721,99	56,19
DIRIGENZA MEDICA/VETERINARIA	826,54	867,35	40,81
DIRIGENZA SPTA	145,65	153,16	7,51
TOTALE COMPLESSIVO	5.637,99	5.742,50	104,51

Nell'anno 2025 sono poi state liquidate competenze per lavoro straordinario nei limiti previsti dal CCNL vigente e nell'ambito delle complessive risorse dei fondi contrattuali del trattamento accessorio.

In seguito alle indicazioni regionali nell'ambito del PAC il fondo rischi per ferie maturate e non godute è stato chiuso e pertanto a fine esercizio non sono stati contabilizzati debiti per ferie non godute e nel corso dell'anno 2025 sono state monetizzate ferie non godute soltanto a fronte di cessazione del dipendente per dispensa o decesso, casi in cui la mancata fruizione non è imputabile ad inerzia dell'Amministrazione.

Si evidenzia che i contributi previdenziali ed assistenziali risultano regolarmente versati nell'anno 2025.

Infine, si precisa che in base a quanto disposto dalla Regione (con nota Prot. 08/04/2026.0352987.U. "Indicazioni per la chiusura dei Bilanci di esercizio 2025 ed invio al

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

controllo regionale”) sono stati previsti i seguenti accantonamenti:

- € 1.295.299,73 ACCANTONAMENTO AL FONDO PER RINNOVO CONTRATTUALE PERSONALE DIRIGENZA MEDICA;
- € 53.386,36 ACCANTONAMENTO AL FONDO PER RINNOVO CONTRATTUALE PERSONALE DIRIGENZA NON MEDICA.

B.9) Oneri diversi di gestione

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
B.9) Oneri diversi di gestione	2.699.122	2.505.929	2.679.207
B.9.A) Imposte e tasse (escluso IRAP e IRES)	1.420.602	1.415.878	1.400.597
B.9.B) Perdite su crediti	0	0	0
B.9.C) Altri oneri diversi di gestione	1.278.520	1.090.051	1.278.610
B.9.C.1) Indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli Organi Direttivi e Collegio Sindacale	682.461	683.000	663.784
B.9.C.2) Altri oneri diversi di gestione	596.059	407.051	614.826
B.9.C.3) Altri oneri diversi di gestione da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0	0	0
B.9.C.4) Altri oneri diversi di gestione - per Autoassicurazione	0	0	0

L’aggregato **Oneri diversi di Gestione** è sostanzialmente allineato al dato di consuntivo 2024 e in lieve incremento rispetto al preventivo 2025 (+7,71%).

Nella voce **B.9.A) Imposte e tasse (escluso IRAP e IRES)** è rappresentato il costo relativo alla TARI che a consuntivo 2025 (pari a 1,066 milioni di euro) non evidenzia particolari scostamenti rispetto al consuntivo 2024.

La voce **B.9.C) Altri oneri diversi di gestione** comprende le spese processuali e quelle relative alle pubbliche relazioni. Sono inoltre compresi i compensi e rimborsi per gli organi aziendali; è rappresentata anche la quota relativa al Direttore scientifico dell’Azienda (già presente nell’anno 2024).

B.10-11) Ammortamenti

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
Totale ammortamenti	31.760.848	27.034.433	27.215.929
B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	1.396.435	815.565	854.242
B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	30.364.413	26.218.868	26.361.687
<i>B.11.A) Ammortamento dei fabbricati</i>	19.030.343	17.062.057	17.255.819

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
<i>B.11.B) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali</i>	11.334.070	9.156.811	9.105.869

Si specifica che, il calcolo delle quote di ammortamento è stato effettuato applicando le disposizioni previste dal Decreto legislativo 118/2011, così come modificato dalla Legge di Stabilità 2013 (L.228/2012).

Si rileva complessivamente un incremento degli ammortamenti sia rispetto al preventivo 2025 (+4,726 milioni euro; +17,48%) che rispetto al consuntivo 2024 (+4,544 milioni euro; +16,70%); tale incremento è sostanzialmente correlato agli ammortamenti dei fabbricati strumentali indisponibili e delle altre immobilizzazioni materiali (in particolare attrezzature sanitarie).

Si precisa che l'incremento degli ammortamenti è allineato all'incremento delle relative sterilizzazioni di cui al precedente paragrafo A.7.

Per maggiori dettagli si rimanda alla **Nota Integrativa – Tab. 1 – Dettagli e movimentazioni delle immobilizzazioni immateriali** e **Tab. 5 - Dettagli e movimentazioni delle immobilizzazioni materiali**.

B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	220.333	803.391	1.212.343
B.12.A) Svalutazione delle immobilizzazioni immateriali e materiali	0	0	0
B.12.B) Svalutazione dei crediti	220.333	803.391	1.212.343

A chiusura di esercizio l'attenta valutazione dei crediti ancora aperti ha portato a considerare congrua un'integrazione dell'accantonamento al fondo svalutazione pari a 220mila euro così dettagliata:

- Verso clienti privati 0 euro;
- verso altri soggetti 220.149 euro.

Per i criteri di determinazione del fondo si rimanda **alla Nota Integrativa CRED01 – Svalutazione crediti iscritti nell'attivo circolante**.

B.13) Variazione delle rimanenze

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2024	Consuntivo 2024
B.13) Variazione delle rimanenze	-6.703.665	0	-6.656.607
B.13.A) Variazione rimanenze sanitarie	-6.553.833	0	-6.763.823
B.13.B) Variazione rimanenze non sanitarie	-149.832	0	107.216

Complessivamente si evidenzia una variazione positiva delle rimanenze di 6,704 milioni di euro sostanzialmente correlata ad acquisti di medicinali e dispositivi medici per incrementi di attività registrati nel 2025 rispetto all'anno 2024.

B.14) Accantonamenti dell'esercizio

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	29.848.386	31.442.402	32.313.909
B.14.A) Accantonamenti per rischi	5.776.847	7.310.000	6.391.240
B.14.B) Accantonamenti per premio di operosità (SUMAI)	0	0	0
B.14.C) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	8.959.071	759.881	16.398.073
B.14.D) Altri accantonamenti	15.112.468	23.372.521	9.524.595

L'aggregato nel suo complesso registra un decremento rispetto al consuntivo 2024 (-2,466 milioni di euro; -7,63%) e rispetto al dato di preventivo 2025 (-1,594 milioni di euro; -5,07%).

Premesso che l'art. 29 comma 1, lett. g) del decreto legislativo 118/11 definisce che *"..omissis... Il collegio sindacale dei suddetti enti attesta l'avvenuto rispetto degli adempimenti necessari per procedere all'iscrizione dei fondi rischi ed oneri ed al relativo utilizzo"*, con la presente si esplicita il percorso di valutazione e i criteri e le motivazioni utilizzate dall'Azienda per la definizione degli accantonamenti in oggetto.

L'Azienda, nell'ambito del Percorso per la Certificabilità dei Bilanci, si è dotata di apposite procedure disciplinanti i fondi rischi ed oneri.

La procedura interaziendale 28 Rev. 0 "Gestione fondi rischi ed oneri contenzioso e spese legali" tratta i seguenti fondi:

- Fondo rischi per cause civili, penali e oneri processuali
- Fondo rischi per contenzioso personale dipendente
- Fondo franchigie assicurative
- Fondo per oneri e spese legali

La procedura interaziendale 32 Rev. 0 "Gestione altri accantonamenti per fondi rischi ed altri accantonamenti per oneri" tratta invece:

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

- Fondo rinnovi contrattuali personale dipendente
- Fondo contributi personale in quiescenza
- Altri fondi per rischi
- Fondo compenso aggiuntivo organi istituzionali
- Fondo oneri decreto Balduzzi (L 189/2012)
- Fondo manutenzioni cicliche
- Fondo per il sostegno della ricerca e il miglioramento continuo
- Fondi incentivi funzioni tecniche

Infine, la procedura interaziendale 31 Rev. 0 "Gestione fondo interessi moratori" tratta il Fondo interessi moratori.

Pertanto, la stima dei fondi al 31.12.2025 ed i conseguenti eventuali accantonamenti sono stati effettuati secondo quanto previsto dalle suddette procedure. In particolare:

FONDI PER RISCHI:

- **Fondo rischi per cause civili, penali e oneri processuali:** sono accantonati a tale fondo le stime riferite all'eventuale riconoscimento di indennizzi e/o risarcimenti relativi a cause civili penali ed amministrative relative a vertenze in corso alla data della chiusura dell'esercizio. Il Direttore del Servizio legale ed assicurativo, con nota protocollo n. 13368 del 27/03/26, ha trasmesso report riepilogativo riportante l'ammontare dei contenziosi in essere al 31.12.2025, il cui rischio di soccombenza è valutato come "probabile". Tale importo comprende la richiesta della controparte, eventuali interessi calcolati ai sensi dell'art. 1284 c.c., spese legali di soccombenza come da parametri medi del DM 55/2014 ed eventuali spese di giudizio diverse da quelle di parte. La stima finale del fondo è pari ad euro **681.755,93**. Vista la consistenza del fondo al 31.12.2025 prima delle scritture di integrazione e rettifica, pari ad euro **1.097.601,95**, è stata rilevata una insussistenza del fondo pari ad euro **415.846,02**
- **Fondo rischi per contenzioso personale dipendente:** sono accantonati a tale fondo le stime riferite all'eventuale riconoscimento di indennizzi e/o risarcimenti promosse da personale dipendente nei confronti dell'Azienda relativamente alle vertenze in corso alla data della chiusura dell'esercizio. Il Direttore del Servizio legale ed assicurativo, con nota protocollo n. 13368 del 27/03/26, ha trasmesso report riepilogativo riportante l'ammontare di detti contenziosi, in essere al 31.12.2025, il cui rischio di soccombenza è stimato come "probabile". Tale importo comprende la richiesta della controparte, eventuali interessi calcolati ai sensi dell'art. 1284 c.c., spese legali di soccombenza come da parametri medi del DM 55/2014 ed eventuali spese di giudizio diverse da quelle di parte. La stima del fondo è pari ad euro **792.442,20** e comprende sia le riduzioni determinate dalla chiusura delle cause, sia le nuove cause insorte nel corso del 2025. Vista la consistenza del fondo al 31/12/2025 prima delle scritture di integrazione e rettifica pari ad euro **489.802,16**, è stato rilevato un accantonamento pari ad euro **302.640,04**
- **Fondo franchigie assicurative:** il fondo franchigie assicurative è stato istituito per coprire i rischi relativi a sinistri inclusi in polizze assicurative con franchigia a carico dell'Istituto, riferiti a eventi verificatisi entro il 31 dicembre 2012. Successivamente, l'Azienda ha aderito al programma regionale di gestione diretta dei sinistri.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

A seguito di un'analisi condotta dalla Regione Emilia-Romagna sui fondi franchigie delle Aziende sanitarie, basata sui dati dei bilanci approvati al 31/12/2024 e aggiornata con gli utilizzi registrati nel corso del 2025, è emersa una capienza eccessiva dei fondi rispetto al loro effettivo impiego nel tempo.

Considerato inoltre il decorso di oltre nove anni dall'introduzione del regime di autoassicurazione per tutte le Aziende e l'esigenza di evitare un'eccessiva immobilizzazione di risorse del Fondo Sanitario Regionale, destinate all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, la Regione Emilia-Romagna, con comunicazione 14/01/2026.0021956.U (Prot.Aziendale n° 1238 del 14/01/2026), ha disposto l'integrale azzeramento del fondo. Nella medesima nota è stato altresì stabilito che il fondo franchigie assicurative sarà gestito direttamente dalla GSA e rideterminato annualmente secondo criteri prudenziali, basati sulla media delle liquidazioni effettuate dalle Aziende negli ultimi anni.

L'Azienda ha comunque mantenuto un saldo pari a euro 96.914,87, relativo a franchigie successivamente rimborsate nel corso del 2026.

- **Fondo rischi per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione):** vista la Determina del Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna n. 4164 del 26/02/2026, con cui è stato approvato il documento "Adegamenti organizzativi e contabili per le Aziende sanitarie ai sensi del Titolo III del D.M. 15 dicembre 2023, n. 232 sui requisiti minimi di garanzia e condizioni di operatività delle misure analoghe", approvato con delibera n. 82 del 13/03/2026, e richiamata la normativa vigente, in particolare la Legge n. 24/2017, art. 10, comma 6, e il D.M. 232/2023, Titolo III, artt. 10 e 11, concernenti rispettivamente la costituzione del Fondo rischi e del Fondo riserva sinistri, l'azienda ha provveduto alla costituzione e contabilizzazione dei fondi aziendali in conformità ai criteri stabiliti dalla normativa vigente e dal documento regionale sopra citato, adottando una metodologia di calcolo coerente con i principi contabili nazionali e internazionali (OIC 31 e IAS 37).

In particolare:

- **Fondo rischi (art. 10):** l'importo del fondo è stato calcolato come prodotto tra il valore medio del sinistro pagato (basato sui dati dei sinistri liquidati negli ultimi cinque anni indipendentemente dalla data di apertura del sinistro), il numero dei sinistri valutati come possibili nello stesso periodo e applicando un indice di rischio pari al 10%.
Nel dettaglio, considerando un valore medio del sinistro pagato di 95.983,82 €, un numero di sinistri possibili pari a 152 e un indice di rischio del 10%, comunicati dal Direttore del Servizio legale ed assicurativo con nota protocollo n. 13368 del 27/03/26, l'importo complessivo del Fondo rischi risulta pari a euro **1.458.954,07**. Trattandosi di un fondo di nuova costituzione, si è provveduto ad accantonare pari importo.
- **Fondo riserva sinistri (art. 11):** l'importo del fondo è stato calcolato applicando, per ciascun sinistro con importo massimo pari alla soglia di competenza prevista dal programma regionale di gestione diretta, una percentuale di rischio di almeno il 70% sul valore stimato dal CVS. La classificazione di ciascun sinistro è effettuata secondo criteri di probabilità di soccombenza (certo, probabile). Tenuto conto che il preesistente fondo

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

autoassicurazione risulta sostanzialmente ricondotto al Fondo riserva sinistri, in quanto entrambi destinati alla copertura della stessa tipologia sinistri ed altresì del fabbisogno espresso dal Direttore del Servizio legale ed assicurativo su questo fondo con nota protocollo n. 13368 del 27/03/26, pari ad euro **16.316.165,84**; tenuto conto altresì della consistenza del fondo al 31.12.2025 prima delle scritture di integrazione e rettifica pari ad euro 12.566.723,81 si è provveduto ad accantonare la somma di euro **3.749.442,03**

- **Fondo interessi moratori:** il fondo deve essere costituito in presenza di ritardi nei pagamenti ai fornitori qualora sia prevedibile una richiesta di interessi moratori. La procedura PAC P-INT31 prevede che la valutazione del fondo sia effettuata tenendo conto del volume di interessi passivi addebitati nell'ultimo dell'ultimo quinquennio e di quelli effettivamente pagati nello stesso periodo, nonché della probabilità di pagamento degli stessi, differenziata per anno di origine del debito saldato. Vista la consistenza del fondo al 31.12.2025 pari ad euro **3.178,61** prima delle scritture integrazione e rettifica, è stato registrato un accantonamento pari ad euro **265.810,66**.

La consistenza finale pertanto è pari ad euro **268.989,27**

FONDI PER ONERI E SPESE:

- **Fondo per oneri e spese legali:** il fondo contiene i valori relativi alle singole controversie instauratesi che risultano ancora pendenti alla data di chiusura dell'esercizio e comprende la stima dei costi che si prevede di dover sostenere quale compenso da corrispondere al legale incaricato dall'Azienda per l'attività professionale svolta in favore dell'Ente, come determinato all'atto del conferimento dell'incarico e sulla base del preventivo di spesa richiesto al legale stesso. L'importo comunicato dal Direttore del Servizio legale ed assicurativo, con nota protocollo n. 13368 del 27/03/26, comprende esclusivamente gli importi relativi a cause affidate e legali esterni. Vista la consistenza del fondo al 31.12.2025 prima delle scritture di integrazione e rettifica pari ad euro **626.832,69**, è stata rilevata una insussistenza pari ad euro **310.966,83**. La consistenza finale del fondo risulta pertanto pari a euro **315.865,86**
- **Fondi rinnovi contrattuali personale dipendente:** con nota Prot. 13937 del 01/04/2026 il Direttore del Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Economica del Personale ha comunicato gli accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale dirigenza medica e non medica:

Accantonamento rinnovi contrattuali pers. dirigenza medica	€1.295.299,73
Accantonamento rinnovi contrattuali pers. dirigenza non medica	€ 53.386,36
Accantonamento rinnovi contrattuali pers. comparto	€ 0,00
Totale	€ 1.348.686,09

La consistenza dei fondi al 31.12.2025 ammonta è così composta:

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

Fondo rinnovi contrattuali personale dirigenza medica	€ 1.297.495,83
Fondo rinnovi contrattuali personale dirigenza non medica	€ 53.386,36
Fondo rinnovi contrattuali personale comparto	€ 0,00
	€ 1.350.882,19

- **Fondo compenso aggiuntivo organi istituzionali:** gli accantonamenti stimano i compensi aggiuntivi degli organi istituzionali riconosciuti dalla Regione per il raggiungimento degli obiettivi 2025. L'accantonamento per l'esercizio 2025 è pari ad euro **144.500** ed è stato comunicato dal Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Economica del Personale (SUMAEP) con nota protocollo 13937 del 01/04/2026. La consistenza del fondo al 31.12.2025 ammonta ad euro **177.337,69**.
- **Fondo oneri decreto Balduzzi (L 189/2012):** l'accantonamento 2025, pari ad euro **899.647,40** comunicato dal responsabile dell'UOC Supporto Alla Gestione Dei Processi Assistenziali DAI con nota protocollo n. 11770 del 18/03/2026, è stato determinato sulla base delle disposizioni di cui alla L. 120/2007, così come modificata dalla L. 189/2012 comma 4 lettera c) (c.d. "Legge Balduzzi"), la quale prevede che una somma pari al 5% del compenso del libero professionista venga trattenuto dall'Azienda Sanitaria per essere vincolata ad interventi di prevenzione ovvero volti alla riduzione delle liste d'attesa. La consistenza del fondo al 31/12/2025 è pari ad euro **2.433.148,56**
- **Fondo manutenzioni cicliche:** finalizzato al ripristino ordinario della struttura edilizia ed impiantistica ospedaliera, stimato sulla base dell'usura della struttura e gli interventi medi programmati. Considerata la consistenza complessiva delle manutenzioni cicliche rappresentate dall'UO Progettazione Sviluppo Investimenti aziendale con idonea documentazione e tenuto conto dell'attuale saldo del fondo, è stato valutato come congruo l'accantonamento richiesto di euro **3.600.000**
La consistenza del fondo al 31/12/2025 è pertanto pari a € **8.519.646,65**.
- **Fondo per il sostegno della ricerca ed il miglioramento continuo:** il fondo è alimentato secondo quanto previsto dalla procedura PAC P-INT32 da quote inutilizzate di ricavi dell'esercizio che, secondo quanto previsto da normative nazionali (tra cui il D.M. 17 dicembre 2004) o da regolamentazioni aziendali, debbono essere destinate a:
 - al finanziamento di sperimentazioni e ricerche promosse dall'Azienda;
 - al miglioramento delle dotazioni tecnologiche destinate alla ricerca e all'attività istituzionale;
 - a progetti di miglioramento e di sviluppo dell'attività istituzionale compresa l'attività di formazione.

L'accantonamento dell'esercizio, pari ad euro **8.425.574,17** è così composto:

PG.14098 del 01/04/26 - RICAVI SPERIMENTAZIONI PROFIT 2025 – QUOTA AZIENDA	2.927.104,85
PG 15037 del 08/04/26 RICAVI SPERIMENTAZIONI PROFIT 2025 A DISPOSIZIONE DELLE UNITA' OPERATIVE	3.758.617,45
PG 13854 del 31/03/2026 – CONSULENZE AGI	10.150,00

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

PG 14099 del 01/04/26 - FONDO TRATTENUTA 10% RICERCA E QUOTA OVERHEAD E COSTI GENERALI FINALIZZATA A PROGETTI DI MIGLIORAMENTO	44.939,34
PG 14096 del 01/04/26 – RESIDUI SU PROGETTI ANNI PRECEDENTI	120.949,52
PG. 14280 DEL 02/04/26 – RETREAT DELLA RICERCA 2025	15.000,00
PG. 15973 14/04/2026 – ATTIVITA' TRAPIANTI	184.813,01
PG. 15933 14/04/2026 – MEDICINA INTERNA, MALATTIE EPATOBILIARI ED IMMUNOALLERGOLOGICHE.	7.300
PG. 15934 14/04/2026 – DIP. ECOGRAFIA INTERVENTISTICA DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA	56.700
PG. 15972 14/04/2026 – trattenuta operante sui contributi da soggetti pubblici e privati per ricerca in conformità all'art. 3 del regolamento del Fondo Ricerca e Miglioramento Continuo dell'IRCCS AOUBO (deliberazione n. 306) e in applicazione alla procedura P-INT32, PROGETTO 1 - Supporto alle attività di ricerca in ambito assistenziale con acquisizione di tecnologie avanzate PROGETTO 2 - Rifunionalizzazione edile, impiantistica e di beni a supporto dell'attività di diverse aree coinvolte nella realizzazione e sviluppo di progettualità di ricerca clinica PROGETTO 3 - Supporto alle attività di ricerca in ambito assistenziale con finanziamento di contratti di ricerca	450.000,00 500.000,00 350.000,00
TOTALE	8.425.574,17

La consistenza finale complessiva del fondo al 31.12.2025 è pari ad euro **20.487.817,71**.

- **Fondo per incentivi per funzioni tecniche Art. 45 D.Lgs.n. 36/2023:** il fondo è costituito ai sensi di detto decreto che prevede che le aggiudicatrici destinino ad un apposito fondo risorse finanziarie in misura non superiore al 2 per cento modulate sull'importo dei lavori, servizi e forniture, posti a base di gara per le funzioni tecniche svolte dai dipendenti delle stesse esclusivamente per le attività di programmazione della spesa per investimenti, di valutazione preventiva dei progetti, di predisposizione e di controllo delle procedure di gara e di esecuzione dei contratti pubblici, di RUP, di direzione dei lavori ovvero direzione dell'esecuzione e di collaudo tecnico amministrativo ovvero di verifica di conformità, di collaudatore statico ove necessario per consentire l'esecuzione del contratto nel rispetto dei documenti a base di gara, del progetto, dei tempi e costi prestabiliti.

L'accantonamento, pari ad euro **694.060,79**, è composto come segue:

Direttore del Servizio Acquisti Area Vasta (SAAV) con nota protocollo nr.PG.44424 del 12/04/2026 – quote di competenza 2025 per le procedure espletate dal SAAV per beni e servizi ex art.45 del D.lgs. n. 36/2023 – quota 80%	467.731,4
Direttore del Servizio Acquisti Area Vasta (SAAV) con nota protocollo nr.PG.44424 del 12/04/2026 – quote di competenza 2025 per le procedure espletate dal SAAV per beni e servizi ex art.45 del D.lgs. n. 36/2023 – quota 20%	121.240,24
Direttore del Servizio Acquisti Area Vasta (SAAV) con nota protocollo nr.PG.44424 del 12/04/2026 – quote di competenza 2025 per le procedure di servizi e forniture ex art 113 D.LGS. 50/2016	43.993,29
Direttore UO Progettazione Sviluppo Investimenti con nota protocollo nr. PG 16329 del 16/04/2026 quote di competenza 2025 per le procedure di servizi e forniture ex art 45 D.LGS. 36/2023 – quota 80%	44.486,51

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Direttore UO Progettazione Sviluppo Investimenti con nota protocollo nr. PG16329 del 16/04/2026 quote di competenza 2025 per le procedure di servizi e forniture ex art 45 D.LGS. 36/2023 – quota 20%	16.609,32

La consistenza finale del fondo, è pari euro **2.784.285,37.**

4.2.3. Proventi e oneri finanziari

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
C) Proventi e oneri finanziari			
C.1) Interessi attivi	11.477	9.538	19.638
C.2) Altri proventi	382	0	10
C.3) Interessi passivi	741.254	871.186	1.547.498
<i>C.3.A) Interessi passivi su anticipazioni di cassa</i>	0	0	379
<i>C.3.B) Interessi passivi su mutui</i>	667.534	741.186	1.389.881
<i>C.3.C) Altri interessi passivi</i>	73.720	130.000	157.238
C.4) Altri oneri	152.184	143.000	145.783
<i>C.4.A) Altri oneri finanziari</i>	151.596	140.000	144.481
<i>C.4.B) Perdite su cambi</i>	588	3.000	1.303
Totale proventi e oneri finanziari (C)	881.579	1.004.648	1.673.633

Si rileva un decremento complessivo del saldo dell'aggregato rispetto al preventivo 2025 pari a -123mila euro (-12,25%) ed un decremento rispetto al dato di consuntivo 2024 (-792mila euro; -47,33%).

Gli scostamenti rispetto ai dati di consuntivo 2024 e preventivo 2025 sono sostanzialmente correlati ad interessi passivi su mutui in essere, autorizzati a livello regionale, già rappresentati in fase previsionale, in particolare all'estinzione di un mutuo nel corso dell'esercizio 2025. Per maggiori dettagli sulla voce si rimanda alla **Nota integrativa – tab. 45 Dettaglio mutui**.

Per la voce Altri oneri si rileva un lieve incremento rispetto al consuntivo 2024 correlato alle spese per commissioni bancarie e oneri per il c/c postale.

D) Rettifiche di valore di attività finanziarie

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie			
D.1) Rivalutazioni	0	0	0
D.2) Svalutazioni	0	0	0
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0	0

Non vi sono state rettifiche di valore di attività finanziarie nel corso del 2025.

4.2.4. Proventi e oneri straordinari

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
E.1) Proventi straordinari	22.154.123	100.000	26.586.238
E.1.A) Plusvalenze	11.500	0	0
E.1.B) Altri proventi straordinari	22.142.623	100.000	26.586.238
E.1.B.1) Proventi da donazioni e liberalità diverse	54.891	0	10.439
E.1.B.2) Sopravvenienze attive	8.424.865	100.000	12.111.600
E.1.B.3) Insussistenze attive	13.662.867	0	14.464.199
E.1.B.4) Altri proventi straordinari	0	0	0

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
E.2) Oneri straordinari	8.203.892	100.000	12.383.173
E.2.A) Minusvalenze	20.910	0	312.483
E.2.B) Altri oneri straordinari	8.182.983	100.000	12.070.690
E.2.B.1) Oneri tributari da esercizi precedenti	0	0	0
E.2.B.2) Oneri da cause civili ed oneri processuali	219.021	100.000	23.856
E.2.B.3) Sopravvenienze passive	6.971.658	0	10.151.443
E.2.B.4) Insussistenze passive	992.304	0	1.895.391
E.2.B.5) Altri oneri straordinari	0	0	0

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2025	Preventivo 2025	Consuntivo 2024
Totale proventi e oneri straordinari (E)	13.950.230	0	14.203.066

E.1) Proventi straordinari:

Il valore della voce E.1.B.1) proventi da donazioni e liberalità a consuntivo 2025 è in aumento rispetto al consuntivo 2024 (+44mila euro) e al preventivo 2025 (+55mila euro).

La voce E.1.B.2) **Sopravvenienze attive** presenta un incremento rispetto al preventivo 2025 pari a +8,325 milioni di euro e un decremento rispetto al consuntivo 2024 pari a -3,687 milioni di euro (-30,44%).

Le principali voci registrate secondo le indicazioni regionali al conto "Sopravvenienze attive verso terzi relative al personale" sono 5,369 milioni di euro relativi all'assegnazione di risorse a copertura degli oneri derivanti dal rinnovo contrattuale del personale del comparto sanitario per il triennio 2022-2024 siglato il 27.10.2025 di cui alla DGR 2131/2025.

All'interno dell'aggregato alla voce "Sopravvenienze attive per quote F.S. vincolato" è stato contabilizzato per l'anno 2025 il finanziamento di 2,283 milioni di euro riconosciuto dal Ministero della Salute destinato a specifici obiettivi connessi all'attività di ricerca, assistenza e cura relativi al miglioramento dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, ai sensi dell'articolo 18, comma 1, del decreto-legge n. 148 del 2017e ss.mm.ii. e ai sensi dell'articolo 38, comma 1-novies del decreto-legge n.34 del 2019 e ss.mm.ii.

Sono state inoltre contabilizzate alla voce "Sopravvenienze attive per quote F.S. vincolato" le risorse assegnate dalla Regione per il piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2022-2025 relativamente alle quote degli anni 2023

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

e 2024, ciascuna di 128mila euro.

La voce E.1.B.3) **Insussistenze attive** presenta un incremento rispetto al preventivo 2025 pari a +13,663 milioni di euro ed un decremento rispetto al consuntivo 2024 pari a -801mila euro.

In tale voce è contabilizzata nel 2025 l'assegnazione regionale pari a 3,023 milioni di euro a titolo di payback sui dispositivi medici a seguito dell'applicazione dell'art. 7 del dl 95/25 (differenziale tra 48% e 25%) e l'assegnazione regionale pari a 2,029 milioni di euro a copertura degli oneri contrattuali del comparto.

A chiusura dell'esercizio 2025, si rilevano insussistenze pari a +3,827 milioni di euro a chiusura del fondo franchigie assicurative e del fondo personale in quiescenza, come da indicazioni regionali, nonché dell'adeguamento del fondo rischi per cause civili ed oneri processuali e del fondo spese legali alla valutazione effettuata dal gestore competente.

Nel corso dell'anno 2025 è stata inoltre effettuata la ricognizione delle fatture da ricevere e dei debiti vetusti che ha comportato la rilevazione di insussistenze attive per +2,182 milioni di euro.

E.2) Oneri straordinari

A consuntivo 2025 nella voce E.2.A) **"Minusvalenze"** vengono rappresentati gli effetti della dismissione di beni fuori uso per un valore complessivo di 20.910 euro; la cui quota di sterilizzazione è rappresentata per il medesimo importo dalla voce A.7.F) Quota imputata all'esercizio di altre poste del patrimonio netto. Si precisa che nell'anno 2024 era stata rappresentata la minusvalenza relativa alla dismissione del padiglione 26 (281mila euro).

Nella classificazione ministeriale E.2.B) **Altri oneri straordinari** alla voce "Oneri da cause civili ed oneri processuali" è rappresentato il valore dove sono registrati i risarcimenti di competenza dell'esercizio per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione), legato al programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle Aziende, a consuntivo 2025 pari a 219 mila euro, in aumento rispetto al consuntivo 2024 (+195mila euro) che rispetto al preventivo 2025 (+219mila euro).

La voce E.2.B.3) **Sopravvenienze passive** presenta un decremento rispetto al consuntivo 2024 pari a -3,180 milioni di euro ed un incremento rispetto al preventivo 2025 pari a +6,972 milioni di euro.

E' stato rappresentato all'interno degli aggregati EA0390 (Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza medica e non medica) la posta straordinaria correlata all'assegnazione della legge Gelli (Applicazione art. 1 commi 435 e 435BIS L. 205/2017) per 162.007 euro.

Alla voce EA0400 (Soprav. passive v/terzi relative al personale - comparto) l'impatto relativo al CCNL comparto per le annualità 2022-2024 pari a 5.369.717 euro.

Nella voce E.2.B.4) **Insussistenze passive**, in decremento rispetto al consuntivo 2024 (-903 mila euro) e in incremento rispetto al preventivo 2025 (+992 mila euro), impattano gli esiti della ricognizione eseguita sullo stato patrimoniale relativi alle note di credito da ricevere, nonché la ricognizione effettuata sulle fatture da emettere. Si precisa altresì che nel corso dell'anno 2025 sono state comunicate delle revoche di finanziamenti

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

che hanno comportato la rilevazione delle insussistenze sulle quote dei crediti non ancora incassati. Preme sottolineare che in quest'ultimo caso, le insussistenze risultano sterilizzate dall'utilizzo del contributo accantonato negli anni precedenti.

Per ulteriori dettagli si rimanda alla **Nota Integrativa – 26. Proventi e oneri straordinari**.

4.3 Relazione sui costi per livelli essenziali di assistenza e relazione sugli scostamenti

La rilevazione e l'elaborazione dei costi sostenuti e delle prestazioni erogate per livello di assistenza avviene attraverso flussi informativi strutturati e trasmessi alla Regione Emilia-Romagna e al Ministero con periodicità annuale. Il flusso LA è stato istituito dal D.M. 16 febbraio 2001 e rileva i costi delle Aziende sanitarie e dei Servizi sanitari regionali (SSRSSR) associati alla erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) secondo le tre macroaree di attività previste dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017. Il Decreto ministeriale del 24 maggio 2019 ha adottato i nuovi modelli di rilevazione economica Conto Economico (CE), Stato Patrimoniale (SP), dei costi per livelli di assistenza (LA) e Conto del Presidio (CP), degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale. È prevista:

- la distinzione dei costi in base alle diverse strutture organizzative che partecipano a garantire il livello assistenziale;
- lo scorporo dei costi per farmaci rimborsabili extra tariffa, per ogni livello essenziale di assistenza;
- l'imputazione ai centri di costo finali dei costi delle prestazioni per interni, fatta eccezione per le prestazioni di pronto soccorso a pazienti ricoverati e all'attività trasfusionale, che vengono rilevati separatamente.

La rilevazione a periodicità annuale è effettuata a consuntivo, su dati della contabilità analitica con quadratura rispetto alla contabilità generale (modello CE) attraverso l'elaborazione del modello regionale COA01. Si pone come obiettivo principale quello di disporre delle informazioni sui costi sostenuti per garantire gli specifici livelli e sub-livelli di assistenza ai cittadini assistiti a livello aziendale.

Di seguito vengono riportati i costi sostenuti dall'IRCCS Azienda Ospedaliera per gli anni 2024 e 2025 articolati per livello di assistenza secondo il modello LA, comprensivi dei costi generali e comuni di azienda.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

	Anno 2025 (in euro)	Anno 2024 (in euro)	Variazione 2025 vs 2024	Incidenza % su totale 2025	Incidenza % su totale 2024
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA					
Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali	256.807	155.928	100.879	0,0%	0,0%
Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	4.549.124	5.197.604	-648.479	0,5%	0,6%
Screening oncologici - programmi organizzati svolti in ambito ospedaliero	1.343.580	1.148.999	194.581	0,1%	0,1%
TOTALE PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	6.149.511	6.502.530	-353.019	0,7%	0,7%

ASSISTENZA DISTRETTUALE					
Assistenza farmaceutica	93.847.935	89.541.459	4.306.476	10,2%	10,2%
erogazione diretta a livello ospedaliero	93.847.935	89.541.459	4.306.476	10,2%	10,2%
Assistenza integrativa e protesica	-	-	-	0,0%	0,0%
Assistenza integrativa - totale	-	-	-	0,0%	0,0%
Assistenza integrativa - Presidi per persone affette da malattia diabetica o da malattie	-	-	-	0,0%	0,0%
Assistenza integrativa - Prodotti destinati ad una alimentazione particolare	-	-	-	0,0%	0,0%
Assistenza integrativa - Dispositivi monouso forniti agli assistiti	-	-	-	0,0%	0,0%
Assistenza protesica	-	-	-	0,0%	0,0%
Assistenza specialistica ambulatoriale	235.481.246	217.425.023	18.056.223	25,5%	24,8%
Attività prodotto in ambito ospedaliero - attività di laboratorio	40.566.665	36.266.391	4.300.274	4,4%	4,1%
Attività prodotto in ambito ospedaliero - diagnostica strumentale	35.378.061	32.363.233	3.014.828	3,8%	3,7%
Attività prodotto in ambito ospedaliero -attività clinica	111.046.991	104.878.521	6.168.469	12,0%	12,0%
Attività prodotto in ambito ospedaliero - farmaci ad alto costo rimborsati extratariffa	-	-	-	0,0%	0,0%
Attività prodotta in ambito distrettuale e da terzi - farmaci ad alto costo rimborsati extra-tariffa	48.365.624	43.810.194	4.555.429	5,2%	5,0%
Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito distrettuale e da terzi	123.905	106.683	17.222	0,0%	0,0%

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

	Anno 2025 (in euro)	Anno 2024 (in euro)	Variazione 2025 vs 2024	Incidenza % su totale 2025	Incidenza % su totale 2024
TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE	329.329.181	306.966.482	22.362.699	35,7%	35,0%

Assistenza ospedaliera					
Attività di pronto soccorso	27.218.682	26.297.434	921.248	2,9%	3,0%
Attività diretta di Pronto soccorso e OBI per accessi non seguiti da ricovero	17.551.463	16.808.723	742.740	1,9%	1,9%
Attività diretta di Pronto soccorso e OBI per accessi seguiti da ricovero	3.714.956	3.723.115	-8.159	0,4%	0,4%
Accertamenti diagnostici strumentali e consulenze in PS per accessi non seguiti da ricovero	5.952.263	5.765.596	186.667	0,6%	0,7%
Assistenza ospedaliera per acuti	511.206.201	496.457.236	14.748.965	55,4%	56,7%
Assistenza ospedaliera per acuti - in Day Hospital	19.937.558	19.373.011	564.547	2,2%	2,2%
Assistenza ospedaliera per acuti - in Day Surgery	31.294.921	28.359.929	2.934.992	3,4%	3,2%
Assistenza ospedaliera per acuti - in Degenza Ordinaria	450.137.181	438.385.217	11.751.964	48,7%	50,0%
Assistenza ospedaliera per acuti - Farmaci ad alto costo rimborsati extra-tariffa	9.836.541	10.339.079	-502.538	1,1%	1,2%
Ass. ospedaliera per lungodegenti	5.525.359	40.265	5.485.094	0,6%	0,0%
Ass. ospedaliera per riabilitazione	3.059.722	1.378.933	1.680.790	0,3%	0,2%
Attività a supporto dei trapianti di cellule, organi e tessuti	7.379.213	7.215.528	163.685	0,8%	0,8%
Trasporto sanitario assistito	4.883.863	4.892.429	-8.567	0,5%	0,6%
Attività trasfusionale	8.660.734	10.082.783	-1.422.049	0,9%	1,2%
Attività a supporto delle donazioni di cellule riproduttive	318.218	286.149	32.069	0,0%	0,0%
TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA	568.251.993	546.650.758	21.601.236	61,5%	62,4%
TOTALE COSTI PER ATTIVITA' DI RICERCA	19.763.538	16.160.638	3.602.900		
TOTALE	923.494.223	876.280.408	47.213.816	100,0%	100,0%

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

L'incidenza sul totale dei costi nell'anno 2025 del livello prevenzione collettiva e sanità pubblica è equivalente rispetto all'anno 2024 (0,7%).

Assistenza distrettuale

Il livello di assistenza farmaceutica rappresenta i farmaci ed emoderivati oggetto di erogazione diretta in dimissione, erogati a seguito di prestazione erogata a paziente ambulatoriale e farmaci somministrati nell'ambito di un trattamento ospedaliero. I costi rappresentati in questo livello di assistenza sono oggetto di compensazione sanitaria o di finanziamento con il fondo dei farmaci innovativi e sono comprensivi di payback e del sistema payment by result. I costi di questo livello di assistenza risultano in aumento rispetto all'esercizio precedente (+4,3 milioni Euro), mentre l'incidenza sul totale dei costi dell'azienda risulta equivalente all'anno precedente (10,2%).

Livello di assistenza specialistica: in questo ambito vengono rilevati i costi attribuiti all'attività specialistica ambulatoriale per pazienti ambulatoriali. Questo livello di assistenza rappresenta il 25,5% dei costi complessivi aziendali (24,8% nell'anno 2024) con un incremento in termini assoluti di circa +18,0 milioni di euro. Questo livello si compone dell'attività ambulatoriale effettuata dalle unità operative (attività clinica) e dai servizi diagnostici di laboratorio e radiologia.

Assistenza ospedaliera

I costi del livello di assistenza ospedaliera nell'anno 2025 aumentano in termini assoluti di +21,6 milioni di euro e l'incidenza sul totale rispetto all'esercizio precedente diminuisce in termini relativi dal 62,4% al 61,5%.

L'assistenza ospedaliera si compone di queste dimensioni:

- Livello di assistenza attività di **pronto soccorso**: in questo ambito sono sempre stati rilevati i costi dell'attività del pronto soccorso generale e specialistici, nonché dell'attività di osservazione breve intensiva, sostanzialmente stabili nel tempo (l'incidenza nel 2025 è del 2,9%, sul livello del triennio 2021-2023, nell'anno 2024 è stata del 3,0%).
- Livello di assistenza ospedaliera per **acuti**: nell'ambito di quest'area sono aggregati i costi delle unità operative per la quota parte relativa all'attività di ricovero in regime ordinario, day hospital e day surgery. Sui centri di costo di quest'area vengono allocati anche i costi per i farmaci somministrati in regime di ricovero (ordinario o day hospital) che rappresentano l'unica eccezione consentita per la richiesta di rimborso (Circolare n. 3/2007 "Ordinamento della mobilità sanitaria interregionale ed infraregionale – Anno 2007"). Si tratta di:
 - farmaci contenenti fattori della coagulazione, somministrati a pazienti emofilici o affetti da malattia emorragica congenita;
 - un set limitato di farmaci innovativi oncologici ed ematologici ad elevato costo, regime di fornitura OSP1, per i quali la compensabilità è ammessa nella misura del 50% del costo sostenuto per l'acquisto.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Complessivamente il livello di assistenza ospedaliera per acuti registra un aumento dei costi attribuiti in valore assoluto (+14,749 milioni di €); in termini relativi come incidenza sul totale dei costi aziendali vi è la diminuzione rispetto all'esercizio precedente dal 56,7% al 55,4%.

L'incidenza sul totale dei costi aziendali nell'anno 2025 di assistenza ospedaliera per lungodegenti, riabilitazione, attività a supporto dei trapianti di cellule, organi e tessuti, l'attività trasfusionale, trasporto sanitario e attività a supporto delle donazioni di cellule riproduttive passa dal 2,7% dell'anno 2024 al 3,2% del 2025.

I costi delle attività di ricerca i cui ricavi sono contabilizzati nell'allegato 3 A del modello LA, corrispondenti alle voci CE AA0190, AA0200, AA0210, AA0220 e AA0300.

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

Anno 2025

[illegible]

—

[illegible]

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Centro di costo	Descrizione	LA1 - Consumi e manutenzioni di esercizio-Sanitari	LA2 - Consumi e manutenzioni di esercizio-Non Sanitari	LA3 - Costi per acquisti di servizi- Prestazioni sanitarie	LA4 - Costi per acquisti di servizi- Serv. san. per erog. prestazioni	LA5 - Costi per acquisti di servizi- Servizi non sanitari	LA6 - Pers. ruolo sanitario	LA7 - Pers. ruolo profess.	LA8 - Pers. ruolo tecnico	LA9 - Pers. ruolo amminis.	LA10 - Ammortamenti	LA11 - Sopravvenienze/insussistenze	LA12 - Altri Costi	LA13 - Oneri finanziari, svalutazioni, minusvalenze	Totale
2A132	Altra assistenza sanitaria di base - Ospedali di Comunità	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2B100	Continuità assistenziale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2C100	Assistenza ai turisti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2D100	Emergenza sanitaria territoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2E100	Assistenza farmaceutica	93.847.935	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	93.847.935
2E110	Assistenza farmaceutica erogata in regime di convenzione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2E120	Assistenza farmaceutica - erogazione diretta a livello territoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2E121	Assistenza farmaceutica - erogazione diretta a livello territoriale - Distribuzione diretta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2E122	Assistenza farmaceutica - erogazione diretta a livello territoriale - Distribuzione per conto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2E130	Assistenza farmaceutica - erogazione diretta a livello ospedaliero	93.847.935	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	93.847.935
2F100	Assistenza integrativa e protesica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2F110	Assistenza integrativa - Totale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2F111	Assistenza integrativa - Presidi per persone affette da malattia diabetica o da malattie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2F112	Assistenza integrativa - Prodotti destinati ad una alimentazione particolare	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2F113	Assistenza integrativa -Dispositivi monouso forniti agli assistiti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2F120	Assistenza protesica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2G100	Assistenza specialistica ambulatoriale	79.549.361	1.957.522	1.720.694	37.668.222	23.600.207	61.347.144	465.584	9.953.105	5.854.320	8.785.469	585.244	3.611.635	195.548	235.294.056
2G110	Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito ospedaliero	79.549.361	1.957.522	1.596.789	37.668.222	23.600.207	61.347.144	465.584	9.953.105	5.854.320	8.785.469	585.244	3.611.635	195.548	235.170.150

—

[illegible]

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -[illegible]

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Centro di costo	Descrizione	LA1 - Consumi e manutenzioni di esercizio-Sanitari	LA2 - Consumi e manutenzioni di esercizio-Non Sanitari	LA3 - Costi per acquisti di servizi- Prestazioni sanitarie	LA4 - Costi per acquisti di servizi- Serv. san. per erog. prestazioni	LA5 - Costi per acquisti di servizi- Servizi non sanitari	LA6 - Pers. ruolo sanitario	LA7 - Pers. ruolo profess.	LA8 - Pers. ruolo tecnico	LA9 - Pers. ruolo amminis.	LA10 - Ammortamenti	LA11 - Sopravvenienze/insussistenze	LA12 - Altri Costi	LA13 - Oneri finanziari, svalutazioni, minusvalenze	Totale
2I120	Assistenza sociosanitaria semi-residenziale - Assistenza alle persone con disabilità	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2I130	Assistenza sociosanitaria semi-residenziale - Assistenza alle persone con dipendenze patologiche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2I140	Assistenza sociosanitaria semi-residenziale - Assistenza alle persone non autosufficienti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2I150	Assistenza sociosanitaria semi-residenziale - Assistenza ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2I100	Assistenza sociosanitaria residenziale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2I110	Assistenza sociosanitaria residenziale - Assistenza alle persone con disturbi mentali	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2I120	Assistenza sociosanitaria residenziale - Assistenza alle persone con disabilità	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2I130	Assistenza sociosanitaria residenziale - Assistenza alle persone con dipendenze patologiche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2I140	Assistenza sociosanitaria residenziale - Assistenza alle persone non autosufficienti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2I150	Assistenza sociosanitaria semi-residenziale - Assistenza alle persone nella fase terminale della vita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2I160	Assistenza sociosanitaria residenziale - Assistenza ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2K100	Assistenza termale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2L100	Assistenza presso strutture sanitarie interne alle carceri	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29999	TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE	173.397.296	1.957.522	1.720.694	37.668.222	23.600.207	61.347.144	465.584	9.953.105	5.854.320	8.785.469	585.244	3.611.635	195.548	329.141.990
	ASSISTENZA OSPEDALIERA														
3A100	Attività di Pronto soccorso	3.138.801	472.509	770.016	1.712.151	5.103.870	10.349.129	84.742	2.603.775	938.340	1.226.257	105.840	646.316	35.592	27.187.339

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Centro di costo	Descrizione	LA1 - Consumi e manutenzioni di esercizio-Sanitari	LA2 - Consumi e manutenzioni di esercizio-Non Sanitari	LA3 - Costi per acquisti di servizi- Prestazioni sanitarie	LA4 - Costi per acquisti di servizi- Serv. san. per erog. prestazioni	LA5 - Costi per acquisti di servizi- Servizi non sanitari	LA6 - Pers. ruolo sanitario	LA7 - Pers. ruolo profess.	LA8 - Pers. ruolo tecnico	LA9 - Pers. ruolo amminis.	LA10 - Ammortamenti	LA11 - Sopravvenienze/insussistenze	LA12 - Altri Costi	LA13 - Oneri finanziari, svalutazioni, minusvalenze	Totale
3A110	Attività diretta di Pronto soccorso e OBI	2.404.566	365.806	602.049	1.301.622	3.952.407	8.186.038	67.070	2.053.045	723.638	962.231	83.626	511.449	28.170	21.241.716
3A111	Attività diretta di Pronto soccorso e OBI per accessi non seguiti da ricovero	1.844.514	316.937	491.253	1.119.415	3.457.496	6.526.473	54.000	1.767.192	654.956	796.312	67.878	411.991	22.680	17.531.097
3A112	Attività diretta di Pronto soccorso e OBI per accessi seguiti da ricovero	560.052	48.869	110.796	182.207	494.911	1.659.565	13.070	285.853	68.682	165.920	15.747	99.458	5.490	3.710.619
3A120	Accertamenti diagnostici strumentali e consulenze in PS per accessi non seguiti da ricovero	734.234	106.703	167.967	410.530	1.151.463	2.163.091	17.672	550.731	214.701	264.026	22.214	134.868	7.422	5.945.623
3B100	Assistenza ospedaliera per acuti	123.411.265	5.780.686	9.642.072	40.099.363	67.284.660	184.960.187	1.489.905	36.146.324	8.489.605	19.440.214	1.795.056	11.540.362	625.769	510.705.470
3B110	Assistenza ospedaliera per acuti - in Day Hospital	4.237.835	166.979	287.947	846.465	2.626.036	8.783.658	66.807	1.179.332	331.968	763.269	80.490	516.469	28.059	19.915.312
3B120	Assistenza ospedaliera per acuti - in Day Surgery	8.882.874	302.746	62.168	1.784.291	3.905.373	11.414.103	90.698	2.115.278	447.227	1.411.232	109.274	701.428	38.094	31.264.785
3B130	Assistenza ospedaliera per acuti - in Degenza Ordinaria	100.454.015	5.310.961	9.291.958	37.468.607	60.753.252	164.762.426	1.332.400	32.851.714	7.710.410	17.265.714	1.605.292	10.322.466	559.616	449.688.832
3B140	Assistenza ospedaliera per acuti - Farmaci ad alto costo rimborsati extra-tariffa	9.836.541	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9.836.541
3B150	Assistenza ospedaliera per acuti - Dispositivi ad alto costo rimborsati extra-tariffa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3C100	Assistenza ospedaliera per lungodegenti	683.887	197.153	34.211	117.106	805.932	2.073.431	21.008	1.060.269	103.635	228.318	25.311	159.304	8.823	5.518.388
3D100	Assistenza ospedaliera per riabilitazione	59.527	26.757	17.794	76.145	528.072	1.822.055	13.390	175.444	65.900	141.991	16.132	106.450	5.624	3.055.282
3E100	Trasporto sanitario assistito	-	-	4.883.863	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.883.863
3F100	Attività trasfusionale	1.259.050	54.752	25.588	1.688.152	836.265	2.823.970	22.830	398.174	334.957	990.038	27.681	181.969	9.589	8.653.016
3G100	Attività a supporto dei trapianti di cellule, organi e tessuti	727.786	16.670	588.794	2.804.111	913.165	1.811.616	12.950	82.113	101.803	124.718	15.602	126.759	5.439	7.331.523
3H100	Attività a supporto delle donazioni di cellule riproduttive	318.218	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	318.218
39999	TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA	129.598.534	6.548.527	15.962.338	46.497.028	75.471.964	203.840.389	1.644.825	40.466.100	10.034.239	22.151.536	1.985.621	12.761.160	690.837	567.653.099
48888	TOTALE COSTI PER ATTIVITA DI RICERCA	2.861.135	61.531	4.238	3.194.586	6.457.946	5.261.903	43.492	560.532	741.612	141.268	52.400	353.064	18.267	19.751.976
49999	TOTALE AZIENDA	306.431.877	8.625.107	17.688.259	87.843.546	106.097.075	273.464.847	2.261.463	51.218.500	16.827.065	31.760.848	2.651.259	16.910.029	914.348	922.694.223

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Anno 2024

Centro di costo	Descrizione	LA1 - Consumi e manutenzioni di esercizio- Sanitari	LA2 - Consumi e manutenzioni di esercizio- Non Sanitari	LA3 - Costi per acquisti di servizi- Prestazioni sanitarie	LA4 - Costi per acquisti di servizi- Serv. san. per erog. prestazioni	LA5 - Costi per acquisti di servizi- Servizi non sanitari	LA6 - Pers. ruolo sanitario	LA7 - Pers. ruolo profess.	LA8 - Pers. ruolo tecnico	LA9 - Pers. ruolo amminis.	LA10 - Ammortamenti	LA11 - Sopravvenienze/insussistenze	LA12 - Altri Costi	LA13 - Oneri finanziari, svalutazioni, minusvalenze	Totale
	PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA														
1A100	Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali	155.928	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	155.928
1A110	Vaccinazioni	155.928	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	155.928
1A120	Altri interventi per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1B100	Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1C100	Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	1.035.613	21.603	25	324.704	394.061	2.401.496	120.468	214.337	89.946	433.740	32.989	110.949	17.672	5.197.604
1D100	Salute animale e igiene urbana veterinaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1E100	Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1F100	Sorveglianza, prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e programmi organizzati di screening: sorveglianza e pr	187.126	16.687	812	66.650	150.155	349.414	3.166	76.153	30.583	244.065	5.097	16.467	2.625	1.148.999
1F110	Screening oncologici	187.126	16.687	812	66.650	150.155	349.414	3.166	76.153	30.583	244.065	5.097	16.467	2.625	1.148.999
1F111	Programmi organizzati svolti in apposita Unità operativa/Centro di costo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1F112	Programmi organizzati svolti in ambito consultoriale/ambulatoriale/territoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1F113	Programmi organizzati svolti in ambito ospedaliero	187.126	16.687	812	66.650	150.155	349.414	3.166	76.153	30.583	244.065	5.097	16.467	2.625	1.148.999

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -[illegible]

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Centro di costo	Descrizione	LA1 - Consumi e manutenzioni di esercizio-Sanitari	LA2 - Consumi e manutenzioni di esercizio-Non Sanitari	LA3 - Costi per acquisti di servizi- Prestazioni sanitarie	LA4 - Costi per acquisti di servizi- Serv. san. per erog. prestazioni	LA5 - Costi per acquisti di servizi- Servizi non sanitari	LA6 - Pers. ruolo sanitario	LA7 - Pers. ruolo profess.	LA8 - Pers. ruolo tecnico	LA9 - Pers. ruolo amminis.	LA10 - Ammortamenti	LA11 - Sopravvenienze/insussistenze	LA12 - Altri Costi	LA13 - Oneri finanziari, svalutazioni, minusvalenze	Totale
2A130	Altra assistenza sanitaria di base	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2A131	Altra assistenza sanitaria di base - UCCP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2A132	Altra assistenza sanitaria di base - Ospedali di Comunità	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2B100	Continuità assistenziale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2C100	Assistenza ai turisti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2D100	Emergenza sanitaria territoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2E100	Assistenza farmaceutica	89.541.459	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89.541.459
2E110	Assistenza farmaceutica erogata in regime di convenzione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2E120	Assistenza farmaceutica - erogazione diretta a livello territoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2E121	Assistenza farmaceutica - erogazione diretta a livello territoriale - Distribuzione diretta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2E122	Assistenza farmaceutica - erogazione diretta a livello territoriale - Distribuzione per conto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2E130	Assistenza farmaceutica - erogazione diretta a livello ospedaliero	89.541.459	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89.541.459
2F100	Assistenza integrativa e protesica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2F110	Assistenza integrativa - Totale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2F111	Assistenza integrativa - Presidi per persone affette da malattia diabetica o da malattie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2F112	Assistenza integrativa - Prodotti destinati ad una alimentazione particolare	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2F113	Assistenza integrativa -Dispositivi monouso forniti agli assistiti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2F120	Assistenza protesica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2G100	Assistenza specialistica ambulatoriale	73.312.347	3.071.164	1.547.551	32.077.844	23.208.352	57.902.531	502.273	9.274.851	5.198.600	7.381.940	808.703	2.722.439	416.428	217.425.023

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -[illegible]

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -[illegible]

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -[illegible]

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Centro di costo	Descrizione	LA1 - Consumi e manutenzioni di esercizio-Sanitari	LA2 - Consumi e manutenzioni di esercizio-Non Sanitari	LA3 - Costi per acquisti di servizi-Prestazioni sanitarie	LA4 - Costi per acquisti di servizi-Serv. san. per erog. prestazioni	LA5 - Costi per acquisti di servizi-Servizi non sanitari	LA6 - Pers. ruolo sanitario	LA7 - Pers. ruolo profess.	LA8 - Pers. ruolo tecnico	LA9 - Pers. ruolo amminis.	LA10 - Ammortamenti	LA11 - Sopravvenienze/insussistenze	LA12 - Altri Costi	LA13 - Oneri finanziari, svalutazioni, minusvalenze	Totale
2J130	Assistenza sociosanitaria residenziale - Assistenza alle persone con dipendenze patologiche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2J140	Assistenza sociosanitaria residenziale - Assistenza alle persone non autosufficienti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2J150	Assistenza sociosanitaria semi-residenziale - Assistenza alle persone nella fase terminale della vita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2J160	Assistenza sociosanitaria residenziale - Assistenza ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2K100	Assistenza termale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2L100	Assistenza presso strutture sanitarie interne alle carceri	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29999	TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE	162.853.805	3.071.164	1.547.551	32.077.844	23.208.352	57.902.531	502.273	9.274.851	5.198.600	7.381.940	808.703	2.722.439	416.428	306.966.482
	ASSISTENZA OSPEDALIERA														
3A100	Attività di Pronto soccorso	2.960.343	532.357	731.017	1.609.103	5.060.447	10.146.220	94.446	2.479.454	832.697	1.124.255	151.123	497.669	78.304	26.297.434
3A110	Attività diretta di Pronto soccorso e OBI	2.278.475	406.595	571.848	1.247.779	3.931.020	7.994.712	74.395	1.937.561	636.856	880.225	118.840	391.852	61.680	20.531.838
3A111	Attività diretta di Pronto soccorso e OBI per accessi non seguiti da ricovero	1.776.266	371.876	470.658	1.068.426	3.339.686	6.361.957	59.289	1.602.364	579.097	721.589	95.461	312.896	49.156	16.808.723
3A112	Attività diretta di Pronto soccorso e OBI per accessi seguiti da ricovero	502.209	34.719	101.190	179.353	591.334	1.632.755	15.106	335.196	57.759	158.636	23.379	78.956	12.524	3.723.115
3A120	Accertamenti diagnostici strumentali e consulenze in PS per accessi non seguiti da ricovero	681.868	125.762	159.169	361.324	1.129.427	2.151.508	20.051	541.893	195.841	244.030	32.283	105.816	16.624	5.765.596
3B100	Assistenza ospedaliera per acuti	114.333.049	4.580.943	9.726.598	39.754.944	68.365.937	186.202.175	1.696.911	34.139.795	7.221.986	17.301.916	2.626.315	9.099.778	1.406.888	496.457.236
3B110	Assistenza ospedaliera per acuti - in Day Hospital	3.669.037	133.030	289.988	740.876	2.837.853	8.936.322	77.198	1.127.613	288.646	676.774	119.479	412.192	64.004	19.373.011
3B120	Assistenza ospedaliera per acuti - in Day Surgery	7.588.776	258.363	44.411	1.556.264	3.670.698	11.094.647	98.686	1.766.163	373.402	1.146.603	152.737	527.361	81.819	28.359.929
3B130	Assistenza ospedaliera per acuti - in Degenza Ordinaria	92.736.157	4.189.550	9.392.199	37.457.804	61.857.386	166.171.207	1.521.027	31.246.019	6.559.939	15.478.539	2.354.099	8.160.226	1.261.065	438.385.217

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Centro di costo	Descrizione	LA1 - Consumi e manutenzioni di esercizio-Sanitari	LA2 - Consumi e manutenzioni di esercizio-Non Sanitari	LA3 - Costi per acquisti di servizi- Prestazioni sanitarie	LA4 - Costi per acquisti di servizi- Serv. san. per erog. prestazioni	LA5 - Costi per acquisti di servizi- Servizi non sanitari	LA6 - Pers. ruolo sanitario	LA7 - Pers. ruolo profess.	LA8 - Pers. ruolo tecnico	LA9 - Pers. ruolo amminis.	LA10 - Ammortamenti	LA11 - Sopravvenienze/insussistenze	LA12 - Altri Costi	LA13 - Oneri finanziari, svalutazioni, minusvalenze	Totale
3B140	Assistenza ospedaliera per acuti - Farmaci ad alto costo rimborsati extra-tariffa	10.339.079	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10.339.079
3B150	Assistenza ospedaliera per acuti - Dispositivi ad alto costo rimborsati extra-tariffa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3C100	Assistenza ospedaliera per lungodegenti	2.200	0	-	1.656	35.946	-	-	-	-	463	-	1	-	40.265
3D100	Assistenza ospedaliera per riabilitazione	61.053	9.047	1.443	29.227	275.953	777.687	6.573	79.521	24.183	62.681	10.172	35.942	5.449	1.378.933
3E100	Trasporto sanitario assistito	-	-	4.892.429	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.892.429
3F100	Attività trasfusioneale	1.166.460	177.922	9.302	822.769	1.556.518	4.347.606	40.097	616.702	546.851	490.059	62.895	212.358	33.244	10.082.783
3G100	Attività a supporto dei trapianti di cellule, organi e tessuti	643.923	21.043	601.379	2.372.897	981.897	2.065.429	17.030	83.310	135.011	134.709	26.357	118.425	14.119	7.215.528
3H100	Attività a supporto delle donazioni di cellule riproduttive	286.149	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	286.149
39999	TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA	119.453.177	5.321.313	15.962.169	44.590.595	76.276.699	203.539.117	1.855.056	37.398.782	8.760.728	19.114.084	2.876.862	9.964.173	1.538.004	546.650.758
48888	TOTALE COSTI PER ATTIVITA DI RICERCA	1.563.595	17.105	44	6.563.078	2.727.562	4.575.508	37.433	214.205	136.311	42.100	57.936	194.723	31.036	16.160.638
49999	TOTALE AZIENDA	285.249.245	8.447.872	17.510.602	83.622.872	102.756.828	268.768.066	2.518.395	47.178.327	14.216.168	27.215.929	3.781.587	13.008.751	2.005.764	876.280.408

4.4 Attività Libero Professionale

Come conseguenza del periodo pandemico, l'attività libero professionale ha subito inevitabilmente una riduzione. Ciò nonostante, nel 2025 si conferma il *trend* in crescita già evidenziato negli anni precedenti soprattutto per ciò che concerne l'attività di ricovero, anche se con un volume complessivo ancora inferiore rispetto a quello pre-pandemico. Per l'attività ambulatoriale si confermano sostanzialmente i volumi di attività del 2024 i cui valori complessivi sono sostanzialmente paragonabili a quelli pre-pandemia.

Attività di ricovero

Nell'anno 2025 i reparti originariamente dedicati all'attività libero professionale sono stati ancora dedicati alle attività istituzionali sia per continuare ad impiegare queste aree per il recupero dell'attività di ricovero in regime istituzionale, sia in considerazione delle necessità collegate alle numerose ristrutturazioni in corso all'interno del Policlinico. Di conseguenza l'erogazione della libera professione in regime di ricovero è autorizzata all'interno dell'ospedale, nelle sole giornate del venerdì pomeriggio o del sabato impiegando posti letto dedicati all'erogazione dell'attività in SSN. L'utilizzo dei posti letto SSN è possibile, in queste circostanze, quasi esclusivamente per i ricoveri di cardiocirurgia e chirurgia vascolare, per l'effettuazione dei ricoveri che richiedono interventi che impiegano la tecnica robotica, per l'effettuazione dei parti, per gli interventi eseguiti su bambini. L'eventuale impiego di posti letto SSN in altre aree è stato consentito solo in via eccezionale e dopo valutazione di specifica richiesta motivata portata dal professionista all'attenzione dell'ufficio libera professione ed autorizzata dalla Direzione sanitaria. Sono stati, inoltre, autorizzati ricoveri presso le UOC di chirurgia generale e chirurgia toracica presso la sede dell'ospedale Maggiore in considerazione degli accordi di gestione dell'attività interaziendale che comprendono anche l'erogazione dell'attività in libera professione.

I ricoveri effettuati nell'anno 2025 sono stati complessivamente 327 con un incremento di 36 casi rispetto al 2024. Di questi 321 sono stati erogati presso il Policlinico di S. Orsola (con un incremento di 46 casi rispetto all'anno precedente), mentre 6 sono stati erogati presso l'Ospedale Maggiore (con un decremento di 10 casi rispetto all'anno precedente).

In mancanza dei reparti dedicati all'attività libero professionale caratterizzati da alto comfort alberghiero, nessuno dei ricoveri erogati ha previsto il pagamento della quota del comfort, così come nessun ricovero è stato effettuato in regime istituzionale con il pagamento della sola quota del comfort.

Attività ambulatoriale

Nel 2025 il 96,7% dell'attività ambulatoriale in libera professione è effettuata all'interno degli spazi aziendali impiegati anche per l'erogazione dell'attività istituzionale, in fascia oraria pomeridiana dedicata, in modo da non interferire nell'erogazione delle prestazioni in SSN. Una quota pari al 3,3% è invece erogata in strutture private non accreditate e presso una sede dislocata in Azienda Usl di Bologna (Ospedale Maggiore). L'erogazione di tutta l'attività ambulatoriale è gestita impiegando agende dedicate alla libera professione (applicativo CWALP) che sono state costruite in maniera speculare a quanto effettuato nell'erogazione dell'attività in regime istituzionale. In particolare, nella costruzione delle agende è prestata particolare attenzione alla tempistica di erogazione che non può essere inferiore a quella configurata nelle agende in regime SSN e alla codifica delle prestazioni erogate che sono allineate a quelle erogate dal professionista o dall'equipe in regime istituzionale. Fanno eccezione i cosiddetti "pacchetti di prestazioni", previsti su specifica richiesta del professionista esclusivamente a fini tariffari.

Nel corso del 2025 è continuata l'attività, già attivata nel 2024, di costruzione di agende di equipe per l'erogazione della libera professione ambulatoriale, consentendo all'azienda di

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

proporre ai pazienti prestazioni in ALPI a tariffe calmierate che prevedono la scelta non del medico ma dell'equipe di riferimento. Le agende di equipe attivate nel corso del 2025 sono state quelle delle UOC di chirurgia senologica, chirurgia plastica, chirurgia vascolare, ortopedia, andrologia e cardiologia pediatrica. L'attività in equipe ha coinvolto complessivamente 152 dirigenti medici.

Complessivamente, durante l'anno 2025 sono state erogate n. 87.799 prestazioni ambulatoriali registrando una riduzione rispetto al dato dell'anno precedente (- 4,3%).

Partecipazione ai proventi di attività professionali (vendita di prestazioni e attività occasionale) e istituzionali (consulenze)

Dal 2023 l'Azienda ha attivato convenzioni di vendita di prestazioni che prevedono l'erogazione di attività presso strutture private non accreditate. Le convenzioni di vendita di prestazioni sono attivate a seguito della richiesta da parte della struttura privata non accreditata e sono finalizzate a consentire ai pazienti che si rivolgono a loro di potere usufruire delle competenze dei medici dell'IRCCS. Nel corso del 2025 sono state attivate o rinnovate 12 convenzioni rivolte principalmente a strutture che hanno sede nella Regione Emilia-Romagna. L'attività riferita a queste convenzioni ha coinvolto complessivamente 120 professionisti. Ulteriori 51 professionisti hanno erogato prestazioni richieste occasionalmente.

Sono, infine, rendicontate all'interno del bilancio della libera professione anche le consulenze sanitarie svolte al di fuori dell'orario di lavoro quando erogate ad aziende sanitarie pubbliche della Regione Emilia-Romagna e a strutture sanitarie private non accreditate o altre aziende private (art. 89 c. 1 lettera d) ed art. 90-91 del CCNL 2019-2021.

L'attività di consulenza ha coinvolto 156 consulenti per erogazione di prestazioni a favore di Enti del Servizio Sanitario Regionale e 20 consulenti per erogazioni di prestazioni a favore di altri soggetti.

Azioni organizzative

Nel corso del 2025 sono state introdotte azioni finalizzate al miglioramento dell'efficienza dei processi, con due principali obiettivi:

- snellire, introducendo modalità digitali, i processi amministrativi finalizzati alla gestione delle attività in libera professione per contrarne i tempi di espletamento e porre particolare attenzione alle attività di controllo e di rendicontazione. In particolare, nel corso del 2025 sono state completate le azioni impostate nel 2024 per l'informatizzazione del percorso di ricovero e la gestione del processo di vendita di prestazioni;
- costruire un cruscotto di indicatori in grado di rappresentare l'efficienza e la qualità del servizio fornito. In particolare, è in corso di realizzazione il sistema di confronto dei volumi individuali tra attività libero professionale e attività istituzionale che andrà a completare il monitoraggio dei volumi di erogazione della libera professione in relazione all'attività istituzionale. Tale sistema sarà completato nel primo semestre 2026.

Sul versante della definizione delle regole per l'erogazione dell'attività libero professionale nel corso del 2025 è stato chiesto all'Osservatorio aziendale per l'erogazione della libera professione di aggiornare l'"Atto aziendale per l'erogazione della libera professione". L'Osservatorio, attraverso incontri mensili di discussione ed aggiornamento ha completato il proprio lavoro a dicembre 2025 rilasciando una versione tecnica del documento che la direzione aziendale analizzerà e completerà nei primi mesi del 2026.

Inoltre, nel 2025 è stato attivato un gruppo di lavoro con l'obiettivo di analizzare e rivedere i costi di erogazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione. Tale gruppo di lavoro si è dedicato nella prima parte dell'anno alla valorizzazione dei costi per le visite specialistiche e nella seconda parte dell'anno alla valorizzazione dei costi della diagnostica. I

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

risultati del gruppo hanno portato all'applicazione rispettivamente a settembre 2025 (visite specialistiche) e a dicembre 2025 (prestazioni diagnostiche) dei nuovi costi delle prestazioni. Il gruppo completerà la propria attività nel corso del 2026 con la revisione dei costi delle prestazioni di laboratorio.

Per ciò che riguarda l'erogazione di prestazioni ambulatoriali presso strutture private non accreditate nel corso del 2025 si sono create le condizioni per il rientro di tutti i professionisti all'interno degli spazi aziendali.

Rendicontazione contabile

La rendicontazione contabile deriva dalla tenuta di una contabilità separata per l'attività libero professionale. La nuova procedura aziendale PAPAC 22/2025 "Tenuta della contabilità separata dell'Attività libero professionale", ha ulteriormente definito e regolato il relativo processo amministrativo-contabile.

Ricavi

La rendicontazione contabile relativa al 2025, confrontata con i risultati del 2024, evidenzia un incremento dei ricavi totali di 1.214.988 euro pari a + 4,7%, generato prevalentemente dagli incrementi delle attività di ricovero (+ 463.277 euro) e di consulenza (+ 664.764 euro di cui 138.031 erogate a favore di Aziende sanitarie pubbliche della Regione).

Nel 2025 i ricavi derivanti dall'attività ambulatoriale hanno costituito il 64,8% del volume complessivo dei ricavi relativi all'attività libero professionale, mentre il valore dell'attività di ricovero rappresenta il 14,1% (in incremento rispetto all'anno precedente).

Il ricavo da prestazioni occasionali, consulenze e prestazioni in intramoenia erogate a favore di Aziende sanitarie pubbliche della Regione) si attestano al 21,1% del valore complessivo dei ricavi da libera professione.

Costi per quota retrocesse al personale

Nell'anno 2025, rispetto all'anno precedente, si registra un incremento dei costi per compensi erogati a personale dipendente e a personale universitario, a fronte dell'incremento dell'attività svolta nell'Area ospedaliera e nell'Area Specialistica. Si precisa che l'aggregato include l'accantonamento al fondo ALPI previsto dal decreto Balduzzi L.189/2012, i fondi perequazione e collabora e l'IRAP.

Costi diretti e generali: fonte dati e criteri di elaborazione

La quantificazione dei costi diretti e generali aziendali rappresentati nella tabella 54 della Nota Integrativa è elaborata in linea con le indicazioni regionali Prot. 17/03/2026.0270143.U.

Nello specifico, nei Costi Diretti vengono rilevati i costi che concorrono direttamente all'erogazione delle prestazioni in regime di Libera Professione tra i quali beni di consumo, costi per i locali utilizzati per l'attività LP (utenze, manutenzioni, pulizie, vigilanza ...), costi per attrezzature sanitarie (noleggi, ammortamenti, manutenzioni), affitti di spazi, costi della gestione amministrativa contabile dedicata (software e hardware, personale impiegato alla gestione amministrativa, servizio di prenotazione, gestione agende). A tale aggregato è imputato anche l'accantonamento al Fondo ALPI (cd. Decreto Balduzzi, L.189/2012).

I consumi dei beni utilizzati per l'attività libero professionale nelle degenze e negli ambulatori sono quantificati sulla base dei criteri di ripartizione contenuti nella Procedura Aziendale PAPAC 22.

- **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE** -

Nei **Costi Generali** è rilevata la quota parte dei costi di funzionamento dell'azienda che concorre allo svolgimento dell'attività di Libero Professione, tenuto conto anche degli andamenti dei volumi di attività in libera professione; tale quota include le attività di supporto quali, ad esempio Direzione Generale e organi di Staff, Dipartimenti amministrativi e Servizi Unici Metropolitani. Sono altresì considerati fra i costi generali anche quelli relativi ai **rimborsi assicurativi** derivanti da sinistri.

4.5 Conto economico delle attività commerciali

Nel corso dell'anno 2025 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha svolto oltre l'attività istituzionale, non soggetta a tassazione (così come disposto nel 2° comma lett. b dell'art. 74 del D.P.R. 22/12/86 n. 917, T.U.I.R.), anche attività commerciali che soggiacciono alle regole ordinarie di determinazione del reddito d'impresa, così come stabilito agli artt. 143 e 144 (ex artt. 108 e 109) del T.U.I.R.

Per determinare il risultato delle attività commerciali l'Azienda ha tenuto una contabilità separata (indispensabile anche per una detraibilità dell'Iva), individuando, preventivamente nell'ambito del piano dei conti del sistema di Contabilità Generale, dei riferimenti volti a rilevare ricavi/costi direttamente riferibili alla sfera delle attività commerciali. Tale sistema ha permesso di evidenziare immediatamente la situazione contabile dei ricavi/costi diretti. Ove non fosse stato possibile rilevare costi diretti, a seguito della complessità e promiscuità delle attività aziendali, si è proceduto applicando quanto sancito all'art. 144 del T.U.I.R., ovvero attribuire, anche contabilmente, quote di costi promiscui.

Il criterio adottato per l'attribuzione dei costi promiscui (rapporto tra ricavi e proventi commerciali al numeratore e totale ricavi e proventi aziendali al denominatore, secondo le voci previste dallo schema di bilancio del decreto legislativo 118/2011 e successive modifiche) ha generato una percentuale di detraibilità dei costi suddetti pari a 0,012537773, così come si evince dalla proporzione effettuata tra il totale dei valori attivi commerciali € 11.626.674,44 ed il totale dei valori attivi aziendali € 927.331.701,57.

Nel rispetto della normativa vigente, tale operazione ha generato una serie di rilevazioni contabili, eseguite in sede d'assestamento dei conti al 31/12/2025, specificatamente individuate nel libro giornale di contabilità con apposita identificazione.

Per l'attività commerciale è emerso dal Conto Economico un utile d'esercizio pari a € 94.279,09.

Si precisa, infine, che in sede di dichiarazione dei redditi (Modello Redditi Enc/2025), oltre al quadro RF, relativo al reddito d'impresa, si provvederà a compilare anche i quadri relativi alle altre tipologie di reddito prodotte (ad es. il quadro RA per i redditi dei terreni, il quadro RB per i redditi da fabbricati, etc.), che sono assoggettate ad un sistema di tassazione autonomo, ed il quadro RS relativo agli oneri deducibili.

A completamento di quanto esposto sino ad ora, si specifica che per tutte le tipologie di reddito inserite nel Modello Redditi Enc/2025 l'aliquota I.R.E.S. applicata è quella del 12% (aliquota ridotta rispetto a quella ordinaria del 24%), così come stabilito all'art. 6 del D.P.R. n. 601 del 29/9/1973 e successive modificazioni e dall'art. 66 com. 8 D.L. 331/1993.

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Conto Economico ex d.lgs. 118/2011 Schema di Bilancio Decreto Interministeriale 20 marzo 2013	Esercizio 2025	Esercizio 2024
A) VALORE DELLA PRODUZIONE		
A.1) Contributi in c/esercizio*	1.470	11.600
A.1.a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	-	-
A.1.b) Contributi in c/esercizio - extra fondo*	-	-
<i>A.1.b.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati</i>	-	-
<i>A.1.b.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA</i>	-	-
<i>A.1.b.3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA</i>	-	-
<i>A.1.b.4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro</i>	-	-
<i>A.1.b.5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)</i>	-	-
<i>A.1.b.6) Contributi da altri soggetti pubblici</i>	-	-
A.1.c) Contributi in c/esercizio - per ricerca*	1.470	11.600
<i>A.1.c.1) da Ministero della Salute per ricerca corrente</i>	-	-
<i>A.1.c.2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata</i>	-	-
<i>A.1.c.3) da Regione e altri soggetti pubblici</i>		10.800
<i>A.1.c.4) da privati</i>	1.470	800
A.1.d) Contributi in c/esercizio - da privati	-	-
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-	-
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	-	-
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	7.689.788	6.644.207
A.4.a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	2.000	1.990
A.4.b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia		
A.4.c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	7.687.788	6.642.217
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	2.118.397	1.538.119
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)		
A.7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio		
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni		
A.9) Altri ricavi e proventi	1.682.838	1.820.708
Totale A)	11.492.493	10.014.634
B) COSTI DELLA PRODUZIONE		
B.1) Acquisti di beni	5.525.710	6.020.654
B.1.a) Acquisti di beni sanitari	4.358.615	4.933.865
B.1.b) Acquisti di beni non sanitari	1.167.094	1.086.789
B.2) Acquisti di servizi sanitari	400.083	370.787
B.2.a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	-	-
B.2.b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	-	-
B.2.c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	-	-
B.2.d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	-	-
B.2.e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	-	-
B.2.f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	-	-
B.2.g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	-	-
B.2.h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	-	-
B.2.i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	-	-
B.2.j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	-	-

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Conto Economico ex d.lgs. 118/2011 Schema di Bilancio Decreto Interministeriale 20 marzo 2013	Esercizio 2025	Esercizio 2024
B.2.k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	-	-
B.2.l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	-	-
B.2.m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	-	297.311
B.2.n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	-	-
B.2.o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	398.908	71.434
B.2.p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	1.175	2.043
B.2.q) Costi per differenziale Tariffe TUC	-	-
B.3) Acquisti di servizi non sanitari	1.195.729	1.178.828
B.3.a) Servizi non sanitari	1.018.190	941.565
B.3.b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	173.919	208.319
B.3.c) Formazione	3.621	28.945
B.4) Manutenzione e riparazione	167.397	182.603
B.5) Godimento di beni di terzi	165.304	122.332
B.6) Costi del personale	4.092.165	2.548.484
B.6.a) Personale dirigente medico	473.684	401.119
B.6.b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	84.046	77.715
B.6.c) Personale comparto ruolo sanitario	1.584.600	486.652
B.6.d) Personale dirigente altri ruoli	91.467	88.248
B.6.e) Personale comparto altri ruoli	1.858.367	1.494.750
B.7) Oneri diversi di gestione	32.017	46.978
B.8) Ammortamenti	-	-
B.8.a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	-	-
B.8.b) Ammortamenti dei Fabbricati	-	-
B.8.c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	-	-
B.9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	-
B.10) Variazione delle rimanenze	-85.556	-72.016
B.10.a) Variazione delle rimanenze sanitarie	-83.833	-78.217
B.10.b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	-1.723	6.201
B.11) Accantonamenti	-	-
B.11.a) Accantonamenti per rischi	-	-
B.11.b) Accantonamenti per premio operosità	-	-
B.11.c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	-	-
B.11.d) Altri accantonamenti	-	-
Totale B)	11.492.847	10.398.651
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	-354	-384.016
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI		
C.1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	-	-
C.2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	1.908	1.745
Totale C)	-1.908	-1.745
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE		
D.1) Rivalutazioni	-	-
D.2) Svalutazioni	-	-

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

Conto Economico ex d.lgs. 118/2011 Schema di Bilancio Decreto Interministeriale 20 marzo 2013	Esercizio 2025	Esercizio 2024
Totale D)	-	-
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI		
E.1) Proventi straordinari	134.181	567.832
E.1.a) Plusvalenze	-	-
E.1.b) Altri proventi straordinari	134.181	567.832
E.2) Oneri straordinari	37.640	97.885
E.2.a) Minusvalenze	-	-
E.2.b) Altri oneri straordinari	37.640	97.885
Totale E)	96.541	469.948
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	94.279	84.186
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO		
Y.1) IRAP	-	-
Y.1.a) IRAP relativa a personale dipendente	-	-
Y.1.b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	-	-
Y.1.c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	-	-
Y.1.d) IRAP relativa ad attività commerciali	-	-
Y.2) IRES	-	-
Y.3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	-	-
Totale Y)	-	-
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	94.279	84.186

*Trattasi di prestazioni a corrispettivo

- RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA GESTIONE -

4.6. Andamento della gestione e risultati delle società partecipate

ELENCO PARTECIPAZIONI	Sede	Forma giuridica	Capitale	% capitale pubblico	Patrimonio netto incluso riserve	Totale Attivo	Risultato di esercizio	% di possesso	Valore attribuito a bilancio	Criterio di valorizzazione (costo / PN)
Partecipazioni in imprese controllate:										
...										
Partecipazioni in imprese collegate:										
...										
Partecipazioni in altre imprese:										
LEPIDA S.P.A.	Via della Liberazione n. 15 - 40128 Bologna	Società consortile per azioni	69.881.000	100%	74.467.125	114.880.978	129.816	0,601%	34.968	costo
ART-ER Attrattività Ricerca Territorio	via Piero Gobetti 101 40129 Bologna	Società consortile per azioni	1.598.122	100%	1.910.631	57.255.705	53.705	0,002%	31	costo

DETTAGLIO PARTECIPAZIONI	Costo storico	ESERCIZI PRECEDENTI			MOVIMENTI DELL'ESERCIZIO					
		Rivalutazioni	Svalutazioni	Valore iniziale	Giroconti e Riclassificazioni	Rivalutazioni	Svalutazioni	Acquisizioni e conferimenti	Cessioni (valore contabile)	Valore finale
Partecipazioni in imprese controllate:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Partecipazioni in imprese collegate:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Partecipazioni in altre imprese:	34.999	0	0	34.999	0	0	0	0	0	34.999
LEPIDA S.P.A.	34.968			34.968						34.968
ART-ER	31			31						31

4.7 Impegno finanziario sostenuto dall'Università di Bologna per il finanziamento dell'Azienda Ospedaliera

Il comma 1 dell'articolo 13 (Patrimonio e finanziamento) del capo V (Risorse economiche, finanziarie e patrimoniali) del vigente protocollo d'intesa Regione-Università stabilisce che: *"Regione e Università concorrono al funzionamento delle Aziende Ospedaliere-Universitarie mediante l'apporto di personale, beni mobili ed immobili, nonché mediante la partecipazione ai piani di investimento poliennali concordati.*

Le Università concorrono al sostegno delle Aziende Ospedaliere-Universitarie mediante la retribuzione del personale universitario, le immobilizzazioni, le attrezzature e ogni altra risorsa eventualmente utilizzata anche per l'assistenza. I relativi oneri sostenuti dall'Università sono rilevati nell'analisi economica e finanziaria delle Aziende Ospedaliere-Universitarie ed evidenziati nei rispettivi bilanci'.

Di seguito sono riportati i costi sostenuti dall'Università di Bologna per la **retribuzione del proprio personale integrato nelle attività assistenziali presso l'Azienda.**

Ruolo	Unità	Lordo dipendente	Oneri carico ente	TOTALE COSTO ANNUO 2025
Docenti e ricercatori	196	11.470.973,68	4.302.174,16	15.773.147,84
Personale tecnico-amministrativo	41	1.288.480,93	496.478,32	1.784.959,25
Totale	237	12.759.454,61	4.798.652,48	17.557.558.107,09
- Nella colonna "Unità" è indicato il numero delle persone in convenzione nel 2025 - Nella colonna "Lordo dipendente" sono indicati i valori lordo dipendente delle voci fisse, indennità e voci variabili pagate al personale convenzionato nel 2025 dall'Ateneo. Nella colonna a fianco sono indicati gli oneri a carico ente correlati agli importi lordi.				

Per concorso economico e finanziario al funzionamento dell'Azienda, l'Università ha, inoltre, speso € 14.501.185,11 di cui:

- € 12.539.764,75 per manutenzioni (straordinarie/ordinarie) su beni di proprietà dell'Azienda, anche in uso all'Università per le attività di formazione e di ricerca;
- € 1.838.222,47 per fornitura di arredi e attrezzature;
- € 123.197,89 per servizi di ingegneria ed architettura ed altri servizi.