

Relazione sulla performance 2024

IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna



duemilaventiquattro

INDICE

1. EXECUTIVE SUMMARY	3
2. PREMESSA	9
3. GLI IMPEGNI STRATEGICI PER VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE.....	13
3.1 Sezione di Programmazione: Dimensione dell'utente	14
3.1.1 Sottosezione di programmazione dell'accesso e della domanda	14
3.1.2. Sottosezione di programmazione dell'integrazione	30
3.1.3. Sottosezione di programmazione degli esiti	71
3.2 Sezione di programmazione Dimensione dell'organizzazione e dei processi interni	75
3.2.1 Sottosezione di programmazione della struttura e dell'offerta della produzione	75
3.2.2 Sottosezione di programmazione della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	89
3.2.3 Sottosezione di programmazione dell'organizzazione e dei processi interni	140
3.2.4 Sottosezione di programmazione delle dotazioni di personale.....	161
3.2.5 Sottosezione di programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza	165
3.3 Sezione di programmazione: Dimensione della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo	169
3.3.1 Sottosezione di programmazione della ricerca e della didattica	169
3.3.2. Sottosezione di programmazione dello sviluppo organizzativo e della formazione .	175
3.4 Sezione di programmazione: Dimensione della sostenibilità.....	177
3.4.1 Sottosezione di programmazione economico-finanziaria.....	177
3.4.2 Sottosezione di programmazione degli investimenti	196
3.4.3 Sottosezione di programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica	208
4. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEL VALORE PUBBLICO E DELLA PERFORMANCE ..	215
5. INDICATORI DI VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE	221

1. EXECUTIVE SUMMARY

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

Nella Relazione sulla Performance per l'anno 2024 vengono quindi riportati i principali risultati conseguiti a partire dagli obiettivi e con riferimento agli indicatori definiti nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025 (PIAO) adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 224 del 31 luglio 2023.

L'azione svolta dall'Amministrazione nell'arco del 2024 ha consentito, in linea generale, di realizzare le finalità prefissate con particolare riferimento alle aree di intervento incluse nel PIAO 2023-2025, tenuto conto degli obiettivi di mandato del Direttore Generale dell'IRCCS AOU di Bologna (DGR 1516/2023) e delle Linee di Programmazione e Finanziamento definite dalla Regione con la DGR n.495/2024, integrati con le azioni di sviluppo delle Linee di Ricerca negli ambiti di riconoscimento ad IRCCS da parte del Ministero della Salute.

Di seguito una breve sintesi dei risultati più significativi e delle attività più importanti dell'anno 2024 che è stato caratterizzato dall'attuazione e prosecuzione di alcune progettualità e obiettivi strategici per l'IRCCS che si inseriscono nel quadro generale della programmazione sanitaria regionale.

Rispetto all'esercizio 2023 va segnalato un **aumento delle attività di ricovero** (+3%, in termini economici +8,790 milioni di euro) **in particolare per pazienti del territorio regionale** (+ 3,6%, in euro +10,296 milioni) determinato dai livelli sempre più elevati dell'attività di ricovero e cura di alta specialità dell'IRCCS, anche in relazione alla complessità delle prestazioni erogate e alla qualità dell'attività assistenziale.

L'anno 2024 è inoltre stato caratterizzato dall'impegno volto al **recupero delle prestazioni sanitarie non urgenti** che sono state rinviate per il periodo dell'emergenza sanitaria.

A tale fine sono, infatti, continuate le attività e le azioni per il recupero delle prestazioni non erogate e il rispetto dei tempi di attesa quali: miglioramento dell'appropriatezza, riorganizzazione dei percorsi e aumento dell'offerta anche attraverso l'istituto dell'aggiuntiva, soprattutto per le prestazioni maggiormente critiche nei tempi di attesa. L'obiettivo del piano operativo aziendale per l'abbattimento delle lunghe liste d'attesa è quello di contribuire a

garantire ai cittadini di usufruire di una maggiore offerta di prestazioni nei tempi previsti dalla classe di priorità.

Tra gli strumenti e le strategie individuate al fine di garantire il contenimento dei tempi di attesa e la semplificazione dell'accesso per l'erogazione delle prestazioni si segnala, in particolare, l'applicazione del **Piano straordinario di produzione chirurgico per l'anno 2024**, presentato congiuntamente all'AUSL di Bologna, che prevede significativi incrementi di offerta, ai sensi della DGR n.620/2024. **L'attuazione del Piano straordinario ha determinato un incremento dei ricoveri programmati (+3%) e dei casi chirurgici (+5%).** In incremento anche l'attività in regime di **day hospital** (+1,041 dimessi, +9%, con un incremento prevalente dei **day hospital chirurgici** +1,053, +14,2%) legati all'attività di day surgery di chirurgia generale, oculistica e dermatologia.

Con riguardo all'attività di specialistica ambulatoriale l'Azienda si è dedicata prioritariamente all'applicazione del **Piano di produzione ambulatoriale** presentato congiuntamente ad AUSL di Bologna, come previsto dalla DGR n.620/2024, validata dalla Regione Emilia-Romagna con delibera dirigenziale n.11172 del 31.05.2024. L'impegno profuso ha fatto registrare, a livello complessivo, **un importante aumento rispetto ai valori economici del 2023 pari a circa +9 milioni di euro (+ 13%)**

Nell'ambito della riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza l'Azienda ha contribuito attivamente mediante la ri-funzionalizzazione di spazi presso per la creazione di un Centro di Assistenza Urgenza (CAU) presso il Policlinico dedicato alle urgenze a bassa complessità clinica e assistenziale. **Il CAU è stato inaugurato a maggio 2024 nell'area area ambulatoriale del Padiglione 2** con l'obiettivo di dare una risposta ai problemi di urgenza minore e rendere ancora più efficienti i Pronto Soccorso cittadini che si dedicheranno ai codici a maggiore gravità (azzurro, arancione e rosso) e di migliorare i tempi di attesa dei pazienti e nonché l'appropriatezza delle prestazioni. Permangono ancora alcune difficoltà legate ai percorsi in emergenza-urgenza e al contenimento dei tempi di attesa in Pronto Soccorso.

Con riferimento alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria metropolitana promossa, condivisa ed approvata dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana, l'Azienda è coinvolta nella realizzazione dei **progetti di integrazione ed unificazione interaziendali**, che costituiscono un punto cardinale nel sistema della governance dei servizi sanitari. In particolare, nel 2024 sono proseguite le azioni per la realizzazione degli obiettivi di mandato riferiti all'integrazione metropolitana con stipula di accordi con AUSL di Bologna per la gestione unificata di alcune attività tra cui, a titolo esemplificativo, quelle di chirurgia metabolica e dell'obesità, di neurochirurgia pediatrica e di neuroradiologia.

Di grande valore la sinergica **cooperazione istituzionale con l'Università degli Studi di Bologna** ai fini dell'integrazione dell'attività assistenziale, didattico/formativa e di ricerca e la partecipazione a tavoli di lavoro congiunti per consolidare e sviluppare le diverse

progettualità comuni nei diversi ambiti di attività con intese/accordi (gestione unificata delle attività di *chirurgia vascolare* IRCCS, AUSL Imola e AUSL Bologna; riorganizzazione della rete dermatologica IRCCS e AUSL Bologna) e per uniformare alcuni percorsi (Gruppo di lavoro incarichi extraistituzionali).

Inoltre, a dicembre 2024, grazie alla collaborazione tra l'Università di Bologna e l'IRCCS, è stato inaugurato il **Centro di Simulazione dell'IRCCS**, un nuovo spazio, con due sale operatorie uguali a quelle normalmente funzionanti, destinato a studenti di Medicina ma anche a quelli delle Professioni sanitarie, a specializzandi e a giovani professionisti desiderosi di migliorarsi che potranno così esercitarsi, affinare tecniche e procedure, sia in ambito chirurgico che interventistico. Così il Sant'Orsola accresce ulteriormente nel proprio ruolo di ospedale punto di riferimento per l'insegnamento dell'Università di Bologna.

Anche nel 2024 l'IRCCS ha continuato a distinguersi come uno degli ospedali migliori a livello nazionale e internazionale.

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

Nel 2024 ha avuto grande rilievo e sviluppo il **trapianto di microbiota pediatrico per la cura dei pazienti onco-ematologici**. La procedura è stata effettuata per la prima volta nel Policlinico su un bambino di 3 anni e otto mesi, **il più piccolo mai trattato in Europa**, affetto da una grave forma di GvHD intestinale, la complicanza post trapianto di midollo "da rigetto contro l'ospite", resistente alle altre terapie e insorta appunto dopo un trapianto di midollo eseguito per curare la talassemia. L'utilizzo di questa tecnica d'avanguardia **ha consentito di salvare nel 2024 dieci piccole vite** da patologie che diversamente avrebbero avuto scarse probabilità di cura.

Grazie allo sforzo congiunto di chirurghi, medici specialisti e personale tecnico-infermieristico dell'IRCCS è stato possibile anche dare vita ad una vera e propria **maratona in sala operatoria per effettuare trapianti con nove organi: due fegati, sei reni e un cuore, con sette pazienti coinvolti** (4 donne e tre uomini), 53 anni il più giovane e 68 il più anziano. Per due di loro è stato necessario il doppio trapianto.

Nel 2024 è inoltre proseguito il piano di sviluppo edilizio, impiantistico e tecnologico del Policlinico con interventi di riqualificazione e adeguamento strutturale o di realizzazione di nuove strutture e l'acquisizione tecnologie sanitarie innovative e sistemi informatici volti allo sviluppo delle attività assistenziali e alla promozione della ricerca, sulla base del Piano Direttore 2021/2035, approvato con Deliberazione n. 216/2023.

In particolare, è stato inaugurato il Padiglione 4N, la "Culla di Bologna" la nuova struttura del Policlinico che ospita la nuova Maternità e diversi servizi dell'Ospedale della Donna e del Bambino. Il nuovo Polo materno-infantile è una struttura all'avanguardia, inclusiva, pensata e realizzata per garantire standard di cura e assistenza elevatissimi insieme

a umanizzazione e accoglienza per bambini, donne e famiglie. Costituito da quasi 9 mila metri quadrati ha spazi dedicati al Pronto Soccorso Ostetrico e Ginecologico, 8 sale parto, due delle quali attrezzate per il parto in acqua, sufficientemente ampie da permettere l'ingresso dei partner, 4 sale operatorie di ultima generazione per la chirurgia ginecologica e senologica, più altre due per le emergenze ostetriche; locali per i servizi ad alta intensità di cura delle Unità operative di Ostetricia e Medicina dell'Età Prenatale, Ginecologia e Fisiopatologia della Riproduzione umana, Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale e Chirurgia Senologica con moderne tecnologie e ambienti confortevoli oltre a laboratori destinati alla Procreazione Medicalmente Assistita e alla Criopreservazione. L'ampliamento rientra nella più generale riqualificazione dell'Ospedale della Donna e del Bambino con investimenti per oltre 45 milioni di euro.

Inoltre, è stato inaugurato il nuovo Polo chirurgico, delle malattie digestive, trapianti e emergenze con 150 nuovi posti letto e riqualificazione delle ali A e B del padiglione 5 per un investimento complessivo di 16,3 milioni di euro, con risorse finanziate dalla Regione Emilia-Romagna (15,5 milioni) e dall'azienda stessa. L'intervento coinvolge un'area di 5.500 metri quadrati e riguarda tutte le Unità Operative a direzione universitaria, con miglioramenti strutturali in chiave antisismica e di efficientamento energetico grazie all'utilizzo di materiali di ultima generazione, soluzioni impiantistiche all'avanguardia e infissi ad elevate prestazioni. Questa inaugurazione ha permesso di liberare (oppure libererà?) spazi al padiglione 2, che ospiterà presto l'attività chirurgica di bassa e media complessità ma soprattutto raggrupperà le funzioni dedicate al paziente fragile e cronico, per rafforzare la continuità della relazione dell'assistenza dal ricovero al domicilio: una prospettiva centrale per questo ospedale.

Le attività sopra descritte si inseriscono nell'ambito di un'ampia riorganizzazione, sviluppo e ammodernamento del Policlinico con interventi di riqualificazione e implementazione improntati anche a criteri di sostenibilità ambientale e gestionale, con particolare riferimento al sistema del verde, alla mobilità, all'efficienza energetica, al sistema degli accessi.

Proprio nell'ottica di migliorare l'ambiente urbano del complesso ospedaliero - con particolare riguardo ai temi di sostenibilità, fruibilità e accessibilità degli spazi esterni - nell'aprile del 2024 l'Azienda si è impegnata nello sviluppo di un progetto teso all'acquisizione di un approccio multidisciplinare alla rigenerazione urbana dell'area Policlinico Sant'Orsola. In collaborazione con Alma Mater Studiorum - Università di Bologna, l'IRCCS AOUBO intende così fornire una risposta strategica e integrata tra studi settoriali sull'acustica, le pavimentazioni stradali, il verde e il miglioramento del microclima dell'area Policlinico in termini di comfort termico e qualità dell'aria e la messa a punto di un modello previsionale per ondate di calore.

Sul fronte delle tecnologie nel 2024 è stato inaugurato un innovativo sistema integrato Pet/CT Total Body, capace di studiare l'intero corpo umano in un'unica scansione, rilevando fino alle più piccole cellule tumorali. Il nuovo dispositivo, acquisito con un investimento da 21 milioni di euro, oltre ad abbattere la durata degli esami (da 12 minuti a meno di un minuto) ed

aumentare la capacità di individuare le micro-metastasi tumorali, offre opportunità uniche per la ricerca e lo sviluppo in oncologia, in particolare nel campo dei radiofarmaci. La Medicina Nucleare del Sant'Orsola, già centro tra i più noti a livello europeo per qualità degli studi scientifici, completa così la sua attrezzatura eccezionale nel campo dell'imaging avanzato. L'investimento rientra nel più ampio piano di sviluppo della ricerca con grandi apparecchiature diagnostiche del Policlinico.

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

Con riguardo all'Area della ricerca, con il D.M. 20 giugno 2024, il Ministero della Salute, d'intesa con il Presidente della Regione Emilia-Romagna, ha confermato il carattere scientifico dell'IRCCS nelle aree tematiche di afferenza di "trapiantologia" e "oncologia" per un periodo di due anni, valorizzando l'eccellenza del Policlinico nell'ambito della ricerca e dell'applicazione delle scoperte e nuove terapie alla cura dei pazienti.

Nel 2024, in considerazione dell'importante sviluppo ed incremento dei progetti di ricerca e delle sperimentazioni cliniche, è stata ulteriormente rafforzata l'infrastruttura della ricerca a supporto del Direttore Scientifico al fine di favorire la valutazione e introduzione delle innovazioni più promettenti anche in tale ambito nonché di sviluppare le funzioni inerenti il trasferimento tecnologico che ha come obiettivo principale quello di rendere accessibili i risultati delle attività di ricerca ai pazienti e al SSN in modo sostenibile. L'IRCCS è infatti costantemente impegnato nella ricerca di nuove tecnologie, conoscenze e modelli che garantiscano risultati e benefici nella cura dei pazienti.

Anche per il 2024, si è confermata la volontà di investire risorse nella promozione di nuove progettualità presentate dai ricercatori dell'azienda attraverso la distribuzione di quote del contributo ministeriale di ricerca corrente, a copertura di costi per i progetti vincitori del relativo Bando interno.

Tra i numerosi progetti in corso nel 2024 si segnala il progetto di ricerca internazionale multicentrico per lo sviluppo di una tecnica innovativa per rivoluzionare la terapia dei pazienti affetti da insufficienza cardiaca, migliorando non solo la qualità di vita ma abbattendo i ricoveri ospedalieri del trenta per cento. Il progetto, coordinato dall'IRCCS e finanziato dal bando della Commissione europea Horizon Europe, con un contributo di 9,6 milioni di euro da suddividere tra tutti i partner (una ventina tra ospedali, università e centri di ricerca sparsi tra Italia, Germania, Francia, Paesi Bassi, Belgio, Grecia, Slovenia, Spagna, Danimarca, Svizzera e Svezia), si propone di migliorare la gestione della congestione associata all'insufficienza cardiaca attraverso una somministrazione più efficiente dei farmaci diuretici. E' la prima volta che il Policlinico vince un bando Horizon Europe in qualità di coordinatore di un progetto di ricerca e ciò costituisce un importante riconoscimento della capacità progettuale e scientifica dell'IRCCS.

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

A quest'ultimo proposito, nel 2024, è stato avviato un corso di formazione "Leadership gentile" con l'obiettivo di favorire e sviluppare dei meccanismi collegiali di governo che favoriscono lo scambio di informazioni e la presa di decisioni condivise. Nella convinzione che la relazione sia parte della cura, il modello di gestione delle leadership gentile mira a sostituire i tradizionali paradigmi di controllo e gerarchia con modelli fondati sulla fiducia, sull'autonomia e sulla responsabilità individuale e a migliorare l'efficienza e la qualità del sistema, ponendo al centro il capitale umano e valorizzando le competenze relazionali e comunicative del middle management, che svolge un ruolo chiave nel collegare la direzione strategica con l'operatività quotidiana.

E' proseguita inoltre l'attività della Commissione per la ricollocazione del personale prescritto nell'ambito della prevenzione sicurezza e salute dei luoghi di lavoro.

Di rilievo anche ulteriori e diversi ambiti di attività quali: la gestione della convenzione con il Tribunale di Bologna per lo svolgimento del lavoro di pubblica utilità (n. 462 lavoratori di pubblica utilità per un totale di 42848 ore prestate); la realizzazione di progetti che mirano a favorire i rapporti solidaristici con il territorio e le associazioni presenti nel Policlinico. L'Azienda negli anni ha infatti consolidato proficue relazioni istituzionali con gli Enti del Terzo Settore per il perseguimento di importanti obiettivi legati al soddisfacimento dei bisogni sociali e sanitari dei cittadini, favorendo l'attivazione di rapporti di collaborazione e riconoscendone valore e merito nei progetti rivolti all'utenza. Nel 2024 ha approvato un proprio Regolamento che disciplina il coinvolgimento attivo degli ETS istituendo - tra l'altro - un apposito Elenco Aziendale dei soggetti qualificati e idonei a collaborare con le diverse articolazioni aziendali, ed ha sottoscritto diversi accordi di collaborazione (a titolo esemplificativo si segnala l'apertura di una Casa Ronald presso il Padiglione 4N, ad integrazione del servizio già offerto presso la Family Room del Pad. 13; progetto "Coccolandia" con Associazione Cucciolo ODV-ETS; attività di Segretariato Sociale per i pazienti geriatrici con ACLI Provinciali di Bologna APS) e partecipato ad alcune iniziative dedicate alla prevenzione, diagnosi e cura (es. Open Week al Sant'Orsola per la salute della donna) mettendo a disposizione i propri professionisti.

A febbraio 2024 è stato inaugurato WELT il primo Sportello welfare destinato a chi si trova all'interno del percorso trapianti. Un servizio, unico in Italia nel suo genere, nato dalla collaborazione tra l'IRCCS, la Fondazione Sant'Orsola e le associazioni dei pazienti, che intende diventare il fulcro di una rete di supporto capace di far fronte alle problematiche assistenziali, abitative e sociali dei pazienti trapiantati. Lo sportello, accessibile al primo piano del Padiglione 25 del Policlinico di Sant'Orsola e attraverso i canali telematici, si propone infatti come il luogo d'ascolto delle necessità dei pazienti e di impostazione di una possibile soluzione. Un punto di riferimento capace di mettere a sistema e valorizzare il patrimonio di

conoscenze maturato finora dalle associazioni dei pazienti, connettendolo con l'attività di assistenza sanitaria e psicologica garantita dall'IRCCS.

Inoltre, a gennaio 2024 è nato presso il Policlinico un nuovo punto di Caritas Bologna, realizzato grazie alla collaborazione dell'Università di Bologna e con l'obiettivo di affiancare il Comune per accrescere ulteriormente l'offerta di servizi della città. Un modo per intercettare, prendere in carico e comprendere i bisogni dei più fragili.

Nelle seguenti Sezioni/Sottosezioni del presente documento, vengono meglio dettagliati risultati raggiunti rispetto agli obiettivi aziendali di performance che per l'anno 2024 si sono confermati, sostanzialmente, in linea con i target stabiliti sia dalla Regione Emilia Romagna sia dall'Azienda stessa attraverso il PIAO 2023-2025.

2. PREMESSA

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

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

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

La presente Relazione sulla Performance si configura pertanto quale documento annuale di rendicontazione delle attività e dei risultati che l'Azienda ha conseguito nel 2024 nell'alveo del sistema di obiettivi e indicatori definiti nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025 che assorbe gli atti di pianificazione delle attività previsti dalla normativa precedente (Piano della performance, Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza, Piano organizzativo del lavoro agile, il Piano delle azioni positive e il Piano dei

fabbisogni del Personale) sviluppandoli in chiave sistemica e tenendo conto delle strategie e della programmazione finanziaria.

L'impostazione della Relazione si conforma a quanto previsto dalla DGR n. 990 del 19 giugno 2023 dell'Assessorato alle Politiche per la Salute, rubricata "Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione nelle Aziende e negli Enti del SSR", che ha messo a sistema e aggiornato, alla luce dell'introduzione del PIAO, l'intero processo del Ciclo della Performance per le Aziende sanitarie regionali.

La presente Relazione sulla Performance ricomprende quindi tutte le Sezioni e Sottosezioni di programmazione del PIAO strategico ed è sviluppata secondo la struttura e i contenuti delle predette Linee Guida regionali, tenuto conto delle indicazioni del processo della verifica sulla valutazione della performance declinato nella DGR 819 del 31 maggio 2021 recante Linee Guida per lo sviluppo del sistema di misurazione della performance nelle aziende sanitarie e negli enti del SSR e recentemente nella DGR n. 990/2023.

La struttura del presente documento è la seguente, con i contenuti sinteticamente indicati per ciascuna sezione:

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

Il documento è integrato dai contenuti della Relazione sulla Gestione, allegata al Bilancio di Esercizio 2024, approvato con Deliberazione n. 130 del 30/04/2025, dove trovano esplicitazione le azioni realizzate e i risultati raggiunti in riferimento agli obiettivi assegnati all'Azienda dalla Programmazione Annuale Regionale di cui alla DGR n.495/2024

e più in generale agli obiettivi di salute, ricerca ed economico-finanziari in capo a questa Azienda.

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

Gli indicatori riportati nella Relazione sono estratti dal Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale InSIDER della Regione Emilia Romagna e sono aggiornati all'ultimo periodo disponibile al momento della stesura del documento¹. Sono confrontati con il trend atteso previsto nel PIAO 2023/2025.

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

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

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

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

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

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

A seguire si riporta quindi la rendicontazione delle azioni che la Direzione ha inteso perseguire in coerenza con gli obiettivi di mandato ricevuti e le risorse assegnate,

¹ Rilevazione effettuata al 20/6/2025 sul Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale, consultabile - previa autenticazione - sul portale della Regione Emilia-Romagna.

evidenziando gli aspetti ritenuti rilevanti nonché l'illustrazione degli impatti delle performance organizzative e individuali sulla creazione del valore pubblico, rinviando per approfondimenti alla rendicontazione degli obiettivi della programmazione regionale illustrati nella summenzionata Relazione del Direttore Generale al Bilancio di Esercizio 2024, allegata quale parte integrante del presente documento.

L'articolazione segue l'albero della performance, sviluppato nel PIAO 2023-2025, che è strutturato su due livelli "sezione" e "sottosezione".

La struttura dell'albero mostra come gli obiettivi ai vari livelli contribuiscono all'interno di un disegno strategico complessivo, al mandato istituzionale e alla mission.

Albero della performance – Impegni strategici per valore pubblico e performance

- Sezione di programmazione dimensione dell'utente
 - Sottosezione di programmazione dell'accesso e della domanda
 - Sottosezione di programmazione dell'integrazione
 - Sottosezione di programmazione degli esiti

- Sezione di programmazione dell'organizzazione e dei processi interni
 - Sottosezione di programmazione dell'offerta e della produzione
 - Sottosezione di programmazione della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico
 - Sottosezione di programmazione dell'organizzazione
 - Sottosezione di programmazione della dotazione di personale
 - Sottosezione di programmazione dei rischi corruttivi e della trasparenza

- Sezione di programmazione dimensione della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo
 - Sottosezione di programmazione della ricerca e della didattica
 - Sottosezione di programmazione dello sviluppo organizzativo e della formazione

- Dimensione di programmazione della sostenibilità
 - Sottosezione di programmazione economico finanziaria
 - Sottosezione di programmazione degli investimenti
 - Sottosezione di programmazione della sostenibilità ambientale ed energetica.

3. GLI IMPEGNI STRATEGICI PER VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

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

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

Nel PIAO 2023/2025 sono stati descritti gli impegni e le azioni ritenute di maggior impatto sulla capacità dell'IRCCS di generare valore pubblico in coerenza con gli obiettivi di mandato e di programmazione regionale.

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

Il quadro che segue evidenzia gli ambiti e gli obiettivi realizzati nel 2024 per ciascuna sottosezione di programmazione del PIAO.

3.1 SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DIMENSIONE DELL'UTENTE

3.1.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA

FACILITAZIONE ALL'ACCESSO: RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI DI RICOVERO OSPEDALIERO

Le prestazioni di ricovero ospedaliero sono state fortemente condizionate dagli effetti pandemici da COVID 19. Parte dei pazienti inseriti in lista di attesa con una scadenza entro il 31/12/2021 (il cui smaltimento è stato obiettivo dell'anno 2022 e anche del 2023) è ancora presente in lista, principalmente a causa della particolare concentrazione dei volumi di questi pazienti all'interno di due liste di attesa (Otorinolaringoiatria e Urologia).

L'obiettivo di smaltimento nell'anno 2024 ha riguardato anche i pazienti scaduti entro il 31/12/2023, con un target fissato dalla Regione Emilia-Romagna all'80%.

Durante il 2024, l'attività chirurgica è stata incrementata di circa il 5% 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.

L'incremento delle liste di attesa di alcune specialistiche chirurgiche, non ha contribuito al raggiungimento dei livelli di performance definiti dagli obiettivi regionali dovuto al mancato erogato entro i tempi di attesa previsti. Infatti, nel 2024, nonostante l'incremento di produzione, non è stato raggiunto l'obiettivo di smaltimento dell'80% della casistica scaduta al 31/12/2024, principalmente a causa della particolare concentrazione dei volumi di questi pazienti in alcune discipline.

Oltre allo smaltimento delle patologie scadute, il mandato Regionale del 2024 è stato relativo anche al miglioramento delle performance 2023, con riferimento alle prestazioni erogate entro i tempi per gli interventi oggetto di monitoraggio.

L'Azienda ha perseguito l'obiettivo di incremento della produzione chirurgica con finalità di recupero della casistica in coerenza con i target definiti dalla Regione Emilia-Romagna, in un'ottica sistemica e di area attraverso un'analisi sui flussi in ingresso e in uscita dei pazienti dalle liste di attesa delle quattro aziende dell'area metropolitana di Bologna, incrementando la produzione del 5% rispetto all'anno 2023. Per quanto riguarda le situazioni critiche, è stato condiviso di valutare le priorità seguendo criteri a definiti livello metropolitano, alla luce del principio di equità di accesso alle cure e di trasparenza. L'analisi ha previsto, dunque, che vengano implementate:

- a. Sinergie di rete tra le aziende pubbliche dell'area metropolitana: nel 2024 sono state definite di 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;

b. Sinergie di rete con il privato accreditato: in linea con quanto previsto dalla DGR 272/17, sono state sviluppate reti e percorsi specifici per contribuire al raggiungimento degli obiettivi regionali. A tal fine, 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 circa 400 interventi di medio-bassa complessità. Nel 2024 si è rilevato un fabbisogno di casistica specialmente nelle discipline di Otorinolaringoiatria e Urologia, 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. il potenziamento del nuovo modello di governo dei centri che gestiscono le liste di attesa chirurgiche e del nuovo modello di programmazione chirurgica, con un monitoraggio puntuale delle patologie al fine di indirizzare correttamente l'attività chirurgica. Per il governo, controllo, manutenzione e cessione casistica delle LAT è stata rinforzata la Centrale di gestione liste di attesa con la finalità di garantire l'informazione all'utenza su tutte le liste delle specialistiche chirurgiche ed in contemporanea si sta procedendo alla realizzazione delle liste di attesa delle specialistiche mediche in cui è contemplata la programmazione degli accessi. Sono stati riorganizzati e incrementati gli accessi al pre-ricovero per far fronte alla necessità di incrementare la produzione per l'abbattimento delle LAT;
3. il controllo sulle relazioni fra attività libero-professionale ed attività istituzionale: intensificare i controlli rispetto alle % di pazienti inseriti in lista dal circuito della libera professione ed in particolare la valutazione dello scostamento del tempo di attesa tra i pazienti inseriti in lista da attività istituzionale e quello della libera professione;
4. una adeguata informazione ai pazienti e ai cittadini: si persegue l'obiettivo di migliorare ulteriormente la chiarezza e trasparenza delle informazioni da fornire

all'utenza sia con informativa cartacea distribuita nel momento stesso dell'inserimento;

5. 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.

A seguire si riporta il trend rispetto agli indicatori di performance sui tempi di attesa per le prestazioni di ricovero programmate.

Indicatore	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore aziendale 2024	Valore Regionale 2024	Target Regionale 2024	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025	Commento
Tempi di attesa retrospettivi casi oncologici: % casi entro i tempi	70%	79%	72%	83%	90%	Miglioramento	
Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i tempi	32%	77%	73%	81%	85%	Miglioramento	
Tempi di attesa retrospettivi per le prestazioni monitorate della cardiologia e chirurgia vascolare: % casi entro i tempi	64%	86%	61%		90%	Miglioramento	
Tempi di attesa retrospettivi per le prestazioni monitorate della chirurgia generale: % casi entro i tempi	27%	56%	53%		75%	Miglioramento	

Fonte dati ReportER

Inoltre, un altro obiettivo regionale per il 2024 per il contenimento delle liste di attesa ha riguardato la variazione % dell'arruolamento in lista, con target fissato $\leq 2\%$. ° gennaio 2025 il dato consolidato sull'arruolamento in lista per il 2024 del Policlinico è dell'1,8%.

MONITORAGGIO OBIETTIVI PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Si riporta di seguito una analisi della gestione delle varie patologie/discipline oggetto di monitoraggio regionale e ministeriale.

- Per la patologia oncologica, l'incremento nella performance è di 4 punti percentuali, i minori volumi sono accompagnati anche da un calo degli inserimenti in LDA (tumore del retto, tumore del colon);
- Per la protesi d'anca e per gli interventi di chirurgia generale si ha un incremento sia nei volumi che nella performance;

- Per la cardiologia e chirurgia vascolare sono aumentati i volumi, con recupero di casistica scaduta, a discapito della performance totale sugli interventi effettuati entro i tempi della classe di priorità;

Gruppo di intervento monitorato	N. dimessi anno precedente	N. dimessi anno in corso	% entro la classe anno precedente	% entro la classe anno in corso	Differenza volumi in %	Tempo mediano di attesa anno in corso (gg.)
CHIRURGIA ONCOLOGICA	1.836	1.681	70,42	 74,30	-8,44	23
PROTESI D'ANCA	74	85	28,38	 77,65	14,86	98
CARDIOLOGIA E CHIRURGIA VASCOLARE	997	1.034	64,89	 61,03	3,71	24
CHIRURGIA GENERALE	1.167	1.223	26,91	 53,97	4,80	127
ALTRI INTERVENTI	73	68	89,04	 80,88	-6,85	12
TOTALE	4.147	4.091	56,43	 65,05	-1,35	34

Il monitoraggio degli indicatori della programmazione regionale 2024 riscontrano i seguenti andamenti a consuntivo 2024:

ID Indicatore	Indicatore	Risultato 2023	Target Atteso 2024	Risultato 2024
IND1015	Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	70,26	>= 90%	71,6
IND1016	Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i tempi di classe di priorità	32,1	>= 85%	73,4
IND1017	Tempi di attesa retrospettivi per interventi cardiovascolari monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	64,39	>= 90%	61,3
IND1018	Tempi di attesa retrospettivi per interventi di chirurgia generale monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	27,18	>= 75%	53,97
IND0980	Tempi di attesa retrospettivi per tutti gli interventi monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	56,53	>=80%	65,05
IND0981	Indice di completezza SIGLA / SDO per interventi monitorati	93,46	>=80%	
IND0982	Indice di completezza SIGLA / SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati	85,47	>=70%	85
IND0983	Recupero degli interventi chirurgici scaduti al 31/12/2023	73,4	>=80% recupero della casistica	69
IND0985	Variazione % dell'arruolamento in lista nell'anno in corso	1,45	<=2%	1,8

Fonte dati: Banca dati SDO- Regione Emilia-Romagna

FACILITAZIONE ALL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

L'Azienda Ospedaliera IRCCS di Bologna, parte integrante del sistema sanitario pubblico Nazionale e Regionale, è inserita nell'ambito dell'Area metropolitana di Bologna e anche nell'anno 2024 ha collaborato con l'Azienda USL Territoriale di Bologna, per il raggiungimento degli obiettivi del Sistema Sanitario Regionale della Specialistica ambulatoriale, proporzionalmente alle proprie capacità e possibilità produttive e rispetto alle specifiche e proprie tipologie di attività.

Ha operato in coerenza con le normative in materia, nazionali e regionali, con particolare riferimento all'applicazione del piano di produzione ambulatoriale presentato congiuntamente ad AUSL di Bologna, come previsto dalla DGR n.620/2024 validata dalla Regione Emilia Romagna con delibera dirigenziale n.11172 del 31.05.2024.

Pertanto questo Policlinico, nell'ambito delle proprie specificità e competenze e seguendo le normative vigenti si è adoperato per la propria parte di attività, per perfezionare o sviluppare e, ove necessario e quando possibile, potenziare le seguenti aree di intervento.

Regolamento aziendale gestione agende ambulatoriali: Nel corso del 2024 l'azienda ha rivalutato il regolamento interno per la programmazione, manutenzione e gestione delle agende di prenotazione per consentire un miglioramento dell'operatività interna per quanto riguarda queste attività. Tale revisione che proseguirà nel 2025 ha portato anche alla ridefinizione delle regole di gestione per consentire un miglioramento del governo dell'offerta attraverso un monitoraggio ed una gestione a livello centrale.

Tempi di attesa: nel corso del 2024 è stata complessivamente rivista la struttura delle agende di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (sia di primo accesso - primo livello - CUP Metropolitano, sia di presa in carico diretta e interna - secondo livello specialistico - Agende riservate interne - ARI) aderendo completamente alle indicazioni di livello nazionale e regionale. Tale revisione, eseguita in collaborazione con AUSL di Bologna, ha consentito di contribuire al governo dei tempi di attesa per prestazioni specialistiche con riferimento all'ambito metropolitano. Tale metodologia organizzativa prevede l'applicazione di standard temporali predefiniti e di criteri specifici di riferimento per la programmazione delle agende; ai fini della maggiore efficienza nella programmazione dell'offerta e per sostenere la tempistica di accessibilità alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Presa in carico specialistica prescrittive e prenotativa: nel corso del 2024 sono state ulteriormente implementate le azioni finalizzate al mantenimento, applicazione delle indicazioni nazionali e regionali in tema di: "appropriatezza prescrittiva" e di "presa in carico prescrittiva e prenotativa" (indicazioni regionali della Direzione Generale Cura della Persona e Salute e Welfare, ovvero le Note: n. 0282714 U del 21 marzo 2022 "criteri clinici di appropriatezza per la prescrizione e l'assegnazione delle diverse classi di priorità di accesso" e Nota n. 0282798 U del 21 marzo 2022 "presa in carico da parte dello specialista").

In particolare mentre sulla presa in carico prescrittiva sono state effettuate specifiche iniziative con professionisti ed unità operative intervenendo sulle aree rilevate come critiche a fronte di indicatori aziendali (ad es. segnalazioni ripetute), sulla presa in carico prenotativa

sono proseguite le azioni di formazione e di supporto al personale amministrativo assegnato agli sportelli polifunzionali ed è stato rinforzato il modello dedicato all'area della radiologia finalizzato alla semplificazione del percorso dell'utente e che, a fronte di mancata disponibilità della prestazione nei tempi definiti dal professionista, gestisce il caso in maniera personalizzata ricontattando il paziente e fornendo la prenotazione (team di presa in carico prenotativa). Nel corso del 2024 sono, inoltre, state attuate le azioni per la diffusione del modello del "team di presa in carico prenotativa" a tutta l'area della specialistica; tali azioni si completeranno nel corso del 2025 in quanto richiedono anche specifiche modifiche al software di prenotazione anche al fine di allinearlo alle indicazioni regionali relative alle "preliste". Questi team di personale amministrativo sono, infine, stati affiancati a team di personale con profilo amministrativo, specificatamente dedicato alla gestione della modifica della programmazione ambulatoriale che, in stretta connessione con la Gestione Operativa aziendale, concorrono al migliore utilizzo dei posti offerti, contattando gli utenti per fornire la data dell'appuntamento.

Informatizzazione: sono proseguite le attività per la gestione e l'alimentazione di tutti i flussi informativi con particolare riferimento alla corretta rendicontazione delle "Dema" chiuse nel flusso della ricetta dematerializzata ed al miglioramento del contenuto informativo dei flussi di rendicontazione. Sono, inoltre, continuate le attività finalizzate alla diffusione degli strumenti informatizzati per la gestione dei percorsi di accettazione (totem check in), curandone anche l'integrazione con i sistemi informatici per il miglioramento dell'orientamento (app easy hospital). In considerazione delle indicazioni regionali relative alla riduzione delle liste d'attesa, nel corso del 2024 sono stati effettuati incontri a livello metropolitano finalizzati alla discussione e progettazione dei software di prenotazione (ISES) per consentire la corretta gestione del percorso di prenotazione. Quanto progettato sarà realizzato nel corso del 2025. Nel corso del 2024 è stato implementato negli applicativi aziendali il nuovo catalogo (prestazioni e tariffe) delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Cup Web: su questo versante è proseguita la collaborazione con l'AUSL di Bologna nel mantenimento e nel processo di 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 la implementazione.

Reti di integrazione interaziendale: è proseguita la collaborazione per lo sviluppo delle "reti" ambulatoriali integrate Ospedale -Territorio. Tale modello comprende da un lato l'istituzione ed organizzazione sul territorio ASL di ambulatori territoriali di primo livello specialistico, con offerta prenotabile Cup Metropolitano, dedicati ai primi accessi e 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 della 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. (tale modello operativo è applicato per la Dermatologia e per la Reumatologia).

Percorso Interaziendale urgente (PIU) metropolitano: è proseguita la collaborazione in ambito Metropolitano nell'applicazione dei percorsi codificati per l'accesso e la presa in carico delle richieste urgenti (U e B) - Percorso Interaziendale Urgenze (PIU) metropolitano - con le modalità a suo tempo condivise con la Asl di Bologna e nel rispetto del quadro normativo nazionale e regionale (l'Accordo Stato Regioni del febbraio 2019 recepiti con la DGR 603/2019 (priorità "U" H 72 e priorità "B" brevi 10gg), con l'obiettivo di migliorare ulteriormente la presa in carico dei casi secondo il principio della migliore "prossimità territoriale" della residenza del paziente ai luoghi di cura.

Controllo sulle relazioni fra attività libero professionale ed attività istituzionale: l'azienda è impegnata nel monitoraggio dei volumi di prestazioni erogate in libera professione intramoenia e nel confronto tra questi volumi e l'erogazione delle relative tipologie di prestazioni in regime istituzionale così come nel controllo sulle relazioni fra attività libero professionale ed attività istituzionale, anche attraverso il completamento dell'allineamento dei cataloghi aziendali tra i due regimi di erogazione. Prosegue il monitoraggio (anche per la libera professione) degli indicatori relativi ai tempi di attesa (MAPS). Per entrambi i monitoraggi (volumi e tempi di attesa) non è stata rilevata alcuna criticità.

Sul versante della gestione della libera professione l'azienda nel corso del 2024 ha operato per 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 tale contesto sono stati informatizzati i processi di autorizzazione delle prestazioni di ricovero, di gestione dei percorsi interaziendali, di formulazione del preventivo e di invio al paziente che potrà accettarlo e firmarlo digitalmente. Tale processo di digitalizzazione è in fase di completamento entro il primo quadrimestre del 2025. Ha, inoltre, iniziato la costruzione di un cruscotto di indicatori in grado di rappresentare l'efficienza e la qualità del servizio fornito. In pratica sono state implementate funzioni all'interno di un sistema di Business Intelligence aziendale, al fine di interrogare agevolmente i tariffari ambulatoriali e di ricovero, potendo applicare filtri specifici sulle varie componenti di costo, e poter monitorare l'andamento delle tariffe.

MIGLIORAMENTO DELL'ACCOGLIENZA E DELL'ACCESSO

L'Azienda è impegnata in un percorso articolato di miglioramento delle attività di accoglienza ed accesso con l'obiettivo di rendere più semplice la fase di accesso ed

accompagnare completamente il cittadino nel percorso di cura. Anche nel corso del 2024 è stata data completa attuazione alla struttura individuata per l'integrazione dei percorsi di accesso ed accoglienza che, unitamente al gruppo aziendale che si occupa di "wayfinding e accoglienza" attivato dalla direzione strategica, si è impegnata nelle azioni che seguono:

Miglioramento del wayfinding con particolare attenzione alle aree esterne: nel corso del 2024 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 alle persone con disabilità. Il progetto ipotizza 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. Tra le azioni individuate anche un chiosco informativo posizionato in un punto significativo, come evidenziato da un'analisi basata sullo studio dei flussi degli utenti. Con l'attivazione di uno specifico gruppo "segnaletica" sono state poste le basi di una nuova segnaletica aziendale con l'obiettivo di consentire un migliore orientamento dell'utente in un campus complesso.

Revisione del ruolo del personale addetto all'accoglienza e all'accesso: sono continuate le azioni formative dedicate al personale dei punti informativi che dovranno evolvere verso "punti di accoglienza" ed è stata data piena attuazione al nuovo servizio di presa e rilascio delle carrozzine dedicato ad utenti con difficoltà motoria. In generale l'obiettivo delle iniziative attivate è quello di stimolare per questo personale un ruolo più attivo e più volto alla "presa in carico" dell'utente nei bisogni informativi e di accoglienza e favorire la capacità di questo personale di lavorare come gruppo e non come insieme di singoli soggetti.

Ridefinizione dell'assetto degli attuali "punti informativi": nel corso del 2024 è stato dato corso a quanto definito per l'assetto dei punti informativi. In particolare è stato potenziato il servizio in fascia oraria diurna ed è stato ridotto quello in fascia oraria notturna in considerazione della scelta di fare evolvere i punti nei padiglioni verso punti di accoglienza ed in coerenza con le valutazioni relative al numero di pazienti che accedono alla struttura. Sono proseguite anche le azioni di monitoraggio dei flussi di utenti e di contatti per consentire di adattare via via il servizio alle necessità emergenti anche considerando i numerosi lavori edili che sono in corso all'interno della struttura.

Ridefinizione delle attività e della mission della centrale telefonica: il servizio della centrale telefonica deve essere profondamente rivisto e deve essere favorita la sua evoluzione verso un call center aziendale in grado di gestire, attraverso strumenti adeguati, i bisogni informativi e (in previsione) prenotativi degli utenti. Nel corso del 2024 sono state completate le azioni finalizzate al miglioramento del clima e del lavoro di gruppo che non hanno portato i risultati previsti. Questo servizio sarà quindi nuovamente rivalutato nel corso del 2025 anche in considerazione delle valutazioni in corso sugli strumenti informatici necessari.

Supporto all'attività di televisita: nel 2024 sono continuate le azioni di supporto amministrativo sia ai clinici che agli utenti per facilitare l'introduzione di questa modalità di erogazione delle prestazioni superando le eventuali difficoltà informatiche.

Inoltre, sono proseguite le attività per l'implementazione delle funzioni dell'app easy hospital ed è stato istituito il nucleo per il mantenimento di tali informazioni (con il coordinamento di ICT). In considerazione del completamento delle attività relative al progetto europeo *ecoquip+* che ha portato alla revisione del punto di accoglienza del padiglione a all'inserimento in via sperimentale di un servizio informativo gestito con il supporto di un operatore virtuale, nel corso del 2024 si sono sviluppate le attività per la formazione del personale che dovrà garantire la predisposizione dei flussi di conversazione adatti alla gestione del servizio stesso. L'avatar di intelligenza artificiale "Emilia" è stato posizionato al pad. 1 e sono stati definiti i contenuti informativi utili alla gestione. E' stata eseguita la formazione al personale ed il nucleo per il mantenimento delle informazioni per l'app easy hospital ha preso in carico anche la gestione di questo nuovo strumento che è integrato con il primo. Tali attività proseguiranno nel 2025.

INDICATORI REGIONALI PER L'ANNO 2024

Gli indicatori di competenza anche dell'Azienda Ospedaliera IRCCS S. Orsola per il monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione anche on line sul CUP WEB regionale e nel sistema CUP sono riportati di seguito:

Incremento di produzione

Indicatore	Target
IND1139 - Incremento n. prestazioni di cui ai Piani straordinari di produzione validati (come da DGR n.620/2024 per ambito territoriale nel 2024 rispetto al 2023) (FONTE piani di produzione validati ai sensi di quanto previsto dalla DGR n. 620/2024 e flusso ASA)	100% offerta dichiarata Piani straordinari di produzione

Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale

Numero di prestazioni di primo accesso definite obbligatorie a livello regionale presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on line sul CUPWEB/Numero di prestazioni di primo accesso definite obbligatorie prenotabili agli sportelli CUP (%) (FONTE CUPWEB).	Target >= 90% Dato aziendale Risultato 2024= 99%
--	---

Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con classe di priorità D EX ANTE:

Indicatori	Target
------------	--------

IND0319 - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	$\geq 90\%$ Dato metropolitano Bologna Risultato 2024 = 89,35%
IND0320 - Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	$\geq 90\%$ Dato metropolitano Bologna Risultato 2024 = 96,05%

Fonte dati: InsidER Edizione 2024

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

Indicatore	Target
D10Z – NSG - % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	$\geq 90\%$ Dato metropolitano Bologna Risultato 2024 = 97%

Fonte dati: InsidER Edizione 2024

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

Indicatore	Target
D11Z – NSG - % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D	$\geq 90\%$ Dato metropolitano Bologna Risultato 2024 = 84,22%

Fonte dati: InsidER Edizione 2024

Presenza in carico:

Indicatori	Target
------------	--------

IND1145 - % del numero visite di controllo (V2) sul totale visite (V1+V2)	Aumento rispetto all'anno precedente Dato metropolitano Bologna Risultato 2023 = 36,5% Risultato 2024 = 37,8% Fonte dato: InsidER Edizione 2024
IND0993 - % prescrizioni di visite di controllo con tipo accesso 0 prescritte dal medico specialista	≥ 95% Dato metropolitano Bologna Risultato 2024 = 97,6% Fonte dato: InsidER Edizione 2024
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% Risultato 2024 = 99% Fonte dato: aziendale
IND0994 - % prescrizioni con tipo accesso 0 prescritte dal medico specialista (escluse visite)	≥ 95% Dato metropolitano Bologna Risultato 2024 = 98,7% Fonte dato: InsidER Edizione 2024
IND1147 - % prenotazioni con tipo accesso 0 effettuate dallo specialista/struttura sul totale prenotazioni tipo accesso 0 (escluse visite)	≥ 90% Risultato 2024 = 98,6% Fonte dato: aziendale

Continuità prenotativa del Sistema CUP e agende aperte

Indicatori	Target
IND1148 - Numero agende di prenotazione disponibili, in qualunque momento, per ciascuna prestazione e per bacino di riferimento territoriale	Almeno 1 agenda disponibile Dato Aziendale agende CUP Maggio 2025 = 450

DES0085 - Attivazione Preliste per richieste di primo accesso
in caso di indisponibilità di agenda

Prelista attiva in caso di
indisponibilità di agenda di primo
accesso ⁽²⁾

Fonte dato: InsidER Edizione
2024

(2) Target valutato in caso di mancata disponibilità di almeno una lista di primo accesso (indicatore **IND1148**)

Gli indicatori relativi ai tempi di attesa della specialistica ambulatoriale, ai quali l'Azienda contribuisce in termini di volumi di offerta e di attività, sono misurati nell'insieme di quelli dell'ambito del territorio di riferimento, ovvero l' AUSL di Bologna.

TELEVISITA E TELEMEDICINA

Continua lo sviluppo della telemedicina, in attuazione della DGR n.1227 del 2021, 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.

In questo ambito sono 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'avvio della telemedicina a livello aziendale richiede 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) che raccoglie le istanze di attivazione di televisita, teleconsulto, teleassistenza/triage telefonico/telemonitoraggio, discutendo lo stato di avanzamento dei lavori, le modalità tecnico-economiche e organizzative delle nuove richieste e gli interventi atti all'implementazione. Gli incontri del BAT sono calendarizzati a inizio anno con cadenza mensile.

E' effettuato un monitoraggio periodico delle prestazioni erogate in telemedicina per valutarne l'andamento e mettere in atto azioni correttive ove necessario.

Con lo scopo di mantenere l'allineamento con l'Azienda USL di Bologna, sono programmati incontri periodici di confronto e condivisione sullo stato dei lavori anche allo

scopo di progettare interventi integrati in ambito metropolitano (es. implementazione applicativo interaziendale per teleconsulto). Viene garantita la partecipazione dei Referenti Aziendali agli incontri del tavolo regionale.

Indicatore	Obiettivo	Dato aziendale Risultato 2024
Monitoraggio prestazioni a distanza: aumento in valori assoluti delle televisite/prestazioni organizzative rispetto al 2023 (FONTE AZIENDE SANITARIE e ASA)	Aumento del 10% rispetto al 2023 Televisita anno 2023= 1.184 Altre prestazioni organizzative (CTS e videochiamata) anno 2023=9.033	Ob. raggiunto Televisita = 2.040 Altre prestazioni organizzative (CTS e videochiamata) = 12.779

TEMPI DI ATTESA E GARANZIA DELL'ACCESSO IN EMERGENZA URGENZA

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. 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) e visite specialistiche (502 prestazioni erogate nel 2024).

Nel corso del 2024 è stata emessa una procedura aziendale per la gestione dei ricoveri urgenti e per la gestione del sovraffollamento.

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

Le UUOO del padiglione 2, per permettere un rapido riassorbimento di tali pazienti nei propri reparti, hanno garantito dei ricoveri giornalieri dall'Admission Room con una ripartizione teorica, modificata in base alle dimissioni. La gestione quotidiana dei flussi dei pazienti verso l'Admission Room e la pianificazione dei posti letto programmati per ogni UUOO coinvolta è stata gestita dal servizio di bed management.

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. Il nuovo modello organizzativo del servizio di bed management prevede un nucleo centrale di bed manager dedicato ai flussi dei pazienti urgenti in particolar modo provenienti da Pronto Soccorso, un bed manager coordinatore dei flussi in uscita per l'area medica, che abbia interfaccia con la rete di case manager e team ricoveri e dimissioni e dei bed manager dedicati ai flussi per l'area della chirurgia generale e per il polo Cardio-Toraco-Vascolare.

Nel corso del 2024 si è proseguito con la progettualità dei Team Ricoveri e Dimissioni, formalizzati sui reparti di area internistico-geriatrica nel 2023. 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.

Complessivamente nel corso del 2024 si è registrata una riduzione degli accessi nei PS (-2.358) anche se si è assistito ad un incremento dei codici maggiori e quindi della richiesta di ricovero

PS	2022		2023		2024	
	Casi	% Ric (az)	Casi	% Ric (az)	Casi	% Ric (az)
PS Generale	69.438	22,2 %	68.985	21,6 %	68.213	22,5 %
PS Oculistico	20.837	0,2 %	23.817	0,1 %	23.611	0,1 %
PS Ortopedico	11.153	5,6 %	11.573	6,8 %	10.938	7,6 %
PS Ostetrico Ginecologico	9.751	20,7 %	9.782	18,9 %	10.052	18,7 %
PS Pediatrico	24.332	6,9 %	24.583	6,7 %	23.568	7,2 %
Totale	135.511	14,6 %	138.740	13,8 %	136.382	14,5 %

Accessi in pronto soccorso. Fonte: Banca dati Pronto soccorso

Nel 2024 è stata inoltre avviata la progettualità dell'infermiere di continuità AUSL all'interno dell'azienda. Dal 2 aprile 2024, a seguito di molti incontri congiunti con i referenti AUSL è stata inserita una figura come infermiere di continuità, dal 2 dicembre 2024 è stata inserita una seconda risorsa come infermiere di continuità. La figura è stata presentata al pronto soccorso generale e ai reparti attraverso riunioni con il personale e la partecipazione a briefing nei reparti con il servizio di bed management. La figura è anche stata presentata formalmente all'interno del corso di formazione per i case manager dei Team Ricoveri e Dimissioni proprio con l'obiettivo di migliorare il collegamento con i servizi territoriali e ridurre i tempi di processo.

A seguire si riporta il monitoraggio degli indicatori relativi a all'area di performance dell'accesso e della domanda:

Indicatore	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	Commento Trend atteso nel triennio
% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS con più di 45.000	63,91	75,87	63,21	72,34	Mantenimento
Indice di filtro del PS	26,25	18,59	26,48	19,34	Miglioramento
Tasso std di accessi in PS (AUSL BO)	393,99	370,46	367,80	340,71	
% abbandoni dal Pronto Soccorso	6,38	5,89	5,53	5,90	Monitoraggio
Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) std per 1.000 residenti - NSG (AUSL BO)	120,34	128,71	116,67	124,25	Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana

Fonte dati: InSiDER Indicatori Sanità- Edizione 2024

AZIONI A SUPPORTO DELL'EQUITÀ

Il Piano Aziendale dell'equità predisposto ha valenza triennale (2023 - 2025). Di seguito lo stato dell'arte su obiettivi 1, 2, 3.

a. Percorso di prevenzione oncologica per la popolazione trans (progetto interaziendale concluso)

Da dicembre 2024 vi è la possibilità di eseguire lo screening ca-cervice per le persone trans AFAB (da F a M) presso un consultorio dedicato AUSL in Bologna. I requisiti per poter accedere allo screening sono i seguenti:

- età tra i 25 ed i 64 anni;
- presenza di organo target ;
- residenza o domicilio nel territorio dell'AUSL di Bologna con assistenza da parte MMG.

Il servizio è assicurato per coloro che sono registrati sia con genere femminile sia con genere maschile presso il Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso in cui la persona non sia in età target e/o non residente o domiciliata assistita, la prestazione può essere svolta presso gli ambulatori dell'UO Ginecologia e Fisiopatologia della Riproduzione Umana dell'IRCCS AOUBO. In questo caso, per la prestazione sono necessari l'impegnativa del medico e il pagamento del ticket.

Inoltre si è concluso il processo di informatizzazione nella sede del MIT (Movimento Identità Trans) in cui opera una professionista endocrinologa dell'IRCCS AOUBO quale consulente clinico per la transizione. L'implementazione informatica riguarda:

- gestione delle agende di prenotazione da parte del personale autorizzato MIT;
- registrazione informatica della relazione consulenziale da parte del medico, che può provvedere all'inserimento diretto del paziente nell'agenda ambulatoriale AOUBO per la continuità assistenziale. In sede AOUBO il medico può vedere anche la relazione effettuata al MIT eliminando in tal modo il cartaceo e garantendo la tracciabilità documentale.

b. Non autosufficienza e accessibilità: focus sui pazienti dell'ambulatorio CDCD

Da settembre 2024 è possibile entrare con l'auto in prossimità dell'ambulatorio CDCD e parcheggiare in spazio riservato identificato. Tale possibilità è consentita per i pazienti con ADL (activities of daily living) ≤ 2 , che costituiscono circa il 25% della popolazione afferente all'ambulatorio. In tal modo si agevola il caregiver e il paziente stesso nella fase di accompagnamento, movimentazione e gestione in sicurezza durante la fase assistenziale. Tale soluzione prevede il coinvolgimento dei volontari della Fondazione S. Orsola.

c. Contrasto alla violenza di genere (gruppo interaziendale)

a) Abuso sessuale sui minori (percorso concluso in attesa di condivisione per emissione)

L'IRCCS AUOBO è capofila della riformulazione della PINT14 Procedura interaziendale "Percorso sanitario integrato in caso di violenza sessuale/sospetto abuso sessuale a carico di minori". I lavori si sono conclusi riverificando il percorso sia sanitario sia socio-assistenziale con la partecipazione attiva delle varie componenti del nutrito gruppo interaziendale. L'IRCCS AUOBO, ovvero il Pronto soccorso pediatrico, è centro di riferimento per i tutti i minori fino al compimento dei 14 anni di età e per i minori di sesso maschile $>14 - < 18$ anni. Per le minori > 14 anni PS pediatrico si correla con l'ADVS dell'Ospedale Maggiore (centro di riferimento violenza donne). Sono stati ridefiniti e migliorati oltre ai percorsi sanitari, sociali, psicologici anche le attività di:

- repertazione ai fini forensi
- catena di custodia
- raccordo con la microbiologia per le indagini ad uso clinico
- profilassi IST e PEP
- segnalazione all'autorità giudiziaria con quattro modalità diverse a seconda dell'abusante
- azioni di protezione del minore
- indicazioni per i servizi territoriali sulla gestione e/o centralizzazione del minore.

Il processo sarà oggetto di rivalutazione all'interno del macro gruppo interaziendale dedicato alla violenza di genere, prima dell'emissione definitiva entro il primo trimestre 2025.

b) Abuso sessuale sull'uomo e transgender.

L'IRCCS AUOBO è capofila della formulazione del "Percorso sanitario integrato in caso di violenza sessuale/sospetto abuso sessuale sull'uomo e transgender".

I lavori si sono attivati in ottobre 2024 per progettare il percorso inizialmente presso IRCCS AUOBO coinvolgendo il PS generale (che sarà il punto di centralizzazione in ambito interaziendale e su input della DG), Andrologia, Urologia, Chirurgia, Ginecologia, Assistenti sociali, Medicina legale, Psicologia clinica. Per la popolazione trans ci si avvale delle competenze dei professionisti della Ginecologia e Fisiopatologia della Riproduzione. Proseguirà nel 2025 la definizione finale del percorso.

Equity oriented nell'accesso alla struttura ospedaliera

Tale aspetto è stato condotto dal team Hospital of Tomorrow che ha già implementato la disponibilità presa/rilascio delle carrozzine per i pazienti e gli aspetti informatici/informativi per l'orientamento tramite app. A tal riguardo cfr. il paragrafo "Adempimenti relativi alla normativa in materia di inclusione e accessibilità."

Progetti Regionali

a) In relazione al progetto della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare (RER) "Il benessere delle persone LGBTQIA+ nel sistema dei servizi sanitari, sociali e socio-sanitari" è continuata la partecipazione agli incontri organizzati in RER. Sono stati valutati in sede regionale gli esiti di questionari rivolti alla popolazione sanitaria mentre gli esiti relativi alle esperienze della popolazione LGBTQIA+ non sono ancora organizzati in maniera completa. Tale progetto seguirà nel 2025 definendo i passaggi operativi a livello metropolitano

b) Presenza agli incontri in regione sul Diversity management, in cui sono coinvolti i CUG e le area equità aziendali, per la mappatura delle prassi in Azienda che è stata inoltrata nel giugno 2024. Nel 2024 non sono stati organizzati altri incontri in merito.

3.1.2. SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELL'INTEGRAZIONE

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

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

- Sviluppo del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della sindrome delle apnee ostruttive del sonno in età pediatrica. Sono iniziati gli incontri con gruppo di lavoro aziendale, si prevede di completare il documento entro il 2025;
- Sviluppo del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale (PDTAI) per pazienti con Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) dell'Età Evolutiva. Sono stati svolti incontri con il gruppo interaziendale per la stesura del documento ed è stato pubblicato nel primo semestre del 2024. Pianificato Audit degli indicatori nel 2025;
- Monitoraggio degli indicatori del PDTAI per la presa in carico del paziente pediatrico con diabete, programmato audit nel 2025;
- Redazione e pubblicazione della Procedura Interaziendale sulla circoncisione rituale/culturale nel 2024 in applicazione della DGR 1228 del 2-8-2021 (effettuato il primo incontro con il gruppo di lavoro interaziendale);
- Revisione del PDTAI sulla Labiopalatoschisi con chiusura prevista per il 2025;
- Sviluppo in ambito interaziendale con AUSL BO del PDTA per la presa in carico della paziente con Endometriosi. Nel 2024 è stato pubblicato il documento e pianificato l'audit per il 2025;
- Audit per il mantenimento dei requisiti CNT/CNS per la PMA;
- Audit per il mantenimento dei requisiti CNT/CNS per il Programma Trapianto-Pediatico di CSE;
- Audit esterno per il rinnovo dell'autorizzazione regionale del Centro Trapianto di cuore e trattamento dello scompenso cardiaco avanzato nel paziente pediatrico e adulto con cardiopatia congenita.

RETE ONCOLOGICA ED EMATO-ONCOLOGICA

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

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

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

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

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

Con Determinazione del Direttore Generale settore assistenza ospedaliera Direzione generale cura della persona, salute e welfare n.19376 del 20 settembre 2024 sono stati costituiti i Gruppi di lavoro ed i Coordinamenti delle Reti nell'ambito della Rete Oncologica ed Emato-oncologica. I gruppi di lavoro appena citati hanno avviato i lavori nel corso degli ultimi mesi del 2024.

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

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

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 2023 ci si prefigura la definizione delle attività per l'operatività del nuovo modello di presa in carico territoriale.

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.

Nel corso del 2024 si è proceduto a sistematizzare la presenza dell'infermiere di Continuità presso AOSP e in coerenza con quanto previsto dal documento deliberato di AUSL per il supporto alle dimissioni difficili e il contatto con i servizi territoriali. Si è lavorato prevalentemente nella integrazione di questa figura professionale con il lavoro svolto dai Team di Ricovero e Dimissione dell'area medica e geriatrica oltre che con l'equipe del PS Generale.

Nel corso del 2024 si è consolidato inoltre il supporto alla popolazione in accesso al Pronto Soccorso Generale da parte dell'assistente sociale per la precoce attivazione della rete territoriale e comunale.

Con riferimento agli obiettivi contenuti nella delibera di programmazione regionale 2024 si rendicontano i risultati rispetto agli indicatori che più direttamente coinvolgono l'Azienda Ospedaliera.

	Risultato 2023	Target atteso 2024	Risultato 2024
<u>IND0828</u> Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta per complicanze (a breve e lungo termine) di diabete, BPCO e scompenso cardiaco	229,27 (AUSL BOLOGNA)	≤259 per 1.000 abitanti	230.17 (AUSL BOLOGNA)
<u>IND0829</u> Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica per asma e gastroenterite	31,95 (AUSL BOLOGNA)	<56 per 100.000 ab.	41.7 (AUSL BOLOGNA)

Fonte dati: Siver Edizione 2024

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

A seguire si relaziona in modo dettagliato le attività 2024 dei centri di riferimento e delle funzioni di rilievo regionali, come da obiettivi della programmazione regionale 2024. Per la completa rendicontazione delle attività e dei costi di funzionamento di tutti i centri di riferimento regionali si rimanda alla Relazione sulla gestione 2024, allegato al presente documento.

ATTIVITÀ CARDIOCHIRURGIA ADULTI E CARDIOLOGICA PEDIATRICA

In quest'area l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna è riferimento regionale (HUB) per le funzioni di cardiocirurgia e cardiologia interventistica per l'età adulta e pediatrica e per l'attività di trapianto di cuore e di polmone. In continuità con gli anni

precedenti (dal 2007) è stato riconosciuto un finanziamento integrativo all'attuale sistema tariffario.

Residenza assistito	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
---------------------	-----------	-----------	-----------	-----------

La struttura del Polo-Cardio-Toraco

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

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

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

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

Cuore artificiale (VAD)

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

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

La casistica, è rappresentata nella tabella di seguito riportata:

Residenti in Regione	8	6	16	12
Residenti fuori Regione	4	8	6	6
Totale	12	14	22	18

Fonte dati: banca dati SDO aziendale

Nel 2024 sono stati eseguiti 18 interventi di impianto di cuore artificiale (LVAD) (di cui 5 in ambito pediatrico) contro i 22 dell'anno precedente. Il finanziamento integrativo deliberato è stato integrato dall'adeguamento delle tariffe per i DRG dell'ambito cardiologico e cardiocirurgico.

Valvole

In leggero incremento nel 2024 il numero degli interventi di "alta complessità" presso il centro di riferimento regionale per la cardiologia e cardiocirurgia adulti e pediatrica, che passano da 412 a 433. Si rappresenta il dettaglio ed il relativo costo di acquisto delle valvole:

Andamento per Anno Intervento	2022		2023		2024	
	# ricoveri	Costo Device	# ricoveri	Costo Device	# ricoveri	Costo Device
Aortica ((35.21 o 35.22) e 37.22)	303	5.785.787	363	6.835.135	382	6.943.924
Mitraclip (35.12 e 37.22)	28	449.800	31	491.720	56	658.320
Mitralica (35.23 o 35.33)	6	138.573	4	78.215	8	153.920
Polmonare (35.25 e 37.22)	15	297.177	14	269.728	35	489.493
Tricuspide (35.27 e 37.22)	1	20.004			1	19.240
Totale	353	6.691.340	412	7.674.798	482	8.264.897

Fonte dati: banca dati SDO aziendale e Farmacia. SDO.

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

Nel corso del 2024 è stata valutata la possibilità di introduzione della figura del "TAVI/Valve Coordinator", figura di case management infermieristico funzionale alla gestione

del percorso di presa in carico del paziente candidato alla procedura di impianto di TAVI/valvole, che troverà espressione nel corso del 2025.

	Risultato 2023	Target atteso 2024	Risultato 2024
<u>IND0911</u> N. TAVI anno pari al 2022	+14,6%	Incr 0%	+1,08%
<u>IND0947</u> % pazienti con STEMI soccorsi dal 118 e portati direttamente in emodinamica (fast track)	66.85%	≥70%	73.12%
<u>IND1014</u> Angioplastica coronarica percutanea: % di trattati entro 90 minuti dall'episodio di STEMI	63.77%	≥65%	63.5%
Partecipazione ai gruppi di lavoro con l'obiettivo di redigere percorsi diagnostico terapeutici condivisi, in linea con le migliori evidenze scientifiche, che garantiscano al paziente la migliore presa in carico *	Partecipato ai gruppi di lavoro	100%	Partecipato ai gruppi di lavoro

Fonte dati: InSiDER

SINDROME DI MARFAN

La sindrome di Marfan (MFS) è una malattia genetica multisistemica che colpisce principalmente i tessuti connettivi, ed è caratterizzata da un'ampia gamma di manifestazioni cliniche. La malattia si manifesta con alta statura, magrezza, braccia e gambe lunghe, e aracnodattilia, oltre a diverse complicanze cardiovascolari, muscolo-scheletriche, oculari e polmonari (Spencer, 2024; Marfan Foundation, 2024).

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

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

La rete ha complessivamente preso in carico 1133 pazienti, di cui il 40% provenienti da altre regioni d'Italia ed anche da paesi esteri. I nuovi casi nel corso dell'anno 2024 sono stati 58. La rete prende in carico tutti i pazienti inviati con il sospetto diagnostico di patologia del connettivo al fine di eseguire valutazioni cliniche e strumentali volte ad inquadrare correttamente il paziente ed esegue anche lo screening familiare dei pazienti affetti.

PROVENIENZA	TOTALE PAZIENTI	INC. %
-------------	-----------------	--------

Altre Regioni (compreso estero)	445	40%
Regione Emilia- Romagna	688	60%
Totale	1133	100%

Fonte: Centro Marfan

Di seguito si evidenziano le prestazioni ambulatoriali eseguite presso il Centro Marfan dal 2021 al 2024, da cui si evince un sostanziale mantenimento dei volumi di attività:

SEDE	VISITE SPECILISTICHE	2021	2022	2023	2024
CENTRO MARFAN	RIVALUTAZIONE; INQUADRAMENTO; ECOC; TC AORTA; RM AORTA RELAZIONE; ECOTRANSESOFOGEO; ECG; CERTIFICATO; COLLOQUIO TELEFONICO CONSULENZA	358	355	360	354
RADIOLOGIA	RM AORTA; RM AO+RM RACH;TC AORTA;CORONAROTC;RM DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO; ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI; TC CAROTIDI; RM ARTI SUP; RM CUORE; ECO CAVIGLIA; TC AORTA TA+RM CUORE; TC ARTI INF; RM CAVIGLIA; RX CAVIGLIA; TC RACHIDE CERVICALE; RM GINOCCHIO+SPALLA+CAVIGLIA; TC AORTA TA+ARTI INF; ENTERO TC; TC AORTA TA+TC CUORE; TC AORTA TA+TC TORACE; ECO MAMMARIA; RM DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO+RM VASI DEL COLLO	137	128	165	129

Fonte: Centro Marfan

Il finanziamento riconosciuto per l'anno 2024, pari a 170.000 €, è finalizzato alla copertura dei costi di funzionamento del centro, in particolare il costo del personale.

MALATTIE RARE IN ETÀ EVOLUTIVA

L'Azienda è impegnata a garantire la presa in carico efficace dei pazienti con malattie rare predisponendo anche percorsi di telemedicina per garantire la continuità assistenziale anche in presenza di situazioni di emergenza. In ottemperanza alla direttiva regionale (DGR 1415/2022) l'Azienda ha contribuito all'organizzazione del percorso per la somministrazione

delle terapie enzimatiche sostitutive al di fuori dei centri di riferimento, descritto nell'istruzione operativa interaziendale IO-INT 12 emessa il 5 giugno 2023.

ERN (reti europee malattie rare)

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

È stato creato un gruppo di coordinamento e supporto alle attività che i suddetti centri devono svolgere in quanto membri effettivi delle reti. Nel 2024 sono state svolte attività finalizzate al raggiungimento di alcuni degli obiettivi che il gruppo di coordinamento di coordinamento si è posto:

- la creazione di una pagina web dedicata alle malattie rare e all'attività dei centri ERN all'interno del sito del Policlinico. In collaborazione con l'Ufficio Comunicazione la pagina web dedicata alle malattie rare è stata creata all'indirizzo <https://www.aosp.bo.it/it/content/malattie-rare-diagnosi-presacarico-e-terapie-360-gradi>. Sono stati indicati i centri di riferimento del Policlinico e i centri che fanno parte delle reti ERN, con link alle pagine delle singole Unità Operative, in cui gradualmente verranno aggiunte informazioni relative alle malattie rare seguite e ai team multidisciplinari;
- l'implementazione di gruppi multidisciplinari attraverso la piattaforma Health Meeting In collaborazione con il governo clinico sono state definite le modalità per l'organizzazione dei gruppi multidisciplinari che i clinici referenti ERN hanno definito e sulla base dei quali è stato creato, grazie alla collaborazione con l'ICT, un gruppo dedicato alle malattie rare sulla piattaforma Health Meeting. 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;
- la promozione dell'utilizzo degli strumenti di telemedicina già disponibili: l'ICT ha organizzato una sessione di dimostrazione online per spiegare le funzionalità e le modalità di utilizzo della piattaforma Health Meeting e in particolare del gruppo dedicato alle malattie rare e ha dato supporto ai clinici che non avevano esperienza con la piattaforma per l'organizzazione delle prime sessioni di discussione di casi clinici. Inoltre, il DPO ha approvato l'utilizzo della piattaforma di teleconsulenza europea CPMS (Clinical Patient Management System) e ha fornito i moduli di consenso informato specifici mentre il comitato etico ha espresso parere favorevole alla notifica di partecipazione di diversi centri ad alcuni registri di pazienti europei forniti dalle reti ERN e ne sta valutando altre.

Centri di riferimento regionali

Il Policlinico, che include 26 centri di riferimento, sta lavorando insieme al coordinamento regionale per le malattie rare su una riorganizzazione dei centri di riferimento che prevede la designazione di unità funzionali costituite dalle unità operative coinvolte nel percorso assistenziale di determinate malattie o gruppi di malattie, a cui venga estesa l'autorizzazione alla certificazione e alla prescrizione dei piani terapeutici. A settembre 2024 è iniziato il progetto relativo alla presa in carico integrata del Centro Hub per le malattie rare pediatriche dell'IRCCS AOUBO che ha visto come primo step la creazione del Centro per le malformazioni complesse rare, con l'identificazione e l'inclusione delle specialistiche coinvolte nella gestione multidisciplinare di 44 patologie.

È inoltre in atto una revisione della rete regionale per cui a ogni Azienda della regione è stata chiesta una rivalutazione dei propri centri di riferimento. In merito, il coordinamento regionale ha fornito l'elenco dei centri che, da sistema informativo regionale, risultano avere volumi bassi di attività per le malattie rare per cui risultano certificatori. In collaborazione con i centri interessati, sono state riscontrate delle discrepanze dei volumi di attività che sono state valutate e chiarite insieme al coordinamento regionale, identificando i centri a cui sarà revocato l'accreditamento e quelli che invece potranno continuare svolgere le funzioni di centri di riferimento regionale.

Rete metropolitana per le malattie rare

L'Azienda partecipa, insieme all'Istituto Ortopedico Rizzoli e all'AUSL Bologna, al progetto di creazione di una rete metropolitana interaziendale metropolitana con lo scopo di migliorare l'assistenza clinica altamente specializzata per i pazienti affetti da malattie rare. Dopo una valutazione dei percorsi clinici dedicati ai pazienti con malattie rare già attivi all'interno di ciascuna azienda coinvolta e dopo la presentazione del progetto ad alcuni dei professionisti che ne fanno parte, 41 centri delle tre aziende coinvolte, di cui 20 del Policlinico, hanno deciso di aderire. È stato identificato un gruppo ristretto di patologie da cui partire con uno studio pilota che valuti la fattibilità e l'efficacia della pianificazione di visite specialistiche raggruppate in pochi giorni ed è stato creato un gruppo multidisciplinare interaziendale sulla piattaforma Health Meeting che è stato utilizzato per una sessione di discussione di casi clinici nell'ambito delle fragilità ossee.

MALATTIE RARE PEDIATRICHE GENETICA

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

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

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

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

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

Fonte: Centro Malattie Rare Pediatriche

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

- sindrome di Turner in età adulta";
- sindrome di Klinefelter in età adulta";
- sindrome di Prader-Willi in età adulta";
- con Sindrome di Alagille;
- nel 2024 è stato avviato il transito di paziente con Sindrome di Bardet Biedl alla U.O. di Endocrinologia, prevenzione e cura del diabete dell'IRCCS AOUBO.

SCREENING NEONATALE

Lo Screening Neonatale è attuato in Regione Emilia-Romagna attraverso il Centro Regionale di Riferimento Laboratoristico e Clinico situati presso l'IRCCS Aziendale Ospedaliero-Universitaria di Bologna (AOU BO) che operano in stretta sinergia; inoltre il Laboratorio di Screening Neonatale e Malattie Endocrino-Metaboliche opera in stretta collaborazione con altri due Centri Hub Regionali per la Fibrosi Cistica siti presso l'AOU di Parma e l'AUSL di Cesena.

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

La Regione Emilia-Romagna, inoltre, con la Delibera 1441/2024, ha definito le patologie da includere nel programma di screening secondo quanto proposto nel suddetto progetto. Il laboratorio di screening del Policlinico ha quindi effettuato tutte le attività propedeutiche all'introduzione dello screening della SMA per tutti i nati della Regione Emilia-Romagna e Repubblica Di San Marino con ufficiale avvio a far data del 01 luglio 2024. Sono state inoltre coordinate, nel corso dell'anno, tutte le attività necessarie all'introduzione dello screening per le patologie AADC, X-ALD ed Errori congeniti dell'immunità (previsti dalla delibera regionale 1441/2024).

Il personale del laboratorio ha contribuito alla creazione di una nuova piattaforma per la raccolta dei dati VEQ dei partecipanti sia Italiani che Stranieri. Inoltre ha contribuito alla creazione di una nuova VEQ, Proficiency testing, per i Second Tier Test (STT) per le malattie metaboliche; nel corso del 2024 è stato definito un progetto che avrà inizio nel luglio 2025 come progetto pilota a cui parteciperanno tutti i Centri Italiani. Al termine del progetto pilota, della durata di due anni, sarà offerta anche ai partecipanti stranieri.

GENETICA MEDICA

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

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

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

L'ambulatorio offre consulenza in diversi ambiti:

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

e dell'ovaio, tumori dell'intestino e del corpo dell'utero, melanomi, feocromocitomi ect.).

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

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

Nel 2023 L'UOC ha aderito al programma Aziendale per l'implementazione della televisita, con incremento del numero di visite a distanza rispetto all'anno precedente. Nell'ambito della riorganizzazione delle attività ambulatoriali, si sono identificate come idonee per l'erogazione in televisita due principali tipologie di prestazione:

La prima visita di pazienti a cui sia stata prescritta una visita di consulenza genetica, ma per i quali in base alle informazioni disponibili al triage non sembrerebbe indicata/utile una valutazione genetica specialistica

La consulenza genetica post-test di pazienti in cui le indagini genetiche non abbiano evidenziato alterazioni clinicamente significative, se non sono indicati ulteriori accertamenti (esame obiettivo o prelievi) o una rivalutazione clinica complessa

Per quanto riguarda le indagini di laboratorio, si è proceduto nella transizione dei test genetici su nuova piattaforma Illumina: dei test annui attesi, il 52% è ora eseguibile sulla nuova piattaforma.

Dal gennaio 2023 è stata implementata una procedura di triage per l'accesso all'ambulatorio di Genetica Medica, con incremento dell'appropriatezza delle visite erogate e una riduzione dei tempi di attesa per alcune tipologie ad alto rischio di in appropriatezza; Nell'agosto 2023 è stata avviata una riorganizzazione dei percorsi di accesso e restituzione dei test genetici allo scopo di incrementare l'appropriatezza, l'utilità clinica e i benefici, estesi ai familiari, delle analisi di diagnostica molecolare delle malattie genetiche.

Nel 2024 si è proceduto nella riorganizzazione delle modalità di accesso alle prestazioni cliniche e laboratoristiche dell'UOC Genetica Medica intrapresa nell'anno precedente e finalizzata a garantirne l'appropriatezza, a ottimizzare le attività e a migliorare e completare il percorso dei pazienti.

Le nuove modalità sono state formalizzate nelle seguenti **Procedure di Servizio**, approvate e applicate dal novembre 2024 e rese disponibili nel repository aziendale. Inoltre si sono redatte Istruzioni Operative a garanzia della standardizzazione e della qualità delle attività svolte all'interno dell'Unità operativa.

Si è inoltre completata la definizione della **Procedura Interservizi** UOC Genetica Medica Turchetti-SSD Malattie Emorragiche Congenite Valdrè: “Diagnosi Clinicolaboratoristica di Malattia Emorragica Congenita”.

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

- diagnosi delle malattie metaboliche oggetto di screening mediante pannello NGS;
- consulenza genetica e supporto al percorso clinico del neonato positivo allo screening SMA;
- diagnosi delle Immunodeficienze primitive mediante pannello NGS.

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

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

RISULTATI

1. Volume di consulenze effettuate

Nel corso del 2024 sono pervenute complessivamente 21 richieste di consulenza.

Non sono stati ammessi alla valutazione presso il Vax-consilium 3 casi per mancato consenso al trattamento dei dati. Pertanto nel 2024 il Vax-consilium ha effettivamente valutato 18 casi.



Il trend temporale dei quesiti sottoposti al Vax-consilium è in aumento rispetto al 2023 (grafico 1):

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

- 2024: 21 richieste.

2.Caratteristiche dei pazienti valutati

L'età media dei pazienti valutati presso il Vax-consilium nel 2024 è stata di 17 anni. La maggior parte dei casi (15 soggetti su 18) riguardava minorenni. La distribuzione delle età è riportata nel grafico 3 (Grafico 3a: età dei soggetti valutati nel 2024; Grafico 3b: età dei soggetti valutati dalla nascita del Vax-consilium).

Grafico 3a: età dei pazienti (2024)

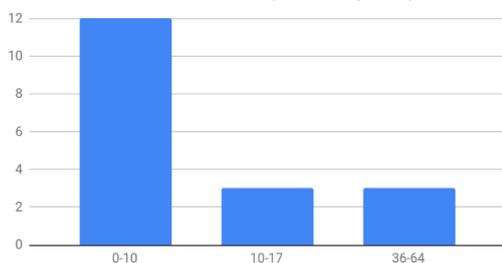
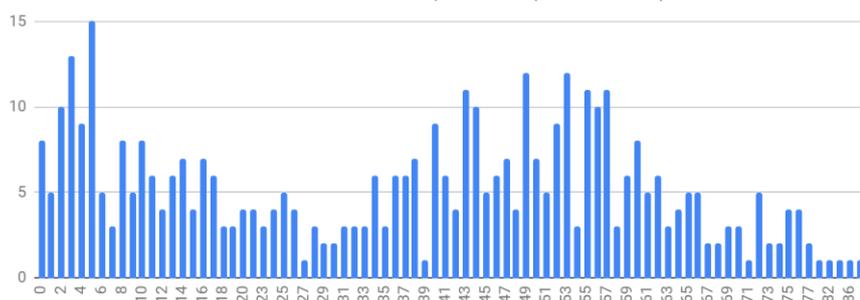


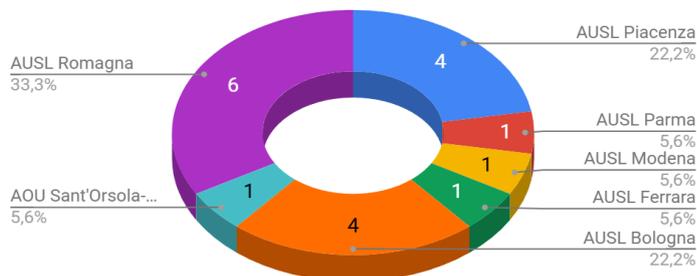
Grafico 3b: età dei pazienti (2018-2024)



3.AUSL richiedenti

La maggioranza delle richieste pervenute nel corso del 2024 è stata sottomessa dalla AUSL Romagna (6 richieste), seguite a pari merito da AUSL Bologna e Piacenza (4 richieste). Le richieste pervenute nel corso del 2024 sono riassunte nel grafico 4a.

Grafico 4a: AUSL di provenienza (2024)



4.Consulenti a disposizione del Vax-consilium

Dopo valutazione preliminare da parte dei coordinatori del Vax-consilium sulla necessità di un parere specialistico, i vari casi sono stati indirizzati agli specialisti di riferimento. Nel corso degli anni alcuni consulenti non si sono più resi disponibili ed altri sono stati arruolati.

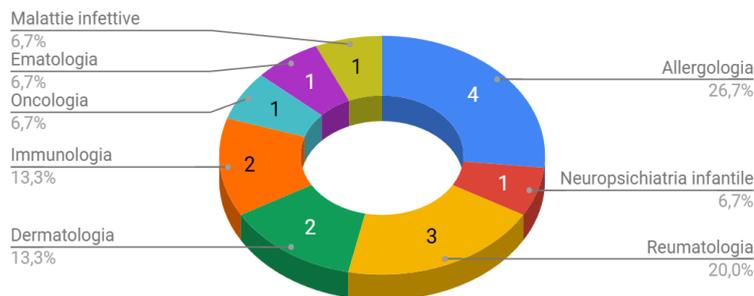
5. Distribuzione delle specialità consultate

La documentazione è stata sottoposta a due consulenti esperti nella disciplina di riferimento per tutti i casi valutati nell'arco del 2024 (tranne un singolo caso).

Alla luce della complessità del quesito clinico esposto, in 4 casi è stato necessario procedere con una valutazione congiunta di più esperti afferenti a diverse discipline.

Il grafico 5a mostra la distribuzione delle specialità di riferimento dei casi approfonditi nel 2024.

Grafico 5a: specialità di riferimento (2024)



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

6. Tipologia di vaccino in esame

Le tipologie di vaccino per cui è stato chiesto un parere al Vax-consilium nel 2024 sono riassunte nel Grafico 6.

Grafico 6: tipologia di vaccino



La quota maggioritaria dei quesiti è stata posta per vaccini vivi attenuati (7 su 18 casi), mentre 4 quesiti riguardavano tutte le vaccinazioni in genere.

7.Stato della valutazione

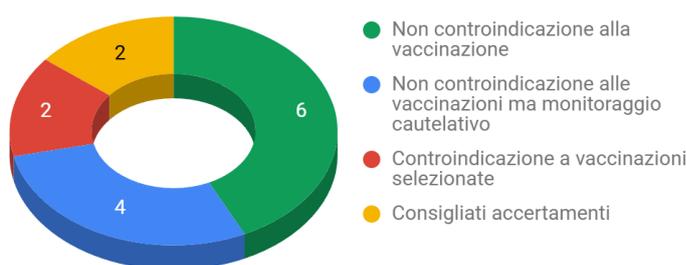
Sul totale di 21 richieste pervenute nell'arco del 2024, 18 sono state valutate dagli esperti del Vax-consilium. 4 quesiti sono tuttora in corso di valutazione, mentre per i restanti 14 casi è stato inviato il referto conclusivo del Vax-consilium tramite PEC istituzionale.

8.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 peculiarità del singolo quesito, con espressione di parere favorevole o contrario a una o più vaccinazioni, oppure con consigli di ulteriori accertamenti finalizzati ad un migliore inquadramento del paziente. In ogni caso, ciascuna valutazione conclusiva esita in una presa di posizione definitiva in termini positivi o negativi.

Il bilancio complessivo semplificato dei pareri espressi nel 2024 è riportato nel grafico 7, ove sono riportati i numeri assoluti.

Grafico 7: esito della valutazione



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 4 casi.

In due casi, l'indicazione alla vaccinazione è stata posta previa esecuzione di accertamenti

9.Elementi di interesse

Ulteriori interessanti spunti di riflessione riguardano:

- Per 7 casi su 18 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 tutti questi casi. In molti casi infatti le motivazioni addotte da questi colleghi, talvolta noti attivisti del fronte "No Vax", non sono state confermate dalla valutazione degli esperti;
- In 10 casi su 18 il quesito si riferiva ad un soggetto immunocompromesso.

10. Ospedale che Vaccina

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

Tale servizio si propone di eseguire una valutazione dettagliata del rischio infettivo di tutti i pazienti candidati ad immunodepressione (trapianto di organo solido e midollo osseo, ematologici, reumatologici, malattie infiammatorie croniche intestinali, HIV, oncologici) afferenti al Policlinico di Sant'Orsola, consigliando ed attuando strategie di prevenzione vaccinale, nonché di controllo ed eradicazione di eventuali infezioni latenti.

Ospedale che Vaccina ha la finalità di accelerare l'abbattimento del rischio infettivo (ove possibile) del singolo paziente immunodepresso, migliorare la compliance vaccinale e massimizzare l'efficacia della vaccinoprofilassi.

Tale progetto è articolato in due tempi:

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

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 vaccini somministrati:	4617	Media di vaccini somministrati per ogni giornata di attività:	51
Media di vaccini somministrati individualmente per ogni seduta vaccinale:			3.2 vaccini

Totale pazienti valutati dal servizio:

- Ambulatorio: 543 pazienti;

- Consulenze nei reparti: 144 pazienti;
- Totale: 687 pazienti.

Attività aggiuntive:

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

13. Prospettive future

Il Vax-consilium conferma la sua disponibilità a fornire update sull'evoluzione delle conoscenze presenti in letteratura e nei database delle diverse aziende produttrici, con riferimento ad efficacia e sicurezza dei diversi tipi di vaccino, efficacia nelle diverse sottopopolazioni, criteri aggiuntivi di valutazione di immunogenicità, ipotesi di timing di rivaccinazione, schedule specifiche per determinate popolazioni, ipotesi di inserimento della vaccinazione nel calendario vaccinale regionale.

Questo servizio potrebbe essere utile alla cabina di regia regionale per la pianificazione della presente e delle prossime campagne vaccinali. Ad esempio esso potrà dare supporto nel prossimo futuro rispetto alla valutazione del rapporto costo efficacia della vaccinazione anti RSV e della vaccinazione anti-Dengue.

Oltre a tale supporto, il team Vax-consilium si rende disponibile a collaborare con gli uffici regionali competenti per qualunque programma di formazione rivolto agli operatori sanitari.

Ovviamente l'ambito di formazione che si è concentrato molto sul tema del COVID-19 è estendibile a ogni altra problematica occorrente.

Per quanto riguarda Ospedale che Vaccina, sono pervenute numerose richieste di estensione del servizio da:

- Rete reumatologica metropolitana di Bologna;
- Ematologia - Policlinico Sant'Orsola (pazienti trapiantati di midollo osseo o affetti da Mieloma multiplo, Mielodisplasie);
- Neurologia - Policlinico Sant'Orsola (pazienti affetti da vasculiti SNC o trattati con inibitori del complemento);

- Nefrologia - Policlinico Sant'Orsola (pazienti affetti da glomerulonefriti o trattati con inibitori del complemento);
- Dermatologia - Policlinico Sant'Orsola (pazienti affetti da psoriasi in terapia con farmaci biologici).

CENTRO DI RIFERIMENTO DI IMMUNOGENETICA

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

Tabella 1		Studio immunogenetico					Cross-match				
		2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024
Trapianto cuore	Inserimento in lista (pz)	71	40	63	87	66	24	31	30	51	30
	Monitoraggio (campioni)	52	36	59	145	165	-	-	-		
Trapianto fegato Bologna	Inserimento in lista (pz)	154	160	178	191	167	90	106	166	139	110**
	Monitoraggio (campioni)	50	48	73	151	139	-	-	-	-	
Trapianto fegato Modena	Inserimento in lista (pz)	105	129	138	177	130°	71	109	125	150	112*
	Monitoraggio (campioni)	7	22	19	87	114	-	-	-		
Trapianto polmone	Inserimento in lista (pz)	21	15	19	23	17	11	11	14	22	9
	Monitoraggio (campioni)	4	27	33	88	40	-	-	-	-	
Trapianti combinati	Inserimento in lista (pz)	10	7	8	12	10	3	2	-	-	
	Monitoraggio (campioni)	8	14	20	40	32	-	-	-	-	
Trapianto di rene	Inserimento in lista (pz)	138	204	261	259	326#	-	-	-	-	
	Monitoraggio	870	1763	1780	1195	1217	-	-	-	-	

	(campioni)										
Trapianto di rene da vivente	Studio										
	Pre-trapianto (pz)	88	132	141	82	50#	93	150	140	79	53
Totale		1578	2597	2792	2537	2473	292	411	475	420	302

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

Nella Tabella 1 sono riportati i pazienti studiati nel 2024 per le differenti tipologie di trapianto d'organo solido renale e non renale, sia come studio immunologico pre-trapianto sia come monitoraggio post-trapianto, ed i cross-match eseguiti per la valutazione della compatibilità ricevente-donatore.

Si conferma un volume importante di attività a supporto dei trapianti dell'IRCCS AOU di Bologna e del Policlinico di Modena. Dall'1° novembre 2024 l'attività di Immunogenetica pre-trapianto (#) è svolta interamente dall'Immunogenetica di Parma, centro di riferimento regionale per il trapianto di rene

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

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

	TMO da familiare identico			TMO familiare aploidentico			TMO MUD			TMO da cordone			Totale		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024
Centro Trapianti															
Ematologia Seràgnoli (B001)	2	3	6	9	8	6	38	49	45	0	0	1	49	60	58
Unità trapianto Pediatria (B002)	3	0	3	7	5	11	8	7	5	0	0	0	18	12	19
Ematologia Modena (M001)	7	3	4	3	1	2	11	4	8	0	0	0	21	8	14

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

TABELLA 3	Campioni				
	2020	2021	2022	2023	2024
Candidati a trapianto di CSE	146	176	182	171	185
Parenti di pazienti ematologici	204	148	239	181	216
Attivazioni ricerca donatore volontario (MUD)	117	145	136	158	113
Test di Conferma Finale Paziente per trapianto da donatore volontario (MUD)	91	120	116	126	130
Test di Conferma Finale Paziente per trapianto da donatore correlato	12	5	20	7	6
Test di Conferma Finale donatore volontario (MUD)	157	210	216	201	257
Test di Conferma Finale donatore correlato	32	25	27	39	47
Studio chimerismo post-trapianto	283	244	245	268	313

Presso il Programma Dipartimentale ha sede il Registro Regionale dei Donatori di Midollo e del Centro Donatori di Midollo di Bologna (BO01): ad essa convergono tutti i campioni biologici (sangue periferico e saliva) degli aspiranti donatori reclutati in Regione per la tipizzazione in alta risoluzione per i loci HLA A, B, C, DRB1 e DQB1 e l'inserimento dei risultati nel Registro. Dal 2024 la tipizzazione HLA è eseguita con metodica NGS, per la quale il laboratorio ha ottenuto l'accreditamento EFI.

L'attività di iscrizione dei donatori con eventi outdoor è ripresa, raggiungendo e superando i dati pre-pandemia: il 2024 si è concluso con l'iscrizione di 6719 nuovi donatori confermando i brillanti risultati dell'anno precedente. (Tabella 4)

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

Nella tabella 5 sono riportati i donatori iscritti attivi della nostra Regione 31/12/2024, suddivisi per Centro Donatori di appartenenza.

TABELLA 5								
CD	BO01	FE02	MO01	PC01	PR01	RA01	RE01	TOTALE RR
DONATORI ATTIVI	25391	8952	7562	4771	7056	11414	13742	78888

La numerosità del Registro Regionale (Tabella 5) si abbina alla qualità dei suo. Nella tabella 5 sono riportati i donatori iscritti attivi della nostra Regione, al i iscritti in termini di tipizzazione e di giovane età, elementi di grande interesse per i Centri Trapianto e lo dimostrano le prime donazioni di cellule staminali emopoietiche (CSE) che sono state eseguite in Regione nel 2024, 69 vs 38 del 2023: l'88% delle richieste di donazione sono rivolte a donatori di età inferiore a 35 anni.

TABELLA 6								
CD	BO01	FE02	MO01	PC01	PR01	RA01	RE01	TOTALE RR
PBSC	17	5	10	3	2	6	16	59
BM	1	2	2	1	1	0	0	7
LINFOCITOAFERESI	1	0	0	0	1	0	1	3
TOTALE DONAZIONI	19	7	12	4	4	6	17	69

Nella tabella 6 sono riportate le donazioni suddivise per Centro Donatori di appartenenza, sorgente di CSE (da sangue periferico – PBSC- o dal midollo – BM) e tipologia di donazione (prima donazione o linfocitoaferesi), numeri record 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 (85% PBSC vs 15% BM).

Infine, il Registro ha gestito:

- 65 invii di campioni biologici (+38% rispetto 2023) ad altrettanti Centri Trapianto italiani ed internazionali, per la valutazione (Test di Conferma Finale) del grado di compatibilità tra i pazienti ed i potenziali donatori, quale preliminare fondamentale alla donazione vera e propria;

- 51 richieste di approfondimento/estensione ad altri loci HLA della tipizzazione in alta risoluzione di altrettanti potenziali donatori per pazienti italiani ed esteri.

NEFROLOGIA PEDIATRICA PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

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

Infine, è stato avviato il percorso del trapianto pediatrico da vivente e da cadavere. Complessivamente dall’avvio dell’attività nel 2010 sono stati eseguiti 15 trapianti di rene in pazienti in età pediatrica, di cui 9 da vivente e 6 da cadavere. Altri 26 pazienti seguiti da Centro di nefrologia del Policlinico sono stati trapiantati in altri Centri fuori Regione nel medesimo periodo.

Nel 2024 sono stati eseguiti 2 trapianti: uno a Bologna da vivente (all’età di 15 anni) ed uno a Milano, da lista (all’età di 7 anni). Inoltre, nell’anno 2024 il Centro ha seguito 10 pazienti in lista trapianto, rispettivamente nelle città di Milano, Padova, Roma e Genova.

Il centro ha preso in carico nel 2024 (e sta attualmente seguendo) in follow-up attivo post trapianto 14 bambini; vengono seguiti circa 110 pazienti pediatrici in Insufficienza Renale Cronica (IRC), di questi 10 pazienti erano in stadio V° di IRC e 12 in dialisi peritoneale (da 3 mesi a 8 anni di età) oltre 20 pazienti con insufficienza renale acuta (alcuni dei quali sottoposti a CVVH o dialisi peritoneale). Nel 2024 sono state eseguite 23 biopsie renali a bambini e giovani adulti provenienti dalla Regione Emilia Romagna e dalla Regione Marche e sono attualmente in cura oltre 400 pazienti con malattie renali rare e complesse: CAKUT, ARPKD, ADPKD, Sclerosi tuberosa, Alport, Tubulopatie, Glomerulopatie (C3GN, GNMP, Sindromi nefrosiche, SHPN, LES, vasculiti, etc.)

Il centro ha incrementato il numero di pazienti che afferiscono a livello aziendale al “Percorso di Transizione del giovane con patologia renale verso l’età adulta”, per la presa in carico dei pazienti pediatrici presso la Nefrologia dell’adulto (sono già transitati oltre 190 pazienti).

CENTRO HUB INTRAZIENDALE PER LE NEUROFIBROMATOSI

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

Nel 2024 sono state erogate le seguenti prestazioni:

- 42 prime visite (valutazioni cliniche) per nuovi pazienti entro i tempi previsti per primo accesso (7-15 gg);
- 853 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 370; 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 UO Dermatologia dal 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 (ad ora in tutto 25) e a prescriberlo mediante piano terapeutico informatizzato nell'ambito del Registro delle Malattie Rare della RER.

CENTRO PER IL TRATTAMENTO DELLA NEOPLASIA OVARICA

La neoplasia dell'ovaio, sebbene non frequente, rappresenta la prima causa di mortalità per tumori ginecologici nei paesi industrializzati. In Emilia-Romagna si stimano circa 350-400 nuovi casi l'anno. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna è 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.

Nell'anno 2024 i casi con nuova diagnosi riferibili all'IRCCS AOUBO sono stati 153. Con DGR n. 2242/2019 è stata definita la rete regionale ed il percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il trattamento della neoplasia ovarica. 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). E' in corso A.A.2024-2025 lo svolgimento della terza edizione del Master Universitario di II livello di Oncologia Ginecologica.

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'84% 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. I dati qui riportati confermano la numerosità della casistica e il progressivo aumento della numerosità delle nuove diagnosi. Gli interventi eseguiti per neoplasie ovariche nel 2024 presso IRCCS AOUBO sono stati 285. Preme sottolineare che il centro attrae un rilevante numero di pazienti non residenti nel territorio metropolitano, della casistica trattata il 21% proviene da fuori regione.

Tipologia intervento	2022	2023	2024
Interventi chirurgici radicali per tumori epiteliali in prima diagnosi	119	125	119
Interventi chirurgici radicali per tumori ovarici recidivati	20	17	13
Laparoscopie diagnostiche per neoplasie ovariche	71	56	71
Interventi chirurgici per tumori ovarici borderline	16	16	23
Interventi chirurgici per tumori non epiteliali	6	10	14
Interventi chirurgici per tumori germinali	5	4	6
Interventi chirurgici per sarcomi ovarici	1	1	5
Interventi chirurgici per tumori ovarici secondari	9	3	3
Interventi di chirurgia profilattica	31	27	31
Totale	278	259	285

Tipologia diagnosi	2022	2023	2024
Tumori epiteliali maligni	119	126	115
Tumori epiteliali borderline	16	15	23
Tumori non epiteliali	6	9	14
Tumori germinali	5	4	6
Sarcomi ovarici	1	1	4
Tumori ovarici secondari	8	4	3
Totale	152	159	165

Dati: UOC Ginecologia Oncologica

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.

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 multi professionale, 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 fasi le fasi del Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA). L'AOU di Bologna è stata identificata come centro di terzo livello nell'ambito della rete regionale dei centri.

Di seguito le attività relative al 2024, da cui si evince come il percorso si mantenga efficiente con elementi migliorativi, garantendo il supporto clinico-assistenziale. Dalle attività registrate si rileva che l'assistenza della persona affetta da endometriosi si sta indirizzando al trattamento medico conservativo piuttosto che chirurgico, in linea con la letteratura e come l'attività medica sia significativamente sostenuta anche mediante il teleconsulto che viene eseguita al di fuori delle fasce orarie ambulatoriali.

La rete funzionale di distribuzione dell'attività assistenziale ha cominciato ad evolversi, prediligendo il reclutamento delle prime visite presso il centro dell'IRCCS AOUBO e ridistribuendo i controlli nei Centri Spoke e nei consultori della regione attivando, inoltre, nell'area metropolitana di Bologna degli slot di accessi ambulatoriali direttamente prenotabili dai Centri interessati. Ciò è ulteriormente evidente dalla costante collaborazione tra il nostro centro ed i centri spoke, nell'ambito della creazione di una rete interaziendale metropolitana e regionale.

A partire da ottobre 2024, inoltre, è stata avviata la modalità telematica di visita "televisita", con ottimi riscontri per le pazienti ed il personale sanitario. Tale modalità viene riservata a casi per cui serva una valutazione clinica a breve termine o per pazienti con recenti modifiche delle terapie prescritte per la valutazione della loro efficacia o di eventuali effetti collaterali.

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

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

Di seguito i dati della preservazione della fertilità nei pazienti oncologiche nel periodo 2024:

- Crioconservazione ovociti: 54
- Scongelamento ovociti: 9
- Crioconservazione spermatozoi: 94
- Scongelamento spermatozoi: 13
- Crioconservazione tessuto ovarico: 68
- Reimpianti di tessuto ovarico: 6

Il Centro nel 2024 ha ricevuto diversi finanziamenti per portare avanti studi clinici e di ricerca sulla preservazione della fertilità finalizzati al miglioramento della qualità di vita delle giovani donne sopravvissute al cancro. Tra i più importanti si citano un finanziamento con fondi PNRR, uno da parte di una ditta farmaceutica e uno da parte della Fondazione Carisbo.

Il Centro, in collaborazione con l'Università di Bologna, è stato depositario di un brevetto esteso a livello internazionale su dispositivo medico impiegato durante il reimpianto di tessuto ovarico nelle giovani donne che hanno eseguito un percorso di preservazione della

fertilità. Inoltre il Centro ha contribuito sul fronte scientifico alla diffusione e divulgazione delle conoscenze nel campo dell'oncofertilità con pubblicazioni scientifiche nazionali ed internazionali e l'organizzazione di congressi e workshop a livello nazionale.

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

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

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

Tale attività prevede la stretta collaborazione con il centro pediatrico per la diagnosi e il trattamento delle MICI che ha sede presso la pediatria dell'Ospedale Maggiore (AUSL di Bologna). Nell'anno 2024 si è ulteriormente consolidata ed è incrementata l'attività ambulatoriale grazie ad una revisione della logistica sempre più funzionale al lavoro multidisciplinare dei professionisti a garanzia dell'integrazione tra le diverse competenze necessarie e legate ai percorsi di cura dei pazienti che spesso necessitano di altissime skills medicochirurgiche. Durante il 2024 è proseguito il collegamento del centro HUB con i professionisti dei centri Spoke della regione Emilia-Romagna e delle altre regioni con la condivisione di protocolli di cura volti a garantire una migliore qualità di vita ai pazienti. In particolare, il centro ha consolidato:

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

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

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

- la costante attività, all'interno del centro, del medico con esperienza ecografica avanzata, che ha garantito l'esecuzione delle indagini ecografiche di base e delle anse intestinali fin dal primo accesso del paziente. La ricognizione delle attività svolte da parte del Centro di Riferimento MICI evidenzia, anche per il 2024, la presa in carico di volumi importanti di pazienti leggermente in incremento rispetto al 2023. Attività di ricovero in regime DO e DH.

I dati di attività, provenienti dalla banca dati SDO aziendale, sono sintetizzati nelle pagine successive e prendono in analisi tutti i pazienti dimessi dal centro MICI, nell'anno 2024, divisi per genere e per patologia (morbo di Chron e rettocolite ulcerosa), distribuiti per AUSL di provenienza.

TIPO PATOLOGIA	DONNE					UOMINI					TOT
	Programmato	Età media	Urgente	Età media	Tot. Donne	Programmato	Età media	Urgente	Età media	Tot. Uomini	
MORBO DI CROHN	255	43	58	49	313	315	42	114	42	429	742
Numero casi ricoverati in area chirurgica	172	42	18	49	190	194	43	39	43	233	423
Numero casi ricoverati in area medica	83	45	40	49	123	121	40	75	42	196	319
RETTOCOLITE ULCEROSA	147	41	57	48	204	133	47	59	55	192	396
Numero casi ricoverati in area chirurgica	81	42	12	42	93	85	47	11	49	96	189
Numero casi ricoverati in area medica	66	39	45	49	111	48	49	48	56	96	207
MORBO DI CROHN E RETTOCOLITE ULCEROSA	1	86	0	0	1	5	33	0	0	5	6
Numero casi ricoverati in area chirurgica	0	0	0	0	0	5	33	0	0	0	0
Numero casi ricoverati in area medica	1	86	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale complessivo	403	42	115	48	518	453	43	173	46	626	1144

Tabella 1. Attività di ricovero in regime ordinario e day hospital anno 2024. Selezione dei casi con diagnosi di dimissione per patologia morbo di Crohn e rettocolite ulcerosa e patologia combinata Morbo di Chronn e Rettocolite ulcerosa. Fonte dati: banca dati SDO aziendale.

DIMESSI 2024 PER MORBO DI CROHN						
Tipologia Regime	AUSL BO	AUSL IMOLA	FUORI PROVINCIA	FUORI REGIONE	MANCANTE	Tot. complessivo
DH	4	1	10	40	1	56
%	7%	2%	18%	71%	2%	100%
DO	119	8	106	452	1	686
%	17%	1%	15%	66%	0%	100%
Totale complessivo	123	9	116	492	2	742

Tabella 2. Distribuzione della casistica per AUSL di provenienza per patologia Morbo di Chron. Anno 2024. Fonte dati: banca dati SDO aziendale

DIMESSI 2024 PER RETTOCOLITE ULCEROSA						
Tipologia Regime	AUSL BO	AUSL IMOLA	FUORI PROVINCIA	FUORI REGIONE	MANCANTE	Tot. complessivo
DH	7	0	6	13	0	26
%	27%	0%	23%	50%	0%	100%
DO	86	3	71	204	6	370
%	23%	1%	19%	55%	2%	100%
Totale complessivo	93	3	77	217	6	396

Tabella 3. Distribuzione della casistica per AUSL di provenienza per patologia RCU. Anno 2024.

Fonte dati: banca dati SDO aziendale

DIMESSI 2024 PER MORBO DI CHRON E RETTOCOLITE ULCEROSA						
Tipologia Regime	AUSL BO	AUSL IMOLA	FUORI PROVINCIA	FUORI REGIONE	MANCANTE	Tot. complessivo
DH	1	0	0	4	0	5
%	20%	0%	0%	80%	0%	100%

Tabella 4. Distribuzione della casistica per AUSL di provenienza per patologia Morbo di Chron e RCU Anno 2024.

Fonte dati : banca dati SDO aziendale

ATTIVITA' COMPLESSIVA DEL CENTRO MICI DIMESSI ANNO 2024						
Tipologia Regime	AUSL BO	AUSL IMOLA	FUORI PROVINCIA	FUORI REGIONE	MANCANTE	Tot. complessivo
DH + DO	218	12	193	713	8	1144
%	19%	1%	17%	62%	1%	100%

Tabella 5. Distribuzione totale della casistica per AUSL di provenienza. Totale pazienti dimessi con patologia morbo di Chron e rettocolite ulcerosa e patologia combinata MC e RCU. Anno 2024. 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. 713 pazienti provenienti da fuori regione, percentuale prossima al 62% sul totale dei pazienti afferiti (1144) 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.

Attività ambulatoriale

Considerando l'attività complessiva del centro nel 2024 (tabella 6), essa risulta, in incremento rispetto al 2023 di 9 punti percentuali. L'attività endoscopica, prestazioni di colonscopia e EGDS di I e II livello, rispetto al 2023, sono aumentate di 10 punti percentuali, risulta in importante aumento anche l'attività di tipo ecografico. Inoltre per l'anno 2024 è stata implementata l'attività dell'ambulatorio comune tra Mici e UO Chirurgia del tratto alimentare e dell'urgenza che ha prodotto un volume pari a 1.888 visite di controllo.

Presso il Centro MICI viene effettuata terapia infusione con farmaci biologici per pazienti di età superiore a 18 anni, con volumi in leggero aumento, rispetto al 2023, sia su pazienti residenti nell'AUSL di Bologna sia provenienti da altre aziende della regione o fuori regione.

Unità Eroganti	N. prestazioni			
	2023	2024	delta 2024 vs 2023	VARIAZIONE % vs ANNO 2023
U.E. AMBULATORIO MICI	22224	24400	2176	+9%
DIAGNOSTICA (ECOGRAFIE)	2970	3865	895	
ESAME DI LABORATORIO	1615	1944	329	
TERAPEUTICA*	6374	6793	419	
PRIMA VISITA	924	919	-5	
VISITA DI CONTROLLO	10341	10879	538	
U.E. ENDOSCOPIA	3102	3430	328	+10%
COLONSCOPIA	2738	3086	348	
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS)	241	340	99	
CHIRURGIA AMBULATORIALE	2	4	2	
Totale complessivo	25326	27830	2504	+9%

*infusione di immunoglobuline endovena, iniezione di steroidi/cortisone, medicazione.

Tabella 6. Attività ambulatoriale per pazienti presi in carico dal centro MICI dell'IRCCS AOU 2023-2024 per colite ulcerosa e morbo di Crohn. Fonte: banca dati ASA aziendale

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

L'incidenza delle MICI, nella popolazione età <18 anni, a livello nazionale, è stimata essere di 2-4 nuovi casi/anno per 100.000 abitanti. Il centro MICI è uno dei centri di riferimento nazionale per questa tipologia di pazienti. Dai dati di attività estratti dalla banca dati SDO Aziendale (Tabella 7) sono stati dimessi (regime DO e DH) nell'anno 2024, 75 pazienti (46 pazienti affetti da morbo di Chron, 26 da rettocolite ulcerosa e 3 pazienti con patologia combinata).

Come si evince dalla tabella 8, analogamente agli anni passati, anche nel caso dei pazienti 0-18 anni, la mobilità attiva è elevata: più del 60% dei casi proviene da fuori regione ed il 19% da fuori provincia.

RICOVERI DO e DH (0-18 anni)	DONNE					UOMINI					TOTALE
	Programmato	Età Media	Urgente	Età Media	Tot.	Programmato	Età Media	Urgente	Età Media	Tot.	
MORBO DI CROHN	11	16	3	16	14	24	15	8	13	32	46
Numero casi ricoverati in area chirurgica	9	16	1	16	10	13	15	1	15	14	24
Numero casi ricoverati in area medica	2	17	2	16	4	11	14	7	12	18	22
RETTOCOLITE ULCEROSA	14	14	5	12	19	4	17	3	14	7	26
Numero casi ricoverati in area chirurgica	8	14	2	13	10	3	17	1	15	4	14
Numero casi ricoverati in area medica	6	13	3	11	9	1	18	2	13	3	12
MORBO DI CHRON E RETTOCOLITE ULCEROSA	0		0			3	18	0		3	3
Numero casi ricoverati in area chirurgica	0		0		0	3	18	0		3	3
Numero casi ricoverati in area medica	0		0		0	0		0		0	0
Totale complessivo	25	15	8	14	33	31	15	11	13	42	75

Tabella 7. Attività di ricovero in regime ordinario e day hospital anno 2024. Selezione casi 0-18 anni con diagnosi di dimissione per patologia: morbo di Crohn e rettocolite ulcerosa. Fonte dati: banca dati SDO aziendale.

ANNO 2023	ATTIVITA' COMPLESSIVA DEL CENTRO MICI ANNO DIMESSI (0-18 ANNI)				
	AUSL BO	FUORI PROVINCIA	FUORI REGIONE	MANCANTE	Totale complessivo
DH+DO	11	14	50	0	75
%	15%	19%	67%	0%	100%

Tabella 8. Distribuzione della casistica per AUSL di Residenza. Totale pazienti 0-18 anni, dimessi con patologia morbo di Chron e rettocolite ulcerosa. Anno 2024. Fonte dati: banca dati SDO aziendale.

Quale contributo a sostegno dell'attività del Centro MICI la Regione ha assegnato un finanziamento per l'anno 2024 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.

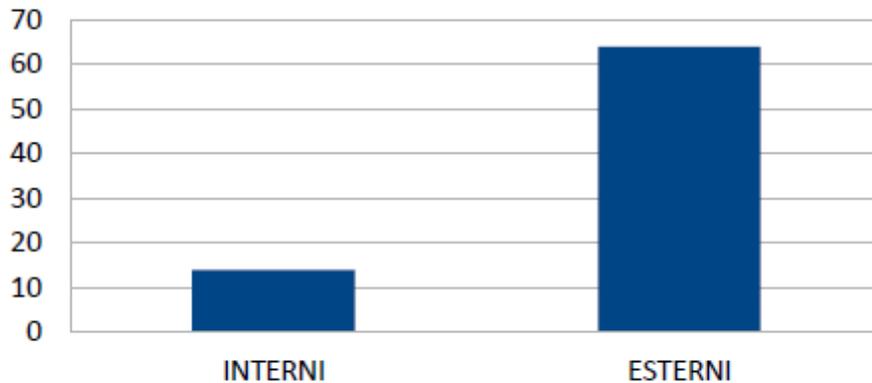
Nell'ambito delle attività della rete emiliano romagnola MICI, istituita con DGR 1188/2017 e finalizzata a promuovere la gestione integrata del paziente tra il Centro di Riferimento IRCCS AOU di Bologna e le strutture spoke localizzate nelle diverse aziende territoriali e ospedaliere della Regione, il 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 78 (di cui 32 nel 2024). Nelle annualità 2022-2024 14 casi sono stati interni al Centro di Riferimento e 64 presentati dai centri spoke della rete: 21 di questi sono stati centralizzati/in via di centralizzazione presso il Centro di Riferimento.

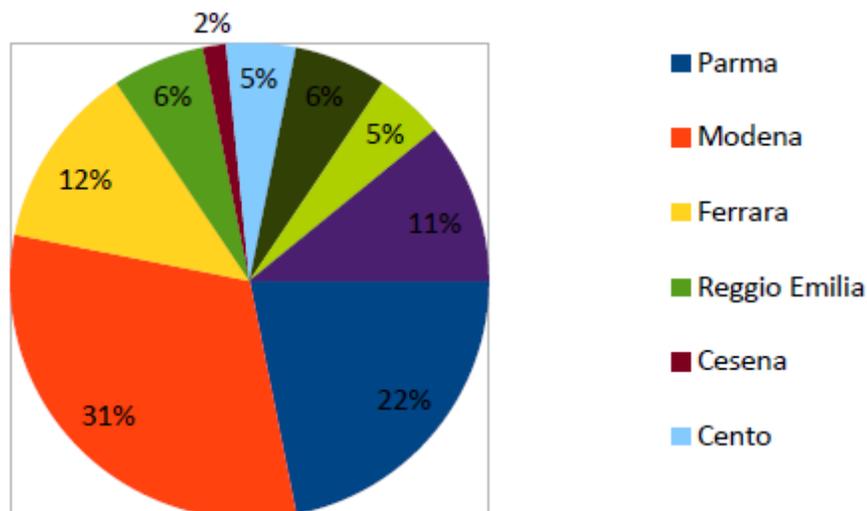


NUMERO DI EVENTI	DATA	CASI DISCUSSI	INTERNI	ESTERNI	CASI CENTRALIZZATI	CENTRALIZZAZIONE PROGRAMMATA	PROVENIENZA CASI ESTERNI
31	25/05/22	4	2	2	1	0	Modena, Parma
	26/07/22	2	1	1	0	0	Parma
	05/10/22	3	2	1	2	0	Ferrara
	02/11/22	2	1	1	1	0	Parma
	07/12/22	3	0	3	2	0	Parma, Parma, Ferrara
	11/01/23	2	2	0	0	0	/
	01/02/23	2	0	2	0	0	Ferrara, Cento
	08/03/23	2	0	2	0	0	Reggio Emilia, Cesena
	05/04/23	2	0	2	1	0	Modena, Parma
	03/05/23	1	0	1	0	0	Cento
	07/06/23	1	1	0	0	0	/
	05/07/23	3	0	3	1	0	Modena, Ferrara, Reggio Emilia
	13/08/23	1	0	1	0	0	Reggio Emilia
	11/10/23	2	0	2	1	0	Modena, Ferrara
	08/11/23	3	0	3	0	0	Modena, Modena, Rimini
	08/12/23	1	0	1	0	0	Ferrara
	10/01/24	1	0	1	1	0	Modena
	07/02/24	3	0	3	2	0	Modena, Modena, Parma
	08/03/24	3	0	3	1	0	Cento, Rimini, Ravenna
	03/04/24	4	0	4	1	0	Modena, Reggio Emilia, Ferrara, Rimini
	08/05/24	2	0	2	0	0	Parma, Modena
	05/08/24	2	0	2	1	0	Bologna, Ravenna
	03/07/24	3	1	2	0	0	Ferrara, Modena
	11/09/24	4	0	4	1	0	Modena, Rimini, Parma
	02/10/24	4	0	4	1	0	Modena, Bologna
	06/11/24	4	1	3	0	0	Modena, Ravenna
	04/12/24	2	0	2	1	0	Modena, Bologna
	15/01/25	4	2	2	2	0	Bologna
	05/02/25	4	1	3	0	1	Parma, Modena
	05/03/25	4	0	4	1	0	Parma, Parma, Bologna, Modena
	02/04/25						
TOTALE		78	14	64	21	1	

CASI DISCUSSI



PROVENIENZA CASI ESTERNI



CENTRO MALATTIE EMORRAGICHE CONGENITE (MEC)

Nel corso del 2024 il Centro MEC ha proseguito l'attività di presa in carico e assistenza multidisciplinare dei pazienti con MEC dell'Area Vasta Emilia Centro. I pazienti seguiti sono passati da 618 al 31/12/2023 a 696 al 31/12/2024 (+78) sostenuti da nuove diagnosi e trasferimenti di pazienti da altre sedi.

Ha garantito l'attività assistenziale ordinaria e in urgenza senza soluzione di continuo in tutti i giorni feriali. E' stata inoltre consolidata 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 supporto al laboratorio per eseguire i test

di coagulazione funzionali alla diagnosi, terapia e follow-up dei pazienti e quelli deputati alla gestione dell'emergenza. Nel corso del 2024 ha collaborato con la UOC di Genetica Medica per la procedura interservizi finalizzata alla tipizzazione genotipica dei pazienti con MEC. Ha proseguito, secondo le indicazioni regionali, l'attività di servizio di consulenza telefonica specialistica per il 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). Al completamento dell'attività di consulenza telefonica ai PS regionali, lo specialista MEC reperibile può richiedere l'esecuzione di esami di coagulazione specialistica di 2° livello H24 ai laboratori di riferimento dei 3 centri MEC.

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

CENTRO PER LA CHIRURGIA ENDOSCOPICA DELL'ORECCHIO

La chirurgia endoscopica dell'orecchio è una tecnica chirurgica mini-invasiva, ormai riconosciuta come sicura ed efficace a livello mondiale, che permette di trattare patologie dell'orecchio medio, 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 classici accessi più invasivi utilizzati con la chirurgia microscopica. I vantaggi principali di questa tecnica chirurgica sono quelli di ridurre la morbidità post-operatoria e di gestire con maggiore precisione chirurgica aree difficilmente esplorabili con la tradizionale chirurgia microscopica, aumentando così le possibilità di controllo di malattia e di corretta ricostruzione delle strutture dell'orecchio. I maggiori benefici della tecnica chirurgica endoscopica sono riconosciuti nel trattamento del colesteatoma dell'orecchio medio, patologia distruttiva che può causare complicanze gravi, e nella patologia otologica pediatrica, dove la riduzione dell'invasività, del dolore post-operatorio e dei tempi di degenza sono di particolare rilievo. L'utilizzo dell'endoscopio è fondamentale anche come supporto negli approcci tradizionali microscopici, sia per l'orecchio medio che per il basicranio laterale. Alcune delle fasi più delicate di controllo della malattia vengono infatti eseguite intraoperatoriamente sotto visione endoscopica. Tale tecnica viene utilizzata anche dall'equipe del Policlinico presso Ospedale di Imola (2 sedute al mese di chirurgia otologica). Nel 2024 sono stati effettuati dalla nostra equipe circa 112 interventi di chirurgia dell'orecchio medio e 10 di chirurgia del basicranio laterale nell'adulto, di cui circa la metà con tecnica endoscopica esclusiva. In ambito pediatrico, invece, sono stati eseguiti 45 interventi di chirurgia dell'orecchio medio, di cui la maggior parte (28/45) con tecnica endoscopica esclusiva.

CENTRO INTERAZIENDALE DI NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA

Con la DGR 2199/2019 la Regione Emilia-Romagna ha approvato la costituzione del Centro Regionale Interaziendale di Neurochirurgia Pediatrica con l'obiettivo di garantire l'operatività di un riferimento regionale della rete delle neurochirurgie e 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 ISN e nell'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico 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 ISN 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 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'Oncologia 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, lamigliore 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. 1106/2024. Tale finanziamento, che per l'Azienda Usl ha previsto annualmente a partire dal 2019 l'erogazione di € 160.000, sono stati dedicati all'arruolamento di un dirigente medico di neurochirurgia pediatrica e di un dirigente medico di neuroradiologia, assicurando il consolidamento dell'assetto organizzativo che ha previsto:

- la centralizzazione dell'attività operatoria presso la sede IRCCS AOU per i pazienti in fascia d'età 0-14 anni. Il Centro di Neurochirurgia nell'anno 2024 ha effettuato n. 237 interventi presso le sale operatorie dell'IRCCS AOU e n. 17 interventi presso le sale operatorie dell'IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche dell'Ausl di Bologna, per un totale di n. 230 interventi;
- Il progressivo incremento delle ore di sala operatoria dedicate fino ad arrivare alle attuali 22 ore settimanali;
- l'incremento dei posti letto a disposizione della Neurochirurgia Pediatrica passati dagli iniziali 2 agli attuali 6 posti letto collocati presso il padiglione 13 dell'IRCCS AOU (con contestuale riduzione dei posti letto dedicati presso l'Ospedale Bellaria) supportati, in caso di necessità e sulla base del quadro clinico, dalla disponibilità di posti letto presso altre unità operative pediatriche dell'IRCCS AOU BO;
- il consolidamento della presenza medica giornaliera di reparto e di sala operatoria, reperibilità notturna e festiva per le attività urgenti ed attivazioni di ambulatori dedicati;
- la definizione di 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 negli corso degli anni attraendo una percentuale di pazienti **non residenti** nel territorio metropolitano pari al 71% nel 2023 e al 70% nel 2024.

Di seguito si riporta il trend del numero di dimissioni e di interventi dal 2020 al 2024.

Tabella 1 - Numeri dimessi: trend 2020-2024

Provenienza	2020	2021	2022	2023	2024	Totale
EXTRA - RER	8	11	27	32	38	116
RER - BOLOGNA	25	33	29	64	93	244
RER - EXTRA BOLOGNA	59	112	95	123	179	568
Totale complessivo	92	156	151	219	310	928

Tabella 2 - Numeri interventi: trend 2020-2024

Provenienza	2020	2021	2022	2023	2024	Totale
EXTRA - RER	12	11	25	28	24	102
RER - BOLOGNA	35	40	43	60	65	247
RER - EXTRA BOLOGNA	80	127	109	126	148	598
Totale complessivo	127	178	177	214	237	947

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 2024 è proseguita la convenzione con Reggio Emilia (attiva a partire dal 2019) per prestazioni ambulatoriali in loco di Neurochirurgia Pediatrica e sono attualmente in corso di valutazione richieste di formalizzazione di rapporti convenzionali con le Pediatrie delle Aziende di Modena, Parma e AUSL Romagna.

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

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

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

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

La Regione assegna un finanziamento di 150.000 euro al centro che viene

sostanzialmente destinato in larga parte al reclutamento di professionisti sanitari dedicati (medici specialistici in oncologia con expertise ai tumori rari). Il contributo è stato assegnato in continuità con gli anni precedenti, si precisa che l'importo di tale finanziamento è rimasto invariato dal 2019 ad oggi.

Nel 2024 sono state realizzate le seguenti attività:

- l'attività clinico-assistenziale ai pazienti con tumori rari, erogati in linea con le procedure del PDTA aziendale GIST e sarcomi viscerali, nel 2024 è il seguente: 134 nuovi pazienti (incidenza) con una prevalenza di 835 pazienti in carico totali. Nel 2024, si è notevolmente incrementata l'attività di consulto a distanza lasciando il paziente in carico al centro spoke;

<i>GIST e sarcomi viscerali</i>	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Totale pazienti in carico	478	544	560	706	790	972	835 (inizio consulenze mail)
Nuovi pazienti/anno	128	110	126	178	134	152	172 + 63 consulenze per pazienti in 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;
- si è mantenuto il coordinamento dei gruppi aziendali multidisciplinari 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);
- si è mantenuto il coordinamento dei gruppi aziendali multidisciplinari 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'IRCCS AOUBO e dell'Ospedale Maggiore);
- si è ottemperato alle richieste procedurali previste nell'ambito della rete Europea ERN EURACAN dedicata ai tumori rari di cui l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna è Full Member, nonché concluso i lavori per l'audit documentale a 5 anni dall'avvio di EURACAN sul funzionamento del centro EURACAN la cui submission si è conclusa in febbraio 2023 (in attesa di esito di valutazione) con esito favorevole della Commissione esterna Euracan;
- sono stati condotti 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);
- si è ulteriormente consolidato la 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;
- è stata consolidata 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'IRCCS Sant'Orsola;
- avviato il progetto di ricerca corrente dell'IRCCS Sant'Orsola sulla creazione di una piattaforma web dedicata a pazienti con tumori rari che metta in rete i tre IRCCS metropolitani (Sant'Orsola, IOR e Bellaria Neuroscienze) per poter garantire accesso facilitato e tempestivo dei pazienti ai suddetti ospedali con conseguente presa in carico;
- conduzione del 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 L'UTILIZZO DELLE TERAPIE AVANZATE CAR-T

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

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

Il percorso, dal prelievo al processo di ingegnerizzazione presso la "cell factory" fino all'infusione nel paziente, richiede alta competenza e specializzazione degli operatori assieme ad uno stretto coordinamento di tutti gli attori coinvolti, agreements quali-quantitativi e puntuale valutazione di indicatori di efficacia, sicurezza e di processo secondo standard internazionalmente riconosciuti. La somministrazione delle cellule CAR-T commerciali è indipendente e svincolata dalla fase di produzione delle stesse. A livello nazionale, un programma di sviluppo per la produzione di prodotti di terapia cellulare avanzata prevede l'istituzione di 6 officine sull'intero territorio italiano.

L'Emilia-Romagna ha presentato la propria candidatura, nella sede individuata dell'IRCCS AOU di Bologna, in considerazione dell'esperienza maturata in questi anni nell'ambito del trattamento con cellule CAR-T.

Si stima che la progettualità dell'officina potrà essere operativa dal 2025. I vantaggi del progetto italiano di sviluppo di siti di produzione di Advanced Therapies Medicinal Products sono numerosi tra cui la possibilità di sviluppare CAR-T di nuova generazione, anche per malattie più rare e orfane di farmaci, di contenere i costi di produzione e, in particolare, di creare know-how ed expertise in un ambito innovativo, complesso e cruciale per il futuro della medicina.

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

Indicatore	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	Trend atteso nel triennio 2023 - 2025
Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - NSG (AUSL BO)	229,45	260,25	230,17	242,85	Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - NSG (AUSL BO)	35,58	78,8	41,7	82,48	
Tasso di dimissione protette in pazienti >= 65 anni	27,49	30,99	29,46	30,51	
Tasso std di accesso in PS nei giorni feriali dalle 8 alle 20 con codice bianco/verde per 1.000 abitanti - NSG (AUSL BO)	68,13	77,39	72,0	70,41	Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base

Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni (AUSL BO)	193,37	224,76	189,33	243,9	metropolitana
Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI	20,34	11,46	15,86	10,13	
Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) - NSG (AUSL BO)	98,63	100	97,65	100	
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - NSG (AUSL BO)	57,9	55,8	60,4	56,4	
% ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza <= 7 giorni (AUSL BO)	32,32	25,65	29,61	25,35	
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	7,65	16,62	16,0	15,34	Mantenimento

Fonte dati: InSiDER Indicatori Sanità- Edizione 2024

3.1.3. SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DEGLI ESITI

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

Per quanto riguarda gli indicatori di Volume e di concentrazione della casistica presenti nel NSG e nel panel di indicatori regionale (inSiDER) l'azienda ha sempre storicamente raggiunto i risultati su tutte le discipline (vedi tabella sottostante), con l'eccezione dell'indicatore riferito alle colecistectomie laparoscopiche, per il quale è in corso un processo di riorganizzazione che ha portato nel 2024 a migliore il risultato rispetto all'anno precedente e si attende un ulteriore miglioramento nel 2025.

Nella tabella sottostante sono riportati gli indicatori di Volume regionali con i risultati ottenuti nell'anno 2024 (anno completo)

Indicatore	IRCCS S. ORSOLA 2023	IRCCS S. ORSOLA 2024	Target atteso 2024

Indicatore	IRCCS S. ORSOLA 2023	IRCCS S. ORSOLA 2024	Target atteso 2024
<u>IND0381</u> - Infarto miocardico acuto: % di ricoveri in stabilimenti sopra soglia (100)	100%	100%	≥95%
<u>IND0383</u> - Angioplastica coronarica percutanea: % di interventi in stabilimenti sopra soglia (250)	100%	100%	≥95%
<u>IND0384</u> - Angioplastica coronarica percutanea primaria per IMA-STEMI: % di interventi in stabilimenti sopra soglia	100%	100%	≥95%
<u>H02Z</u> - Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con attività > 135 casi	100%	100%	≥95%
<u>IND0379</u> - Colectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100)	65,55%	75,11%	≥95%
<u>IND0770</u> - Frattura di femore: % di interventi in reparti sopra soglia (75)	85,9%	96,68%	≥95%

Fonte dati: Insider - Regione Emilia-Romagna

In riferimento agli indicatori di esito monitorati nel NSG nella tabella sottostante:

si riportano in sintesi i risultati 2024 (*anno completo*)

Indicatore	IRCCS S. ORSOLA 2023	IRCCS S. ORSOLA 2024	Target atteso 2024
IND1014 % Pazienti con STEMI trattati con angioplastica primaria entro <= 90 min	63.77%	63,5%	≥65%
IND0947 - % pazienti con STEMI soccorsi dal 118 e portati direttamente in emodinamica (fast track)	66,85%	73,12%	≥70%
H03C - Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	2,99%	2,58%	≤2,22%
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 - NSG	0,15	0,13%	≤ <u>0,15</u>
H05Z - Proporzione colestomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	85,62%	83,08%	≥90%

Indicatore	IRCCS S. ORSOLA 2023	IRCCS S. ORSOLA 2024	Target atteso 2024
IND1013 - % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario - Indicatore NSG: H13C	29,39%	61,07%	≥80%
H18C - % di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - NSG	23,78%	25,0%	<u>≤25%</u> <u>suff</u> <u>≤20%</u> <u>max</u>
H23C Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico - NSG	17,12%	15,05%	<u>≤ 13,60</u>

Fonte dati: Insider – Regione Emilia-Romagna

La proporzione di parti cesarei primari risulta in linea rispetto gli anni precedenti e molto vicina alla soglia regionale. Presso l'IRCCS AOU sussistono un centro di terapia intensiva neonatale di terzo livello e i centri di fisiopatologia neonatale e di procreazione assistita che rendono ragione della complessità della casistica trattata comprovata dal valore PNE 2024 dopo aggiustamento: percentuale grezza 23,65% che aggiustata diventa 17,18%.

L'indicatore relativo agli interventi per frattura di femore entro 48 ore dal ricovero ha visto nel corso degli ultimi anni una significativa riduzione della performance dovuta al mutato assetto organizzativo della UO di ortopedia. È stato effettuato un audit del PDTA specifico che ha evidenziato che le cause di maggiore ritardo sono dovute all'organizzazione, alla programmazione della sala operatoria, oltre a cause internistiche legate al paziente. Nel corso del 2024 sono stati effettuati incontri di sensibilizzazione con i professionisti referenti del percorso e intraprese le azioni di natura organizzativa e procedurali finalizzate a minimizzare i ritardi oggi problematici che hanno migliorato la performance rispetto all'anno precedente, anche se ancora sotto standard. Per il 2025 sono stati programmati due seminari sulla gestione del paziente con frattura di femore e pianificato l'aggiornamento del PDTA.

Per quanto riguarda la durata di degenza postoperatoria delle colecistomie laparoscopiche nel 2024 è rimasta tendenzialmente omogenea rispetto all'anno precedente. Il valore al di sotto dell'obiettivo è dovuto al fatto che presso il policlinico vengono eseguiti, oltre ai casi di routine, anche interventi di colecistomia di pazienti complessi che hanno alzato la media aziendale.

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

Nel 2024 è stato effettuato un confronto con il direttore del PS e del 118, e sono state individuate azioni di sensibilizzazione dei professionisti del 118 nell'effettuare e trasmettere precocemente L'EGG al centro di cardiologia ospedaliero, di indagare in modo attento i

sintomi riferiti dal paziente nel momento della chiamata al 118. In ambito del PS Generale IRCCS AOUBO è stata sollecitata la registrazione dell'orario della chiamata e dell'arrivo del trasporto da parte del 118 per il servizio di emodinamica. Inoltre, per il 2025 è stata progettata una raccolta dati prospettica sui pazienti provenienti dal PS e trasferiti in emodinamica per valutare i tempi e le attività.

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 HealthMeeting (HM) 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). Di seguito uno schema riassuntivo dei Team Multidisciplinari attivati, il numero di pazienti e di casi discussi.

	ANNO 2022		ANNO 2023		ANNO 2024	
	N Pazienti (Teste)	N Casi Trattati	N Pazienti (Teste)	N Casi Trattati	N Pazienti (Teste)	N Casi trattati
21-Carcinoma del Colon Retto	210	358	285	310	235	406
141-Gruppo Multidisciplinare Chirurgia Bariatrica/Metabolica	219	288	213	215	155	187
142-Gruppo Multidisciplinare Breast Unit Pre Operatorio	772	1250	1100	1238	883	1286
143-Gruppo Multidisciplinare Breast Unit Post-Operatorio	579	780	653	729	599	725
201-Gruppo multidisciplinare di Oncologia Ginecologica	568	744	741	766	605	830
261-Gruppo Multidisciplinare Tumore del Pancreas	228	308	242	261	149	202
341-Gruppo Multidisciplinare Prostate Unit Pre Operatorio	543	734	1065	1122	857	1229
342-Gruppo Multidisciplinare Prostate Unit Post-Operatorio	291	308	358	362	428	432
343-Gruppo Multidisciplinare Neoplasie Neuroendocrine	101	118	228	258	171	210
361-Gruppo Multidisciplinare Endometriosi	53	65	63	71	51	73
421-Gruppo Multidisciplinare Surrene	15	16	62	64	65	74
66-Patologia Toracica	730	991	1049	1100	828	1150
661-Gruppo Multidisciplinare Liver Oncology Meeting (Gruppo LOM)	106	148	140	163	72	83
701-Gruppo Multidisciplinare PDTA Melanoma	15	15	62	63	118	145
721-Gruppo Multidisciplinare PDTA Testa-Collo	340	669	592	657	336	552
861-PDTA Interaziendale Interstiziopatie Polmonari - Fibrosi Polmonare Idiopatica	90	101	79	80	91	99
941-Centro Studi e Ricerca multidisciplinare della neoplasia vescicale e dell'alta via escretrice	268	366	453	482	314	513
981 - Unità Trapiantum- Oncoematologia Pediatrica	23	30	19	19	25	42
961 - Gruppo Multidisciplinare - Oncologia Radiologica	1	1	/	/	/	/

	ANNO 2022		ANNO 2023		ANNO 2024	
	N Pazienti (Teste)	N Casi Trattati	N Pazienti (Teste)	N Casi Trattati	N Pazienti (Teste)	N Casi trattati
901 Gruppo Multidisciplinare - Litiasi Renale	3	3	1	1	/	/
1021 - Gruppo Multidisciplinare - Terapia intra-arteriosa con Itrio90	74	158	285	330	123	342
Centro di Riferimento per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali Regione Emilia-Romagna			14	22	34	35
GRUPPO MULTIDISCIPLINARE CMC (Comitato Medico Chirurgico del Programma Trapianto di Fegato)			202	291	211	285
Gruppo Multidisciplinare Dimissione Precoce			35	50	55	76
Gruppo Multidisciplinare Kidney Unit			159	173	437	686
Meeting Multidisciplinare Sarcomi Pediatrici			36	97	38	106
PDTA regionale GIST e sarcomi viscerali			5	6	/	/
PELVEX - Chirurgica complessa della pelvi e del retroperitoneo			1	1	42	52
Percorso Cure Palliative Pediatriche			2	2	1	1
Presa in carico multidisciplinare e interaziendale dei pazienti con metastasi muscolo-scheletriche			206	253	199	243
Totale	5239	7462	8350	9360	7122	10.064

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

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

STRUTTURA DELL'OFFERTA E DELLA PRODUZIONE

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

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

Il monitoraggio dei volumi di attività è effettuato analizzando l'andamento del triennio 2022-2023-2024.

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 2024 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 (+3,01%) e della valorizzazione economica (+3,17%) mentre rileva un lieve calo della complessità della casistica trattata rispetto all'anno precedente (-2,1%), sostanzialmente correlato all'attività trapiantologica (in particolare cuore) che nel 2023 ha raggiunto livelli eccezionali, difficilmente replicabili.

La tabella di seguito riportata rappresenta gli andamenti rilevati dei pazienti in termini di numero di dimessi e valorizzazione economica dell'attività complessiva nel triennio 2022-2024.

Si precisa che fino al primo semestre 2023 la valorizzazione economica delle prestazioni di ricovero per pazienti residenti in Emilia-Romagna fa riferimento alla DGR 525/2013. Per il secondo semestre 2023 e per tutto il 2024 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 il pazienti residenti fuori regione si fa riferimento alle tariffe regionali vigenti, in applicazione di quanto disposto dalla DGR 977/2019.

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

L'anno 2024 è caratterizzato dall'impegno volto al recupero delle prestazioni sanitarie non urgenti che sono state rinviate per il periodo dell'emergenza sanitaria; l'Azienda è stata infatti impegnata prioritariamente all'applicazione del piano di produzione straordinario dell'area chirurgica.

A seguire si riportano i volumi dei ricoveri articolati per provenienza dei pazienti ricoverati nel triennio 2022-2024:

	2022			2023			2024		
	Dimessi	Importo	Peso medio	Dimessi	Importo	Peso medio	Dimessi	Importo	Peso medio
AUSL BO	38.166	163.306	1,30	38.492	166.728	1,29	39.719	174.835	1,27
AUSL IMOLA	2.363	12.035	1,47	2.390	11.980	1,45	2.424	11.783	1,38
Fuori provincia	5.972	38.325	1,78	6.267	45.022	1,9	6.695	47.408	1,83
Fuori regione	7.511	49.165	1,79	8.161	53.356	1,75	8.116	51.797	1,68
Stranieri o sconosciuti	11	55	1,62	7	38	1,62	27	89,84	1,14
Totale	54.023	262.886	1,43	55.317	277.124	1,43	56.981	285.914	1,40

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

Si riportano i dati dell'andamento in incremento dei ricoveri programmati (+3%) e dei casi chirurgici (+5%), l'incremento relativo ai **DRG Chirurgici programmati** è correlato al piano di produzione straordinario dell'area chirurgica.

	2022	2023	2024	Var. 24/23	
	Ammessi	Ammessi	Ammessi	Δ Ammessi	Var %
programmato	33.164	34.984	36.098	1.114	3,2%
urgenza	20.859	20.318	20.941	623	3,1%
TOTALE	54.023	55.302	57.039	1.737	3,1%

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

	2022	2023	2024	Var. 24/23	
	Dimessi	Dimessi	Dimessi	Δ Dimessi	Var %
Chirurgico	26.727	27.813	29.174	1.361	4,9%
Medico	27.296	27.504	27.807	303	1,1%
TOTALE	54.023	55.317	56.981	1.664	3,0%

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

L'attività **in regime di day hospital** registra nel 2024 un aumento di +1,041 dimessi (+9%) con un incremento prevalente dei day hospital chirurgici (+1,053, pari a +14,2%) per incremento dell'attività di day surgery di chirurgia generale, oculistica e dermatologia.

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

Raggr Linea Produzione	2022		2023		2024	
	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo
Cardiologia Cardiochirurgia	6431	54.714	6.268	56.782	6.472	61.225
Chirurgia Generale	7538	39.389	7.867	40.246	8.192	43.040
Urologia	4009	13.564	4.248	15.817	4.398	18.172
Trapianti organo	280	15.676	324	20.222	270	15.909
Pneumologia	3645	16.201	3.633	15.591	3.697	15.059
Ortopedia	2261	12.525	2.524	14.769	2.721	15.695
Trapianti midollo	192	12.301	217	13.809	198	12.763
Gastroenterologia	3540	10.655	3.835	11.798	4.063	12.457
Mal.Infettive	1993	11.247	1.862	11.112	1.785	10.655
Ginecologia	2853	7.681	2.758	7.815	2.923	8.686
Emerg./Urgenza	1050	8.176	961	7.453	1.108	7.859
Emolinfopatie	1188	7.203				
NEO - Neonatologia/Nido			2.468	6.286	2.513	6.836
Primo 80 % dell'Importo	34.980	209.332	36.965	221.700	38.340	228.356
Totale	54.023	262.886	56.030	281.770	56.981	285.914

Dimessi, valorizzazione economica (importo in migliaia di €), valore medio dei ricoveri anni 2022-2023-2024, 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 per il recupero delle liste di attesa: malattie cardio-toraco-vascolari, testa-collo, chirurgia generale, urologia, ortopedia e ginecologia.

Dipartimento	2022			2023			2024		
	Dimessi	Importo	Peso medio	Dimessi	Importo	Peso medio	Dimessi	Importo	Peso medio
DIPARTIMENTO MALATTIE CARDIO-TORACO-VASCOLARI	8.969	74.632	2,12	8.831	79.536	2,20	9.182	81.633	2,14
DIP.MEDICO CHIRURGICO DELLE MALATTIE DIGESTIVE,EPATICHE ED ENDOCRINO-METABOLICHE	10.107	56.251	1,61	10.378	58.740	1,61	10.634	59.873	1,58
DIPARTIMENTO MALATTIE NEFRO-UROLOGICHE	5.197	21.311	1,34	5.967	25.517	1,34	5.819	27.711	1,37
DIPARTIMENTO MALATTIE DEL DISTRETTO TESTA COLLO	5.625	13.179	1,03	5.999	13.731	1,01	6.447	14.672	1,01
DIPARTIMENTO MALATTIE ONCOLOGICHE ED EMATOLOGICHE	2.951	24.787	2,24	3.017	26.301	2,27	2.948	25.404	2,18
DIPARTIMENTO OSPEDALE DELLA DONNA E DEL BAMBINO	12.810	28.154	0,75	12.581	28.136	0,76	12.999	29.466	0,76
DIP.SPERIM.CHIR.GENERALI E SPECIALISTICHE ONCOLOGICHE DELL'IRCCS C/O O.MAGGIORE	1.752	11.357	1,92	1.989	11.551	1,75	2.067	11.100	1,59
DIPARTIMENTO DELLA CONTINUITA' E DELL'INTEGRAZIONE	3.074	12.906	1,21	3.060	13.636	1,16	3.239	14.895	1,16
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO INFETTIVO	2.484	14.272	1,59	2.377	14.804	1,64	2.426	15.629	1,66
DIPARTIMENTO DELL'EMERGENZA INTERAZIENDALE (DEI)	1.054	6.036	1,72	1.118	5.172	1,49	1.220	5.529	1,39
Somma:	54.023	262.885	1,43	55.317	277.124	1,43	56.981	285.914	1,40

Dimessi e valorizzazione economica (importo in migliaia di €) dei ricoveri anni 2022-2023-2024, 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.

Nel corso del 2024 è stato consolidato un modello organizzativo dei ricoveri basato su dei team di ricovero e dimissione in ogni unità operativa volti ad agevolare il percorso del paziente ed intervenire proattivamente su problemi organizzativi interni. 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.

UTILIZZO EFFICIENTE DEI POSTI LETTO

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

Nel corso del 2024 si è proseguito con la progettualità dei Team Ricoveri e Dimissioni, formalizzati sui reparti di area internistico-geriatrica nel 2023. 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.

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

L'indicatore circa l'efficiente utilizzo dei posti letto (degenza media) viene costantemente monitorato in corso d'anno: l'indice comparato di performance (ICP) negli ultimi anni è pressoché costante e si è mantenuto tra i più bassi tra le Aziende Ospedaliere e per il 2023 il valore rimane al di sotto del valore atteso regionale (<1,25). Nell'ambito delle analisi condotte si rileva che la durata della degenza è condizionata dalle criticità nel percorso di deflusso dei pazienti dalla struttura ospedaliera, per carenza di strutture sanitarie esterne in grado di accogliere i pazienti nella fase post acuta percorso di cura.

IND0872 - Indice comparativo di performance

Fonte dati: Banca dati SDO - Regione Emilia-Romagna

Azienda di Ricovero	ICP	
	2023	2024
AOSPU PARMA	1,23	1,21
AOSPU MODENA	1,03	1,06
IRCCS S. ORSOLA	1,14	1,14
AOSPU FERRARA	1,29	1,31

Fonte dati: Banca dati SDO - Regione Emilia-Romagna

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

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

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

Secondo le indicazioni della Regione Emilia-Romagna si è provveduto inoltre a valutare altri setting da codificare con la disciplina Terapia Semintensiva (Pneumologia e Medicina D'Urgenza).

MIGLIORAMENTO DEL PERCORSO DI PRERICOVERO IN TELEMEDICINA PER I FUORI REGIONE

La normativa regionale, con la DGR 272/2017 e la Circolare 5/2018 "Linee di indirizzo per il governo e standardizzazione dei percorsi preoperatori e di gestione peri-operatoria

delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna” ha dato indicazione di adottare profili standard di prestazioni pre-operatorie, condivisi fra professionisti e omogenei, orientati alla valutazione anestesiológica. L’Azienda ha adottato tali criteri in ottica di appropriatezza clinica, ma ha anche l’obiettivo di riorganizzare il percorso di pre-ricovero riducendo gli accessi dei pazienti e il tempo che intercorre tra l’accettazione del paziente e la dichiarazione di idoneità anestesiológica.

In questo contesto, l’Azienda intende individuare specifici percorsi per i pazienti residenti fuori regione, così da ridurre gli spostamenti a loro carico, attraverso l’adozione della piattaforma di telemedicina. L’obiettivo è di rendere possibile la parziale valutazione del paziente da casa, il quale dovrebbe concludere la visita anestesiológica solo il giorno prima dell’intervento, essendo però già stato inquadrato precedentemente a distanza.

Indicatore	Obiettivo	Risultato 2024
Attivazione di percorsi preoperatori in telemedicina per specifiche chirurgie	Almeno 3 percorsi attivi	/

Il 2023 è stato ancora un anno di riorganizzazione dei percorsi di prericovero dal punto di vista logistico (pre-ricoveri unificati pad.1 e pad.5). L’obiettivo della realizzazione di almeno 3 percorsi preoperatori in telemedicina resta valido per gli anni 2024 e 2025.

VOLUMI PRESTAZIONI PER CHIRURGIA ROBOTICA (>250 INTERVENTI)

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 basato 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.

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.

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 e chirurgia urologica 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 e chirurgia ginecologica;

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 chirurgia urologica viene suddivisa sulle due piattaforme, mentre la chirurgia generale si è concentrata sull'Ospedale Maggiore (fegato, pancreas e tubo digerente) fino all'introduzione dell'ulteriore piattaforma robotica nell'anno 2023 presso l'IRCCS Policlinico S. Orsola; la chirurgia toracica (timectomia e lobectomie) mantiene l'attività robotica presso il presidio dell'Ospedale Maggiore. La chirurgia ginecologica viene svolta esclusivamente sull'IRCCS Policlinico S. Orsola Malpighi.

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.

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 e permetterà nei prossimi anni il raggiungimento dei volumi di produzione annuali previsti a livello regionale.

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

Next Generation Sequencing (NGS)

Nel 2024, l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha istituito un laboratorio unico di sequenziamento denominato "Core Lab NGS" per tutte le attività inerenti i percorsi diagnostici in campo oncologico ed emato-oncologico, microbiologico, di genetica medica e di diagnosi prenatale.

L'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha inoltre proseguito l'attività svolta con il gruppo di lavoro attivato con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara. Sono stati aggiornati tutti gli aspetti clinico-organizzativi finalizzati alla centralizzazione presso

l'IRCCS AOU di Bologna delle attività NGS della Rete Oncologica ed Emato-Oncologica provenienti dall'AOU di Ferrara:

- per i tumori solidi, è stato concluso il lavoro propedeutico alla centralizzazione, compresa l'interfaccia informatica per le richieste e la refertazione informatizzate;
- per la parte ematologica, il lavoro propedeutico alla centralizzazione è in corso.

L'attivazione è stata posticipata a data successiva in accordo con la Regione.

Infine, presso l'IRCCS AOU di Bologna a partire dal 2024 è stata applicata alla diagnostica di routine la metodica NGS su biopsia liquida, con circa 100 casi analizzati nel corso dell'anno solare 2024.

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 avvicendatosi alla guida. In particolare, a partire dall'anno 2015 (complice anche l'introduzione del DM 70/2015 e della successiva DGR 2040/2015), tale tema è stato particolarmente enfatizzato anche nell'ambito degli obiettivi di incarico assegnati dal livello regionale alle Direzioni delle Aziende metropolitane.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- c) Identificazione di unità operative (per lo più complesse) già esistenti presso una delle Aziende aderenti al progetto ed alle quali viene "trasferita" a titolo definitivo tutta l'attività da svolgere. Questa fattispecie, anche nota come "cessione ramo d'azienda", può essere adottata solo nel caso si tratti di attività chiaramente distinguibili nel perimetro di una organizzazione e dotate del carattere di "autonomia organizzativa". Il modello è stato, infatti, adottato nella creazione del laboratorio unico metropolitano di patologia clinica, nella creazione del servizio di immunoematologia e trasfusionale unico metropolitano (AUSL BO, IOR e IRCCS AOUBO) e nella creazione del servizio di medicina nucleare (IRCCS AOUBO e AUSLBO). Trattasi, dunque, di un modello caratterizzato dalla definitiva cessione della titolarità dei servizi (fattispecie regolata dall'art. 31 del d. lgs. n. 165/2001 (passaggio di dipendenti per effetto di trasferimento di attività), con mutamento datoriale ed applicazione delle garanzie previste dalla normativa civilistica dell'art. 2112.
- d) Creazione di dipartimenti interaziendali (mediante sottoscrizione di specifico accordo tra le Aziende aderenti al progetto e Università di Bologna nel caso dei Dipartimenti ad Attività Integrata), quali unici contenitori organizzativi, che raccolgono unità operative/programmi afferenti alle diverse aziende che decidono di aderire al progetto, aggregate/i sulla base di specifici driver individuati (es. affinità disciplinare, 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 multi-disciplinare/professionale, con l'individuazione di un team leader che coordina il gruppo e la definizione della scadenza dei lavori;
- d) presentazione progetto alle Direzioni committenti entro la scadenza prevista;
- e) approvazione del progetto da parte delle Direzioni e successiva presentazione in CTSS;
- f) definizione del modello giuridico da adottare e stesura della convenzione tra enti e dell'accordo con l'Università, nel caso in cui l'UO sia a direzione universitaria;
- g) informativa alle OO.SS. e al CUG;
- h) sottoscrizione convenzione tra Aziende aderenti;
- i) avvio fase sperimentale.

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

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

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

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

Servizi Amministrativi	
Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Giuridica del Personale	proroga Del. 284 del 23/08/2024
Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Economica del Personale	proroga Del. 284 del 23/08/2024
Servizio Unico Metropolitan Contabilità e Finanza	proroga Del. 284 del 23/08/2024
Servizio Acquisti Area Vasta	accordo Del. 53 del 15/02/2024
Servizio Unico Metropolitan Economato	proroga Del. 284 del 23/08/2024
Data Protection Officer	accordo Del. 167 del 09/06/2021
Gestione del patrimonio	CESSATA
Progettazione impianti meccanici ed energy manager	CESSATA
Cessioni di ramo d'azienda	
Trasfusionale Unico Metropolitan	cessione del. 253 del 31/08/2022
Laboratorio Unico Metropolitan	cessione Del. 391 del 25/08/2015
Medicina nucleare	cessione Del. 356 del 13/12/2021
Microbiologia unica metropolitana	
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. 40 del 04/02/2021
Rete infettivologica	accordo Del. 175 del 05/06/2023

Allestimenti citologici	proroga Del. 258 del 31/08/2022
Riscontri diagnostici	
Chirurgia senologica	proroga Del. 354 del 14/12/2023
Neuromet	proroga Del. 14 del 15/01/2021
Neurochirurgia pediatrica	proroga Del. 261 del 24/07/2024
Neuropsichiatria dell'età infantile	addendum Del. 389 del 28/12/2023
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
Dipartimenti a valenza interaziendale	
Dipartimento farmaceutico interaziendale	istituzione Del. 132 del 29/05/2020
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

Si segnala inoltre che, nel corso del 2023, si è dato seguito alla Deliberazione della Giunta regionale n. 2316 del 27/12/2022 recante "Istituzione della Rete Oncologica ed Emato-oncologica della Regione Emilia-Romagna e approvazione delle relative Linee di indirizzo" e sono iniziati i lavori tra le aziende di area metropolitana funzionali alla creazione di un dipartimento e di una rete oncologici ed emato-oncologici, iter che terminerà nel corso del 2025.

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

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

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

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

AREA QUALITÀ E ACCREDITAMENTO

QUALITÀ E ACCREDITAMENTO

Il mantenimento e lo sviluppo del sistema di gestione qualità aziendale è garante 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.

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 2024 (come per gli anni precedenti) attraverso l'applicazione della Procedura Aziendale PA17 "Gestione degli audit e dell'autovalutazione" che nel 2024 ha visto una revisione importante su due principali aspetti:

1. Inclusione del processo di autovalutazione sui Requisiti specifici con allegato specifico costituito da un file di excell dove sono riportati tutti i requisiti specifici di accreditamento applicati in azienda
2. Costituzione del team di audit con la definizione del percorso formativo dei singoli ruoli e la caratterizzazione del valutatore di sistema ed esperto tecnico. Dal corso avanzato sulla gestione degli audit e i relativi affiancamenti per gli audit del 2024 è stato strutturato un allegato con i nomi dei valutatori interni aziendali.

Il 18 febbraio 2024 è stato approvato dall'RDQ Aziendale in accordo con la Direzione Sanitaria il piano degli audit sul campo previsti.

Contemporaneamente è stato attivato un corso di formazione per gli RDQ sulla Gestione degli audit per coinvolgerli come valutatori e garantire sempre di più anche una competenza specialistica oltre che di sistema. Gli RDQ che hanno acquisito il ruolo di valutatore sono 38 professionisti rappresentativi sia di ambiti clinici che tecnici in quanto 6 professionisti lavorano presso le Direzioni trasversali.

Il 2024 ha visto l'esecuzione di 34 audit sul campo con il coinvolgimento di 18 professionisti delle varie discipline attinenti alle UUOO verificate.

Nel budget 2024 delle UUOO sono stati attribuiti principalmente gli obiettivi attinenti alla compilazione dell'autovalutazione e la disponibilità all'esecuzione degli audit di sistema. Nel 2024 però il focus dell'autovalutazione è stato più puntualmente motivato alla definizione

delle evidenze. La richiesta infatti era relativa principalmente all'identificazione delle procedure aziendali applicate e soprattutto comprovante il rispetto del requisito.

Questo ha permesso alle UO di identificare quali sono le procedure aziendali principali a cui far riferimento ed essere promotore nell'input della revisione e all'Area Qualità di stilare una priorità nel processo di rivalutazione delle procedure che necessitano di revisione.

I risultati delle autovalutazioni sono stati "mappati" all'interno del file di excel precedentemente citato come allegato alla PA17 che riporta la mappa dei requisiti specifici aziendali applicati e ci ha permesso di definire obiettivi di budget anche alle Direzioni trasversali per la revisione di processi aziendali di loro pertinenza.

Gli obiettivi assegnati sono stati monitorati attraverso i riesami, gli incontri dell'RDQ Aziendale con gli RDQ dei Dipartimenti e con gli RDQ delle Direzioni.

L'autovalutazione ha visto la sua applicazione anche nelle strutture di nuova istituzione o che abbiano avuto un cambio di Direttore, attraverso l'organizzazione di un audit per garantire la comprensione e la corretta valutazione dei requisiti specifici richiesti. Il risultato dell'audit vede nel verbale la compilazione della check-list dei requisiti specifici e la definizione o revisione dei documenti del Sistema Qualità di servizio necessari e prioritari.

Il coordinamento della struttura Governo Clinico e Qualità per il monitoraggio dei requisiti di accreditamento avviene attraverso tre modalità principali:

1. l'autovalutazione dei requisiti specifici da parte delle Unità Operative Cliniche;
2. la rivalutazione dei requisiti generali da parte delle Direzioni/Strutture in line e in staff alla Direzione Aziendale rispetto agli obiettivi di budget del 2024 e alla conclusione delle azioni di miglioramento aziendali attivate;
3. audit interni sul campo;

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

1. l'assenza, per le Unità Operative Cliniche, di requisiti specifici di accreditamento;
2. riconoscimenti nazionali e internazionali con obbligatorietà di audit;
3. di nuova istituzione o cambio di Direttore;

Con questi presupposti, il Responsabile Qualità Aziendale ha definito e coordinato appunto il Piano Aziendale degli audit interni.

Gli audit sul campo hanno avuto l'obiettivo di verificare:

1. il mantenimento delle autorizzazioni CNT/CNS per i programmi trapianto di CSE sia nel paziente pediatrico che adulto;
2. il mantenimento dell'accreditamento Jacie al programma trapianto di CSE - pediatrico;

3. il mantenimento dell'accreditamento Jacie nel programma trapianto di CSE – adulto;
4. il mantenimento della certificazione EUSOMA per la Breast Unit del tumore al seno;
5. il mantenimento dell'autorizzazione AIFA delle unità cliniche che eseguono sperimentazioni cliniche di fase 1 profit;
6. il mantenimento dell'autorizzazione CNT per il programma trapianto di microbiota fecale;
7. il mantenimento della certificazione ISO9001:2015 della Banca del cordone (SCO)
8. il mantenimento dell'autorizzazione CNT/CNS della Banca del cordone (SCO) e della Banca dei tessuti
9. valutazione dei requisiti specifici di accreditamento per le nuove strutture e per le UUOO che non avevano risposto nell'anno precedente;

Complessivamente l'Area Qualità ha valutato un ritorno di informazioni pari a:

1. Autovalutazioni complessive: 90% (65/72)
2. Audit sul campo: 97% (33/34).

L'analisi dei risultati degli obiettivi di budget assegnati dall'area qualità e i risultati ottenuti attraverso gli audit sul campo/autovalutazioni, ha visto l'assegnazione di nuovi obiettivi per il budget 2025 specifici alla rispondenza dei requisiti di accreditamento/certificazioni di eccellenza o ha riproposto obiettivi non raggiunti nel 2024.

Le principali azioni aziendali che la struttura Governo Clinico e Qualità ha condotto nel 2024 a garanzia del mantenimento e dello sviluppo del Sistema Qualità sono state quelle relative a:

- 1. Riesame della Direzione a tutti i livelli compreso la Direzione Aziendale che ha eseguito il riesame consuntivo 2024 l'11 febbraio 2025;**
- 2. alla redazione di un Manuale Aziendale sul Trasporto dei pazienti;**
- 3. alla riorganizzazione del Day Service Ambulatoriale attraverso la valutazione delle NC aziendali che proseguirà anche nel 2025;**
- 4. alla formazione dei nuovi Rappresentanti per la Direzione della Qualità (RDQ) e all'aggiornamento delle competenze per gli RDQ già attivi. A questo proposito, complessivamente la rete qualità vede la collaborazione di 142 RDQ a dicembre 2024.**

A corredo delle Azioni di Miglioramento l'area Qualità coordina, se di livello aziendale, anche processi di Change Controll. Nel 2024 le principali azioni di Gestione del cambiamento hanno riguardato:

1. Trasferimento della Rianimazione pediatrica dal padiglione 13 al padiglione 25;

2. Trasferimento della processazione delle CSE nell'ambito del Programma Trapianto pediatrico dal padiglione 13 al padiglione 29.

In merito al processo di Riesame è continuato il lavoro di integrazione con tutte le Direzioni trasversali e gli RDQ di Dipartimento a garanzia di una maggiore fruibilità dei dati e soprattutto alla Validazione dei risultati resi disponibili dalle Direzioni proponenti l'obiettivo di budget. Il processo è stato reso chiaro anche dall'emissione di un allegato alla PA01 Gestione del Riesame dove è riportato l'elenco dei flussi informativi in input al riesame, la responsabilità di pubblicazione e l'area intranet specifica di pubblicazione.

Indicatore	Target atteso	Risultato 2024
Produzione e invio di una relazione delle attività di audit/autovalutazione	Si	Si
- Individuazione di una o più azioni di miglioramento di livello aziendale	Si	Si
<u>IND1101</u> Numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori convocati	≥80%	90% *
<u>IND1102</u> Numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica/numero di valutatori afferenti all'Azienda	≥50%	70% *
<u>IND1103</u> Numero valutatori partecipanti alle iniziative di formazione aggiornamento/numero valutatori convocati	≥80%	80% *

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

AREA QUALITÀ PERCEPITA DAL CITTADINO

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

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

intrattenimento per i piccoli pazienti, ecc. La Fondazione Policlinico S. Orsola, attraverso numerosi progetti ed iniziative a favore sia dei pazienti e loro familiari, sia del personale sanitario dell'Azienda, ha consolidato ulteriormente la collaborazione con l'Azienda. A tal fine si segnala che sono in essere e attivi progetti di interesse socio-sanitario, progetti di miglioramento e progetti di ricerca ed innovazione sociale. Nel 2024 particolare importanza è stata rivolta ai progetti che mirano a favorire i rapporti solidaristici con il territorio, le associazioni presenti nel Policlinico e la più ampia comunità dei pazienti e dei loro famigliari che si rivolgono all'Azienda e alla Fondazione stessa.

In relazione a questi ultimi aspetti, si è, inoltre, implementata e consolidata la collaborazione con la Fondazione per l'infanzia Ronald McDonald Italia ETS, che nell'ambito dei rapporti convenzionali attivi con il Policlinico offre strutture di accoglienza e supporto per le famiglie dei piccoli pazienti ricoverati. L'anno 2024 ha visto l'apertura di una Casa Ronald presso il Padiglione 4N, ad integrazione del servizio già offerto presso il Padiglione 13 (Family Room). Tali spazi permettono alle famiglie di stare accanto ai propri piccoli offrendo un ambiente sempre più confortevole, attento alle loro esigenze ed attiguo al reparto di interesse.

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

Il CCM ha istituito il gruppo di lavoro sulle segnalazioni, il quale rappresenta un'importante iniziativa volta a rafforzare la partecipazione dei soggetti coinvolti e interessati e a garantire un monitoraggio sempre più efficace delle criticità segnalate. Il Gruppo nel corso dell'anno 2024 ha assunto un ruolo significativamente potenziato rispetto al passato, in termini di composizione, più ampia e rappresentativa, di ampliamento degli obiettivi strategici e di gestione e organizzazione interna, finalizzando l'analisi non solo all'ascolto delle istanze, ma anche alle proposte di azioni correttive e al monitoraggio dell'effettiva implementazione delle stesse.

Per quanto attiene ai dati relativi alle segnalazioni pervenute nell'anno 2024, sono state registrate 1738 segnalazioni, di cui 1097 elogi e 641 reclami.

Rispetto ai reclami le categorie maggiormente evidenziate risultano essere i "Tempi", gli "Aspetti tecnico-professionali" e gli "Aspetti organizzativi, burocratici, amministrativi" che corrispondono rispettivamente al 41%, al 17% e al 15% sul totale dei reclami pervenuti.

Dall'altra parte, si evidenzia, che il 76% degli elogi riguarda gli "Aspetti tecnico-professionali", ovvero segnalazioni di soddisfazione che si riferiscono alle prestazioni tecnico-professionali in riferimento a diagnosi, trattamento, erogazione della prestazione.

Per acquisire informazioni utili per identificare azioni di miglioramento dell'assistenza fornita e in generale dei servizi all'utenza, è stata incrementata l'indagine di customer

satisfaction attraverso la somministrazione di questionari dedicati alla rilevazione della qualità percepita dai pazienti ricoverati presso il Policlinico.

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

Relativamente a tali servizi attivi nel Policlinico, attenzione è stata rivolta alla “postazione fissa”, tipologia di servizio che prevede la presenza fissa di un mediatore culturale. Inoltre, in relazione all'esigenza di garantire la presenza di un interprete specializzato nel linguaggio italiano dei segni (LIS), è stata prevista tale tipologia di servizio, formalizzata all'interno del capitolato d'appalto, al fine di ottemperare al meglio a tali richieste.

Per l'anno 2024 gli interventi di “mediazione a chiamata” (urgente, programmata o da postazione fissa) effettuati sono stati nr. 1058, rispetto ai 1364 interventi dell'anno precedente. Per quanto riguarda le lingue per le quali sono state richieste il maggior numero di mediazioni troviamo al primo posto l'arabo con numero prestazioni pari a 245, al secondo posto il serbo-croato con nr. 138 interventi e a seguire le lingue albanese, francese e bengalese con nr. 113 mediazioni effettuate ognuna. Un ulteriore dato rilevante è presente per la lingua urdu e bosniaca con rispettivamente nr. 105 e nr. 102 interventi di mediazione. Nel corso dell'anno 2024 è continuato l'utilizzo dell'interpretariato telefonico da remoto, utile nella gestione delle emergenze e per aiutare a risolvere immediatamente le più diverse necessità linguistiche, con nr. 668 prestazioni.

AREA APPROPRIATEZZA

CONSOLIDAMENTO DELLA COMPLESSITÀ DELLA CASISTICA E MIGLIORAMENTO DELL'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).

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 2024 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.

La tabella sottostante riguardante l'anno 2024 riporta 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

Nella tabella sottostante è rappresentato il risultato raggiunto per l’anno 2024, in miglioramento rispetto all’anno precedente (0,15), che vede l’azienda con la migliore performance tra le aziende ospedaliere e nettamente inferiore al valore medio regionale.

Azienda	2023	2024
AOSPU PARMA	0,17	0,18
AOSPU MODENA	0,13	0,13
IRCCS S. ORSOLA	0,15	0,13
AOSPU FERRARA	0,16	0,14
I.O.R.	0,40	0,39
EMILIA-ROMAGNA	0,17	0,16

AREA APPROPRIATEZZA FARMACEUTICA E DI UTILIZZO DEI DISPOSITIVI MEDICI

OBIETTIVI PER IL GOVERNO DELL’ASSISTENZA FARMACEUTICA

Le azioni messe in campo per il governo dell’assistenza farmaceutica, negli specifici ambiti di intervento, sono state declinate tenendo conto delle Linee programmatiche regionali per l’anno 2024 e sono orientate verso interventi specifici per le seguenti aree terapeutiche:

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

a. Farmaci ad elevato impatto sulla farmaceutica territoriale

Progetto Interaziendale Governo del Farmaco

Sono proseguite e potenziate nel 2024 le azioni messe in atto da anni nell'ambito del Progetto Interaziendale Governo del Farmaco, al quale partecipano AUSLBO, AOUBO e IOR, volte a promuovere un uso appropriato, trasversale e costo efficace dei medicinali ad ampio impatto epidemiologico, attraverso il ricorso ai farmaci privi di copertura brevettuale, siano essi generici o biosimilari e, in generale, al contenimento della spesa farmaceutica territoriale.

Le classi di farmaci interessate, ovvero afferenti alla continuità assistenziale H-T ed a elevato potenziale di inappropriata d'uso, su cui si sono concentrati nel 2024 specifici interventi sono:

Antibiotici: Il contenimento del consumo degli antibiotici sistemici ha l'obiettivo di contrastare l'antimicrobica resistenza, fenomeno che fa dell'Italia il primo Paese europeo per numero di decessi annui (Cassini et. Al. 2019) con un onere economico che risulta tra quelli a maggior importo pro capite annuo tra i Paesi dell'UE/SEE (1,3 milioni di giorni di degenza ospedaliera su 7 milioni in più per la gestione delle infezioni da germi multi-resistenti). (OECD (2023), Embracing a One Health Framework to Fight Antimicrobial Resistance, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ce44c755-en>)

La UOC Stewardship antimicrobica (istituita nel febbraio 2022) a valenza Interaziendale promuove e coordina le attività volte al contenimento del consumo degli antibiotici sistemici, attraverso la promozione dell'uso appropriato al fine di contrastare l'antimicrobica resistenza.

Anche per il 2024, è stato proposto come prioritario ai fini della programmazione l'indicatore combinato che valuta diversi aspetti della prescrizione di antibiotici in ambito territoriale. Tale indicatore potrà raggiungere un valore massimo di 20 punti, ottenibili sommando i punteggi dei quattro indicatori che lo compongono, ciascuno dei quali può assumere un valore massimo di 5 punti.

Tab.1 – Indicatori territoriali antibiotici – Dati 2023 vs 2024 – Fonte InSiDER

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2023	2024	TARGET
IND0340	Consumo giornaliero antibiotici sistemici (DDD*1000 ab. die)	12,97	13,07	< 12,5
IND1011	% consumo antibiotici Access in base alla classificazione AWARE sul consumo territoriale totale di antibiotici per uso sistemico (% DDD)	60,5	61,2%	≥ 60%

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2023	2024	TARGET
IND0793	Consumo giornaliero fluorochinoloni negli over 75 (DDD*1000 ab. die)	1,74	1,54	< 2
IND0343	Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti (prescrizioni*1000 bambini/anno)	832,46	861,25	< 800
IND1012	Indicatore combinato sul consumo di antibiotici in ambito territoriale	14	14	≥ 15
IND0341	Consumo giornaliero di fluorochinoloni x 1.000 residenti	0,75	0,69	< 1,5 DDD * 1.000 ab.
IND0342	Consumo giornaliero di fluorochinoloni in donne di età 20-59 anni x 1.000 residenti	0,52	0,49	< 1,2 DDD * 1.000 ab.
IND0344	Rapporto fra prescrizioni di amoxicillina non associata e prescrizioni di amoxicillina associata a inibitori enzimatici in età pediatrica	0,95	1,28	> 1,5

In aggiunta è stato definito prioritario l'indicatore che misura l'impiego di amoxicillina rispetto amoxicillina in associazione a inibitori delle beta lattamasi in età pediatrica e l'impiego dei fluorochinoloni nella popolazione globale e nella donna giovane.

PPI: in relazione al trend regionale del consumo territoriale osservato negli ultimi anni, per ogni Azienda sanitaria sono stati definiti specifici obiettivi di contenimento modulati sulla base dell'aumento registrato nell'anno precedente al fine di contribuire al raggiungimento del target medio regionale ≤ 60 DDD*1000 ab die.

Per area BO anno 2024 è stato confermato il target modulato, già previsto per l'anno 2023, ovvero ≤ 61 DDD*1000 ab die. (Tab.2)

Tab.2- PPI (Fonte InSiDER 2024)

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2023	2024	TARGET AREA BO
IND0695	Consumo giornaliero di farmaci Inibitori di pompa protonica (PPI) x 1.000 residenti - ATC A02BC	62,08	62,08	≤ 61 DDD*1000 ab die

I dati disponibili dai Flussi AFT per area di Bologna evidenziano sui 12 mesi 2024 un incremento zero (+0%) dei consumi di PPI in ambito territoriale vs anno precedente, con un delta % vs consumi medi regionali pari al 3,3%. In ambito specialistico, ovvero per le prescrizioni erogate in regime di erogazione diretta si rileva un moderato incremento per AUSL BO(+ 4,6%) più accentuato per AUOBO (+14%).

Complessivamente l'Obj non è stato pienamente raggiunto, pur tuttavia si evidenzia una delta % dal target assegnato < 2%.

Omega 3: L'Area di Bologna ha registrato nel corso del biennio 2022-23 una forte diminuzione dei consumi in ambito territoriale (2022: -17,5% BO vs -6,2% media RER; 2023: -23,9% BO vs -11,6% media RER), registrando in particolare nel 2023 una forte o costante contrazione delle prescrizioni inappropriate specialistiche post dimissione/visita ambulatoriale in regime di erogazione diretta (-33,2% AUSLBO, -66,2% AUOBO vs -10,9% di valore medio regionale).

Tale andamento conferma l'impegno in termini di rivalutazione prescrittiva da parte della componente specialistica delle aree cardiologia, medicina interna, endocrinologia, nefrologia, malattie infettive nei setting della dimissione/visita ambulatoriale.

Parallelamente, con la medicina generale, è stato intrapreso il percorso di rivalutazione interaziendale delle prescrizioni di farmaci Omega-3 secondo Nota AIFA 13 e algoritmo di rivalutazione CF AVEC, con il supporto decisionale della rete cardiologica bolognese. Tale percorso ha consentito la rivalutazione congiunta MMG-specialista di circa 5.000 pazienti in trattamento, di cui nel 45% dei casi sospesi o posti in fascia C.

Per area BO anno 2024 è stato ulteriormente ridotto il target 2023 ($\leq 4,5$ DDD) in quanto raggiunto e rimodulato a $\leq 3,7$ DDD*1000 ab die. (Tab. 3)

Tab.3-Omega 3 (Fonte InSiDER 2024)

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2023	2024	TARGET AREA BO
IND0794	Consumo giornaliero di farmaci Omega 3 per 1.000 residenti - ATC C10AX06	4,52	4,32	$\leq 3,7$ DDD/1000 ab die

Vitamina D: a febbraio 2023 la Nota 96 è stata aggiornata da AIFA, in particolare rispetto ai valori soglia al di sotto dei quali è opportuno considerare il trattamento con la vitamina D nei pazienti in cui il trattamento è rimborsato previa determinazione dei livelli di 25(OH)D ed alle popolazioni target per le quali il trattamento è rimborsato indipendentemente dalla determinazione della 25(OH)D.

L'Area di Bologna ha registrato nel corso del 2024 una diminuzione generale dei consumi in ambito territoriale (-4,4% BO vs -1,4% media RER), con un moderato incremento delle prescrizioni specialistiche post dimissione/visita ambulatoriale in regime di erogazione diretta (+1,9% AUSLBO, +16,2% AUOBO vs +11,7% di valore medio regionale).

I risultati positivi conseguiti nel corso del 2024 sono correlabili alle azioni di appropriatezza interaziendali introdotte nel biennio 2022-23 e proseguite per tutto il 2024

La Regione ha definito per il 2024 per ogni Azienda sanitaria specifici obiettivi di contenimento, modulati sulla base dei livelli di consumo osservati nell'anno precedente, al fine di consolidare la riduzione di impiego già osservata e raggiungere il target medio regionale: ≤ 113 DDD/1000 ab die.

Per area BO anno 2024 è stato ulteriormente ridotto il target 2023 (≤ 145 DDD) in quanto raggiunto e rimodulato a ≤ 135 DDD*1000 ab die (Tab.7).

Tab.4–Vitamina D (Fonte InSiDER 2024)

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2023	2024	TARGET AREA BO
IND922	Consumo giornaliero di Vitamina D per 1.000 residenti - ATC A11CC05	142,36	135,43	≤ 135 DDD/1000 ab die

Pur non essendo ancora disponibile il dato InSiDER di chiusura 2024, il dato a 9 mesi 2024 rileva già il conseguimento del obj regionale assegnatoci (Tab. 4).

Per il contenimento della spesa è necessario tenere conto che, nel rispetto dell'aderenza terapeutica del paziente, le formulazioni multidose in gocce e quelle in compresse/capsule presentano il minor costo a parità di DDD somministrate e sono quindi da privilegiare rispetto alla soluzione monodose. A tal fine è nota l'ampia variabilità 2023 del costo medio della DDD osservata fra le Aziende (intervallo da 0,041€ a 0,071€, media regionale pari a 0,051€, area BO = 0,055€) Pertanto, la RER ha ritenuto opportuno fissare un obiettivo 2024 mirato all'uso prevalente delle formulazioni a minor costo rispetto al consumo totale di vitamina D (Tab.5):

Tab. 5–Formulazioni Vitamina D (Fonte InSiDER 2024)

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2023	2024	TARGET
IND1082	Consumo in DDD formulazioni a minor costo (GTT/CPR/CPS) sul totale del consumo in DDD di vitamina D -ATC A11CC05	67,75%	71,18%	$\geq 75\%$

Il dato 2024 rileva un progressivo avvicinamento al target. Si evidenzia altresì un dato in linea con la media regionale (71,18% BO / 69,88% RER).

b.Farmaci per la cronicità nell'ottica della territorializzazione delle cure: le note AIFA

Come noto, tra le nuove note AIFA che a partire dall'emergenza pandemica sostengono lo sviluppo della territorialità dell'assistenza sanitaria, per la nota AIFA 97, sono state sviluppate le Schede elettroniche di valutazione prescrizione e follow-up integrate nelle cartelle dei medici di medicina generale.

Al fine di promuovere la digitalizzazione delle informazioni, e tenuto conto che nell'anno 2023 solo il 58% delle Schede relative alla nota 97 è stato elaborato in modalità digitale, con una variabilità tra le Aziende sanitarie compresa tra il 35% e il 74%, la RER ritiene di indicare come obiettivo per l'anno 2024 il raggiungimento della quota delle Schede elettronici sul totale delle Schede nota AIFA 97 pari al 70%, con contributi declinati per ciascuna Azienda sanitaria, come di seguito rappresentato.

Tab.6-% Schede di valutazione prescrizione e follow up elettroniche nota AIFA 97
(Fonte InSiDER 2024)

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	2023	2024	TARGET AREA BO
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%	≥ 60%

In corso 2024 è proseguito l'impegno specifico dell'Azienda USL di Bologna sul tema della dematerializzazione delle prescrizioni farmaceutiche. Sono stati abilitati tutti i clinici H-T al rilascio della scheda elettronica, in sostituzione del cartaceo; è attualmente in corso una trattativa d'Accordo con la medicina generale al fine di: 1) prendere in carico i pazienti stabili in trattamento con NAO per la compilazione delle schede di follow up; 2) rilasciare schede in formato esclusivamente elettronico per tutti i pazienti in carico.

Pur non essendo ancora disponibile il dato InSIDER di chiusura 2024, il dato a 9 mesi 2024 rileva un progressivo avvicinamento all'obj fissato dal 2023 al 2024. Si evidenzia altresì un dato a 9 mesi ancora al di sopra della media regionale (55,66% BO / 69,02% RER).(Tab.6)

c. Farmaci con uso/prescrizione prevalentemente/esclusivamente ospedaliera

Antibiotici: Nel 2024 è proseguita la partecipazione di AOUBO al gruppo di lavoro multidisciplinare interaziendale sul tema della Stewardship Antimicrobica, per valutare eventuali criticità che possono presentarsi nella gestione di routine dei farmaci antimicrobici e per condividere ed analizzare i dati di utilizzo e consumo provenienti da entrambe le realtà (AOSP BO e AUSL BO). Il gruppo è inoltre attivo anche per qual che riguarda l'organizzazione dei programmi di formazione per i colleghi Farmacisti sia territoriali che ospedalieri sul tema dell'antibioticoresistenza e della stewardship antimicrobica (STW). La farmacia ha collaborato nella stesura della procedura PINT65: PROCEDURA INTERAZIENDALE "GESTIONE TERAPIA ANTIMICROBICA PERSONALIZZATA". Questa procedura interaziendale (Ausl Bo, Ausl Imola, IRCCS-Az. Osp.-univ. di Bologna) ha lo scopo di ottimizzare l'uso degli antimicrobici in modo da ottenere il massimo beneficio per i pazienti, ridurre il rischio di infezioni, ridurre o stabilizzare i livelli di resistenza all'antibiotico e tutelare la sicurezza dei pazienti.

Per garantire il monitoraggio periodico dei consumi degli antibiotici in ambito ospedaliero è disponibile un Report Aziendale delle DDD/100 giornate di degenza per la classe J01 che viene declinato per Dipartimento, Centro di Responsabilità e Centro di Prelievo. E' possibile verificare l'andamento dei consumi sia per l'anno in corso, sia in relazione allo stesso periodo degli anni precedenti. Questo permette di analizzare l'andamento dei consumi, condividere le informazioni con i clinici e valutare eventuali interventi in caso di criticità. Il Report è stato strutturato in modo da rendere possibile anche il monitoraggio delle molecole utilizzate per il trattamento di infezioni nosocomiali da germi difficili multiresistenti, che sono compresi nella lista di farmaci "access", "watch" e "reserve" della classificazione AWaRe prevista dall'OMS (Tab. 7-8).

Tab. 7 Consumo J01 dei 12 mesi 2023vs 12 mesi 2024; riepilogo per categoria AWaRe

DDD Totali per ATC2		2023			2024			2024 vs 2023		
ATC2	DDD	DDD * 100gg Deg	Importo	DDD	DDD * 100gg Deg	Importo	DDD	DDD * 100gg	Importo	
J01-ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	328.347	86,25	2.541.946,41 €	329.810	86,69	2.684.500,93 €	0,45%	0,51%	5,61%	
Totale	328.347	86,25	2.541.946,41 €	329.810	86,69	2.684.500,93 €	0,45%	0,51%	5,61%	

DDD Totali per ATC2-Category		2023			2024			2024 vs 2023		
ATC2	Category	DDD	DDD * 100gg Deg	Importo	DDD	DDD * 100gg Deg	Importo	DDD	DDD * 100gg	Importo
J01-ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	Access	143.719	37,75	438.712,34 €	142635,9	37,49	414.600,19 €	-0,75%	-0,69%	-5,50%
	Reserve	34.010	8,93	1.411.621,01 €	35962,02	9,45	1.643.449,43 €	5,74%	5,81%	16,42%
	Watch	150.618	39,56	691.137,00 €	151211,8	39,75	623.702,73 €	0,39%	0,46%	-9,76%
J01-ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO		328.347	86,25	2.541.470,34 €	329809,6	86,69	2.681.752,35 €	0,45%	0,51%	5,61%

Tab.8 - Dettaglio dei consumi (degenze ordinarie) dei 12 mesi 2023vs 12 mesi 2024 della categoria RESERVE

DDD Totali per ATC5		2023			2024		
ATC5	Category	DDD	DDD * 100gg Deg	Importo	DDD	DDD * 100gg Deg	Importo
Reserve	J01XX09~DAPTOMICINA	19258,45	5,06	247.757,93 €	19179,2	5,04	221.305,62 €
	J01XX08~LINEZOLID	4185	1,10	23.750,97 €	4105	1,08	27.867,99 €
	J01AA12~TIGECICLINA	2117,5	0,56	36.336,30 €	2656	0,70	45.579,59 €
	J01DD52~CEFTAZIDIMA ED INIBITORE DELLE BETA-LATTAMASI	1628,37	0,43	310.475,88 €	1985,013	0,52	378.475,81 €
	J01DI04~CEFIDEROCOL	922	0,24	84.520,23 €	1964	0,52	180.040,93 €
	J01XX01~FOSFOMICINA	2502,5	0,66	152.481,23 €	1829	0,48	111.487,43 €
	J01DI54~CEFTOLOZANO ED INIBITORE DELLE BETA-LATTAMASI	1632,699	0,43	264.417,32 €	1596,735	0,42	258.592,91 €
	J01DH52~MEROPENEM E VABORBACTAM	585,081	0,15	116.350,50 €	1015,65	0,27	201.859,51 €
	J01DF01~AZTREONAM	480	0,13	15.750,94 €	816,25	0,21	24.572,10 €
	J01DI01~CEFTOBIPROLO MEDOCARIL	390,276	0,10	62.363,76 €	483,516	0,13	77.262,95 €
	J01AA13~ERAVACICLINA	19,992	0,01	3,08 €	117,096	0,03	7.515,60 €
	J01DH56~IMIPENEM, CILASTATINA E RELEBACTAM	107,75	0,03	42.778,69 €	98	0,03	38.789,82 €
	J01XB01~COLISTINA	139,86	0,04	2.734,02 €	53,28	0,01	1.039,63 €
	J01XA04~DALBAVANCINA	39,627	0,01	50.623,91 €	43,29	0,01	55.303,34 €
	J01XA05~ORITAVANCINA	0,999	0,00	1.276,24 €	9,99	0,00	12.762,35 €
	Reserve	34010,1	8,93	1.411.621,01 €	35962,02	9,45	1.643.449,43 €

Antidiabetici: In presenza di un rischio cardiovascolare elevato o di una patologia renale cronica, è stato introdotto dall'anno 2023 un nuovo indicatore al fine di favorire l'appropriatezza prescrittiva ed il ricorso per l'uso prevalente ai farmaci che presentano il miglior rapporto costo opportunità.

Parimenti, nell'ambito delle quattro insuline basali disponibili deve proseguire il ricorso a quelle con il migliore rapporto costo/opportunità, privilegiando l'impiego delle insuline basali economicamente più vantaggiose.

Tab.9- Dati 2024 vs 2023; flussi AFT

COD_IND	DESCRIZIONE INDICATORE	Area BO 2023	Area BO 2024	TARGET
IND0990	% 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%	≥ 70%
IND0731	% di pazienti con insuline basali economicamente più vantaggiose rispetto al totale dei pazienti in trattamento con insuline basali	77,14%	79,51%	≥ 90%

Rispetto al IND0990 il dato 2024 rileva il conseguimento del obj regionale assegnatoci. (Tab.9)

Rispetto al IND0731 il dato 2024 rileva un progressivo avvicinamento al obj fissato dal 2022 al 2024.

▪ **Farmaci Anti VEGF**

Nell'ambito di questa specialistica area terapeutica, nel 2024 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. A tale proposito a livello regionale è stato definito un indicatore di appropriatezza specifico che prevede un target d'impiego $\geq 85\%$:

Tab.10– Dati utilizzo bevacizumab intravitreale AOUBO : 12 mesi 2024

Indicatore appropriatezza regionale 2024	Target RER	Risultato 2024
Per le indicazioni comprese in Nota AIFA98 e nel rispetto delle sovrapponibilità terapeutiche in essa individuate, impiego prevalente del farmaco anti VEGF con il miglior rapporto costo/opportunità nei pazienti incidenti	$\geq 85\%$	83%

Per il 2024 per AOUBO il risultato complessivo di utilizzo è stato dell'83%(Tab.10-11).

Tab. 11– Consumo Farmaci Anti VEGF 12 mesi 2024 nei pazienti incidenti

Farmaco	N iniezioni totali	% iniezioni
Bevacizumab	1304	83%
Aflibercept	205	13%
Ranibizumab	8	1%
Ranibizumab biosimilare	34	2%
Brolucizumab	16	1%
Faricitinib	5	0%
Totale	1572	

▪ **Impiego di farmaci biologici in presenza di un biosimilare nella classe**

Nel 2024 sono state portate avanti le azioni per promuovere l'uso dei farmaci biosimilari. L'obiettivo riguarda l'aumento del ricorso ai farmaci biosimilari disponibili, sia nei pazienti di nuova diagnosi sia nei pazienti già in terapia con superamento delle criticità legate allo shift delle prescrizioni da originator a biosimilare nelle terapie croniche.

In generale l'andamento prescrittivo dimostra il consolidamento a livello aziendale del ricorso a questi farmaci che rappresentano una grossa occasione di risparmio economico.

Di seguito sono indicate le % di utilizzo AOSP in 12 mesi 2024 rispetto agli obiettivi regionali assegnati per l'anno in corso e al dato regionale 12 mesi 2024 - Fonte Insider (Tab.12)

Tab. 12 – Percentuale di utilizzo regionale e ospedaliero di farmaci biosimilari 12 mesi 2024

FARMACO	OBIETTIVO RER 2024	CONSUMO AOSP 12 MESI 2024	DATI SIVER 12 mesi 2024
		% COMPLESSIVO USO BIOSIMILARE	% COMPLESSIVO USO BIOSIMILARE
Epoetine	≥95%	100%	98%
Infliximab	≥95%	100%	100%
Etanercept**	≥95%	99%	96%
Adalimumab	≥95%	97%	98%
Follitropina alfa	≥85%	80%	83%
Trastuzumab SC in ambito oncologico *	≤20%	13%	13%
Rituximab in ambito oncologico *	≤20%	0%	0%
Bevacizumab	≥95%	100%	100%
Enoxaparina	≥95%	100%	100%

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

Nel corso del 2024 si è reso disponibile il biosimilare di ustekinumab e su di essi si concentreranno azioni per promuoverne l'utilizzo e l'adesione alle gare regionali.

▪ **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 opportunità.

In particolare, l'indicatore di appropriatezza specifico regionale è il seguente:

Tab.13–Indicatore sui pazienti naive di terapie immunosoppressive con farmaci biologici n ambito reumatologico e dermatologico

Indicatore	TargetRER	Area Bologna Risultato 12mesi 2024
IND0924 Nei pazienti incidenti affetti da malattie cutanee e/o reumatologica (psoriasi, artrite reumatoide, spondiloartriti) impiego prevalente di farmaci antiTNF alfa a miglior costo opportunità come biologici di prima scelta	≥80%	73,64%

L'obiettivo regionale per l'Area di Bologna 2024 risulta non raggiunto con una percentuale del 73,6%. (Tab.13) Nel 2024 il target è stato incrementato dal 75% all' 80% sui pazienti incidenti, inoltre sono stati aggiunti altri indicatori sui pazienti prevalenti.

Tab.14 – Nuovi indicatori di terapie immunosoppressive con farmaci biologici in ambito reumatologico e dermatologico

INDICATORE	TARGET RER	Area BO 12 M 2024
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%	63,83%
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%	51,61%

Il dato dei 12 mesi rileva il conseguimento dell' obiettivo regionale IND1071 (area reumatologia), un avvicinamento per IND0924 (naive dermato-reumatologia), il non raggiungimento del obj IND1072 (area dermatologia) che resta critico. (Tab.14)

- **Terapia antiretrovirale per HIV**

Nell'ambito delle terapie antiretrovirali per HIV continua la collaborazione attiva e il supporto della Farmacia con i clinici della UO Malattie Infettive attraverso l'ambulatorio dedicato sull'intera area metropolitana, che è un riferimento per l'erogazione dei farmaci e il monitoraggio dell'aderenza del paziente alla terapia antiretrovirale.

Nel 2024 i pazienti in trattamento con terapia antiretrovirale, in carico presso l'ambulatorio della Farmacia sono stati n. 2.776, di cui n.352 in prima linea, n. 2.220 in seconda linea e n. 204 in fallimento terapeutico. L'organizzazione multidisciplinare Medico, Infermiere, Farmacista e Psicologo dei nostri ambulatori di malattie da infezione ha permesso di consolidare nel 2024 il percorso organizzativo relativo alla somministrazione della terapia iniettiva long-acting antiretrovirale, che ha visto un incremento dell'arruolamento di nuovi pazienti da n.38 del 2023 a n.76 nel 2024. La Farmacia ha continuato il monitoraggio dell'aderenza terapeutica auto-riportata ed il monitoraggio dei costi legati all'acquisto e al consumo dei farmaci antiretrovirali con una particolare attenzione a promuovere la scelta terapeutica con il miglior costo-opportunità.

In seguito alla Determina n.349/2023, a partire dall'agosto 2023, oltre ai pazienti in terapia antiretrovirale sono state prese in carico dalla Farmacia, anche le persone che ritirano la terapia per la Profilassi Pre-Esposizione. Nel 2024 le persone seguite dai nostri ambulatori di Malattie da Infezione e dall'ambulatorio BLQ-Checkpoint dell'area Bologna sono in totale n. 839.

▪ **Epatiti**

Nel corso del 2024 si è riscontrata una riduzione nel numero dei pazienti trattati per il virus dell'Epatite C del -24% rispetto all'anno precedente.

Per quel che riguarda il trattamento dell'infezione cronica da virus dell'epatite delta (HDV) dell'Epatite delta, nel 2024 il numero dei pazienti presi in carico per il trattamento con il farmaco HEPCLUDEX® (Bulevirtide) ha subito un incremento del 52% rispetto all'anno 2023 passando da n. 18 a n. 38 pazienti.

AMBITO ONCOLOGICO

E' proseguita nell'anno 2024 la verifica dell'adesione alle raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici formulate dal gruppo GReFO e adottate dalla Commissione regionale del farmaco. Al fine di rispettare le previsioni di utilizzo in esse elaborate, con particolare riferimento ai farmaci per i quali è stato definito che, nell'ambito della stessa linea di trattamento e a parità di forza e verso delle raccomandazioni, in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, nella scelta del trattamento si dovrà tener conto, per l'uso prevalente, anche del migliore rapporto costo/opportunità.

Per il monitoraggio del consumo e della spesa dei farmaci a cui è attribuita l'innovatività solo per una parte delle indicazioni negoziate, si è provveduto regolarmente alla corretta compilazione del flag di "innovatività limitata" nel flusso informativo FED, come richiesto dalle indicazioni regionali.

Relativamente ai farmaci per i quali le raccomandazioni GReFO prevedono un costo/opportunità sono stati definiti dalla regione, in particolare nelle aree cliniche del Polmone, Melanoma e Tratto Urologico, gli obiettivi riportati nella Tab. 15, 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 2024 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.

<i>Relativamente ai farmaci per i quali le raccomandazioni GreFO prevedono un costo/opportunità vengono definiti i seguenti obiettivi:</i>	
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 paz. 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)	Valutazione*
Tumore del polmone a piccole cellule (SCLC) avanzato, 1° linea di terapia immunoterapia a minor costo atezolizumab + chemio vs durvalumab + chemio (escluso pz con metastasi cerebrali). (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 3146 del 15/02/2023)	Valutazione/osservazione
Melanoma adiuvante, immunoterapia a minor costo (nivolumab vs pembrolizumab). (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 3966 DEL 09/03/2020)	Valutazione*
Melanoma metastatico AntiBRAF + AntiMEK a minor costo fra (encorafenib+binimetinib vs dabrafenib+trametinib). (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 7621 del 06/05/2020)	Valutazione**
Melanoma metastatico immunoterapia a minor costo (nivolumab vs pembrolizumab). (Ref. Determina aggiornamento PTR n. 9658 del 20/06/2016)	Valutazione*
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)	Osservazione**
Uso di abiraterone generico (quando indicato: seguendo costo-opportunità abiraterone vs enzalutamide)	Valutazione (indip da DBO)

*il monitoraggio potrà avvenire solo se disponibile informazioni sull'indicazione e linea terapeutica; gli indicatori potranno essere di valutazione o di osservazione in funzione dell'impatto economico dei vari trattamenti. A tal proposito dovrà essere sempre compilato il flusso DBO per le terapie infusionali e orali.

In linea con le indicazioni regionali, l'AOSP ha aderito alle raccomandazioni raggiungendo i target proposti per gli obiettivi di valutazione ad eccezione dei seguenti indicatori:

1. IND1063, per cui l'utilizzo di Pembrolizumab è stato giustificato dai clinici dalla possibilità di riduzione degli accessi del paziente in DSV(ogni 3 settimane vs ogni 6 settimane);
2. IND1064, valore di 47% rispetto al target >60%;
3. 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 prevede la somministrazione giornaliera di un'elevata quantità di compresse).

▪ **Allestimenti delle terapie antitumorali**

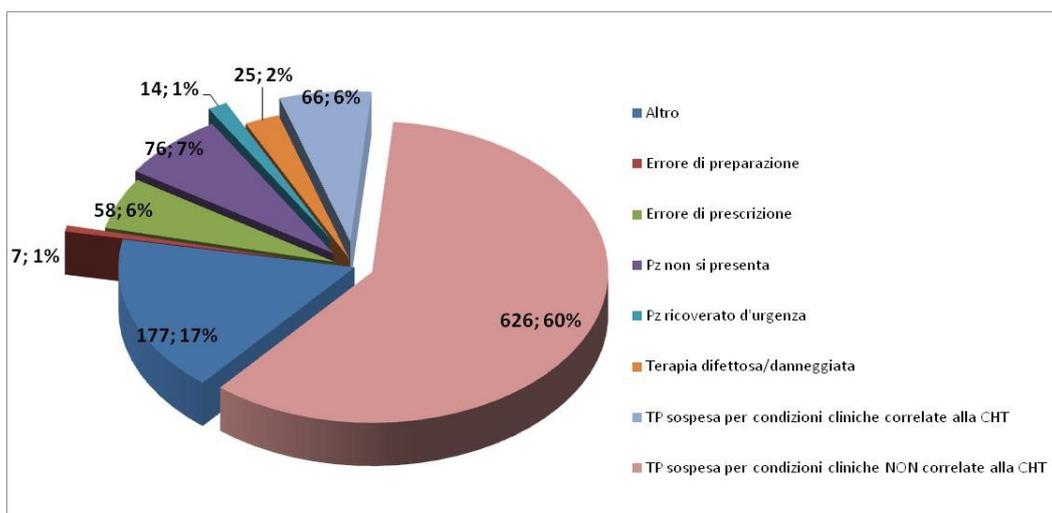
Presso i Laboratori Antitumorali del Centro Compounding, in linea con le raccomandazioni ministeriali e regionali in materia, sono proseguite le azioni organizzative per ottimizzare la produzione delle terapie antitumorali quali:

1. la programmazione di drug-day anche per farmaci di nuova introduzione, per concentrare l'allestimento in un'unica giornata di molecole ad alto costo così da ridurre gli scarti;
2. la condivisione con i clinici di arrotondamenti della dose, laddove possibile, per alcuni farmaci ad alto impatto di spesa e con una limitata numerosità dei pazienti;
3. l'utilizzo di sacche multidose di principi attivi già in soluzione che garantisce, oltre ad una maggior sicurezza dell'operatore e del preparato (riducendo il numero di passaggi necessari per l'allestimento) anche una produzione più efficiente;
4. il monitoraggio delle terapie rese alla farmacia e non somministrate e dell'eventuale riutilizzo in sicurezza.

Nel 2024 sono state restituite alla farmacia un totale di n. 1049 terapie, pari allo 1,6% del totale degli allestimenti annuali per l'azienda, escluso i farmaci sperimentali e le siringhe intravitreali di bevacizumab.

Il 42,5% (n. 446) delle terapie rese per un valore di spesa di 361.043,60€ sono state recuperate 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 59,7% di resi dovuto a condizioni cliniche del paziente non correlate alla terapia, un 6,3% dovuto a effetti collaterali sospetti della terapia, un 7,2% dovuto alla mancata presentazione del paziente all'appuntamento e il restante 26,9% dovuto ad altre cause. (Fig.1)

Fig. 1. – Analisi n. allestimenti resi e % motivazioni delle terapie recuperate - anno 2024



▪ Progetto centralizzazione della produzione delle terapie oncologiche in ambito metropolitano

In linea con le linee di indirizzo della regione Emilia Romagna Delibera n. 316 del 27/12/2022 “Istituzione della Rete Oncologica ed Emato-oncologica della RER” e Delibera n. 1563 del 08/07/2024 “Ipercentralizzazione dei laboratori”, che incentivano la centralizzazione delle UFA in una dimensione geografica più ampia es. per singola Area vasta, al fine di ottimizzare la produzione dei farmaci e omogeneizzare i processi operativi ed economici, nell’ambito delle attività e della progettualità del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale (DFI), è stato formulato un progetto di ipercentralizzazione delle terapie oncologiche per la realizzazione di un Laboratorio Unico per la Città Metropolitana di Bologna, Centro Compounding Metropolitano (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).

Già da fine anno 2023 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.

Nel 2024 sono state condivise con le Direzioni aziendali interessate valutazioni per la definizione degli aspetti logistico-organizzativi ed è stato elaborato dalle 2 farmacie AUSL e AOSP un progetto di fattibilità contenente le indicazioni di massima su requisiti tecnici dei laboratori ed esigenze strutturali, flussi dei materiali e personale, nonché l’implementazione di tecnologie innovative e sistemi automatici da presentare ai rispettivi Uffici tecnici.

AMBITO DELLA RICERCA CLINICA

Nell’ambito del nuovo assetto delle attività di sperimentazione e ricerca dell’IRCCS, l’UOC “Produzione e Ricerca” collabora nell’ambito delle sperimentazioni cliniche e degli usi

compassionevoli approvati dal Comitato Etico di area vasta, in particolare alla gestione delle attività previste dalle GCP, a garanzia della tracciabilità, della corretta conservazione e allestimento dei farmaci sperimentali e di altre specifiche attività farmaceutiche dalla partecipazione alle visite di inizio studio, di monitoraggio, audit e ispezioni AIFA anche per l'accreditamento per la Fase 1, alla partecipazione al gruppo multidisciplinare "Clinical Trial Quality Team" (CTQT), alla gestione della Farmacovigilanza e delle sospette reazioni avverse gravi e inattese, anche attraverso le figure del Responsible Person (RP) e della Qualified Person for Pharmacovigilance (QPPV) per la gestione della farmacovigilanza e dei prodotti medicinali in Eudravigilance per studi no profit con promotore l'azienda ospedaliera.

In particolare il **settore Investigational Drug Service (IDS)** della Farmacia Clinica ha dato supporto alla attività di ricerca e sperimentazione clinica delle UO dell'IRCCS effettuando nell'anno 2024 n. 3.245 transiti di farmaci sperimentali, n. 136 visite di inizio studio, n. 372 monitoraggi di studi clinici, n. 6 audit e n. 1 ispezione AIFA. Inoltre ha partecipato al 100% delle attività del Gruppo di Coordinamento di sperimentazione di fase 1, con l'effettuazione di un audit specifico, e a tutte le sedute del Clinical Trial Quality Team.

▪ **Allestimenti delle terapie antitumorali sperimentali**

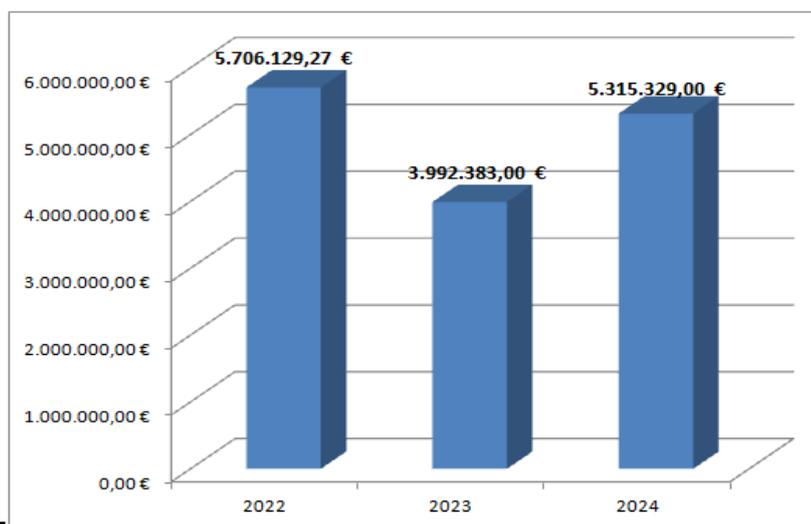
Nel 2024 l'attività di allestimento da parte del Centro Compounding è incrementata (+3,9%) con 75.424 terapie totali allestite vs le 72.554 terapie allestite dell'anno 2023. In particolare sono aumentate le terapie di pratica clinica (comprese quelle allestite per lo IOR) con un incremento del 18,7%. Nell'anno 2024 nonostante la diminuzione del numero di allestimenti sperimentali è incrementata l'attività relativa alla gestione degli studi clinici (Tab. 17), che ha coinvolto il Centro Compounding principalmente in visite di inizio studio, visite di monitoraggio e ritiro farmaci scaduti o relativi a studi in chiusura (+ 11% totale attività vs 2023).

Tab.17 – Attività di gestione studi sperimentali – anni 2022-2023-2024

Attività	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Pre-Study/selezione centro	20	28	34
SIV	63	73	57
Monitoraggio con RITIRO FARMACO	36		16
Monitoraggio on site	304	380	372
Monitoraggio da remoto	0		4
COV	10	16	38
Ritiri	120	139	183
AUDIT	5	1	2
TOTALE ATTIVITA'	558	637	706

Come ogni anno, nel 2024, 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 3 anni, nel 2024 si evidenzia un incremento di valore del 33% rispetto al 2023 (3,9 mil € nel 2023 vs 5,3 mil € nel 2024) (Fig.2).

Fig.2- Valorizzazione teorica delle terapie sperimentali anni 2022-2024



Nel corso del 2024, in riferimento al comunicato dell'Ispettorato GCP del 06/07/2023 e all'aggiornamento dell'ANNEX 1 GMP entrato in vigore ad agosto 2023 è stata eseguita una "gap analysis", volta a determinare il divario esistente tra gli standard dei Laboratori del Centro Compounding e i requisiti previsti dalle norme e dalle linee guida vigenti, in termini di strutture, classificazione degli ambienti e mantenimento di tali requisiti. A tale valutazione è seguita una dettagliata e documentata analisi del rischio che ha previsto la messa in campo

delle misure correttive ritenute necessarie per colmare il divario e mitigare il rischio di potenziale contaminazione.

A tal fine è stata condotta un'analisi FMECA, allo scopo di analizzare i processi gestiti all'interno del Centro necessari per la manipolazione di farmaci antitumorali sia autorizzati che sperimentali, oltre che per l'allestimento di miscele per nutrizione parenterale.

Il Processo è stato scomposto in macroattività a loro volta analizzate in base a tutti i singoli compiti che devono essere portati a termine affinché l'attività stessa venga conclusa con successo e, in un'ipotesi ideale, senza possibilità di errore. Una volta calcolati gli IPR è stato possibile definire il programma operativo con la lista delle azioni di miglioramento.

Queste attività sono state propedeutiche all'aggiornamento dell'SGQ del Centro Compounding necessario per il rilascio della Certificazione ISO 9001, avvenuta nel 2025.

ADOZIONE DI STRUMENTI DI GOVERNO CLINICO E GESTIONALI

▪ **Attività di governo del farmaco**

Nel corso del 2024, l'Azienda ospedaliera ha partecipato alle attività della Commissione del farmaco di Area Vasta (CF AVEC) e alle riunioni mensili del coordinamento regionale, quali strumenti per promuovere la diffusione, la conoscenza, l'applicazione delle raccomandazioni d'uso dei farmaci del prontuario terapeutico regionale fra i professionisti, attraverso un confronto diretto sulle raccomandazioni prodotte.

È stata inoltre promossa la diffusione delle decisioni adottate dalla Commissione Regionale del Farmaco o dalla messa in atto di azioni di governo della Commissione Farmaco di Area Vasta Emilia Centro mediante l'invio di informazioni a tutti i professionisti aziendali e/o pubblicazione sull'intranet aziendale.

▪ **Compilazione dei registri di monitoraggio AIFA anche per la gestione dei rimborsi**

L'obiettivo di corretta gestione dei registri di monitoraggio AIFA è oggetto di interazione con i clinici con particolare riferimento alla compilazione delle schede di fine trattamento dei farmaci innovativi oncologici e non oncologici, che fanno capo agli specifici fondi e di farmaci il cui impiego è collegato ad accordi basati sull'esito del trattamento 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.

Anche per il 2024 è stato effettuato il governo di tale attività che ha consentito di recuperare risorse, che hanno contribuito 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 2024 è risultata del 100%, superando l'obiettivo regionale posto a >95%.

Le proposte di pagamento (PdP) a 12 mesi sono state pari a 1.010.322 €, di cui 557.045 € già pagate (Tab.18).

Tab.18 – Valore delle Proposte di Pagamento di competenza anno 2024 relativa 12 mesi (esclusi i farmaci per Epatite C)

STATO PDP 12 MESI 2024	VALORE PROPOSTA DI PAGAMENTO
PAGATA	€ 557.045
VALUTATA (DA PAGARE)	€ 453.277
NON ACCOLTA	-
TOTALE COMPLESSIVO PAGATO/DA PAGARE	€ 1.010.322

• **Compilazione del database regionale delle eccezioni prescrittive**

E' proseguita nel 2024 la compilazione del database regionale delle eccezioni prescrittive relative a pazienti trattati con farmaci off-label, farmaci non inseriti in prontuario terapeutico regionale e farmaci in classe Cnn. La farmacia collabora con i clinici per promuovere la corretta compilazione delle richieste prima di inviarle alla Commissione AVEC per la valutazione e indirizza il clinico sulla migliore opzione terapeutica. Nel 2024 sono state inserite nel data base regionale n. 583 richieste totali, (+37 richieste rispetto all'anno precedente).

Le principali classi terapeutiche anche nel 2024 riguardano i farmaci antineoplastici, antivirali ad uso sistemico, immunosoppressori e antibatterici ad uso sistemico (Tab.19)

Tab.19 - Numero richieste di eccezioni prescrittive per classi terapeutiche – Anno 2024

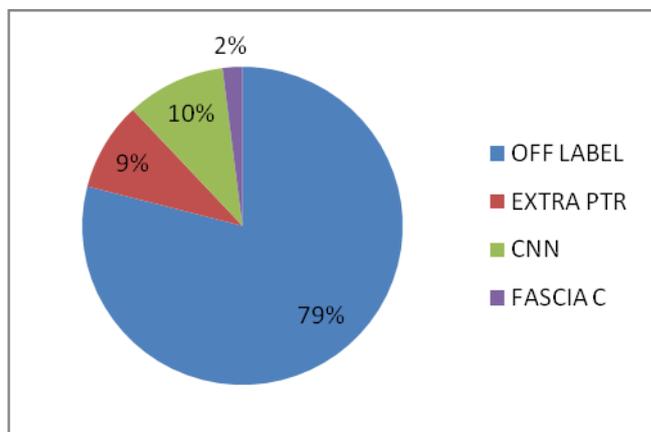
ATC 2	DESCRIZIONE ATC 2	N°	%
L01	Antineoplastici	267	45,8
J05	Antivirali ad uso sistemico	59	10,1
L04	Sostanza ad azione immunosoppressiva	96	16,5
J01	Antibatterici per uso sistemico	54	9,3

A07	Antidiarroici, antinfiammatori e antimicrobici intestinali	23	3,9
B01	Agenti Antitrombotici	10	1,7
H01	Ormoni ipofisari e ipotalamici e analoghi	3	0,5
Principali gruppi terapeutici		512	87,8%
	Altri	71	12,2%
TOTALE COMPLESSIVO		583	100%

Delle 583 richieste totali n.243 richieste (42%) sono state inviate alla commissione AVEC come presa d'atto, in quanto relative a trattamenti in situazioni di emergenza, per le restanti 340 richieste la CF-AVEC ha espresso n. 308 pareri favorevoli, n. 30 non favorevoli e n. 2 suggerimenti ad altra terapia.

Le prescrizioni di farmaci off-label rappresentano il 79% (n.462) del totale delle eccezioni prescrittive, gli extra-prontuario il 9% (n.53), le richieste di farmaci in classe Cnn il 10% (n.59), mentre le richieste di farmaci in fascia C il 2% (n.9). (Fig.3)

Fig.3- % Schede di eccezioni prescrittive per tipologia: Anno 2024



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 2024 hanno inviato n. 311 richieste di eccezioni prescrittive (53% del totale) delle quali n° 231 di trattamenti off-label, di cui 26 hanno ricevuto parere non favorevole.

Da sottolineare che i dati delle rivalutazione a 12 mesi non sono disponibili poiché la valutazione sulla tollerabilità e risposta obiettiva al farmaco verrà effettuata dopo il primo trimestre 2025.

Nei 9 mesi del 2024 sono giunte 174 richieste di trattamenti off-label, di cui 20 richieste hanno ricevuto parere non favorevole, 16 terapie non state avviate e per 2 richieste la ditta si è resa disponibile a cedere gratuitamente il farmaco secondo DM 07.09.2017; pertanto delle 136 richieste di trattamenti off label avviate, ad eccezione di 4 rivalutazioni non ancora pervenute per mancanza di dato clinico, sono state compilate tutte le 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 2024 la percentuale di compilazione del DBO relativamente alle terapie orali e infusionali candidate, rispetto ai target RER di >75% per orali e >95% per ev (Tab.24), è stata per AOUBO come media aziendale rispettivamente del 56% e 64% (dati forniti dal Servizio ICT). Permangono diverse criticità relative alla compilazione del DBO per tutte le terapie candidabili e alla completezza di tutti i campi richiesti, per la difficoltà a reperire e trasferire in automatico tutte le informazioni cliniche richieste e per la presenza nel DBO di campi non aggiornati/non pienamente pertinenti in particolare per alcune patologie più complesse. A fine anno 2024 è stato costituito nell'ambito delle attività della Rete Oncologica

ed Emato-oncologica regionale un gruppo di lavoro specifico sull'Implementazione e aggiornamento del tracciato DBO con l'obiettivo di valutazione delle problematiche tecniche relative alla mancata copertura del DBO nelle diverse aziende, soprattutto quelle con maggiore criticità sia per i trattamenti orali che infusionali. Per l'anno 2025a livello aziendale deve proseguire il coinvolgimento del Dipartimento farmaceutico, Direzione Sanitaria, Servizio ICT e Sistemi Informativi in collaborazione con la componente clinica per migliorare la qualità del flusso e potenziare azioni mirate ad implementare la compilazione del DBO secondo i target posti dalla regione.

▪ **Governo dei farmaci oncologici nel fine vita**

A fronte di un'analisi regionale condotta sui pazienti oncologici deceduti nell'anno 2021 che hanno ricevuto una terapia oncologica negli ultimi 30 giorni di vita, emerge un forte impatto economico, pari a oltre 4 milioni di euro, 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 regime di ricovero ospedaliero e centrato su cure ad alto livello di intensività e invasività nei pazienti con tumori in stadio avanzato non determinino né differenze nella sopravvivenza né un miglioramento della qualità di vita (Higginson et al., 2008; Belkeman et al., 2016; Brook et al., 2014). È opportuno considerare che trattamenti medici e chirurgici ad alta intensità di cura, non solo si dimostrano scarsamente efficaci ma richiedono l'allocazione di risorse economiche consistenti (May et al., 2017; May et al., 2016; Morden et al., 2012; Setoguchi et al., 2010) le quali potrebbero essere utilizzate diversamente e con 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 e della letteratura consolidata sul tema, si chiede di non superare il 15% dei pazienti trattati con farmaci oncologici nel fine vita (ultimi 30 giorni).

Tab.20- Indicatori Regionali compilazione DB oncologico

Indicatori	Target
IND0372 - % di trattamenti chiusi e già inseriti in una richiesta di rimborso (RdR) <i>Fonte: registro AIFA</i>	≥ 95%
IND1002 - % compilazione DB oncologico per le terapie infusionali	> 95%
IND1003 - % compilazione DB oncologico per le terapie orali	> 75%
IND1004 - % pazienti trattati con farmaci oncologici nel fine vita (ultimi 30 giorni) per Azienda di residenza	< 15%

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. Per quanto riguarda il nuovo obiettivo regionale anno 2024 secondo le indicazioni riportate nel documento RER “Consumo e spesa per farmaci oncologici 2022 nel fine vita (ultimi 30 gg di vita)”, sono stati monitorati tutti i farmaci oncologici orali ed infusionali sulla base dei dati regionali della banca dati REM.

I dati relativi ai 6 mesi 2024 per AOUBO sono i seguenti:

PAZIENTI ONCOLOGICI TRATTATI a 30 giorni dal decesso: 156 su 1725 (9%).(*)

* l'indicatore Insider viene calcolato su base semestrale, non è ancora disponibile il dato a 12 mesi

E' proseguito anche per il 2024 la sensibilizzazione e il coinvolgimento dei clinici e in collaborazione con i Sistemi Informativi il monitoraggio come da indicazione regionale.

FARMACOVIGILANZA E VIGILANZA SUI DISPOSITIVI MEDICI

Nel corso del 2024 sono proseguite tutte le attività di FV previste da normativa vigente e nel rispetto delle indicazioni contenute nella Procedura Operativa AIFA per i Responsabili Locali di FV (rev. 3 del 25/10/2022). In particolare:

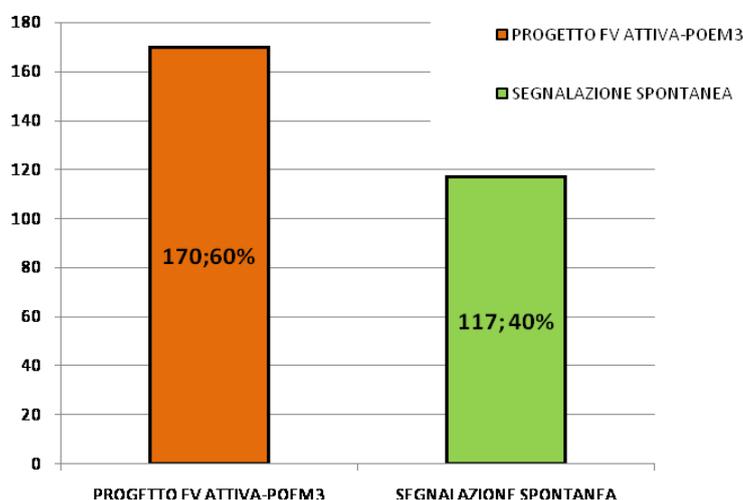
1. È stata promossa la segnalazione on line di sospette Adverse Drug Reaction (ADR) attraverso la Piattaforma AIFA <https://servizionline.aifa.gov.it/schedasegnalazioni/#/>
2. È stato fornito supporto ai segnalatori per la compilazione della scheda ADR al fine di garantire la qualità e la completezza delle informazioni per un'adeguata valutazione dei casi (data somministrazione del farmaco, data insorgenza della reazione, posologia, farmaci concomitanti, condizioni cliniche preesistenti, esito della reazione, documentazione clinica a supporto);
3. Sono state inviate mensilmente ai segnalatori mail riepilogative con - in allegato - le schede ADR “validate” dal RLFV in modo da consentire loro di visionarla e apportare eventuali modifiche;
4. E' proseguita l'attività informativa per tutti gli operatori sanitari, grazie alla collaborazione con la Comunicazione e l'Ufficio Stampa, per la diffusione di Note Informative Importanti AIFA, Comunicati Stampa EMA, recall e indicazioni sul corretto utilizzo in sicurezza di farmaci che richiedono dispositivi di somministrazione;
5. E' proseguito il progetto di FV attiva regionale POEM3, di durata biennale, con il supporto di una farmacista borsista dedicata alla sensibilizzazione alla raccolta di segnalazioni ADR in area onco-ematologica;
6. 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.

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 2024 sono pervenute al RAFV n°287 segnalazioni di sospetta reazione avversa a farmaco. Il 60% delle segnalazioni pervenute nel 2024 sono riconducibili al Progetto di FV attiva in area onco-ematologia POEM3, attivo dal 29/05/2023 e per il quale è dedicata una farmacista borsista per sensibilizzare i professionisti sanitari alle attività di gestione delle sospette ADR in tale setting (Figura 4).

Fig. 4 – Distribuzione delle segnalazioni di sospetta reazione avversa nel periodo gen-dic.2024



Per l'anno 2024, il 46% di ADR segnalate sono gravi, dimostrando l'efficacia del sistema di farmacovigilanza attualmente in uso presso il Policlinico. Le segnalazioni di ADR gravi sono un indicatore di qualità importante in farmacovigilanza: l'OMS richiede che almeno il 30% delle segnalazioni siano classificate come gravi.

Nel periodo gennaio-dicembre 2024 il 96% delle segnalazioni sono state inviate in formato informatizzato, 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.

Rispetto all'indicatore AIFA, che identifica un buon sistema di FV, proposto dalle Linee di programmazione regionali, anche per il 2024 risulta raggiunto il target di 5 segnalazioni/1000 ricoveri. (Tab.21)

Indicatori	Target	AOSP BO gen-dic 2024
IND0375-N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AOSP per 1.000 ricoveri <i>Fonte: rete nazionale di Farmacovigilanza</i>	5	5

Sul tema dell'informazione indipendente/informazione all'appropriatezza prescrittiva, anche per l'anno 2024 la RER prevede l'adesione aziendale alle iniziative sviluppate dalla Regione Emilia-Romagna nell'ambito del progetto sull'informazione indipendente sui farmaci "CoSIsiFA".

Attualmente non sono ancora stati avviati i corsi di formazione regionale rivolti alle Aziende. Il Dipartimento Farmaceutico Interaziendale, in accordo con i Governi Clinici aziendali, garantirà la partecipazione attiva alle iniziative formative che verranno a delinearsi, per gli ambiti di competenza H-T delle singole realtà aziendali.

▪ **Dispositivo- vigilanza**

Nell'ambito delle attività della Rete Regionale della dispositivo-vigilanza definite dal Decreto Ministeriale 31 marzo 2022 è stato realizzato nell'anno 2024, ed è in fase di attivazione, un corso FAD coordinato dal referente regionale, con il contributo di alcuni referenti aziendali DM vigilanza.

Gli argomenti principali che sono stati sviluppati sono:

1. rete regionale dispositivo-vigilanza: struttura, organizzazione, linee di indirizzo regionali;
2. segnalazione degli eventi correlati alla dispositivo-vigilanza; incidenti, incidenti gravi e reclami;
3. gestione avvisi di sicurezza e azioni correttive di campo.

Il corso sarà fruibile a partire dall'anno 2025.

In ambito aziendale, in attesa della realizzazione del corso regionale, sono state divulgate le informazioni essenziali per lo svolgimento delle attività di vigilanza sui dispositivi medici ed è stata aggiornata, all'interno del sito web aziendale, la sezione dedicata alla dispositivo-vigilanza con le indicazioni poste come obiettivo dalla RER:

DESCRIZIONE INDICATORE	TARGET
------------------------	--------

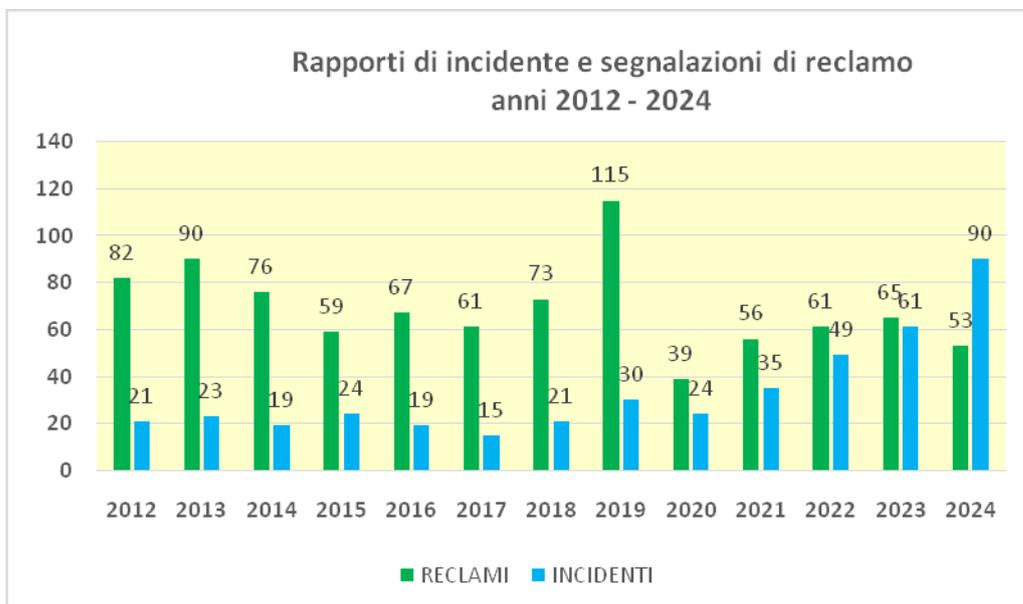
Creazione, all'interno dei siti web delle singole aziende sanitarie, di una sezione dedicata alla dispositivo-vigilanza, l'avvenuta pubblicazione dovrà essere rendicontata con l'invio di una dichiarazione al Settore Assistenza Ospedaliera- Area Farmaci e Dispositivi Medici. La sezione dovrà contenere le seguenti informazioni di base:

- Nominativi e contatti di Responsabili Locali Vigilanza e Referenti Aziendali Vigilanza
- Link per la consultazione delle Linee di indirizzo regionali sulla dispositivo-vigilanza.

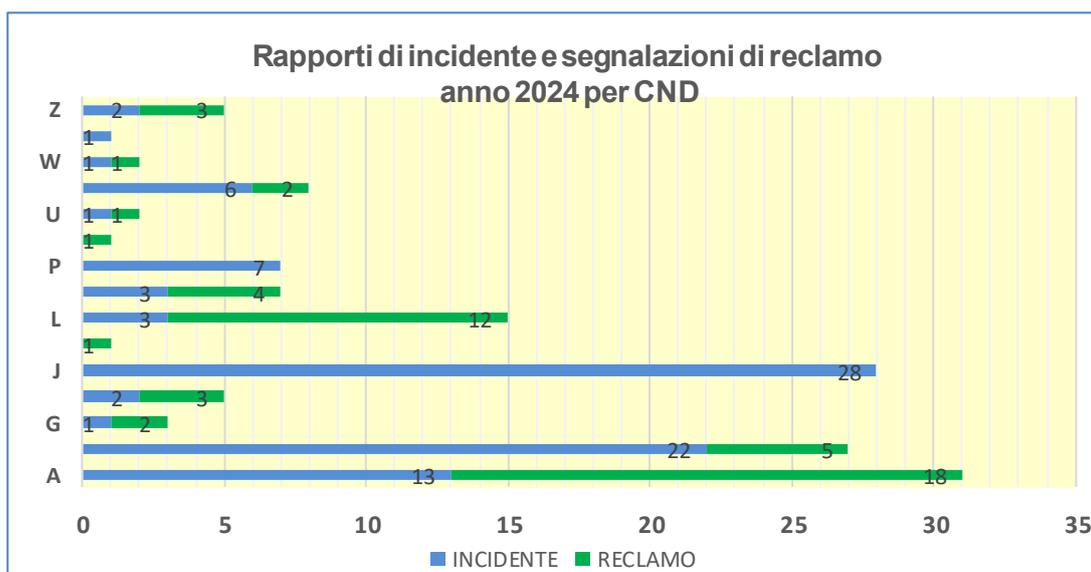
100%

Relativamente alle segnalazioni anno 2024 sono pervenute complessivamente 143 segnalazioni, di cui 90 rapporti di incidente e 53 segnalazioni di reclamo (Figura 5).

Fig.5 – Rapporti di incidenti e segnalazioni di reclamo 2012-2024



Delle 143 segnalazioni totali registrate nell'anno 2024 la categoria più segnalata, in funzione della CND (Classificazione Nazionale Dispositivi Medici) è stata la A (DM per somministrazione, prelievo e raccolta), con 18 segnalazioni di reclamo e 13 incidenti), seguita dalla J (DM impiantabili attivi) e dalla C (DM per apparato cardiovascolare). (Fig. 6)



La distribuzione dei 90 Rapporti di Incidente (+ 48% vs 2023) in funzione della classificazione CND è la seguente:

- 28 per CND J - DM Impiantabili Attivi (14 pacemaker - 10 defibrillatori - 4 elettrocateri);
- 22 per CND C - DM Apparato Cardiovascolare;
- 13 per CND A - DM per Somministrazione, Prelievo e Raccolta;
- 7 per CND P - DM Protesici Impiantabili;
- 6 per CND V - DM vari;
- 3 per CND L - DM strumentario chirurgico pluriuso;
- 3 per CND M - DM per medicazioni generali e specialistiche;
- 2 per CND H - DM per sutura;
- 2 per CND Z - Apparecchiature sanitarie e relativi componenti accessori e materiali;
- 1 per CND U - DM per urologia;
- 1 per CND W - DM diagnostici in vitro;
- 1 per CND G - DM per apparato gastrointestinale;
- 1 per CND Y - DM per persone con disabilità.
-

GOVERNO DEI DISPOSITIVI MEDICI

Il governo dei dispositivi medici (DM) all'interno del Policlinico risulta di assoluta rilevanza sia per gli aspetti economici correlati all'impatto dell'innovazione sia per gli aspetti di appropriatezza d'impiego, vista la complessità chirurgica generale, specialistica ed interventistica con particolare riferimento alla chirurgia bariatrica, robotica, toracica e cardiovascolare.

Al fine di garantire il rispetto dei budget di spesa assegnati all'Azienda, è stata posta l'attenzione sulla promozione e monitoraggio dell'uso appropriato di alcuni dispositivi medici, come da indicazioni regionali, al fine di ottimizzare l'uso delle risorse materiali ed economiche. In particolare:

▪Guanti non sterili

L'utilizzo inappropriato dei guanti non sterili si è amplificato durante la gestione dell'emergenza COVID-19; è stato quindi fondamentale reiterare quando e come debbano essere utilizzati i guanti nell'attività assistenziale attraverso le seguenti azioni:

- 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;
- costituzione di un gruppo di Area vasta/Ausl Romagna, composto da rappresentanti dei Servizi di Prevenzione e Protezione e dei Servizi di Igiene Ospedaliera, dedicati all'analisi delle modalità di utilizzo dei guanti monouso per attività assistenziali, resi disponibili nel territorio regionale, al fine di individuare criticità ed omogeneizzare i percorsi;
- monitoraggio della quantità utilizzata per tipologia di guanto non sterile;
- mantenimento rispetto al 2023 dei quantitativi consumati in rapporto all'attività ospedaliera.

E' stato introdotto un nuovo indicatore RER relativo alle quantità di guanti non sterili nel setting del ricovero ordinario e DH per giornate di degenza. Sebbene il valore raggiunto sia leggermente superiore al target definito, i nostri dati evidenziano una diminuzione nelle quantità totali di guanti non chirurgici utilizzate nel 2024 vs 2023 (24.632.830 vs 27.007.239) ed, in particolare, nel setting di ricovero ospedaliero (21.199.380 vs 23.429.320).

▪Endoscopi monouso

La gestione dell'emergenza pandemica ha comportato un incremento della spesa correlata all'utilizzo di endoscopi monouso. Essendo terminata l'emergenza e al fine di rispettare i criteri di appropriatezza nell'utilizzo dei dispositivi su citati, la regione ha pubblicato una serie di documenti: "Linee di indirizzo sul reprocessing degli endoscopi flessibili pluriuso nei servizi di endoscopia digestiva", "Position Statement ERCP e buone pratiche di prevenzione delle infezioni", "Linee di indirizzo regionali sul reprocessing degli endoscopi flessibili pluriuso per endoscopia polmonare, urologica e ORL".

Gli obiettivi assegnati in questo ambito sono stati:

- riduzione dell'utilizzo di Broncoscopi monouso ripartita in maniera differente tra le varie Aziende della Regione: in particolare per l'IRCSS è stato posto come obiettivo una riduzione del 27%;
- riduzione della quantità e quindi della spesa regionale di endoscopi monouso in ORL e Urologia rispetto al 2023: in particolare per l'IRCSS è stato posto come obiettivo una riduzione del 27%.

Per quanto riguarda l'utilizzo degli endoscopi monouso, la maggior parte di quelli utilizzati presso l'IRCSS rientra nella categoria dei broncoscopi monouso, introdotti da alcuni anni limitatamente alle seguenti indicazioni:

- intubazioni difficili;
- pazienti severamente immunocompromessi per evitare qualsiasi rischio di contaminazione;
- tracheotomie percutanee per evitare rotture del pluriuso;
- utilizzo in caso di emergenza quando i pluriuso non sono disponibili (ad es. in manutenzione).

Durante l'emergenza COVID l'utilizzo è stato esteso ai pazienti infetti per evitare contaminazioni e potere avere la pronta disponibilità degli strumenti, visto il contesto. L'introduzione estesa del monouso nel periodo COVID ha fatto sì che, specialmente in determinati setting, fossero particolarmente apprezzati i vantaggi evidenti di tali dispositivi relativi alla facilità di utilizzo, migliore visualizzazione nelle procedure diagnostiche e interventistiche, possibilità di trasporto pratico e maneggevole anche al letto del paziente e pronta disponibilità soprattutto nei reparti dove i pluriusi si rompono facilmente e sono spesso in manutenzione.

I dati del quarto trimestre 2024 mostrano un trend in aumento che si traduce nel 31.2% in più di quantità consumate di broncoscopi monouso rispetto al IV trimestre 2023 (1.371 VS 1.045) e del 19.8% vs 2022. Tale aumento è da imputare principalmente alla mancanza di broncoscopi pluriuso in alcuni reparti di terapia intensiva trasferiti o di nuova istituzione che hanno sopperito totalmente con i monouso finché non si è deciso di dotarli con broncoscopi pluriuso.

Relativamente all'utilizzo nei setting di otorino e urologia, rispettivamente dei rino laringoscopi monouso e cistoscopi monouso, i dati del quarto trimestre mostrano una tendenza in aumento rispetto al 2023 (+48.3% di quantità consumate di endoscopi monouso ORL/Urologia rispetto 2023; 215 pezzi nel 2024 vs 145 pezzi pari a 70 pezzi in più). Se analizziamo i dati singolarmente, l'aumento è dovuto principalmente a 50 cistoscopi monouso in più utilizzati nel 2024 rispetto al 2023, per esigenze dovute all'aumento di attività nelle sale operatorie di urologia per l'abbattimento delle liste di attesa a fronte di un numero di strumenti pluriuso in dotazione insufficienti a coprire tale aumento.

▪ **Adesione alle gare regionali**

Attraverso la collaborazione tra la Commissione regionale Dispositivi Medici, le Commissioni Dispositivi Medici di Area Vasta e di AUSL Romagna, con la centrale di acquisto regionale Intercent- ER si è inteso perseguire per il 2024:

- l'adozione dei dispositivi innovativi sulla base di analisi del valore clinico-assistenziale aggiuntivo, e della costo-efficacia;

- le strategie di approvvigionamento efficienti con adesione sistematica alle convenzioni regionali per l'acquisizione dei DM a più alta spesa, al fine di liberare risorse da destinare all'innovazione, favorendo il coinvolgimento di tutte le figure professionali e nel monitoraggio delle gare in essere;

Per l'anno 2024 sono state individuate le seguenti convenzioni Intercenter oggetto di monitoraggio, per la valutazione di una puntuale adesione alle strategie di gara,

- Medicazioni per ferite, piaghe e ulcere (M0404);
- Dispositivi da elettrochirurgia (K02);
- Protesi d'anca (P0908);
- Sistema PoCT glicemia; (W0101060101);
- Dispositivi per la gestione del diabete Lancette pungidito, strisce reattive e sistemi per la diagnostica rapida della glicemia (ambito territoriale e ospedaliero) 3;
- Guanti monouso sterili e non, per attività assistenziale, somministrazione farmaci antiblastici, emergenza/urgenza/laboratorio.

Indicatori	Target	IV° trimestre 2024
IND0991 - Impiego di medicazioni avanzate per ferite, piaghe e ulcere afferenti alla gara regionale	> 80%	95%
IND0973 - % di utilizzo di prodotti a radiofrequenza (lotto 1) sul totale dei consumi dei prodotti in gara «Dispositivi a ultrasuoni e a radiofrequenza per la coagulazione vasale e la dissezione tessutale 2»	≥ 40%	18%
IND0992 - Impiego di protesi d'anca afferenti alla gara regionale.	> 80%	96%
IND1079 - Impiego di prodotti per la gestione del diabete afferenti alla gara "Lancette pungidito, strisce reattive e sistemi per la diagnostica rapida della glicemia (ambito territoriale e ospedaliero)" sul totale dei consumi	> 70%	83%
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%	98%

Relativamente agli indicatori sopra citati, i dati del IV trimestre 2024 evidenziano il raggiungimento degli obiettivi prefissati per tutte le gare regionali ed eccezione del secondo indicatore, ossia l'adesione alla gara regionale di elettrochirurgia nel rispetto delle percentuali previste dall'accordo quadro 60% RF/ 40% US: il dato aziendale del IV trimestre 2024 evidenzia infatti ancora uno sbilanciamento verso il lotto degli ultrasuoni (18% RF; 82% US), con un andamento in peggioramento rispetto all'anno 2023.

Tale scostamento dall'obiettivo può essere correlato a diversi fattori:

- non adeguato disegno di gara basato su linee guida regionali del 2014 che da tempo è stato chiesto di aggiornare;
- prodotti aggiudicati nel lotto che non soddisfano le esigenze cliniche dei professionisti per scarsa qualità;
- indisponibilità dei prodotti aggiudicati dovuti a carenza di materie prime.

COMMISSIONE DISPOSITIVI MEDICI AREA VASTA EMILIA CENTRO

Le azioni di governo del settore dispositivi medici vengono realizzate anche con il contributo della Commissione Dispositivi Medici di area Vasta Emilia Centro (CDM-AVEC) e del Nucleo Operativo Locale (NOL) dell'AOU di Bologna per i dispositivi medici (DM) che valutano le richieste di inserimento in assistenza di nuovi dispositivi medici. Per entrambe le Commissioni, la Segreteria Scientifica risiede presso la Farmacia Clinica dell'AOU di Bologna.

Secondo il nuovo regolamento della CDM-AVEC, revisionato nel corso del 2020 (rev. 2/2020), la Commissione valuta sia le richieste di inserimento di nuovi DM che le richieste di affiancamento tecnologico di DM già in uso nelle diverse aziende AVEC se rientrano nelle seguenti classi CND:

- C - Dispositivi per apparato cardiocircolatorio
- H - Dispositivi da sutura
- J - Dispositivi impiantabili attivi
- K - Dispositivi per chirurgia mini-invasiva ed elettrochirurgia
- M0404 - Medicazioni per ferite, piaghe e ulcere
- M0405 - Dispositivi emostatici
- P - Dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi

e se, sulla base dei costi e delle stime di utilizzo riportate dal richiedente, presentano o un costo unitario (IVA esclusa) = o > di 1.000 euro e/o un impatto economico annuale previsto (IVA esclusa) > e/o = a 15.000 euro.

Le richieste di DM appartenenti a CND non riportate sopra e/o che presentano un costo unitario < 1.000€ e/o un costo complessivo annuo < 15.000€ vengono invece valutate dal NOL.

I pareri espressi tengono conto prioritariamente dell'efficacia e della sicurezza ma anche dell'impatto economico del nuovo DM a confronto con i prodotti e/o le tecniche già utilizzate in Azienda, considerando anche eventuali strategie aziendali per lo sviluppo o consolidamento di specifiche attività o prestazioni. Per argomenti particolarmente complessi di interesse interaziendale, a supporto delle attività della CDM-AVEC, vengono istituiti gruppi di lavoro specifici.

Di seguito viene riportata una breve sintesi delle attività di valutazione di nuove richieste di inserimento/affiancamento svolte dalla CDM-AVEC nell'anno 2024 (Tab.22,23).

Tab.22. Richieste di DM prese in carico in Area Vasta Emilia Centro nell'anno 2024

	Totale	Richieste in formato elettronico (SISEPS)			Richieste cartacee arrivate nel 2024 (D)
		prese in carico nel 2023 ma con valutazione sospesa (A)	inserite nel 2023 e valutate dalla CDM-AVEC nel 2024 (B)	inserite nel 2024 (C)	
Richieste AVEC (1)	65	1	5	52	7
Richieste di competenza della CDM-AVEC (2)	49	1	5	36	7
Richieste prese in carico dalla CDM-AVEC nei 12 mesi 2024 (3)	43	1	5	30	7

Tab.23 - Pareri espressi dalla CDM AVEC per tipologia di richiesta presa in carico nel 2024

	Richieste di inserimento	Richieste di affiancamento
Richieste con parere positivo	22	7
Richieste con parere negativo	14	0
Richieste con parere sospensivo	0	0
Richieste ritirate	0	0
Richieste non valutabili (perché oggetto di procedura di gara)	0	0

Delle 43 richieste di inserimento/affiancamento (Tabella 31, caselle 3A, 3B, 3C e 3D) valutate dalla CDM-AVEC nell'anno 2024, il 47% (23/49) è stato inviato da clinici dell'AOU di Bologna, il 18% (9/49) dall'AUSL di Bologna, il 6% (3/49) dall'AOU FE, il 6% (3/49) dall'AUSL di Imola e il 22% (11/49) dallo IOR; l'AUSL di Ferrara non ha presentato richieste.

Nei 12 mesi del 2024 la CDM-AVEC ha proceduto all'implementazione e aggiornamento del sito web della CDM-AVEC attraverso il quale sono rese disponibili informazioni in merito a ruolo, obiettivi e metodi di valutazione della Commissione. Tale sito comprende una parte pubblica che fornisce i principali riferimenti normativi sulla gestione dei dispositivi medici a livello nazionale, regionale e di Area Vasta e di una parte accessibile solo ai membri di CDM-AVEC e dei NOL-AVEC che funge da repository delle valutazioni delle richieste di inserimento di nuovi DM presentate in AVEC.

AREA SICUREZZA E GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO

■ **Sicurezza dei lavoratori e sorveglianza sanitaria**

Il programma di **controllo dello stato vaccinale degli operatori sanitari** nel rispetto di quanto previsto dalla Delibera Regionale 351/2018 è divenuto parte integrante del programma di sorveglianza sanitaria.

A tale scopo è attivo lo screening sierologico del personale sanitario, secondo l'indicazione della DGR 351/2018 per quanto attiene le principali malattie aero trasmissibili, e l'epatite B, allo scopo di mantenere l'obiettivo fissato di una copertura superiore al 95% dei dipendenti del ruolo sanitario.

Allo stesso modo è parte integrante del programma di sorveglianza sanitaria il controllo del rischio tubercolosi come previsto dall'Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti ad essi equiparati».

Pertanto, nel corso del 2024 è proseguito in modo sistematico lo screening tubercolare per la ricerca della tubercolosi latente a tutti i nuovi assunti, lavoratori dipendenti ed equiparati ai sensi del D.Lgs 81/08 e s.m.i. e a seguito di contatto con caso.

Nel corso del 2024 è proseguita l'offerta vaccinale rivolta ai dipendenti oltre che per profilo di esposizione anche per condizioni di salute personali, sulla base di quanto previsto dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale PNPV 2023-2025 e dal Piano Regionale dell'Emilia-Romagna per la Prevenzione Vaccinale 2023-2025.

Nel corso del 2024 è proseguito il programma di sorveglianza sanitaria volto anche a recuperare i ritardi conseguenti al periodo pandemico.

È stato definito, congiuntamente a UniBO, un percorso volto a ridurre i tempi per la sorveglianza sanitaria preventiva dei medici in formazione specialistica di nuova immatricolazione.

Nel 2024 è proseguito il programma di Supporto Psicologico per il personale dipendente nell'ambito del progetto di "Prevenzione del rischio stress correlato al lavoro, con particolare riferimento alla definizione da parte dei medici competenti di un percorso di assistenza psicologico specifico per operatori sanitari in relazione ad un disagio lavorativo all'interno delle Aziende Sanitarie" come da scheda progetto a valenza regionale finanziato con risorse ex

dgr 2181/2023. Tale attività risulta ormai parte integrante del programma di sorveglianza sanitaria.

Nel 2024 è stata implementata la riorganizzazione del servizio ambulatoriale di Valutazione e Recupero della Capacità Lavorativa, con l'introduzione di due fisioterapisti universitari esperti in terapia manuale e la rimodulazione delle prestazioni. Questo ha permesso di aumentare la capacità annua di prestazioni erogabili e ridurre sensibilmente i tempi di attesa tra prescrizione del medico competente e presa in carico riabilitativa.

Nell'ambito del SPP si costituisce l'area ergonomia sia per la si è proceduto con la valutazione del rischio movimentazione carichi e pazienti e alla formazione di una rete di referenti di reparto anche tramite la formazione (figura dell'ergo coach) di che costituiscono una rete aziendale di facilitazione che inizialmente coinvolge che ha coinvolto dodici reparti sia per la scelta di ausili e arredi idonei. Si acquisiscono sono acquisite tecnologie innovative per la movimentazione per il nuovo reparto di ortopedia e per alcuni reparti internistici e relativo addestramento all'uso. Vengono redatti ed aggiornati i documenti di valutazione dei rischi interferenti (nuovo appalto servizi pulizie, smaltimento rifiuti, appalto trasporti interni per esternalizzazione logistico, ecc.) ai sensi del D.lgs. 81/08.

In ambito formazione sulla sicurezza prosegue la somministrazione del corso sui rischi specifici in sanità su piattaforma regionale obbligatorio per aziende ad alto rischio destinato a tutti i lavoratori/ equiparati, come previsto dall'accordo Stato Regioni. Ulteriori iniziative formative riguardano il corso sul rischio radiologico (corso regionale), corso sui chemioterapici in metologia di formazione asincrona e sulla movimentazione in sicurezza (ausiliata) dei pazienti in diverse forme formazione in aula degli ergo coach, asincrona e addestramento sul campo; iniziano i corsi specifici per dirigenti e preposti. Corso sulla formaldeide inoltre viene predisposto il corso regionale sulla prevenzione degli atti di violenza nei confronti degli operatori delle aziende sanitarie

Nell'anno 2024 è proseguita la raccolta, valutazione, sopralluoghi per tutte le segnalazioni pervenute e prevenzione delle aggressioni subite dal personale sanitario attraverso la scheda regionale pubblicata sulla intranet aziendale, inoltre viene garantita l'offerta di un supporto psicologico all'operatore che ne dovesse fare richiesta. Tale intervento si inserisce nel più ampio programma di supporto all'operatore dell'Ausl in presenza di un disagio psicologico come da mandato regionale.

Nel corso del 2024 è proseguita l'attività di controllo del rischio COVID-19 del personale comprendente le attività di tracciamento, gestione delle malattie e dei rientri al lavoro, effettuazione dei tamponi molecolari e antigenici, rapporti con il Dipartimento di Sanità Pubblica.

Indicatore	Target atteso	Dati 2024
Copertura vaccinale operatori sanitari	≥ 40%	39%
Utilizzo dell'applicativo cartella sanitaria e di rischio regionale informatizzata Medico Competente per la registrazione delle vaccinazioni, in particolar modo delle vaccinazioni antinfluenzali	100%	100%
Screening tubercolosi a tutti i nuovi assunti	100%	100%
Controllo della presenza della copertura immunitaria per le principali malattie infettive prevenibili da vaccino, come previsto dalla DGR 351/2018, in tutti i nuovi assunti	100%	100%
Promozione vaccinazione contro il COVID per la tutela della salute degli operatori ai sensi della normativa nazionale e secondo le indicazioni ministeriali, che non prevedono più l'obbligatorietà	Copertura complessiva (vaccinati e guariti)>95%	>95% considerando il solo ciclo vaccinale primario (2dosi + 1 dose booster) e i guariti
Analisi delle segnalazioni di aggressione fisica ad operatori sanitari ed eventuale individuazione di misure preventive	≥ 90%	100%

■ Sorveglianza e controllo malattie infettive

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

- Gestione delle Schede di Segnalazione di caso di Malattia Infettiva (SSCMI) e degli alert microbiologici;
- Indagini Epidemologiche e Contact Tracing;
- Audit osservazionali proattivi e reattivi (ovvero in presenza di casi di condizioni diffuse) focalizzati alla adozione delle precauzioni standard ed alle precauzioni per modalità di trasmissione all'interno delle Unità Operative e dei Servizi;
- Monitoraggio delle Matrici Ambientali e Produzione di Piani Qualità di autocontrollo;
- Partecipazione al Nucleo Strategico (ai sensi della DGR 318/2013);
- Coordinamento del Nucleo Operativo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ai sensi della DGR 318/2013);
- Coordinamento di gruppi di lavoro, tra i quali, su base mensile, il Gruppo Acqua. Nel 2024 è stato attivato anche il Gruppo Alimenti per la gestione de mitigazione

del rischio delle matrici alimentari e delle attività connesse alle attività della Mensa e Cucina Aziendali;

- Assolvimento dei debiti informativi;
- Partecipazione alle iniziative formative. In particolare da Ottobre 2024, in ottemperanza a quanto richiesto nel merito dei fondi PNRR destinati alle attività di formazione su Infection Prevention Control (IPC), Igiene Ospedaliera e Prevenzione offre settimanalmente formazione su temi di IPC specifici per contesti di UUOO/servizi e Dipartimenti.

L'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, tra cui, in accordo con il Piano Regionale Arbovirosi del 2024, il Piano di Contrasto allo sviluppo delle zanzare e artropodi; nel monitoraggio dei casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zica-Toscanavirus, WestNile virus l'Azienda è coinvolta per il tramite del Centro di Riferimento Regionale per le Emergenze Microbiologiche (CRREM), dove vengono inviati, per analisi, i campioni di tutta la Regione.

Indicatore	Target Atteso	Risultato 2024
N. casi sospetti di Dengue-Chikungunya- Zika virus segnalati al DSP e notificati in Regione/N. casi sospetti di Dengue- Chikungunya-Zika testati presso il CRREM	100%	100%

Fonte dati: CRREM

La stesura dei Piani Qualità di Monitoraggio per il controllo del rischio infettivo e la verifica degli esiti di analisi tanto quanto del caso, eventuale, di malattia, vengono discussi in gruppi multidisciplinari convocati su base di necessità o permanenti.

La sorveglianza e il controllo delle malattie infettive vengono presieduti dal Nucleo strategico e i due Nuclei operativi per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e del buon uso della terapia antibiotica. A seguito dell'aggiornamento delle "Linee di indirizzo alle aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile degli antibiotici" (DGR 102/22) viene formalizzata l'istituzione dei Nuclei strategici ed operativi aziendali, definendone i partecipanti e il mandato.

Le attività di presidio e sorveglianza delle malattie infettive prevede anche azioni sul campo, intese nei termini di sopralluogo e formazione-intervento e definizione degli standard e verifica per i processi appaltati.

Al fine di favorire il monitoraggio epidemiologico, nell'ambito della CCE è in corso l'implementazione di sistemi di notifica e alert microbiologico, in modo da aumentare l'efficienza delle comunicazioni tra Microbiologia, Malattie Infettive, Igiene Ospedaliera e Prevenzione e le Unità Operative. Tali nuovi strumenti consentiranno l'attivazione tempestiva di tutti gli accorgimenti finalizzati a contenere la trasmissione delle condizioni diffuse.

Nel corso del 2024 è stata garantita la completezza e la tempestività dei flussi informativi COVID, secondo gli standard definiti dalla Regione. Sono stati inoltre pianificati eventi formativi interaziendali per la formazione sul Piano Pandemico (PANFLU), unitamente alla partecipazione, coordinata da AUSL alla esercitazione pratica in dicembre 2024. Altrettanto procede la trasmissione delle segnalazioni di malattia infettiva a mezzo di scheda informatizzata.

In ottemperanza a quanto richiesto dall'applicazione del DM del 7 marzo 2022 "Revisione del sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL)" e DGR n° 991 del 19/6/2023 e Determinazione n° 15900 del 20/7/2023, sono state trasmesse le nuove indicazioni in relazione alla segnalazione di malattia infettiva.

In ottemperanza a quanto richiesto dall'applicazione del DM 19 dicembre 2022 è stato trasmesso il Piano annuale per la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

In ottemperanza alle Linee Guida Regionali è stato aggiornato il Documento di Valutazione del Rischio Legionellosi per il 2024.

▪ **Sicurezza delle cure e gestione integrata del rischio**

Con specifico riferimento agli obiettivi declinati dalle linee di programmazione per il 2024 (DGR n. 945/2024), le attività realizzate per il raggiungimento degli stessi sono rappresentate come segue:

Indicatori	Target	Risultato 2024
DES0144 - Elaborazione e formalizzazione del Piano Programma annuale per la Sicurezza delle cure e Gestione del rischio sanitario elaborato secondo le indicazioni delle nuove Linee di indirizzo regionali	100%	100%

DES0145 - Partecipazione alla formazione FAD regionale per Operatori di 1° livello per la segnalazione degli eventi mediante la piattaforma regionale "SegnalER"	≥ 30% operatori sanitari	41%
DES0146 - Applicazione strumenti progetto "Visitare" in: ambito territoriale, cure intermedie, transizioni di cura e/o cambiamenti di setting assistenziale	≥ 2 nuove visite/anno	2 visite
DES0147 - Osservazioni dirette in sala operatoria effettuate mediante l'utilizzo della "App regionale OssERvare"	≥ 30 osservazioni dirette/anno	n. 32 osservazioni
DES0149 - Partecipazione alla formazione regionale effettuata con tecniche di simulazione sulle "no technical skills" in sala operatoria	≥1 equipe chirurgica medico-infermieristica formata/azienda sanitaria	Svolgimento corso in data 23/10/2024
IND0722 - Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO per le procedure classificate AHRQ4	≥ 90%	94%*
IND0910 - Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO per procedure con taglio cesareo	≥ 85%	90%*

*Fonte dati: Banca dati regionale - Indicatori Insider 202

Nel corso dell'anno 2024 sono state garantite, come di norma, le ulteriori attività correlate agli adempimenti previsti dal Flusso SIMES, così come la gestione e l'analisi delle segnalazioni giunte tramite le schede specifiche della piattaforma regionale SegnalER, incident reporting, caduta dei pazienti ricoverati, near miss ostetrici, allontanamento dei pazienti ed episodi di violenza verso gli operatori con analisi tramite lo strumento del SEA (Significant Event Audit) degli eventi sentinella e degli eventi ritenuti significativi al fine di individuare azioni di miglioramento da introdurre.

Ulteriori azioni di miglioramento mirate, anche di natura formativa, sono emerse dalle analisi proattive realizzate (progetto regionale Vi.Si.T.A.RE e FMEA/FMECA).

È stata garantita l'integrazione tra la funzione di Risk Management e i referenti aziendali per ambiti specifici, tra i principali: prevenzione e gestione di cadute, contenzione, lesioni da pressione; farmaco-vigilanza; dispositivo-vigilanza; emo-vigilanza; episodi di violenza nei confronti degli operatori; sicurezza in chirurgia e sicurezza in ostetricia.

Particolarmente attiva è stata la collaborazione con la Farmacia clinica per la valutazione e l'analisi delle segnalazioni riguardanti la gestione della terapia farmacologica.

In linea con il mandato della Direzione Sanitaria aziendale, è stato costituito il Board aziendale per la sicurezza delle cure (Deliberazione AOU n. 341 del 29/10/2024), tavolo

multidisciplinare e multiprofessionale con funzione di natura strategica, e sono state riprese le attività, in particolare di natura formativa, con la rete dei Facilitatori aziendali per la sicurezza delle cure, Professionisti selezionati con ruolo prettamente operativo e di collegamento tra i contesti di appartenenza e la funzione di Risk Management e il Board aziendale per la sicurezza delle cure.

Si riporta di seguito l'elaborazione dei dati emersi dalle principali fonti informative per la sicurezza delle cure a livello aziendale, resi disponibili ai Professionisti attraverso la sezione Intranet dedicata alla sicurezza delle cure.

INCIDENT REPORTING

Nel 2024 sono pervenute n. 158 (n. 216 nel 2023) segnalazioni. Si rileva un trend in calo rispetto all'anno precedente, probabilmente dovuto al "fisiologico" adattamento dei professionisti all'utilizzo, a partire da maggio 2024, della nuova piattaforma di segnalazione regionale SegnalER.

Nella tabella seguente sono riportate le tipologie di evento segnalate. Si evidenzia che gli eventi avversi segnalati con maggiore frequenza sono quelli relativi alla gestione del farmaco (22.8%), alle procedure diagnostiche (8.8%) e alle prestazioni assistenziali (7.5%).

Tipo di Evento	N. Segnalazioni
Allontanamento del paziente	8
Altro evento	9
Evento correlato alla corretta gestione della documentazione sanitaria	2
Contaminazione di presidi medico chirurgici	4
Evento correlato ad attività chirurgica	10
Evento correlato al rischio infettivo	6
Evento correlato al trasporto	9
Evento correlato alle procedure diagnostiche	14
Gestione nota operatoria	10
Gestione somministrazione sangue	4
Identificazione paziente/lato/sede	10
Gestione del rischio tromboembolico/emorragico	1
Lesione dentaria	4
Problema dispositivo medico	11
Problemi correlati ai sistemi informativi/informatici non classificati come DM	1
Problema prestazione assistenziale	12
Problemi strutturali/impiantistici	4
Ritenzione corpo estraneo	1
Evento senza danno correlato alla gestione del farmaco	36
Smarrimento di protesi/ortesi, ausili, effetti personali, ecc.	1
Suicidio/tentato suicidio del paziente	1
Totale complessivo	158

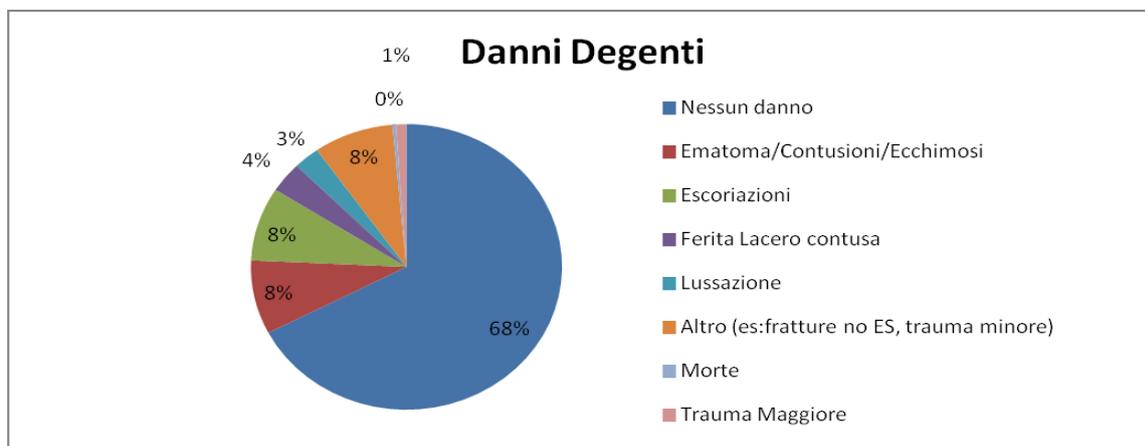
In relazione alle segnalazioni che hanno riguardato la gestione del farmaco, è continuata, in accordo con la Direzione aziendale, l'attività di supervisione e monitoraggio delle fasi di

prescrizione e somministrazione della terapia mediante la Cartella Clinica Elettronica (CCE) da parte di un gruppo di lavoro multidisciplinare avente il compito di analizzare le problematiche segnalate sia dalle UU.OO. che giunte mediante Incident Reporting/SegnalER, di monitorare gli indicatori e le azioni di miglioramento conseguenti e di proporre al Comitato di Coordinamento CCE modifiche da introdurre al sistema informatico della cartella clinica elettronica.

Uno degli ambiti che risulta aver inviato il maggior numero di segnalazioni è costituito dal Dipartimento Ospedale della Donna e del Bambino (n. 25 segnalazioni): l'analisi delle segnalazioni spontanee di eventi avversi in tale ambito è particolarmente importante e si integra con le altre fonti informative disponibili, ossia l'analisi specifica e strutturata dei cosiddetti near miss ostetrici e la valutazione dei casi che arrivano all'attenzione del Risk Manager in quanto oggetto di reclamo o di richieste di risarcimento danni.

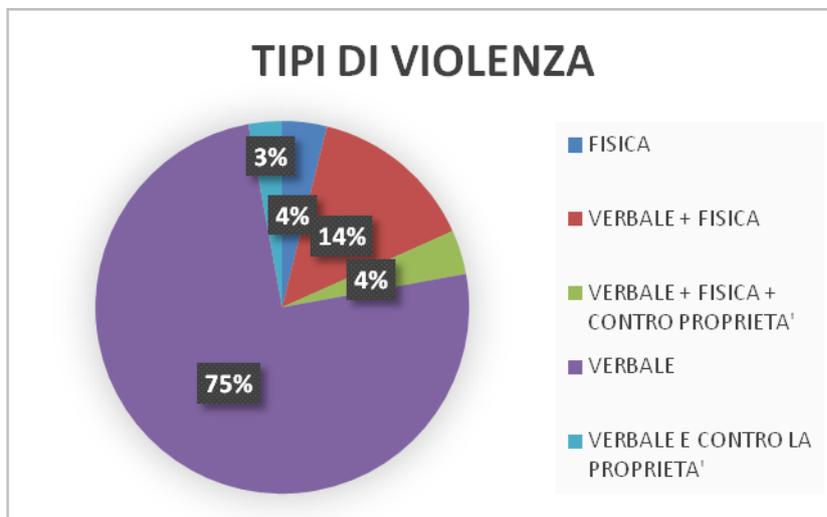
CADUTE DEI PAZIENTI RICOVERATI

Le segnalazioni di cadute di pazienti degenti, giunte nel corso dell'anno 2024, sono state n. 642, con un tasso di caduta/1000 giornate di degenza di 1,71. Questo risultato conferma il trend in calo dell'ultimo triennio. Sono n. 25 le segnalazioni relative a cadute di pazienti non degenti. I soggetti più a rischio sono di genere maschile, di una fascia di età compresa tra i 75 e gli 85 anni. Le cadute si verificano più frequentemente durante il turno di notte (ore 20.00 – 7.00), avvengono principalmente nella stanza di degenza, nelle fasi di spostamento in particolare da e verso il bagno. Nel corso del 2024, gli Eventi Sentinella per "Morte o grave danno per caduta di paziente" sono stati 8 (6 traumi maggiori e 2 decessi). Tutti gli eventi sono stati analizzati attraverso approfondita istruttoria della documentazione, incontri con le diverse équipes e Significant Event Audit (SEA). Nei casi in cui siano state evidenziate cause contribuenti all'evento, sono state messe in campo azioni di miglioramento, anche rappresentate da percorsi formativi specifici.



VIOLENZA VERSO OPERATORI

Nell'anno 2024 sono pervenute n. 104 segnalazioni di violenza verso gli operatori (n. 70 nel 2023), di cui 75% di tipo verbale, 14% verbale e fisica e 4% solo fisica, 4% verbale, fisica e contro la proprietà e il 3% verbale e contro la proprietà. Il numero delle segnalazioni è in costante aumento nell'ultimo triennio, con riduzione notevole del fenomeno dell'under-reporting, storicamente legato al fenomeno violenza verso operatore. Tale importante risultato è stato ottenuto grazie al costante lavoro di divulgazione della cultura della segnalazione attraverso i colloqui individuali (n. 48 colloqui), i sopralluoghi attuati in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale e i corsi di formazione.

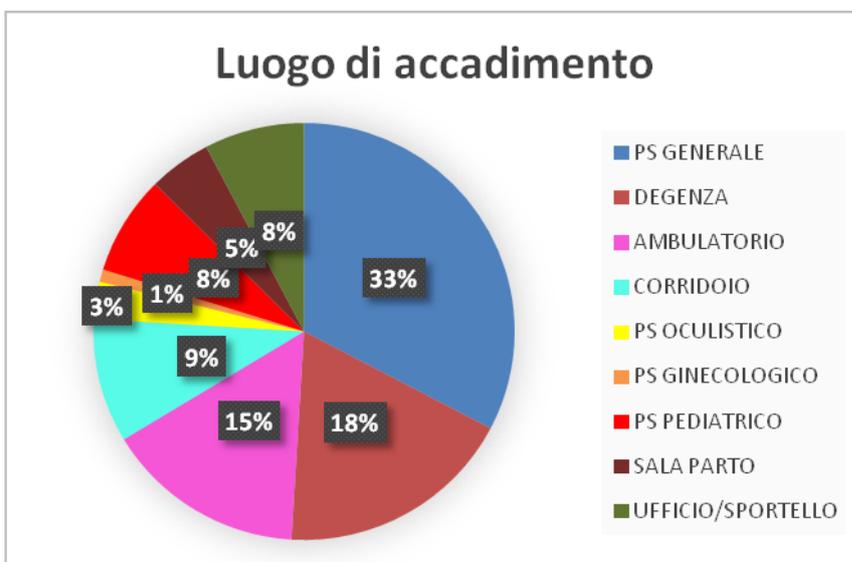


Seguendo la check-list regionale di valutazione del rischio violenza verso operatore, si è provveduto a valutare il rischio durante i sopralluoghi effettuati per violenza fisica: per il Pronto Soccorso Generale è stato calcolato un rischio alto, legato principalmente alla tipologia di utenza prevalente (affetta da patologia psichiatrica, demenza, sotto l'effetto di alcool o droga, confusa/agitata), per i reparti Anestesia e Rianimazione Cardio-Toraco-Vascolare, Media Intensità e Urologia si è raggiunto, invece, un rischio medio: per i primi due il risultato è dato principalmente dalla tipologia di utenza (affetta da demenza e/o confusa e/o agitata), per l'ultimo reparto invece, collocato al Pad.1, non vi sono aree di parcheggio per il personale, né una buona illuminazione notturna che consenta ai lavoratori di muoversi in sicurezza da/per il luogo di lavoro. Tutti gli altri luoghi valutati hanno restituito un rischio medio-basso/basso o addirittura assente. Come parte integrante del processo di presa in carico delle segnalazioni, sono stati effettuati nel periodo n. 54 colloqui individuali con i segnalanti che si sono resi disponibili. Gli scopi dei suddetti colloqui, effettuati da personale appartenente al Risk Management, sono:

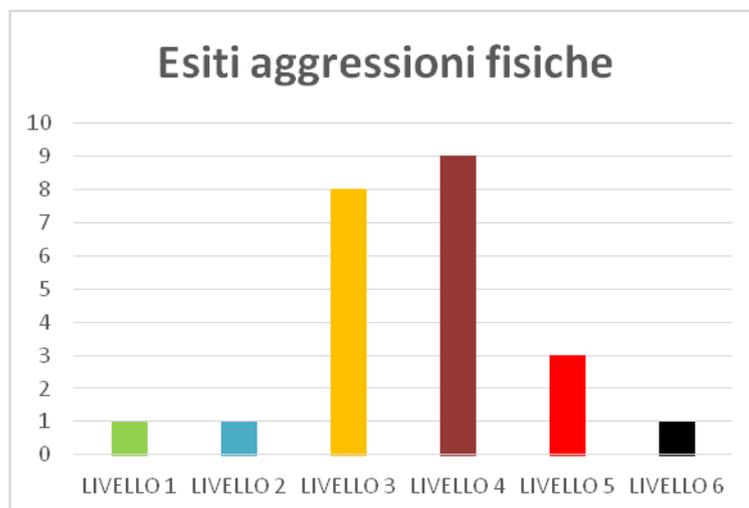
- Approfondire la dinamica dell'evento
- Effettuare, in collaborazione con il segnalante, una prima valutazione delle possibili azioni di miglioramento attuabili

- Eseguire counseling riguardo ai percorsi per la tutela del lavoratore presenti in ambito aziendale (Servizio Legale, servizio di supporto psicologico presso il Servizio di Sorveglianza sanitaria).

Il setting dal quale è pervenuto il maggior numero di segnalazioni è il Pronto Soccorso Generale (33%), cui seguono le Degenze (18%) e gli Ambulatori (15%).



Nella quasi totalità dei casi segnalati, i danni conseguenti alle aggressioni fisiche sono stati per lo più di entità lieve o moderata.



Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale

L'obiettivo prioritario in Azienda è quello di diffondere una cultura che promuova un'assistenza il più possibile libera da contenzione. Durante il 2024, contestualmente agli eventi formativi legati alla prevenzione delle cadute in ospedale, si è affrontato anche l'argomento contenzione. I professionisti e gli operatori dell'assistenza sono stati sensibilizzati

sul rischio potenziale di eventi avversi (anche gravi) che la contenzione può generare e sul rischio di violazione dei diritti fondamentali della persona, qualora non vi sia la reale necessità di applicazione della misura contenitiva. È stato promosso in molteplici contesti il corso FAD regionale "Preveniamo la contenzione - Buone pratiche in Emilia-Romagna". Nel corso del 2024 hanno completato il corso 1042 professionisti.

Linee indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale

Le lesioni da pressione sono un indicatore di qualità delle cure riconosciuto dai sistemi sanitari di numerosi paesi, per l'impatto epidemiologico e sulla salute delle persone, per la gravità dell'evento e il suo impatto economico-finanziario correlato alle risorse impiegate per la cura.

In Azienda il Team di Infermieri Wound Care Specialist svolge una fondamentale funzione di consulenza e formazione. Le consulenze effettuate sono fonte di informazioni quotidiane sull'applicazione della Procedura Aziendale e un'occasione per valutare la performance delle diverse UU.OO. Sono, inoltre, periodicamente programmati Audit sulle cartelle cliniche.

La piattaforma regionale SegnalER, di introduzione presso l'IRCCS AOU di Bologna nel maggio 2024, consente la segnalazione in ambito di lesioni da pressione dei casi con specifiche caratteristiche, attraverso una scheda dedicata. Questa consente di acquisire importanti informazioni in merito agli episodi che espongono maggiormente il paziente a rischi.

Nel 2024 sono state effettuate n. 462 consulenze da parte del team di infermieri specializzati in wound care, a cui si sommano n. 168 richieste di TPN (n. 141 attivate). Nel periodo maggio-dicembre 2024 sono state effettuate 18 segnalazioni sulla piattaforma SegnalER, prese in carico e valutate dal referente aziendale per le lesioni cutanee (RALC). Di queste, 4 sono state indicate dal RALC come di interesse per la Sicurezza delle Cure e condivise con il Risk Management. In un caso si è reso opportuno lo svolgimento di un'analisi strutturata tramite SEA (Significant Event Audit) che ha portato all'individuazione di azioni di miglioramento. Sono stati inoltre svolti:

- 4 corsi in tema di implementazione della prevenzione delle LdP a cui hanno partecipato infermieri e OSS.
- 3 corsi sulla differenziazione e categorizzazione delle LdP.
- 1 corso sul wound care pediatrico rivolto agli infermieri dell'area pediatrica.

Indicatore	Target atteso	Risultato 2024
DES0150-Svolgimento di seminari di approfondimento sulle Lesioni da pressione, a cura dei referenti aziendali per le lesioni cutanee (RALC).	≥2	raggiunto
DES0151-Partecipazione da parte dei referenti aziendali agli incontri operativi	≥70%	raggiunto

Indicatore	Target atteso	Risultato 2024
del progetto regionale sugli interventi di valutazione e prevenzione delle cadute.		

Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica di cura degli accessi vascolari

Nel 2024 è proseguito il lavoro del gruppo di lavoro aziendale con l'obiettivo di aggiornare la procedura aziendale relativa alla gestione degli accessi vascolari.

È stato redatto un documento aziendale che recepisce il modello organizzativo previsto dalle linee di indirizzo regionali e che si pone l'obiettivo di implementare le indicazioni per l'impianto e la gestione in sicurezza degli accessi venosi (quest'ultimo è stato usato come base per la produzione di un documento regionale). In particolare, nel documento sono stati dichiarati i seguenti obiettivi specifici:

- migliorare l'appropriatezza della scelta del device;
- garantire l'efficienza organizzativa;
- promuovere un'accurata e sicura gestione dei cateteri impiantati, limitando le complicanze correlate.

Sulla base del documento, si è valutato come garantire l'implementazione delle buone pratiche tra il personale sanitario operante in azienda e si è optato per un corso teorico-pratico della durata di 6 ore complessive rivolto a medici e infermieri: lo scopo è stato da un lato prendere confidenza con le differenti tipologie di accessi vascolari in uso e le rispettive indicazioni e, dall'altro, provare nella pratica una serie di gesti tecnici inerenti la gestione quotidiana (medicazione, prelievo, risoluzione delle complicanze, ecc...). Il corso è stato organizzato in 2 edizioni, aperte trasversalmente al personale medico-infermieristico dell'IRCCS AOU di Bologna. Il successo di questa iniziativa in termini di accrescimento di competenze e di apprezzamento del personale porterà nel 2025 a riproporla.

Nel periodo sono stati, inoltre, eseguiti tirocini formativi per n. 3 operatori che avevano eseguito in altra sede la formazione base (n. 2 infermieri provenienti dalla Terapia Intensiva Polivalente, n. 1 infermiere dell'area ematologica). Altri n. 2 infermieri afferenti all'UO di Malattie Infettive, sempre con percorso eseguito in altra sede, sono stati resi autonomi nella gestione delle complicanze.

Un operatore appartenente al Team Accessi Vascolari ha eseguito un corso di formazione presso il Policlinico Gemelli di Roma (sede Gavecelt) per l'impianto e la gestione di device totalmente impiantabili (piccporth).

Nel corso del 2024 è stata, inoltre, revisionata l'Istruzione Operativa Aziendale 123: "ISTRUZIONE OPERATIVA AZIENDALE SULLA GESTIONE DEL CATETERE VENOSO CENTRALE E DEL CATETERE VENOSO PERIFERICO NELL'ADULTO".

Il Team Accessi Vascolari s'incontra a cadenza settimanale per discutere su argomenti d'interesse (nuovi articoli, nuovi dispositivi, casi complessi), allo scopo di identificare azioni di miglioramento atte ad implementare costantemente la qualità dell'assistenza erogata.

3.2.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE E DEI PROCESSI INTERNI

La pianificazione della strategia è la funzione attraverso la quale la Direzione strategica definisce, nell'ambito degli indirizzi forniti dalla Regione e dal Ministero della Salute, discussi dal Consiglio di Indirizzo e Verifica e con il supporto del Collegio di Direzione, gli obiettivi strategici dell'IRCCS AOU di Bologna, le strategie per il loro raggiungimento e lo sviluppo dei servizi.

Sono strumenti di Programmazione aziendale previsti dalla normativa vigente:

- il **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO)** di cui all'art. 6 del decreto del 9 giugno 2021, n. 80, convertito con legge del 6 agosto 2021, n. 113, che definisce:
 - obiettivi programmatici e strategici di performance
 - la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione;
 - gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne;
 - gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione.
- il **Piano degli Investimenti triennale**, che esplicita la programmazione degli investimenti e le relative fonti di finanziamento;
- il **Piano strategico della ricerca** elaborato dal CIV, che contiene le linee di sviluppo della ricerca all'interno dell'IRCCS;
- il **Bilancio preventivo economico**, che costituisce lo strumento di programmazione economico- finanziaria annuale.

L'azienda si avvale, per il raggiungimento degli obiettivi di programmazione definiti a livello nazionale e regionale e per l'ottimale gestione delle attività assistenziali e di ricerca, dei seguenti strumenti di controllo e di gestione:

- **Processo di budget e controllo di gestione:** per la definizione annuale degli obiettivi con riferimento alla programmazione ministeriale e regionale e la conseguente verifica periodica sull'andamento dell'attività e del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- **Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP):** è lo strumento deputato, a livello legislativo regionale, a prevedere le dotazioni organiche, viene aggiornato annualmente ed approvato dalla Regione stessa. Nel PTFP, infatti, oltre ad essere prevista una specifica sezione dedicata al personale della Ricerca Sanitaria degli IRCCS, assunto con contratto di lavoro a tempo determinato, vengono evidenziati annualmente i posti destinati all'attività di ricerca, per l'inquadramento a tempo indeterminato del personale di ricerca sanitaria;
- **Sviluppo organizzativo e Valutazione del personale:** tali strumenti prevedono la definizione di Job Description associati agli incarichi della dirigenza e del comparto, la definizione delle Clinical competence e la valutazione annuale e di fine incarico delle Performance individuali;
- Gestione del Rischio e Governo Clinico, declinato in:
 - Risk management
 - Accreditemento istituzionale;
 - Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA);
 - Audit clinico;
 - Indicatori della performance clinica.

Questi strumenti vengono utilizzati dalla Direzione strategica per definire l'assetto dell'azienda, le linee di sviluppo e monitorare l'andamento delle funzioni e attività, trovano applicazione a livello dei Dipartimenti ad Attività Integrata, che li utilizzano per la realizzazione di programmi e progetti operativi che hanno come fine ultimo il raggiungimento degli obiettivi loro assegnati.

PIANO DI ORGANIZZAZIONE

L'attività dell'IRCCS AOU di Bologna si realizza e sviluppa attraverso i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI), l'organizzazione trasversale per percorsi e per attività omogenee e le linee di ricerca. Tale assetto permette l'integrazione fra le funzioni di didattica, di ricerca e di assistenza, finalizzata alla qualificazione delle attività, alla

realizzazione dei fini istituzionali ed allo sviluppo dell'innovazione assistenziale e della ricerca clinica e traslazionale. L'organizzazione si ispira a criteri di autonomia e delega, sulla base dei quali l'Azienda sviluppa la responsabilizzazione gestionale e professionale, nell'ambito di un assetto che consente l'aggregazione di strutture omogenee e la valorizzazione delle specializzazioni.

L'Azienda, nel disciplinare la costituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei Dipartimenti ad Attività Integrata, persegue la finalità di:

- prevedere una composizione dei Dipartimenti che favorisca l'innovazione, la continuità assistenziale, lo sviluppo professionale e la coerenza tra le attività assistenziali, didattiche e di ricerca;
- assicurare la sinergia tra i piani di sviluppo aziendali e la programmazione ministeriale, in relazione al riconoscimento IRCCS;
- assicurare la coerenza tra le attività Dipartimenti ad Attività Integrata e dei Dipartimenti Universitari.

L'assetto dipartimentale è articolato su 9 DAI a valenza aziendale organizzati per patologia o per disciplina:

- DAI Malattie cardio-toraco-vascolari;
- DAI Sperimentale chirurgie generali e specialistiche oncologiche IRCCS presso Ospedale Maggiore;
- DAI Medico-chirurgico delle malattie digestive, epatiche ed endocrino metaboliche;
- DAI Malattie nefro-urologiche;
- DAI Malattie del distretto testa-collo;
- DAI Malattie oncologiche ed ematologiche;
- DAI Ospedale della donna e del bambino;
- DAI della Continuità e dell'integrazione;
- DAI delle Radiologie.

Ove possibile, i raggruppamenti di Unità Operative previsti vanno a privilegiare l'integrazione dell'area medica con quella chirurgica, funzionale all'ottimale gestione del percorso del paziente, oppure l'elevata complessità delle patologie trattate e la conseguente funzionalità di riunire professionisti di aree affini con l'obiettivo di aumentare le competenze e le opportunità di ricerca.

Oltre ai dipartimenti sopra elencati, nell'ottica di una sempre maggiore integrazione in area metropolitana che permetta di migliorare l'efficienza i processi e valorizzare le competenze sono pienamente operativi 4 ulteriori dipartimenti a valenza interaziendale:

- DAI Interaziendale per la Gestione Integrata del Rischio Infettivo (DIGIRI): che vede l'identificazione dell'IRCCS AOU di Bologna quale azienda capofila e coinvolge tutte le aziende di area metropolitana;
- DAI Interaziendale di Anatomia Patologica (DIAP): che vede l'identificazione dell'IRCCS AOU di Bologna quale azienda capofila e coinvolge le Aziende Usl di Bologna e Imola;
- Dipartimento di Emergenza Interaziendale (DEI): che vede l'identificazione dell'Azienda USL Bologna quale azienda capofila e coinvolge l'IRCCS AOU;
- Dipartimento farmaceutico interaziendale: che vede l'identificazione dell'Azienda USL Bologna quale azienda capofila e coinvolge l'IRCCS AOU.

La realizzazione dei dipartimenti interaziendali si è concentrata su ambiti di attività sui quali sono già attivi percorsi di gestione interaziendale o su quelle funzioni che si caratterizzano con la necessità di realizzare percorsi di rete e integrati tra ospedale-territorio.

A seguito della definizione del nuovo atto aziendale e del riassetto dipartimentale, l'Azienda ha ritenuto funzionale l'avvio di un percorso di complessiva riorganizzazione della tecnostruttura. Al fine di garantirne la massima dinamicità e funzionalità, tutte le strutture e funzioni afferiscono direttamente alla Direzione Strategica, incentivando in tal modo la forte collaborazione e intersezione con la finalità di ottimizzare i risultati e il necessario supporto reso alle aree cliniche e di ricerca. È stata comunque individuata, per ciascuna struttura, un'afferenza prevalente ad una delle quattro Direzioni.

Al fine di ottimizzare le funzioni in capo alla direzione strategica durante l'anno 2024 si è ulteriormente rivisto l'assetto della tecnostruttura con una riorganizzazione della Direzione Assistenziale e della direzione Scientifica (deliberazione 81/2024). La nomina del Direttore Assistenziale ha reso necessaria la ridefinizione del modello complessivo di gestione dell'area delle professioni sanitarie e del personale di supporto mediante la realizzazione di un'infrastruttura organizzativa che permetta un puntuale ed innovativo governo delle attività dell'area assistenziale, tecnica e riabilitativa e che al contempo garantisca un adeguato sviluppo della ricerca tra i professionisti sanitari alla luce del riconoscimento ad IRCCS. La riorganizzazione della Direzione Scientifica ha riguardato in particolare la necessità, rispetto all'assetto precedente, di potenziare ulteriormente le attività correlate alle sperimentazioni cliniche e alla partecipazione e bandi competitivi a livello nazionale e internazionale, di sviluppare una nuova linea che supporti e qualifichi l'innovazione correlata all'attività di ricerca con l'implementazione dell'Health technology Assesment e del trasferimento tecnologico. Inoltre al fine di favorire l'interrelazione tra il supporto amministrativo delle aree tecnico-amministrative e tutte le altre componenti organizzative aziendali e di facilitare il processo di revisione finalizzato all'efficientamento della Pubblica Amministrazione, con deliberazione n. 312/2024 sono stati istituiti tre dipartimenti tecnico-amministrativi: dipartimento giuridico-amministrativo, dipartimento infrastrutture e acquisti e dipartimento delle tecnologie e dell'informazione, ridefinendo di conseguenza i profili e l'organizzazione delle strutture.

Le strutture in staff costituiscono il supporto operativo della Direzione Aziendale per lo sviluppo delle azioni strategiche e delle esigenze di coordinamento e standardizzazione dei processi, nonché per il governo delle azioni comunicative e informative. Le strutture in line garantiscono in particolare la continuità del servizio e il suo corretto svolgimento in un'ottica di efficienza e qualità dell'offerta erogata al paziente.

GRUPPI DI LAVORO CORRELATI AL PROGETTO THE HOSPITAL OF TOMORROW (PG 37038/2022)

Nell'ambito della collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'IRCCS AOU-BO si è configurato come esperienza pilota e caso studio di The hospital of tomorrow, progetto finalizzato a pianificare, gestire ed innovare le strutture ospedaliere durante la pandemia di COVID-19 tramite l'utilizzo di un metodo olistico e partecipativo, con un focus specifico sui modelli di lavoro, sui processi comunicativi e sulle competenze coinvolte. I risultati del caso studio sono reperibili nelle seguenti pubblicazioni:

- <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352020/WER9707-eng-fre.pdf>;
- https://www.ijhpm.com/article_4399.html

A partire dall'esperienza avviata e a seguito di un secondo anno (2022) di sperimentazione aziendale volta ad indagare temi di tracciabilità, orientamento, accoglienza e telemedicina, la Direzione ha valutato di proseguire il percorso istituendo gruppi di lavoro incaricati di approfondire ulteriormente aspetti tecnici e organizzativi relativi alla gestione di spazi fisici presenti nel contesto ospedaliero, alle pratiche di orientamento, accoglienza e gestione dell'utenza e alle attività di Telemedicina. Con PG 37038/2022 del 24.10.2022 sono stati quindi istituiti i seguenti gruppi multidisciplinari:

- "Wayfinding e Service Design"
- "Spazi e Ambiente"
- Telemedicina (successivamente Board della Telemedicina, con deliberazione 382 del 29.12.2022).

Nello specifico, nel corso del 2024, a seguito anche della rimodulazione degli obiettivi come da nota PG 22628/2024:

- il gruppo di lavoro Wayfinding e Service Design ha sviluppato attività tese all'elaborazione di un concept utile a riorganizzare il sistema di comunicazione relativo a orientamento e accessibilità del contesto ospedaliero e, con il supporto di un team di ricercatori di Alma Mater studiorum-Università di Bologna, ha lavorato allo studio di nuove modalità di analisi dei processi legati ai temi di Accoglienza del paziente/utente, sviluppando strategie di trasformazione dell'ambiente costruito e dei processi stessi. Tra questi, i principali obiettivi hanno riguardato lo sviluppo di progettualità a supporto degli utenti con disabilità motoria, di allestimento delle aree esterne e di fruizione dei pasti e l'elaborazione di soluzioni progettuali utili a facilitare l'accesso del paziente ambulatoriale

- il gruppo di lavoro Spazi e Ambiente ha lavorato alla promozione e al monitoraggio di azioni e strumenti di sostenibilità ambientale, con particolare riferimento all'avvio di alcune sperimentazioni finalizzate alla corretta gestione dei rifiuti

il Board aziendale di Telemedicina ha sviluppato attività utili a facilitare l'implementazione di progetti attraverso l'interfaccia con i servizi coinvolti al fine di definire modalità di raccolta strutturate delle nuove proposte, valutarne la fattibilità e proporle alla Direzione strategica. Ha inoltre lavorato per sviluppare collaborazioni in ambito metropolitano I gruppi di lavoro hanno rendicontato bimestralmente alla Direzione strategica lo stato di avanzamento delle attività descritte.

- per la messa a fattor comune di competenze e progettualità.

I PROCESSI DI INTEGRAZIONE DEI SERVIZI DI SUPPORTO AMMINISTRATIVI, TECNICI E LOGISTICI

Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza

Con riferimento alle funzioni unificate relative all'Amministrazione Contabilità e Finanza, il 2024 segna il consolidamento del processo di rafforzamento dell'integrazione e della conseguente necessaria riorganizzazione del SUMCF per effetto dell'ingresso dal 01.02.2024 dell'Azienda Usl di Imola.

Il percorso volto ad ottimizzare il passaggio delle attività ha reso necessario, per i dipendenti provenienti da tale Azienda, l'affiancamento e la formazione per acquisire le modalità di contabilizzazione adottate dal resto del Servizio Unico.

Nel 2024 il SUMCF ha proseguito nel percorso di applicazione delle linee guida regionali, in vista della revisione ed aggiornamento delle procedure amministrativo contabili e nel perfezionamento degli strumenti di controllo interno.

Nel 2024, in particolare, nell'ambito del PAC, ha contribuito alla revisione e all'aggiornamento della Linea guida regionale "Anagrafiche centralizzate GAAC", con particolare riferimento all'Anagrafica Beni e Servizi e ha garantito supporto alle attività di bonifica dell'anagrafica soggetti coordinate dal livello regionale. Ha partecipato agli incontri periodici della Cabina di Regia GAAC fornendo supporto alle proposte di migliorie e implementazione di nuove funzionalità tramite l'analisi, lo sviluppo e i test delle evolutive MEV con riferimento ai vari moduli della piattaforma GAAC. In particolare, ha partecipato, nell'ambito della Cabina di Regia GAAC, all'analisi dei processi informatico-contabili per le migliorie evolutive della "Contabilizzazione automatica" (entrata in produzione a fine dicembre 2024) e per l'avvio del "Cruscotto controlli fatture passive". Nel corso del 2024, il SUMCF ha altresì collaborato in qualità di capofila ai tavoli di lavoro regionali sulla gestione della liquidazione di fatture passive anni precedenti (liquidazione fatture a periodo chiuso), allo scopo di superare i vincoli contabili e logistici posti dalla procedura GAAC.

Da segnalare, inoltre, la ricognizione straordinaria effettuata sui Fondi Incentivi dell'Azienda per valutare la composizione degli stessi, propedeutica alla successiva fase di liquidazione. A fronte di tale attività è stato adeguato anche il sistema informativo utilizzato per il monitoraggio degli incentivi al fine di rendere più efficiente l'intero percorso dall'avvio della procedura di gara alla successiva fase di esecuzione in conformità con quanto previsto dalle Linee guida regionali.

Servizio Unico Metropolitan Amministrazione del Personale

Si confermano, per l'anno 2024 i processi di integrazione dei servizi di supporto amministrativi in particolare: il progetto relativo ai Servizi dedicata all'Amministrazione del Personale che vede il proprio assetto organizzativo in due distinte strutture complesse, una dedicata all'Amministrazione Giuridica del Personale (**SUMAGP**), l'altra dedicata all'Amministrazione Economica del Personale (**SUMAEP**).

Si precisa che sono presenti due funzioni che svolgono le proprie attività in line alle due strutture ed in particolare:

- Adempimenti Informativi, Elaborazione Dati e Sviluppo Integrato delle Procedure delle Aziende;
- Trasparenza, Anticorruzione, Comunicazione, Formazione.

Il **SUMAEP** ha sviluppato la propria organizzazione interna al fine di presidiare i seguenti macroprocessi gestiti:

- Gestione delle retribuzioni;
- Gestione dei fondi contrattuali;
- Gestione delle scritture contabili e relazioni con GAAC;
- Monitoraggio costo del personale, flussi informativi e scambi;
- Gestione denunce contributive;
- Gestione delle pratiche previdenziali;
- Integrazione procedure informatiche.

Il **SUMAGP** ha sviluppato la propria organizzazione interna al fine di presidiare i seguenti macroprocessi gestiti

Accesso agli Impieghi

- Settore Concorsi e Avvisi;
- Reclutamento di Personale Dipendente dell'area Dirigenza. Inserimento di personale universitario in convenzione;
- Reclutamento di Personale Dipendente dell'area Comparto;
- Contratti Atipici Borse di Studio.

Gestione del Rapporto di Lavoro

- Gestione e monitoraggio degli istituti correlati all'articolazione dell'orario di lavoro;
- Presidio Operativo dei Flussi Relativi agli Istituti con Impatto sul Trattamento Economico;
- Coordinamento e Gestione degli Istituti Correlati alla Modifica, Sospensione e Cessazione del Rapporto di Lavoro;
- Attività di Sportello per il Personale;
- Conferimento Incarichi.

Processi di integrazione

Nell'ambito dei processi di riorganizzazione delle funzioni amministrative si è garantita, attraverso i Servizi Unificati Metropolitan di Amministrazione Giuridica ed Economica del Personale, la collaborazione alla Regione nelle attività di supporto al progetto "Sistema unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane"(GRU), partecipando attivamente ai tavoli di confronto a livello regionale al fine di definire criteri interpretativi omogenei e sviluppare linee d'azione comuni in tema di politiche del personale e applicazioni normativo/contrattuali che sono state declinate operativamente tramite specifiche implementazioni ed aggiornamenti dell'applicativo informatico aziendalemente in uso WHR 2.0., garantendo il pieno utilizzo dei moduli nel rispetto dei cronoprogrammi definiti.

Nel corso dell'anno 2024, il modulo Concorsi di GRU è stato utilizzato, in via esclusiva, per tutte le procedure concorsuali indette in ambito metropolitano. È stata, inoltre, implementata l'evolutiva per la valutazione massiva dei titoli, con utilizzo per concorsi con un rilevante numero di candidature.

I servizi Sumgp e Sumaep hanno consolidato ed implementato le sinergie volte al passaggio ed al controllo dei flussi dei dati di natura giuridica che hanno un diretto effetto sul trattamento economico del personale afferente alle varie aree di contrattazione.

Servizio Acquisti Area Vasta Emilia Centrale (SAAV)

Il SAAV, originariamente costituitosi con decorrenza primo luglio 2022, riorganizzatosi a seguito di processo di adeguamento nell'arco dell'anno 2023, ha operato nell'arco dell'anno 2024, in ossequio agli obiettivi assegnati, espletando le attività necessarie ad assicurare l'acquisto dei beni e dei servizi necessari ai diversi settori (sanitari, tecnici e di supporto) per l'espletamento dell'attività istituzionale di tutte le Aziende aderenti, uniformando le procedure e garantendo economia di scala.

Nell'ambito della propria attività il SAAV ha esplicitato le proprie azioni in un contesto a:

- **valenza di area vasta Emilia Centrale:** espletamento procedure di gara secondo i dettami di cui alla convenzione attuativa come successivamente aggiornata (tra le 600 procedure di gara esperite si segnalano anche le iniziative di partenariato pubblico privato quale quella delle centrali di sterilizzazioni il cui processo, avviatosi

nell'anno 2023, risulta ancora in fieri per la complessità e delicatezza delle tematiche ad esse afferenti);

- **valenza regionale:** rapporti con l'Agenzia Regionale Intercent-Er in merito a:

a) programmazione triennale riportata nel Masterplan regionale coordinato dalla Agenzia Regionale, come da obbligo normativamente previsto;

b) adesione alle convenzioni regionali e attività di supporto per lo svolgimento delle procedure di gara ritenute strategiche e trasversali (farmaci esclusivi e non, ai radiofarmaci, la fornitura di aghi e siringhe, medicazione avanzata, protesi d'anca, nutrizione parenterale, dispositivi medici, diabetologia ospedaliera, servizi informatici, apparecchiature sanitarie, ecc...).

- **livello nazionale:** rapporti con CONSIP per adesioni alle convenzioni nazionali per conto delle Aziende Sanitarie afferenti al SAAV (servizi informativi, dispositivi medici ecc...).

Al contempo, è stata completata la poderosa ricognizione delle procedure di gara esperite nell'arco degli anni 2018-2023 al fine di recuperare dati ed informazioni per le finalità di cui all'art.113 del D.Lgs.n.50/2016 e s.m.i. consentendo ai servizi gestori dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di completare le schede di esecuzione e procedere alla liquidazione dei relativi incentivi.

Inoltre, si è contribuito, garantendo presenza e coordinamento in tutti gli incontri programmati, alla redazione di una bozza di regolamento a valenza regionale disciplinante le modalità e termini della corresponsione incentivi ex art.45 del D.Lgs.n.36/2023; la bozza è stata condivisa definitivamente dal gruppo di lavoro rappresentativo di tutte le Aziende Sanitarie aderenti al SAAV in data 18 dicembre 2024; per l'approvazione si è deciso, opportunamente, di attendere la pubblicazione (avvenuta in data 31 dicembre 2024 con entrata in vigore nella medesima data) delle modifiche al Codice Appalti per evitare di doverlo modificare riapprovandolo.

Si è continuato ad operare monitorando i contratti in scadenza, con introduzione di ulteriori accorgimenti e modalità operative allo scopo di anticipare i tempi di pubblicazione delle gare e ridurre il ricorso all'istituto delle proroghe e di garantire una migliore pianificazione e programmazione.

SERVIZIO UNICO METROPOLITANO ECONOMATO (SUME)

In merito alla centralizzazione acquisti e logistica dei beni e al servizio di gestione integrata dei magazzini, nel corso dell'anno 2024 si è consolidata l'attività di gestione esternalizzata dei beni sanitari e non sanitari. Attività che ha visto l'ampliamento della gestione esternalizzata su ulteriori beni oltre a quelli originariamente previsti. In particolare, la gestione è stata ampliata anche a farmaci ad alto costo per rispondere in maniera ottimale alle conseguenti esigenze di sicurezza.

Il gruppo di lavoro interaziendale Aziende USL e Ospedaliero - Universitaria di Bologna, ha continuato ed ottimizzato, per l'anno 2024, l'attività di presidio e verifica del rispetto degli adempimenti contrattuali facilitando le singole fasi di gestione dei beni nella sede esternalizzata di Interporto, garantendo in tal modo il consolidamento di tutte le attività dirette e correlate.

E' proseguita l'attività di analisi ed adeguamento alle nuove funzionalità del portale informatico regionale dedicato alla gestione degli acquisti e la attività di integrazione ed omogeneizzazione relativamente alle procedure operative mirate alla acquisizione e gestione di beni.

Sono in fase di ulteriore implementazione le omogeneizzazioni ed aggiornamenti direttamente derivanti dalla nuova convenzione del Servizio Acquisti che, stante la estensione metropolitana dell'attività del SUME, è condivisa ed applicata nelle altre due Aziende bolognesi, gestite per quanto di competenza.

Gestione del Patrimonio

Le Aziende IRCCS AOUBO e AUSLBO dopo aver attuato un governo unitario di livello interaziendale di Gestione del Patrimonio, al termine del periodo di riferimento hanno convenuto di procedere con strutture distinte, stanti le diverse esigenze.

E' stata pertanto istituita l'unità operativa Gestione Patrimoniale e Sostenibilità, con una visione più ampia anche sui temi ambientali. L'unità operativa Gestione Patrimoniale e Sostenibilità garantisce le funzioni di gestione del patrimonio e di mobility manager, con l'obiettivo di:

- assicurare la corretta gestione amministrativa e contrattuale del patrimonio immobiliare e degli immobili in uso, in coerenza con il quadro normativo e con gli obiettivi aziendali;
- garantire la programmazione, la gestione e l'attuazione del Programma delle alienazioni patrimoniali e acquisti di immobili, assicurandone la coerenza con il quadro normativo e con gli obiettivi aziendali, definendo la programmazione annuale e poliennale delle alienazioni e degli acquisti di immobili (piano investimenti);
- assicurare le funzioni di Mobility Management e, oltre alle attività ordinarie (gestione dei parcheggi e delle viabilità aziendali, redazione dei piani spostamenti casa-lavoro, ecc.), contribuire a realizzare progetti specifici promossi dagli enti locali o da altre istituzioni per incentivare una mobilità sostenibile, ridurre l'inquinamento atmosferico e promuovere azioni di mobilità sostenibile e integrata, in linea con gli impegni presi per il raggiungimento della neutralità climatica entro il 2030, in quanto Bologna è ricompresa nelle 100 città pilota "città intelligenti e climaticamente neutre" scelte dalla Commissione Europea.

Data Protection Officer

Come noto, con Deliberazione del Direttore Generale è stato approvato l'Accordo tra gli Enti del SSR di Area Metropolitana per l'istituzione della funzione di "Responsabile della protezione dei dati - Data Protection Officer". A seguito di detto accordo è stata istituita la struttura semplice a valenza interaziendale Data Protection Officer.

Tra le attività realizzate dalla struttura nell'anno 2024 è possibile individuare le seguenti:

1. Architettura dei trattamenti

Ai fini della nomina a responsabile del trattamento (ex art. 28 del GDPR) è stato revisionata la modulistica in uso, ivi incluse le istruzioni e la modulistica per la definizione dell'ambito del trattamento. L'attività è stata svolta in collaborazione con i DPO di Area Vasta, in primo luogo, per le esigenze del SAAV. La documentazione, successivamente, è stata trasmessa a tutte le UUOO aziendali coinvolte (uffici acquisti, convenzioni, etc.). Sono state, conseguentemente, revisionate anche le policy per il rilascio dell'autorizzazione alla nomina del sub-responsabile.

2. Data breach

In materia di analisi delle violazioni dei dati personali (Data Breach) per le esigenze di IRCCS Sant'Orsola, sono stati esaminati 18 casi annotati nel registro delle violazioni.

3. Pareri sulle Valutazioni d'impatto DPIA

Sono stati rilasciati 88 pareri circa le valutazioni d'impatto sottoposte all'attenzione del DPO:

- 72 pareri hanno avuto ad oggetto DPIA promosse per attività di ricerca scientifica;
- 16 sono relative a trattamenti di tipo istituzionale (ad es. applicativo whistleblowing, Cartella clinica elettronica, etc..).

4. Ricerca: analisi dei profili di protezione e sicurezza dei dati

Con riferimento all'attività consultiva in materia di ricerca scientifica finanziata da risorse europee sono state svolte 26 sessioni di confronto (pari al 100% delle richieste di incontro ricevute).

Inoltre, sono state svolte circa 7 sessioni di confronto del corso 2024 per la ricerca finanziata da fonti diverse da quelle europee (pari al 100% delle richieste di incontro ricevute).

Infine, è stato offerto supporto al Comitato Etico impegnato nell'attività di autorizzazione della ricerca medica. Nel dettaglio:

- È stata assicurata partecipazione a due incontri con la presidenza del CE e con i componenti dell'Organismo;

- È stata realizzata la rielaborazione, in collaborazione con DPO di area Vasta AVEC, di alcuni documenti in uso presso l'Organismo.

5.Sorveglianza ex art. 39 - GDPR

Quanto all'attività di sorveglianza attribuita dalla legge, nel mese di ottobre 2024 è stata trasmessa alle direzioni aziendali una puntuale relazione.

6.Coordinamento interaziendale e tavoli istituzionali

In occasione dell'attribuzione degli obiettivi di budget è stato affidato alla struttura il compito di stimolare e promuovere forme di relazione istituzionale per le finalità di protezione dei dati. In tale ambito, è stato realizzato quanto segue:

- promozione di 11 incontri con le Funzioni Privacy Aziendali e le UUOO ICT con conseguente assunzione di decisioni o rielaborazione di documenti in uso presso le aziende;
- partecipazione a 8 incontri del tavolo regionale DPO;
- istituzione del tavolo metropolitano di supporto al processo di partecipazione alla definizione delle regole deontologiche c/o autorità garante;
- partecipazione ai lavori, quale invitato, dei gruppi aziendali privacy;

7.Attività correlate alla funzione

Allo scopo di fornire supporto allo svolgimento delle funzioni istituzionali delle Aziende l'UO, ove richiesto, ha sostenuto in via consulenziale anche attività anche al di fuori del perimetro di stretta competenza (ad es. offrendo consulenza e supporto al Medico Competente attraverso l'aiuto nella predisposizione delle informative e degli atti di autorizzazione al trattamento).

Gruppi di lavoro

Per il raggiungimento degli obiettivi di budget attribuiti alla struttura, lo strumento del Gruppo di lavoro (GdL) è stato individuato quale metodo di lavoro più conferente con la finalità di realizzare una maggiore osmosi tra gli Uffici Privacy Aziendali e l'ufficio del DPO. A tal fine, sono stati istituiti diversi GdL e sottogruppi che hanno consentito di raggiungere importanti risultati:

1.Ricerca scientifica

Il gruppo di lavoro, in materia di ricerca scientifica, promosso dai DPO di Area Vasta AVEC (riunitosi 8 volte nel corso dell'anno 2024) ha prodotto soluzioni in ordine alla necessità di adottare, per ogni singolo protocollo, la Valutazione d'impatto (DPIA). In esito a detta attività è stato redatto uno schema di Valutazione d'impatto avente ad oggetto l'intera attività di ricerca (ex art. 35, par. 1 GDPR) successivamente adottato da tutti gli enti del SSR,

previa acquisizione del parere da parte del DPO. Hanno partecipato ai lavori del gruppo le funzioni privacy aziendali e gli uffici della ricerca scientifica. L'innovazione ha consentito di alleggerire in maniera sostanziale l'attività amministrativa degli uffici a supporto della ricerca, consentendo di compilare ai PPII esclusivamente il modulo DCSP.

La DPIA è stata pubblicata sui siti web aziendali ed il link è stato comunicato all'autorità Garante in ossequio alle disposizioni dell'art. 110 del Codice Privacy.

Nell'ambito del gruppo di lavoro sono state individuate anche linee d'indirizzo per le procedure aziendali che disciplinano la ricerca scientifica.

2. Biobanche e trattamento dei dati genetici e campioni biologici

E' stato istituito il gruppo di lavoro che ha il duplice obiettivo di:

- riesaminare i modelli di informativa e consenso in uso presso le biobanche istituite in Area Metropolitana;
- regolazione del trattamento dei dati genetici e campioni biologici.

Partecipano ai lavori del gruppo le funzioni privacy aziendali e gli uffici della ricerca scientifica.

3. Revisione pubblicazione policy privacy

È stato istituito un gruppo di lavoro cui partecipano le funzioni privacy aziendali, gli uffici della ricerca scientifica, le UUOO impegnate nella gestione dei siti istituzionali. Il GdL si è riunito 2 volte nel 2024. È stato prodotto un documento recante le linee d'indirizzo per revisionare profondamente le attività per la trasparenza in ambito privacy.

4. Registro dei trattamenti – registro del responsabile

È stato istituito un gruppo di lavoro con l'obiettivo di esaminare e disciplinare la tenuta del registro.

Il DPO ha anche incontrato il fornitore (engenring) per definire le modalità di implementazione del registro del responsabile.

5. RIS PACS

Il tema della condivisione delle immagini diagnostiche e dei referti elaborati col sistema RIS PACS è stato valutato quale strategico dalle aziende per criticità rilevate.

Al gruppo di lavoro istituito, in ambito di Area Vasta Emilia Centrale, per iniziativa Ausl Bologna è stato attribuito l'obiettivo di regolare i rapporti intercorrenti tra le diverse Aziende, in considerazione dell'avvenuto recente avvio del nuovo sistema RIS-PACS AVEC. Il gruppo di lavoro, coordinato dai DPO di Area Vasta, si è riunito numerose volte nel corso del 2024. I DPO di area vasta hanno rilasciato un parere tramite il quale è stata individuata la base giuridica applicabile all'operazione di comunicazione dei dati e delle immagini tra le aziende di Area

Vasta. Inoltre, sono state rilasciate alcune prescrizioni per la corretta compliance dell'applicativo con il GDPR. I lavori sono proseguiti con la predisposizione da parte delle aziende della Valutazione d'impatto che è stata successivamente trasmessa ai DPO per il rilascio del parere previsto dal GDPR.

Obiettivi di programmazione regionale

La Regione Emilia-Romagna con Deliberazione della Giunta Regionale n. 945 del 27/05/2024, recante "Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del SSR per l'anno 2023" ha attribuito agli Enti del Servizio Sanitario Regionale l'obiettivo di individuare il giusto equilibrio tra diritto alla privacy e diritto alle cure in una sanità sempre più digitale.

A tal fine il paragrafo 6.4.7 della DGR richiamata, ha individuato il seguente indicatore:

"Aggiornamento policy aziendali per il trattamento dei dati attraverso strumenti informatici e per l'implementazione di nuove applicazioni informatiche (teleconsulto telemedicina, app sanitarie ...)".

Con riferimento ad esso l'Ente ha avviato la ricognizione delle attività svolte per il trattamento dei dati attraverso strumenti informatici e per l'implementazione di nuove applicazioni informatiche e realizzato le seguenti attività:

- Partecipazione ai lavori del tavolo di Area Vasta Emilia Centrale, promosso da Ausl Bologna (con nota prot. n. 11513 del 28/03/2023) con l'obiettivo di regolare i rapporti intercorrenti tra le diverse Aziende, in considerazione dell'avvenuto recente avvio del nuovo sistema RIS-PACS AVEC. Il gruppo di lavoro, coordinato dai DPO di Area Vasta, si è riunito numerose volte nel corso del 2024. I DPO di area vasta hanno rilasciato un parere tramite il quale è stata individuata la base giuridica applicabile all'operazione di comunicazione dei dati e delle immagini tra le aziende di Area Vasta. Inoltre, sono state rilasciate alcune prescrizioni per la corretta compliance dell'applicativo con il GDPR. I lavori sono proseguiti con la predisposizione da parte delle aziende della Valutazione d'impatto che è stata successivamente trasmessa ai DPO per il rilascio del parere previsto dal GDPR.
- Partecipazione ai lavori del tavolo promosso dal DPO di Area Metropolitana per la revisione dei regolamenti aziendali che disciplinano la nomina degli amministratori di sistema. Il gruppo di lavoro interaziendale si è riunito 3 volte nell'arco del 2024, elaborando:
 - lo schema tipo di atto di designazione alle funzioni di Amministratore di sistema;
 - lo schema di atto deliberativo di presa d'atto dello schema di atto di designazione sopra richiamato.

Formazione

Nel corso del 2024 sono state promosse numerose attività formative, sia di tipo trasversale a valere per Area Vasta AVEC nell'ambito del Piano per l'Offerta Formativa che sotto altre forme per le esigenze di aggiornamento e condivisione di Know How. Nel dettaglio, con riferimento alla formaione trasversale sono stati realizzati i seguenti eventi:

- Trattamento dei dati nell'ambito dei progetti di ricerca. Elaborazione del DCSP nell'ambito dei progetti di ricerca (28-10-2024);
- Trattamento dei dati genetici e campioni biologici (6-11-2024);
- Corso di alfabetizzazione (ivi inclusa la disciplina del Data Breach: pianificazione e gestione prima, durante e dopo l'evento)" (novembre e dicembre 2024);

Con riferimento alla seconda categoria (aggiornamento e condivisione di Know How) è stata suggerita alle funzioni privacy aziendali ed agli uffici della ricerca la partecipazione a numerosi webinar gratuiti promossi da enti istituzionali e privati. Inoltre, sono state realizzati 3 incontri destinati all'esame di alcune significative pronunce dell'autorità garante sui temi della ricerca scientifica.

SVILUPPO PROGETTI ICT E SISTEMI INFORMATIVI

Nel corso del 2024 sono proseguiti gli interventi di adeguamento della documentazione sanitaria digitale secondo le specifiche nazionali in rispetto alla programmazione prevista per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, secondo quanto previsto dal subintervento 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).

Sono stati avviati i percorsi di formazione e comunicazione verso i professionisti sanitari sull'utilizzo del FSE e degli strumenti necessari alla consultazione della documentazione sanitaria del paziente nel rispetto alla programmazione del PNRR.

Sono stati adeguati i documenti sanitari nel rispetto del cronoprogramma legato all'obiettivo PNRR indicato. In particolare, sono stati adeguati i referti di Laboratorio, le lettere di dimissione e i referti di radiologia.

Come da indicazioni nazionale e regionali gli indicatori e i target previsti sono:

Fascicolo Sanitario elettronico /Portale SOLE

Nel 2024 sono proseguite le attività di adeguamento dei sistemi software ospedalieri per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, secondo quanto previsto dal subintervento 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), le Aziende Sanitarie finalizzate a completare le attività necessarie affinché tutti i documenti clinici nel FSE 2.0 siano digitalmente nativi e firmati digitalmente, di cui sono disponibili le specifiche tecniche nazionali

Gli obiettivi regionali indicati nel ALLEGATO B GLI OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE 2024 sono i seguenti:

Alimentazione di documenti sanitari

IND1083 – PNRR - % di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 sul totale dei documenti prodotti (FSE 1.0 e 2.0 - per il 2024 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) $\geq 60\%$.

Risultato Aziendale 2024: 95% (fonte dati ReportER – Regione Emilia Romagna)

Firma digitale

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 $\geq 85\%$.

Risultato Aziendale 2024: 68,8 % (fonte dati ReportER – Regione Emilia Romagna)

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 – PNRR $\geq 50\%$.

Risultato Aziendale 2024: 100% di lettere inviate secondo lo standard FSE2. Di queste il 64,49% erano firmate digitalmente (fonte dati ReportER – Regione Emilia Romagna)

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 $\geq 50\%$.

Risultato Aziendale 2024: 100% di verbali inviati secondo lo standard FSE2. Di questi il 25% erano firmate digitalmente (fonte dati ReportER – Regione Emilia Romagna)

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 $\geq 50\%$.

Risultato Aziendale 2024: 87.67 % di referti di specialistica inviati secondo lo standard FSE2. Di questi il 18,38% erano firmate digitalmente (fonte dati ReportER – Regione Emilia Romagna)

Prescrizioni dematerializzate

Nel 2024 è proseguita l'attività di analisi e adeguamento dei sistemi per continuare ad incrementare la percentuale di prestazioni prescritte con ricetta dematerializzata e correttamente rendicontate 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 2024: 80,03 % (fonte dati Insider – Regione Emilia Romagna)

Prosegue l'attività di analisi e adeguamento dei sistemi per continuare ad incrementare la percentuale di prestazioni prescritte con ricetta dematerializzata e correttamente rendicontate sul sistema regionale SAR, con l'obiettivo del 95% delle prestazioni specialistiche dematerializzate rendicontate nel flusso informativo ASA.

Secondo quanto riportato nella dashboard del sistema regionale ReportERHome la percentuale di ricette dematerializzate del nostro Ospedale è pari al 93,35 %.

La percentuale di ricette dematerializzate in stato 'erogato' è pari al 88,23% (salita all'90,72 % a febbraio 2024).

ID Indicatore	Indicatore	Target Atteso 2024	Risultato 2024
IND1083	% di documenti sanitari prodotti secondo lo standard FSE 2.0 sul totale dei documenti prodotti	$\geq 75\%$	76.92
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	$\geq 95\%$	79.88

Fonte dati: Siver Edizione 2024

Adempimenti ai flussi informativi

Le attività eseguite e finalizzate alla tempestività, completezza e qualità nella rilevazione di tutti i flussi informativi regionali hanno riguardato 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 nuvo e vecchio applicativo ADT.
- POSTI LETTO ed OCCUPAZIONE GIORNALIERA DEI REPARTI: monitoraggio costante del flusso giornaliero dei posti letto (PLG – Monitoraggio posti letto Prot. 30/11/2020.0793038.U.) e dei ricoveri giornalieri (accettazioni,

trasferimenti e dimessi) utile al monitoraggio dell'occupazione giornaliera della disponibilità dei letti covid e non covid.

- **ESAMI SIEROLOGICI, TAMPONI MOLECOLARI ED ANTIGENICI:** In base alle indicazioni regionali sono stati adeguati, i tracciati di monitoraggio giornaliero dell'invio degli esami sierologici / tamponi molecolari e tamponi antigenici eseguiti presso laboratorio di microbiologia, laboratorio analisi (LUM) e strutture esterne alle aziende e monitoraggio costante del corretto funzionamento ed invio dei dati in regione.
- **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.
- Dalla cabina di regia regionale del progetto GAAC è stato istituito un 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:** sono state implementate ed automatizzate le procedure di invio del flusso settimanale di PS e eseguiti gli adeguamenti del flusso richiesti da regione tra cui il linkage con codice 118.
- **Flusso HIV, REAL, RERAI e RERIC:** la trasmissione dei flussi informativi è viene garantita nei tempi programmati. Sono in corso di analisi i problemi nella rilevazione dei device derivanti dall'introduzione dell'applicativo GAAC regionale che non consente ancora di individuare correttamente le anagrafiche.
- **Flusso ASA/DSA:** viene garantita la trasmissione del flusso informativo nei tempi programmati e con la verifica della corrispondenza delle informazioni relative ai test genomici per il tumore della mammella nei flussi ASA e DBO. Viene garantita la migrazione di luglio 2024 tra vecchio e nuovo nomenclatore ASA al fine di evitare carenze rendicontative dovute ad errata codifica.
- **Flusso SIGLA:** sono stati sviluppati processi di analisi tra stato pazienti in applicativo di lista di attesa e flusso SIGLA per intercettare eventuali disallineamenti informativi.
- **Flusso DBO:** sono stati attivati dei gruppi di lavoro che vedono coinvolti Dipartimento Farmaceutico, Direzione Sanitaria, Servizio ICT, Sistemi Informativi oltre che la componente clinica per il miglioramento della qualità del flusso in questione. Le verifiche di copertura del flusso DBO rispetto ad ASA e SDO hanno portato al coinvolgimento dei direttori delle Unità operative che sono risultati più carenti oltre al coinvolgimento di nuove unità operative identificate rispetto alle analisi di copertura DBO SDO.

E' attivo un percorso per lo sviluppo di report e cruscotti per il monitoraggio e di algoritmi per il supporto alla programmazione dell'attività chirurgica elettiva. I suddetti strumenti di supporto decisionale sono stati sviluppati al fine di monitorare il raggiungimento degli obiettivi regionali e di simulare l'impatto sui volumi produttivi e sulla percentuale di pazienti operati in tempo delle risorse attivate (personale, sale operatorie posti letto).

Indicatore	Risultato 2023	Target 2023	Risultato 2024
IND0530 Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza -Flusso SDO	95,98%	>90%	94,02
IND0531 Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza -Flusso ASA no DSA	90,29%	>95%	94,79
IND0532 Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza -Flusso FED	98,47%	>85%	97,01
IND0534 Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza -Flusso PS	99,81%	≥98%	99,38
IND0533 Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza -Flusso DIME	88,11%	>90%	90,8
IND0893 Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza -Flusso AFO	98,47%	>85%	98,85
IND0792 Flusso SDO - % ricoveri programmati con data di prenotazione uguale a data di ammissione	3,88%	≤5%	4,45
IND1124 - Indicatore composito di tempestività nell'invio dei dati		≥9%	9
IND0940 Flusso DBO - Completezza della corrispondenza delle informazioni relative ai test genomici per il tumore della mammella nei flussi ASA E DBO	82,5%	≥95%	91,84
IND1005 Copertura effettiva flusso DBO su ASA	50,56%	≥85%	41,53
IND0944 Flusso CEDAP - Completezza rispetto alla Banca Dati SDO (Adempimento LEA)	99,69%	98,50%	99,87
IND0936 Flusso ASA e ricette dematerializzate: n. prestazioni di specialistica prescritte con ricetta dematerializzata con stato di chiuso riscontrato sul SAR/SAC sul n. di prestazioni rendicontate in ASA	79,06%	≥95%	80,03
IND0895 - Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza - Flusso ASA modalità di accesso DSA		≥70%	46,42

Fonte: Banca dati Regione Emilia-Romagna – Insider 2023

PIANO ORGANIZZATIVO LAVORO AGILE

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) si configura come lo strumento di programmazione del lavoro agile e delle sue modalità di attuazione e sviluppo, redatto in coerenza con le linee di indirizzo “Linee guida sul Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance”, adottate dal Ministro per la pubblica amministrazione, con una valenza triennale e aggiornamenti annuali secondo una logica di scorrimento programmatico.

Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in tale modalità, una quota di dipendenti che possano avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera.

Il POLA definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati.

Il documento rappresenta per l'AOU di Bologna uno strumento utile per il cambiamento culturale all'interno dell'organizzazione; i tre pilastri strategici sui quali si fonda il programma di attuazione del Lavoro Agile sono stati individuati nelle seguenti dimensioni: cultura organizzativa, tecnologie digitali, logica di “change management” ossia di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie, e performance. Con Del. n. 311 del 28.10.2022, sulla base della logica dello “scorrimento”, il Piano, redatto secondo quanto previsto dall'art. 263 comma 4 bis D.L. n. 34/2020 che ha modificato l'art. 14 Legge n. 124/2015, è stato aggiornato, confermandone impostazione, principi e azioni, fornendo evidenza dell'avvenuta transizione della modalità di lavoro agile dalla fase emergenziale a quella ordinaria in linea con il quadro normativo vigente.

Nell'anno 2024 sono state poste in essere le attività necessarie al fine di consentire lo svolgimento dello smart working in via ordinaria tramite la conclusione dei relativi accordi, nel rispetto delle specifiche tutele normative ancora previste a tutela dei lavoratori fragili. L'applicazione dello smart working ha riguardato personale del comparto e dirigenza sanitaria, professionale- tecnico -amministrativa, incluso personale universitario integrato in assistenza.

All'attuazione dello smart working in via ordinaria si è provveduto tramite la sottoscrizione di accordi individuali nei quali la definizione del numero massimo di giornate svolte in modalità agile è stato stabilito assicurando una prevalenza dell'attività lavorativa svolta in presenza, nel rispetto di quanto definito dal Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione dell' 8 ottobre 2021 ("Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori della Pubblica Amministrazione"). Gli accordi sono stati formalizzati sulla base dei progetti di smartworking, individuali e di equipe definiti dai dirigenti responsabili in accordo con i dipendenti interessati (in applicazione del regolamento metropolitano) ed utilizzati i documenti/informative necessari ai fini della sicurezza dei lavoratori e della tutela della privacy nello svolgimento dell'attività.

Si è provveduto, inoltre, alla predisposizione e divulgazione delle necessarie informative al personale in merito agli aggiornamenti normativi correlati alla fruizione dell'istituto.

In ambito informatico-procedurale sono stati inseriti gli specifici giustificativi, utilizzati nella procedura informatica aziendale in uso e dal portale del dipendente, al fine di contraddistinguere le giornate nelle quali l'attività lavorativa è stata svolta in modalità agile con corrispondente copertura del debito orario convenzionale.

In ambito informativo sono state effettuate le estrazioni periodiche per il monitoraggio dei dati relativi allo svolgimento di attività in modalità agile e del complessivo andamento dell'utilizzo dell'istituto.

Si precisa infine che, come politica aziendale, si è ritenuto opportuno mantenere, per il triennio 2024-2026, lo standard precedentemente definito per consolidare il livello di utilizzo dell'istituto raggiunto al fine di poter valutare gli effetti della stabilizzazione dell'utilizzo dello stesso, al di fuori della fase emergenziale, in una effettiva logica di "change management".

Le azioni applicative sono state impostate sulla base di quanto normativamente definito e nel rispetto delle indicazioni fornite in materia dal Dipartimento della funzione Pubblica .

Si è definito inoltre che sulla base degli esiti delle valutazioni poste in essere, se ritenuto funzionale rispetto al raggiungimento degli obiettivi che si intendono perseguire tramite l'utilizzo dello Smart-Working, potrà essere pianificata la previsione di un incremento di standard nell'arco temporale di riferimento.

PIANO DI EGUAGLIANZA DI GENERE E DELLE AZIONI POSITIVE

Nell'anno 2024 si mantiene quanto previsto nel Piano per l'uguaglianza di genere e delle azioni positive con valenza interaziendale IRCCS Azienda ospedaliero- universitaria, IRCCS istituto ortopedico Rizzoli e Azienda USL di Bologna- IRCCS Istituto delle scienze neurologiche adottato con delibera n. 215 del 24 luglio ed in revisione nell'anno 2025.

Gli obiettivi elencati nel piano rientrano in cinque campi di intervento: equilibrio tra vita privata e lavorativa e cultura dell'organizzazione, equilibrio di genere nelle posizioni di vertice e negli organi decisionali, uguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera, integrazione della dimensione di genere nella ricerca e nei programmi degli insegnamenti; prevenzione delle discriminazioni di genere.

E' stata inserita una sesta area dedicata alla promozione della salute e sicurezza e del benessere lavorativo.

Nell'anno 2024 è stato pubblicato il primo bilancio di genere delle tre aziende. L'azienda ha partecipato al redazione della bozza progettuale regionale sul Diversity management ed in ambito valutazione del rischio Stress Lavoro Correlato è stato inoltre somministrato ai fini di una analisi puntuale un questionario sulle molestie in ambito lavorativo a tutto personale di Pronto soccorso dell'azienda ospedaliera nel 2024 si è proseguito con un intervento mirato al fine della individuazione delle misure possibili da adottare.

E' stata inoltre prevista, oltre ad un aggiornamento puntuale sull'intranet aziendale su tutti i percorsi utili per che ha subito molestie sul posto di lavoro, è stato istituito lo sportello di ascolto gestito da una psicologa per i lavoratori che hanno subito molestie e/o che manifestano il bisogno di un supporto.

3.2.4 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELLE DOTAZIONI DI PERSONALE

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE (PTFP) E COSTI DEL PERSONALE

La programmazione dei fabbisogni di personale è stata redatta nel rispetto della disciplina regionale dettata in materia e delle Linee guida contenute nel D.M. 08/05/2018, nonché in coerenza con il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024-2026. La redazione della predetta programmazione è – altresì – avvenuta in conformità agli obiettivi di programmazione sanitaria ed economico-finanziaria trasmessi dal livello regionale e le indicazioni contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

La cornice finanziaria per l'anno 2024 ha tenuto conto delle indicazioni contenute nell'ambito degli obiettivi assegnati all'Azienda da parte del livello regionale e concordate in sede di concertazione regionale

Per l'anno 2024, al fine di sostenere l'attività di ricerca come IRCCS, l'Azienda ha impegnato fondi della ricerca profit per la proroga dei contratti a tempo determinato per l'assistenza clinica correlata alla ricerca; questa azione non ha precedenti ed è stata concordata con la comunità dei professionisti in relazione al momento di particolare criticità ed approvata dagli organi aziendali.

Sempre in merito al governo delle risorse umane, l'Azienda ha in atto un piano di reinquadramento del personale inidoneo all'attività assistenziale su altre funzioni di supporto, finalizzato a ridurre l'impatto organizzativo derivante dal turnover nell'area del personale tecnico amministrativo.

Sostituzione di personale cessato (turnover)

Effettuate le opportune valutazioni, anche per l'anno 2024 questa Azienda ha ritenuto indispensabile assicurare la sostituzione delle cessazioni sulle linee di produzione strategiche che concorrono al raggiungimento degli obiettivi aziendali, nel rispetto dei limiti economici indicati in premessa. Inoltre, si aggiunge, è stata data attuazione alla necessità di contribuire alla copertura di quota parte del turnover del personale di UniBO, laddove il piano del reclutamento dell'università non consenta di mantenere la continuità assistenziale o preveda tempistiche incompatibili con le attività ospedaliere, comunque sempre commisurato agli obiettivi economici definiti.

Nel corso del 2024 l'andamento complessivo del personale aziendale, raffrontato all'annualità precedente, è rappresentato nel seguente grafico:



Stabilizzazioni e verticalizzazioni

L'Azienda ha implementato le 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 in relazione sia a quanto disciplinato dall'art. 20 del D.Lgs. n. 75/2017 e s.m.i. sia a quanto previsto dall'articolo 1, comma 268, lett. b) della L. 234/2021, tenuto conto delle modifiche ed integrazioni introdotte dall'articolo 4, commi 9-quinquiesdecies e seguenti del D.L. 198/2022, convertito con modifiche dalla Legge 14/2023,

in materia di valorizzazione della professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio anche durante l'emergenza COVID-19 nelle aziende ed enti del SSN.

In esito alle procedure di stabilizzazione espletate ex art. 20 comma 2 D. Lgs. n. 75/2017, nel corso del 2024 sono state stabilizzate n. 1 unità di personale medico e n. 2 unità di personale assistenziale.

Sono state altresì stabilizzate, ai sensi dell'art. 1 comma 268 lett. b) della Legge 234/2021 n.10 unità di personale medico.

Per l'anno 2024 l'incidenza del personale dipendente a rapporto di lavoro a tempo determinato sul totale aziendale è del 3,8%, confermandosi entro livelli estremamente contenuti ed continuità rispetto al valore dell'anno precedente.

Quanto al percorso di progressione verticale, è stato adottato nel mese di ottobre 2024 il regolamento per la disciplina delle procedure selettive per la progressione tra le aree di cui al CCNL relativo al personale del Comparto Sanità - triennio 2019-2021 e nel corso del primo trimestre 2025 verrà definito il fabbisogno di posizioni da verticalizzare, ai fini dell'emissione dei bandi di selezione interna, da espletarsi nel primo semestre dell'anno 2025.

Ricerca

Per il triennio 2024-2026, l'Azienda ha integrato la proposta di Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale con un'apposita sezione dedicata al personale della ricerca.

Nel piano Triennale dei fabbisogni 2024-2026 si confermano le linee di sviluppo già dichiarate nel piano precedente, strategiche per la realizzazione degli obiettivi fondanti della ricerca IRCCS e funzionali al nuovo assetto organizzativo complessivo della Direzione Scientifica. Le suddette linee di sviluppo riguardano:

1. Infrastruttura di supporto alla ricerca
2. Piattaforme della ricerca
3. Sviluppo di linee di ricerca correlate agli ambiti di riconoscimento IRCCS

Allo scopo di garantire la realizzazione delle linee strategiche, sin dal suo avvio, ha iniziato un processo di adattamento e modifica della consistenza organica, che sta gradualmente evolvendo, con incremento del personale dipendente da dedicare alle attività di ricerca al fine di soddisfare le nuove esigenze.

L'IRCCS AOU BO, accanto al personale del comparto sanità, direttamente afferente alla UOC Ricerca ed Innovazione ha provveduto ad attivare nuovi contratti per personale del ruolo della Ricerca Sanitaria e delle attività di supporto alla Ricerca Sanitaria. Detto personale al 31.12.2024 è pari a n. 78 unità di personale tra collaboratori alla ricerca e ricercatori sanitari.

Altre assunzioni: Progetti Regionali / Finanziamenti A Funzione /Riduzione Liste Di Attesa

Necessaria premessa è che le azioni correlate alle progettualità sottoindicate potranno essere sviluppate compatibilmente con l'andamento del raggiungimento dell'obiettivo economico fissato per l'anno 2024.

Il potenziamento che IRCCS AOU BO intende promuovere nel corso del 2024 riguarda sia le funzioni esercitate come Hub regionale, che di coordinamento di ambito metropolitano che di funzioni proprie.

Relativamente alle assunzioni legate allo sviluppo di progetti regionali ed aziendali, stante l'obiettivo economico attribuito per l'anno 2024, preme precisare che le progettualità ad oggi autorizzate sono state gestite principalmente attraverso rimodulazioni interne.

Ad esempio l'obiettivo regionale di riduzione delle liste di attesa chirurgiche è stato gestito in primis attraverso l'interscambio tra le equipe anestesologiche, oltre che attraverso l'utilizzo dell'istituto dell'attività aggiuntiva simil-ALP finanziate principalmente attraverso l'utilizzo del finanziamento Balduzzi.

Ulteriori progettualità necessitano invece di mirate acquisizioni di personale.

Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane (GRU)

Anche nell'anno 2024 l'Azienda è stata impegnata al fine di garantire il coordinamento con la Regione per la prosecuzione delle attività di governo del progetto GRU, la collaborazione per lo sviluppo di nuovi moduli secondo il cronoprogramma definito dalla cabina di regia nonché il pieno ed esclusivo utilizzo dei moduli implementati.

Indicatori e target:

- -Rispetto dei Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFP), dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati
- - Pieno ed esclusivo utilizzo dei Moduli GRU implementati presso le Aziende. Effettuazione di almeno l'80% delle prove selettive attraverso l'utilizzo del modulo "Concorsi".
- - Avvio dei nuovi moduli e rispetto del cronoprogramma.
- - Prosecuzione unificazione concorsi personale non dirigenziale almeno a livello di area vasta.

Il costo delle risorse umane è stato determinato nel rispetto della programmazione del fabbisogno aziendale di personale esposta nel PTFP relativo al triennio 2024-2026 e approvato dalla RER per l'anno 2024, in coerenza con i vincoli normativi e le previsioni di bilancio, in funzione delle azioni ivi previste.

Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le OOSS

L'Azienda e le Organizzazioni Sindacali hanno mantenuto aperto il confronto sia sulla gestione corrente sia su importanti processi di riorganizzazione rilevanti in ambito aziendale e in ambito metropolitano.

Il modello partecipativo contenuto nei CCNL è stato garantito per l'area del comparto Sanità attraverso la convocazione di specifici incontri informativi e di confronto, in particolare sul Regolamento relativo all' istituzione, la graduazione, il conferimento e la revoca degli incarichi di posizione e di funzione e al Piano Aziendale della Formazione, nonché la periodica convocazione dell'Organismo Paritetico per l'innovazione. Negli incontri in sede negoziale aziendale sono stati trattati i temi relativi a all'aggiornamento del protocollo d'intesa in materia di RLS, l'utilizzo del fondo per i corsi universitari, l'applicazione delle Indennità per l'operatività in particolari UO/Services e i criteri per l'attribuzione dei differenziali economici di professionalità.

Sono stati avviati, inoltre, gli incontri in sede tecnica in merito alla sezione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria.

Per la Dirigenza dell'Area Sanità la partecipazione è stata assicurata attraverso specifiche informative e la periodica convocazione dell'Organismo Paritetico, il quale ha formulato proposte di accordi per il tavolo negoziale, valutando, tra l'altro, la esonerabilità dai turni di guardia del personale che abbia superato la soglia di 62 anni di età anagrafica E' stata avviata, inoltre, la contrattazione in merito alla revisione dei contingenti minimi in caso di sciopero e in merito alle materie inerenti i criteri di ripartizione per l'attività di compilazione e trasmissione dei certificati medici di infortunio e malattia professionale e per la distribuzione del fondo di perequazione.

Per la Dirigenza PTA si è proceduto alla finalizzazione delle risorse disponibili per la contrattazione integrativa.

Gli organismi sindacali aventi titolo delle tre aree di contrattazione sono stati inoltre informati rispetto alle specifiche riorganizzazioni avvenute in azienda.

3.2.5 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI E DELLA TRASPARENZA

AREA DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

Nell'ambito della promozione delle misure volte a contrastare i fenomeni corruttivi e a promuovere la trasparenza, anche nel corso del 2024, è stato garantito il coordinamento complessivo del sistema all'interno dell'Azienda in applicazione alle disposizioni nazionali e

regionali in materia, mediante la partecipazione attiva agli incontri del Tavolo Regionale per il Coordinamento delle misure in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR, con condivisione degli obiettivi da realizzare e delle modalità di applicazione anche nell'ambito del Tavolo "Trasparenza ed Anticorruzione" delle Aziende AVEC e AUSL Romagna. Inoltre, sono state garantite le funzioni di impulso e promozione delle attività in materia all'interno delle strutture aziendali, con il coinvolgimento e il contributo di dirigenti e collaboratori anche attraverso il Board per la prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza, da ultimo ridefinito nella composizione e nella funzioni nominato con deliberazione n. 277/2023.

Con deliberazione n. 62 del 26.02.2024 è stato adottato l'Aggiornamento 2024 della Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023/2025, in conformità alle vigenti disposizioni di legge, alla 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.

In continuità con gli anni precedenti, è proseguita l'analisi dei rischi con la revisione delle mappature dei processi/attività secondo la metodologia proposta nell'allegato 5 del PNA del 2013 per allinearle a quanto definito nell'Allegato 1 al PNA 2019. In particolare, l'attività di mappatura e analisi dei rischi si è concentrata sulle aree concordate nell'ambito del Tavolo RPCT AVEC e AUSL Romagna:

- liste di attesa ambulatoriali e chirurgiche;
- ICT e sicurezza informatica.

La conclusione dei lavori è prevista entro il termine definito per l'adozione della nuova Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025/2027 a cui verranno allegate.

La mappatura dell'area della ricerca originariamente prevista per il 2024 è invece stata temporaneamente sospesa in considerazione della riorganizzazione della Direzione Scientifica ancora in fase di evoluzione.

In conformità alle norme ed alle indicazioni regionali, è continuata anche la verifica su regolamentazione e tracciatura delle attività d'informazione scientifica riguardante le figure professionali che accedono alle strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) con funzioni d'informazione e di promozione dei farmaci, dei dispositivi medici DM (es. specialist di prodotto). Inoltre, è stato presidiato l'accesso alle strutture sanitarie delle ditte mediante verifiche e monitoraggio sulla corretta applicazione delle regole per la fornitura, l'utilizzo e la conservazione dei campioni gratuiti dei DM.

Nel 2024 sono state adeguate/realizzate alcune misure generali di prevenzione della corruzione:

- con Deliberazione n. 27 del 24/01/2024 è stato adottato il nuovo Codice di Comportamento aziendale, sulla base dello Schema tipo del Codice di comportamento delle Aziende sanitarie del Servizio Sanitario Regionale, elaborato nell'ambito del Tavolo

Regionale di Coordinamento degli RPCT ed approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 1956 del 13 novembre 2023. Il nuovo testo aggiorna il precedente Codice, 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);

- con Deliberazione n. 434 del 23/12/2024 è stato adottato il Regolamento per l'attuazione della rotazione straordinaria del personale dell'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna che disciplina i presupposti e la procedura per l'attuazione dell'istituto e fornisce indicazioni operative al fine di assicurare uniformità di trattamento e dare concreta applicazione a quanto previsto dalla normativa e nelle Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, c. 1 lettera l-quater, del d.lgs. n. 165 del 2001" adottate da ANAC con delibera n. 215 del 26 marzo 2019;

Con riferimento alla formazione nelle materie di competenza, sono stati organizzati eventi formativi per una diffusione del Codice di comportamento e del Codice di condotta per l'integrità della ricerca, sui temi della prevenzione della corruzione e trasparenza, etica e conflitto di interessi (n. 4 edizioni in house in collaborazione con lo IOR oltre a n. 4 eventi organizzati da altre aziende dell'area AVEC e Ausl Romagna).

Con riferimento al tema conflitto di interessi, il monitoraggio e l'attività di sensibilizzazione del personale, effettuata nel 2024, riguardo all'adempimento di rendere le dichiarazioni all'atto dell'assegnazione ad un ufficio e di aggiornarle annualmente, 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%), pur rimanendo il risultato sotto il valore richiesto. Si riporta di seguito il dato sulle dichiarazioni relative al conflitto di interessi, calcolato sulla base delle indicazioni regionali:

Indicatore	Target	Risultato 2024
% dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la chiusura d'anno.	≥90%	84,3%

In tema di trasparenza è continuata, anche per il 2024, 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. Inoltre, sono state assunte disposizioni per l'adeguamento in "Amministrazione Trasparente" della sottosezione "Bandi di gara e contratti" i cui contenuti sono stati aggiornati in coerenza con le delibere ANAC n. 261/2023 e n. 264/2023, come modificata dalla delibera ANAC n. 601/2023 e relativo Allegato I, sulla base delle indicazioni dell'OIV-SSR e delle linee condivise al Tavolo regionale di coordinamento RPCT.

Inoltre, nell'ambito del Tavolo RPCT delle Aziende sanitarie AVEC e AUSL Romagna è stata organizzata la Giornata della Trasparenza su "Trasparenza e diritto di accesso: documentale, civico semplice e generalizzato".

SISTEMA AUDIT INTERNO

La Regione ha istituito il Nucleo Audit Regionale (Delibera 1972 del 11.11.2019), con compiti di impulso, raccordo e coordinamento delle funzioni di Audit aziendale e ne ha definito composizione, attività e modalità di funzionamento.

L'Azienda ha da tempo istituito (Delibera 298 del 26.10.2021) una specifica funzione aziendale con compiti di valutazione del disegno e del funzionamento del complessivo sistema di controllo interno.

Attraverso le "Linee guida per la definizione del Sistema di controllo interno nelle Aziende del Servizio Sanitario Regionale" (Determinazione del Direttore Generale Cura della persona, salute e welfare n. 18471/2024) il Nucleo Audit regionale ha fornito le prime indicazioni per la definizione, l'implementazione ed il mantenimento del Sistema di Controllo Interno aziendale, basato su una struttura a tre linee di difesa.

Nel 2024 l'Azienda ha provveduto al recepimento delle Linee Guida regionali tramite Deliberazione n. 435/2024 in cui ha formalizzato il Sistema di controllo interno aziendale e lo ha integrato con le funzioni di secondo livello denominate "PAC Percorso Attuativo per la Certificabilità dei Bilanci delle Aziende Sanitarie" e "Sicurezza informatica e transizione digitale".

Indicatore	Target	Risultato 2024
Formalizzazione del Sistema di Controllo Interno aziendale	Come da Linee Guida Regionali	100% Deliberazione n. 435 del 23.12.2024

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.

Indicatore	Target	Risultato 2024
Completamento delle attività di controllo in relazione alla spesa rendicontata dalle Aziende Sanitarie nel primo	100% di quanto indicato dal Nucleo Audit regionale	100% E' stata eseguita attività di prima verifica sui seguenti Progetti: •PNRR HEAL ITALIA

semestre dell'anno corrente (anno 2024)	entro il 30 settembre 2024	<ul style="list-style-type: none"> •PNC DARE - Digital Lifelong Prevention •PNRRMdS_PNRRMR23_Ravaoli dal titolo " Hypothermic Oxygenated Perfusion To Reduce Tumour Recurrence After Liver Transplantation" •PNRRMdS_PNRRFP23_Piscaglia dal titolo " Clinical Italian Autoimmune Liver Disease (ITAILD) Research Network (CRN)". •PNCMdS_PNCHLS23_Bonifazi dal titolo " Hub Life Science - Terapia Avanzata (HLS - TA)"
Completamento delle attività di controllo in relazione alla spesa rendicontata dalle Aziende Sanitarie nel secondo semestre dell'anno corrente (anno 2024)	100% di quanto indicato dal Nucleo Audit regionale entro il 31 marzo 2025	<p style="text-align: center;">100%</p> <p>E' stata eseguita attività di seconda verifica sui seguenti Progetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> •PNRR HEAL ITALIA •PNC DARE - Digital Lifelong Prevention •PNRRMdS_PNRRMR23_Ravaoli dal titolo " Hypothermic Oxygenated Perfusion To Reduce Tumour Recurrence After Liver Transplantation" •PNRRMdS_PNRRFP23_Piscaglia dal titolo " Clinical Italian Autoimmune Liver Disease (ITAILD) Research Network (CRN)". •PNCMdS_PNCHLS23_Bonifazi dal titolo " Hub Life Science - Terapia Avanzata (HLS - TA)"

3.3 SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DIMENSIONE DELLA RICERCA, DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO

3.3.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA

A seguito del riconoscimento e conferma a IRCCS, in Azienda sono proseguite le azioni finalizzate a riprogettare e rafforzare l'infrastruttura della ricerca, in particolare:

- la formalizzazione di nuovi accordi di collaborazione con altre aziende o enti di ricerca per la realizzazione di progetti di ricerca comuni;
- 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 2024, a vedere attivi 83 contratti "piramide" e all'indizione di un bando di stabilizzazione per n. 5 posizioni (piramide) per collaboratore professionale di ricerca sanitaria, 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;
- la prosecuzione del percorso di ridisegno dell'infrastruttura di supporto alla ricerca e dell'istituzione delle nuove Piattaforme di ricerca, come formalizzato

con deliberazioni n. 81/2024 e n. 242/2024 così come dettagliatamente descritto nella relazione di gestione, allegata al Bilancio consuntivo 2024.

- Sono stati inoltre progettati nuovi strumenti informatici utili a garantire monitoraggio dell'attività di ricerca e a supportare il ricercatore nella gestione e conduzione della stessa:
- 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'IRCCS AOUBO nel contesto del protocollo clinico;
- cruscotto ORAI delle pubblicazioni scientifiche che, essendo "sincronizzato" con il progetto "censimento" delle pubblicazioni sul data base ReDCAP, consente di agevolare il controllo delle pubblicazioni censite, sia da parte della Direzione Scientifica, ma anche da parte di tutte le UUOO, che possono consultare autonomamente il cruscotto ORAI.

In conformità al Piano delle Azioni Formative per l'anno 2024, che ha visto un potenziamento dell'offerta formativa aziendale su temi inerenti la ricerca clinica e biomedica, sono stati organizzati numerosi corsi formativi per gli operatori di UUOO di Fase I e per i membri del CTQT, per gli study coordinator e i data manager e più in generale per tutti i ricercatori dell'IRCCS, come descritto nella relazione di gestione. In tale contesto è stata anche inaugurata 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.

L'IRCCS ha proseguito l'adesione a reti di ricerca quali Clust-ER, Alleanza Contro il Cancro, Associazione Big Data, Life HubSciences e sta valutando la possibilità di candidarsi per l'adesione a nuove reti di ricerca anche operanti in nuove aree tematiche, al fine di valorizzare al massimo tutte le attività di ricerca dell'IRCCS. Si conferma anche la partecipazione a UCOR, GAAR e Biblioson, come già rappresentato nella relazione di gestione.

Sempre in tale documento, a cui si rinvia per ogni opportuno approfondimento, è stata descritta l'attività di ricerca promossa nell'anno, nelle aree tematiche collegate alle linee di riconoscimento dell'IRCCS AOUBO, tra cui la partecipazione a numerosi Bandi di ricerca, nazionali e internazionali, la promozione del Bando interno di Ricerca Corrente 2025 e l'attuazione di numerosi progetti di ricerca vincitori di significativi grant competitivi.

In merito alla partecipazione dell'IRCCS AOUBO alle reti ERN, si conferma l'adesione a n. 12 reti ERN, così come descritte e dettagliate nella suddetta relazione.

In merito all'attività di ricerca clinica – organizzativa e degli studi clinici nell'anno 2024, a seguito della dismissione del Sistema informativo per la ricerca sanitaria (SIRER), la raccolta dei dati sulle attività di ricerca svolte in Regione e alla gestione uniforme delle attività di competenza delle segreterie dei Comitati etici territoriali (CET) e le Infrastrutture della

Ricerca stessa, è stata oggetto di un progetto per la creazione di un nuovo flusso sostitutivo di SIRER, almeno in termini di attività di rendicontazione verso la Regione stessa.

In tale contesto l'IRCCS AOUBO continua a monitorare i suoi dati, registrando per l'anno 2024 n. 434 studi complessivamente approvati (ovvero con parere favorevole/presa atto del CE) tra trial clinici (ovvero studi interventistici su farmaco, su dispositivo medico o su altra tipologia di intervento) e studi osservazionali.

Per quanto attiene all'indicatore di performance regionale, dato atto del fatto che il totale degli studi attivi 2024 è stato quantificato nel valore totale di 1670, si specifica quanto segue:

- per “N. Trial clinici attivi sul totale studi attivi” sono stati considerati gli studi interventistici con parere favorevole/presa atto del CE (ottenuto tra il 1/1/2020 e il 31/12/2024) in corso nel 2024 (ovvero che non hanno una data di chiusura o che sono stati chiusi nel corso nel 2024);
- per “n. studi osservazionali attivi sul totale studi attivi” sono stati considerati gli studi osservazionali con parere favorevole/presa atto del CE (ottenuto tra il 1/1/2020 e il 31/12/2024) che non hanno una data di chiusura o sono stati chiusi nel corso nel 2024.

Di seguito la tabella riepilogativa dei valori sopra descritti:

Tot. Studi approvati nel 2024	434
N. Trials approvati nel 2024	224
Con Farmaco	147
Con Dispositivo	11
Sperimentali (senza farmaco e senza dispositivo)	66
N. Studi osservazionali approvati nel 2024	210
Tot. Studi attivi al 2024	1670
N. Trials clinici attivi sul totale studi attivi	841/1670 (50.36%)
N. Studi osservazionali attivi sul totale studi attivi	829/1670 (49.64%)

Per quanto attiene invece alla produzione scientifica dell'IRCCS AOUBO si riporta di seguito una tabella riepilogativa con i principali valori aziendali legati alla produzione scientifica, con riferimento alle pubblicazioni inviate al Ministero della Salute nell'ambito della Ricerca Corrente di competenza d'anno (2024):

Anno	Pubblicazioni Totali inviate al MINSAL nell'ambito della RC	IFN totale	Ricercatori con almeno n. 1 pubblicazione	% per ricercatore IFN con almeno 1 pubblicazione
2024	710	3502,26	518	7,27

I suddetti valori di produzione scientifica, unitamente a quelli legati ai trial clinici, vengono riportati nella tabella che segue, al fine di rappresentarli in maniera coerente agli indicatori relativi all'area di performance della ricerca, stabiliti dalla Regione Emilia - Romagna.

Indicatore	Valore aziendale 2024
IFN (totale)	3502,26
n. medio pubblicazioni per ricercatore (con almeno una pubblicazione)	1,37
N. Trial clinici approvati da un Comitato Etico	224
N. Studi osservazionali approvati da un Comitato Etico	210
N. Trial clinici attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)	841/1670 (50.36%)
N. Studi osservazionali attivi sul totale degli studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)	829/1670 (49.64%)

I valori di cui sopra, relativi alla produzione scientifica, coerentemente alla ultime indicazioni regionali, sono stati estrapolati dalla dichiarazione sostitutiva, generata dalla piattaforma Workflow della Ricerca, strumento di rendicontazione usato anche per censire le pubblicazioni dell'IRCCS AOUBO, effettuate nell'ambito delle linee di riconoscimento.

In merito al valore "n. medio pubblicazioni per ricercatore" la Regione Emilia - Romagna ha considerato il n. di ricercatori con almeno n. 1 lavoro pubblicato nell'anno di riferimento, sul totale delle pubblicazioni rendicontate al Ministero della Salute, così come censito in occasione della rendicontazione della Ricerca Corrente.

Tali valori non tengono in considerazione gli esiti della valutazione ministeriale a seguito della quale alcune delle pubblicazioni inviate al Ministero della Salute possono essere rifiutate, se ritenute non conformi ai criteri di eleggibilità previsti nella programmazione triennale della Ricerca Corrente (RC).

Tale precisazione è opportuna per dare un'interpretazione corretta all'andamento della produzione scientifica dell'IRCCS AOUBO, come poc'anzi rappresentato.

La lettura dei dati della tabella evidenzia un aumento per il 2024 del numero di pubblicazioni e dell'IF normalizzato totale inviate al Ministero della Salute, collegato sia ad un aumento costante nel tempo della produzione scientifica, sia ad un incremento della correttezza dell'affiliazione da parte dei ricercatori IRCCS AOUBO.

Nel corso degli anni, grazie al potenziamento della Biblioteca Scientifica della nostra Istituzione, afferente alla Segreteria Scientifica e Workflow della Ricerca, tale processo è stato monitorato con maggior consapevolezza, così da identificare ex ante le pubblicazioni utili alla rendicontazione della RC, limitando considerevolmente i riscontri negativi del Ministero in fase di valutazione (il dato relativo alla % di rifiuto delle pubblicazioni nel contesto della RC2021 è pari circa a 50,5%, mentre per la RC2022 è del 18,5% e per la RC2023 è diminuito ulteriormente all' 11,75%).

I rapporti tra l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e l'Alma Mater Studiorum di Bologna sono disciplinati in coerenza con il vigente accordo attuativo; in esso sono definiti i principi generali e le finalità, diretti - nell'ambito delle rispettive autonomie - a coordinare la programmazione e le attività di comune interesse, con riferimento alle forme di integrazione tra attività assistenziale, didattico-formativa e di ricerca.

A seguito del riconoscimento dell'Azienda ad IRCCS, le due istituzioni hanno rafforzato le forme di collaborazione dirette alla progressiva revisione dei percorsi comuni, in un'ottica di crescente integrazione e razionalizzazione.

Nello specifico, prosegue la concreta collaborazione con il Service di Area Medica (SAM) di Unibo per la programmazione e gestione dei percorsi funzionali allo svolgimento di attività assistenziali da parte di personale universitario, con particolare riferimento:

- allo sviluppo dei percorsi di inserimento in assistenza dei Medici in Formazione Specialistica dell'Università di Bologna, in particolare alla luce dell'approvazione del protocollo d'intesa sulla formazione specialistica dei laureati in medicina e

chirurgia, formalizzata con deliberazione della Giunta Regionale n° 1406 del 1° Luglio 2024;

- alla predisposizione di percorsi congiunti per lo svolgimento di attività assistenziali da parte di dottorandi, assegnisti di ricerca, ove funzionale allo svolgimento dell'attività progettuale assegnata; in merito si sottolinea che nel corso del 2024 sono stati definiti i contenuti dell'accordo tra IRCCS e UniBo, sull'impiego nell'attività assistenziale dei dottorandi e dei titolari di assegni di ricerca in discipline mediche e chirurgiche e in discipline sanitarie (accordo la cui sottoscrizione è prevista per l'inizio del 2025);
- all'armonizzazione dei rispettivi regolamenti in materia di incarichi extraistituzionali, con l'obiettivo di favorire quanto più possibile - attraverso una coerente applicazione delle disposizioni normative in materia - l'allineamento tra le relative discipline; sul tema è insediato uno specifico tavolo di lavoro col coinvolgimento dei settori competenti delle due istituzioni;
- alla promozione congiunta di attività rivolte allo sviluppo di competenze formative del personale SSN ed il corretto riconoscimento delle attività didattico-formative rese.

Con riferimento all'integrazione nel campo della ricerca si segnala che è proseguita la fattiva collaborazione con UNIBO su plurime tematiche di interesse comune condivise nell'ambito del tavolo di lavoro congiunto IRCCS AOU Bo/Università di Bologna che si è riunito con cadenza mensile.

In particolare nel corso dell'anno 2024 è stata data attuazione all'accordo quadro sulle attività di ricerca no-profit con finalità congiunte che prevedono trasferimento di fondi da un ente all'altro e le linee guida sulla partecipazione a bandi di finanziamento e sulla promozione e conduzione di studi clinici. Ciò ha consentito in particolare di individuare percorsi condivisi nel settore della progettazione in ambito nazionale e internazionale funzionali alla partecipazione di personale IRCCS e UNIBO a bandi di ricerca. In tale contesto è stata altresì garantita la partecipazione all'attività di ricerca dell'IRCCS di nuovi ricercatori universitari, nell'ambito delle Piattaforme di Ricerca di nuova costituzione, tramite la definizione di nuovi allegati A3 all'Accordo Attuativo Locale, che hanno portato al coinvolgimento di 35 ricercatori universitari.

In tema di trasferimento tecnologico è inoltre proseguita la fattiva collaborazione fra i rispettivi uffici dei due Enti nella logica della titolarità congiunta, sancita dall'art. 12 dell'Accordo Attuativo Locale di cui sopra.

Proseguono inoltre i tavoli attività su specifiche progettualità, nonché su temi trasversali quali la sicurezza dei lavoratori, l'utilizzo di spazi ed attrezzatura e la gestione del dato e della compliance rispetto alla normativa privacy.

Con riferimento alle tematiche relative alla condivisione di spazi tra Azienda e UNIBO e in considerazione degli importanti lavori di ristrutturazione/nuova costruzione di Padiglioni, nonché a tematiche trasversali quali, sorveglianza sanitaria, luoghi, personale e attrezzature dedicate alle Piattaforme di ricerca è continuata la fattiva collaborazione tra le due Istituzioni

su plurime tematiche di interesse comune condivise nell'ambito del tavolo di lavoro congiunto IRCCS AOU Bo/Università di Bologna che si è riunito con cadenza mensile.

3.3.2. SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO E DELLA FORMAZIONE

PIANO AZIENDALE DI FORMAZIONE

E' stato predisposto il Piano Annuale di Formazione (PAF) 2024.

Il piano ha mantenuto la struttura degli anni precedenti, seguendo un'impostazione nella quale le proposte formative sono state suddivise nelle seguenti sezioni:

- **formazione trasversale:** effettuata in prevalenza dalle strutture/servizi trasversali in staff e in line alla Direzione Aziendale con il coordinamento della Formazione, in relazione allo sviluppo di obiettivi aziendali ad elevata rilevanza strategica o sulla base degli esiti provenienti dal sistema di valutazione delle competenze;
- **formazione dipartimentale:** derivante da dai fabbisogni espressi a livello dei servizi trasversali, dei Dipartimenti e delle Unità Operative e tiene conto degli obiettivi definiti nella programmazione regionale e aziendale di riferimento;
- **formazione sulla sicurezza dei lavoratori:** formazione in tema di "sicurezza nei luoghi di lavoro ai sensi del D.lgs. 81/2008 e D.lgs. 101/2020;
- **formazione scientifica:** racchiude la formazione promossa dalla Direzione Scientifica e dalle UO ad essa afferenti.

Questa nuova forma ha permesso una migliore pianificazione delle attività e una diffusione delle stesse tra il personale dipendente dell'azienda, che vede raccolta tutta la proposta formativa in un unico documento programmatico: in tal modo è stato possibile ottimizzare la programmazione degli eventi e favorire al contempo la partecipazione del personale.

Nello specifico la formazione in tema di **Ricerca** ha beneficiato della consolidata organizzazione strutturata nell'ultimo biennio. L'attività di coordinamento svolta dalla Direzione Scientifica, con il supporto dell'animatore di formazione e di una figura specifica dedicata alla programmazione dell'attività formativa di ricerca collocata all'interno della SS Formazione, ha garantito efficienza e qualità nello sviluppo di tali funzioni.

La programmazione 2024 ha infatti perseguito l'orientamento volto a promuovere la formazione dei professionisti, anche nell'ambito della ricerca, allo scopo di creare un contesto di riferimento capace di favorire e 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(Clinical Trial Quality Team) con sessioni di approfondimento sul ruolo del

farmacologo, etica della ricerca, gestione IMP (Investigational Medicinal Product) e procedure di riferimento, è stato proposto;

- un percorso formativo specifico sui capitoli delle Good Clinical Practices (Starter Pack per Study coordinator) e un evento sulle procedure all'interno dell'IRCCS AOUBO per l'attivazione delle Sperimentazioni secondo EU-CTR per study coordinator e i data manager;
- relativamente ai bandi competitivi europei, la formazione rivolta ai ricercatori IRCCS allo scopo di fornire nozioni e competenze utili alla progettazione, nell'ottica di creare un contesto sempre maggiormente favorevole alla conduzione di progetti di ricerca e studi clinici;
- un incontro sulla scrittura delle revisioni sistematiche e 5 edizioni del corso base, 3 del corso avanzato sulla piattaforma REDCap per le eCRF degli studi clinici di cui l'IRCCS è promotore.

A novembre 2024 è stata realizzata la seconda 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 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 tratta temi trasversali che riguardano la ricerca in tutti i suoi aspetti.

Infine, nel corso del 2024 è stata inaugurata 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 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.

Alla programmazione effettuata a livello aziendale è stata affiancata una progettualità di allineamento rispetto a processi comuni e trasversali con altre aziende sanitarie, condividendo così aree di eccellenza su tematiche specifiche. È proseguita, infatti, l'azione di coordinamento della formazione di Area Vasta Emilia Centro attraverso la programmazione di eventi nel PAF in cui, con il coinvolgimento delle Direzioni Aziendali, sono stati proposti alcuni temi dell'Area Amministrativa e Sanitaria ritenute rilevanti e trasversali.

Ha trovato continuità anche l'attività di Provider nei confronti di enti esterni quali Regione Emilia-Romagna, Università degli Studi di Bologna ed altre istituzioni, attraverso l'attività di supporto e di accreditamento ECM di specifici eventi.

E' stata inoltre predisposta la Relazione Annuale di Formazione che mostra come i numeri di partecipanti e ore di formazione erogate siano in linea con gli anni precedenti. Come da indicazioni regionali, sono state costruite e realizzate iniziative formative specifiche in modalità blended per le quali è stata programmata la successiva valutazione di impatto organizzativo.

3.4 SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: DIMENSIONE DELLA SOSTENIBILITÀ

3.4.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

PIANO DI SOSTENIBILITÀ

L'Azienda nel corso del 2024 è stata impegnata al rispetto del vincolo di bilancio assegnato e ha provveduto a garantire:

- il costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario;
- la partecipazione al sistema di monitoraggio bimestrale dell'andamento delle gestioni aziendali ed in particolare alle verifiche sul rispetto degli obiettivi di budget definiti dalla Regione secondo le tempistiche definite;
- alla presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato;

ad applicare la 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 2023	Target Atteso 2024	Risultato 2024
IND1151 – Accuratezza di predisposizione delle stime per il monitoraggio economico bimestrale delle gestioni aziendali e rispetto delle tempistiche di trasmissione	100%	100%	100%
IND1152 – Accuratezza di predisposizione delle rendicontazioni dei costi richieste dal livello ministeriale (es. Panflu, costi sostenuti per i profughi ucraini) e rispetto delle tempistiche di trasmissione	100%	100%	100%

GOVERNO DEI PROCESSI DI ACQUISTO FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

Nell'ambito delle azioni previste per la realizzazione del piano di sostenibilità sono previste azioni specifiche di governo della spesa ospedaliera per farmaci e dei dispositivi medici. La programmazione regionale ha definito formalmente i budget di spesa 2024 che per questa azienda vedono un obiettivo di spesa per acquisto ospedaliero per farmaci (esclusi i farmaci innovativi, l'ossigeno, i vaccini) di 179,066 milioni di euro, con un incremento di +19,3 milioni (+12,1%) rispetto all'anno precedente. Nella definizione dei budget è stata considerata la spesa dovuta a farmaci con scadenza del requisito di innovatività nel 2023 o nel corso del 2024 che pertanto vengono esclusi dagli specifici fondi, nonché l'incremento dei consumi per i gruppi terapeutici a maggior impatto di spesa (oncologici, immunosoppressori, farmaci per le malattie rare, terapie avanzate, ecc.) a seguito di ampliamento dei casi arruolati, l'estensione di indicazioni terapeutiche e l'immissione in commercio di nuovi prodotti. Sono stati quantificati i risparmi che derivano dal ricorso al farmaco economicamente più vantaggioso, a parità di altre condizioni, e dall'adesione alle gare medicinali aggiudicate. La spesa farmaceutica per acquisto ospedaliero riferita all'anno 2024, registrata sulla base dei dati relativi al 14° invio dei flussi informativi (AFO, FED) è stata pari a 174.801.403 mln di € (+10,1% vs 2023).

Per la spesa relativa ai farmaci innovativi (oncologici e non oncologici) è previsto un finanziamento tramite fondo dedicato, per l'anno 2024 il finanziamento regionale per AOUBO del Fondo Farmaci Innovativi Oncologici e Non Oncologici è stato fissato a 17.313.625 €.

La spesa totale registrata da AOUBO per l'anno 2024 è stata di 17.117.424 € (dati del 14° invio RER sulla spesa farmaceutica ospedaliera) pari ad un assorbimento del 99% rispetto al finanziamento assegnato, così suddivisa: 13,963 mln di € per i farmaci innovativi oncologici (-1,7% vs 2023), di cui 4,8 mln di € per terapie CART, e 3,154 mln di € per i farmaci innovativi non oncologici (+6,8% vs 2023).

Per l'acquisto di dispositivi medici nel 2024 è stata prevista una spesa a livello regionale di 694,3 milioni di euro corrispondente a +4,5% rispetto al 2023, con scostamenti differenziati fra le Aziende sanitarie. Concorrono a tale volume economico gli incrementi derivanti dall'impiego della chirurgia robotica, dai dispositivi per la gestione del diabete, dalle protesi ortopediche, dalla diagnostica oncologica e dai dispositivi in uso in ambito cardiovascolare, sono individuati risparmi generati da una migliore appropriatezza d'uso degli endoscopi monouso e da aggiudicazioni di gare d'acquisto centralizzate con favorevole rapporto qualità-prezzo. Per l'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna che, al IV trimestre 2023, ha presentato una spesa per dispositivi medici pari a 76.626.928 euro, è stato previsto un incremento di 1.982.751 euro (pari al 2,6%) che ha determinato un obiettivo di budget per il 2024 di 77.609.679 euro.

Relativamente alle voci di dispositivi medici più significativi, si riporta il dettaglio di spesa 2024 nella tabella di seguito (Tab. 1):

Tab.1 – Dettaglio spesa 2024 principali conti dei DM

CE	2024
Dispositivi medici	42.810.791
Dispositivi medici impiantabili non attivi	20.245.000
Dispositivi medici per dialisi	1.450.000
Materiale radiografico e diagnostici di radiologia	98.662
Strumentario e ferri chirurgici	2.531.100
Dispositivi medici impiantabili attivi	4.815.440

DM ad alto impatto economico

Per favorire il contenimento della spesa, la Regione ha individuato alcuni determinanti per categorie di DM sui quali distribuire gli aumenti o diminuzioni di spesa rispetto al 2023 che costituiscono l'obiettivo di spesa 2024. 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 2024 il maggiore incremento in termini economici rispetto all'anno precedente e rispetto all'obiettivo RER (Tab.2):

Tab.2 – Determinanti di spesa 2024 vs 2023: maggiori voci in aumento

DETERMINANTI DI SPESA	2024	2023	Delta
DISPOSITIVI PER ABLAZIONE DI FOCI ARITMOGENI	829.590	397.923	+431.667
SUTURATRICI MECCANICHE	2.896.209	2.787.359	+108.849
DISPOSITIVI PER ELETTROCHIRURGIA	829.590	397.923	+339.564
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	1.286.817	939.815	+347.002

LENTI INTRAOCULARI	242.749	184.914	+57.835
BRONCOSCOPI MONOUSO	276.984	211.672	+65.313

L'aumento di spesa sopra riportato relativamente alla categoria dei dispositivi per ablazione dei foci aritmogeni è dovuto principalmente all'utilizzo di tecniche ablativo più innovative e costose (elettroporazione a campo pulsato e laser rispetto alla crioablazione e alla radiofrequenza), mentre per le altre categorie la maggiore spesa è riconducibile all'aumento di attività chirurgica prevista dal piano produzione per l'abbattimento delle liste di attesa che ha visto coinvolte diverse specialistiche quali chirurgia generale, oculistica, ortopedia e cardiocirurgia.

Oltre ai driver di spesa monitorati su indicazione regionale, è stato effettuato un costante controllo dei costi relativamente ai DM impiantabili ad alto costo, utilizzati principalmente in ambito cardiovascolare. Tra tali DM, le categorie che hanno evidenziato il maggiore aumento di spesa nel 2024 rispetto al 2023 sono state le seguenti (Tab.3):

Tab.3– DM impiantabili in aumento rispetto al 2023: dettaglio spesa

	2024			2023			Delta	
	Impianti	Importo	Costo Medio	Impianti	Importo	Costo Medio	Impianti	Importo
VALVOLE CARDIACHE	640	1.487.793	2.325	548	1.186.609	2.165	+92	+301.184
PACEMAKER IMPIANTABILI	351	630.122	1.795	276	453.011	1.641	+75	+177.111
PROTESI ORTOPEDICHE	510	1.050.762	2.060	461	861.353	1.868	+49	+189.409
TOTALE	1.501	3.168.676		1285	2.500.973		+216	+667.704

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ed il Piano Nazionale Complementare (PNC) che si articola in sei missioni, ha previsto, come già rappresentato nell'anno 2023, finanziamenti per l'Azienda Ospedaliero Universitaria deputati alla realizzazione di interventi che spaziano, relativamente all'area dei beni e dei servizi, dall'innovazione del parco tecnologico ospedaliero alla digitalizzazione della struttura ospedaliera, oltre che all'istruzione e ricerca; gli affidamenti dei beni e dei servizi sono stati perfezionati mediante adesioni a convenzioni Intercent-er e/o Consip dedicati alle specifiche missioni o, in mancanza, attraverso procedure di gara ad hoc confezionate che riportano principi, obblighi e impegni inderogabilmente previsti per il conseguimento dei traguardi e delle milestone connessi ai medesimi finanziamenti.

L'attività del 2024 ha riguardato, in coerenza a quanto avviato e perfezionato nell'anno 2023, gare PNRR, procedure di acquisti già programmati, attività di governo procedurale, controlli, verifiche, rendicontazioni documentali, trasmissione dati che interesseranno anche gli anni successivi fino al completo raggiungimento degli obiettivi sottesi all'espletamento delle medesime attività.

E' stata una sfida poderosa anche alla luce delle novità entrate in vigore dall'1 gennaio 2024 riguardanti la digitalizzazione dell'intero ciclo degli appalti e dei contratti pubblici.

Le fasi di programmazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione degli appalti e concessioni sono state interamente gestite utilizzando la piattaforma di approvvigionamento digitale certificata (SATER).

Detta piattaforma è stata implementata con la redazione, acquisizione degli atti relativi alle varie procedure di gara, presentazione del Documento di gara unico europeo, presentazione delle offerte, apertura, gestione e conservazione del fascicolo di gara, aggiudicazione.

L'intero processo è stato contrassegnato da un'intensa attività di formazione da parte del servizio acquisti (SAAV); le modalità di utilizzo della piattaforma sono state illustrate nel corso di tutto l'anno 2024 a tutti gli operatori dipendenti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna Policlinico Sant'Orsola Aziende Sanitarie, al fine di consentire agli stessi di acquisire nozioni, informazioni, elementi necessari ad assolvere le funzioni istituzionalmente loro attribuite.

Gli acquisti sono stati dunque perfezionati utilizzando i nuovi sistemi di gestione dei codici identificativi delle gare e delle comunicazioni obbligatorie all'Anac nell'ambito dell'ecosistema nazionale di approvvigionamento digitale, i cui pilastri si fondano nella Banca dati nazionale dei contratti pubblici, nel fascicolo virtuale dell'operatore economico, nelle piattaforme di e-procurement e nell'utilizzo di procedure automatizzate.

L'anno 2024 è stato dunque contrassegnato da nuove opportunità di governo della spesa per beni e servizi tradottisi in strumenti atti a consentire il monitoraggio del ciclo degli approvvigionamenti in tutte le sue fasi.

La stretta interrelazione con Intercent- ER e i provveditori dell'Area Vasta Emilia Nord e dell'Ausl della Romagna ha consentito di portare avanti al meglio le opportunità legate alla

digitalizzazione e rendere sempre più efficiente l'impiego delle risorse, unificando le iniziative al fine di creare uniformità su tutto il territorio regionale e conseguire quelle economie di scala che ci si attende dall'unificazione dei servizi.

Le procedure di gara esperite hanno riguardato tutti i settore merceologici dei beni e servizi atti e necessari a garantire lo svolgimento delle attività sanitarie; tra le procedure innovative si segnala la concessione per la reingegnerizzazione dei processi e l'erogazione dei servizi per la gestione e tracciabilità dei dispositivi medici monouso e impiantabili.

Detta iniziativa è finalizzata ad introdurre strumenti di automazione e digitalizzazione dei processi garantendo tracciabilità dei medesimi dispositivi fino al paziente, miglioramento qualitativo, con abbattimento di errore e risparmio di tempi, monitoraggio di spesa con riduzione delle scorte, giacenze, consumi, superamento dei limiti della logistica.

A ciò si aggiunge l'iniziativa avviata e deputata all'esternalizzazione dei servizi di gestione delle centrali di sterilizzazione attraverso operazioni di partenariato pubblico privato.

L'Azienda ha conseguito l'obiettivo di acquisto di beni e servizi attraverso procedure centralizzate di spesa per beni e servizi oggetto di convenzione regionale o di Consip (66% del totale). La possibilità di realizzare tale obiettivo è stata essenzialmente determinata dal numero delle convenzioni attivate dall'Agenzia Regionale o da Consip. Da gennaio, le principali adesioni di valore economico rilevante, sono state per l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna verso Intercent-ER quelle relative ai farmaci esclusivi e non, ai radiofarmaci, alla convenzione per la fornitura di aghi e siringhe, di medicazione avanzata, di protesi d'anca, di nutrizione parenterale, di dispositivi medici, diabetologia ospedaliera, oltre servizi informatici, per la maggior parte riedizione di precedenti convenzioni. Per quanto riguarda Consip, oltre materiale/servizi informatici, si rileva l'adesione ai dispositivi medici e informatici.

ACQUISTO DI SERVIZI SANITARI

Il 2024 ha visto la prosecuzione di accordi/convenzioni tra pubbliche amministrazioni ma anche con soggetti privati accreditati, per la fornitura di prestazioni e/o servizi sanitari a completamento della diagnosi e per l'assistenza a pazienti in cura presso il Policlinico.

Gli accordi convenzionali sono finalizzati a fornire una risposta più ampia e tempestiva ai pazienti in lista d'attesa, data la difficoltà dell'Azienda a smaltire e garantire l'espletamento degli interventi nelle tempistiche congrue (si citano ad esempio: la convenzione di chirurgia otologica, di ginecologica, di chirurgia robotica urologica e ginecologica, di cardiocirurgia pediatrica).

Inoltre, in una prospettiva di ottimizzazione dei percorsi di cura, sono state sottoscritte convenzioni volte a sviluppare le clinical competence e valorizzare l'expertise dei professionisti; si evidenziano, in particolare, le convenzioni di teleconsulto neurochirurgico e neuro radiologico nonché le convenzioni per l'acquisizione di specifiche professionalità, ad esempio in relazione a malattie metaboliche pediatriche, oppure relativamente alla fornitura di analisi/esami mediante tecnologie avanzate: sequenza genetica, chimerismo, chimica qualitativa e quantitativa di nuovi farmaci (tailored therapy); ciò, anche in un'ottica di efficientamento della spesa, nella gestione dei farmaci e dei dispositivi, al fine di contribuire a un programma di governance della spesa farmaceutica nell'area metropolitana di Bologna. Con l'obiettivo di una maggiore e ancora più fattiva collaborazione nella gestione delle liste di attesa chirurgiche dell'area metropolitana al fine di garantire continuità assistenziale ai propri pazienti, si è avviato un ampliamento in ambito di chirurgia robotica per la gestione dei pazienti da sottoporre al trattamento chirurgico endoscopico per l'ipertrofia prostatica benigna con il laser ad holmio (HoLep: holmiumenucleation of prostate).

Sempre col medesimo obiettivo di cui sopra, nel corso dell'anno 2024 è stato adottato il "Regolamento per la disciplina delle attività di carattere scientifico, didattico, formativo e di ricerca collaborativa e commissionata" (in una prima versione, con deliberazione 149 del 24 Aprile 2024 e, nella sua ultima revisione, con delibera 401 del 27 Novembre 2024), finalizzato a strutturare percorsi in relazione ai seguenti ambiti:

- attuazione di comuni progetti di ricerca e di protocolli di assistenza, per garantire al paziente le migliori condizioni assistenziali e le terapie più avanzate;
- regolamentazione dell'attività di ricerca, consulenza e/o servizio su commissione di un Terzo (anche privato) volta alla circolazione delle conoscenze e allo scambio scientifico;
- disciplina dello svolgimento di attività didattico-formative e/o percorsi di formazione erogati a vantaggio di terzi (anche privati) volti alla collaborazione interdisciplinare tra operatori sanitari (medici, infermieri, farmacisti, tecnici) per promuovere standard di qualità e di sicurezza dei servizi erogati nell'ambito sanitario.

Inoltre, le sfide che il contesto sanitario odierno deve affrontare hanno reso necessario rimarcare le opportunità derivanti dal lavoro integrato e in rete sia nel contesto regionale sia

nell'ambito dell'area metropolitana bolognese. I progetti interaziendali, basati sull'integrazione dei processi e dei percorsi tra le Aziende sanitarie, rappresentano forme organizzative che consentono di portare ad una strutturata riduzione della complessità organizzativa, ad un aumento della qualità e dell'efficienza dei servizi offerti e ad un miglioramento della sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale.

Inoltre, l'istituzione nell'area metropolitana di Bologna di forme progettuali di integrazione interaziendale nei servizi clinico-assistenziali assume una rilevanza prioritaria per l'omogeneizzazione dei metodi e dei percorsi e per l'unificazione dei criteri di accesso, di priorità e di inserimento nelle liste d'attesa dei cittadini/pazienti utile a ridurre i tempi di presa in carico e le disomogeneità di cura.

In tale ottica, l'Azienda ha sottoscritto o rinnovato degli accordi interaziendali e/o metropolitani su tematiche cliniche specifiche al fine di usufruire dei benefici che tali accordi possono determinare quali il miglioramento dei percorsi di cura per garantire ai pazienti un trattamento più idoneo, l'integrazione dei servizi di assistenza ai pazienti in un unico processo coordinato tra persone, funzioni e unità operative, lo sviluppo e l'acquisizione di competenze che permetteranno di raggiungere una razionalizzazione delle risorse evitando duplicazioni di servizi, l'ampliamento della rete formativa per gli studenti delle scuole di specializzazione ecc..

Tra i principali accordi interaziendali rinnovati nell'anno 2024 si annoverano:

- l'accordo tra l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e l'Azienda USL di Bologna per la gestione unificata delle attività di chirurgia metabolica e dell'obesità;
- la convenzione tra l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e l'Azienda USL di Bologna-IRCCS ISNB per lo sviluppo e l'integrazione delle attività di neurochirurgia pediatrica;
- l'accordo per la gestione unificata delle attività di neuroradiologia tra l'Azienda USL di Bologna-IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche e l'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna;
- l'atto di Intesa con l'Alma Mater Studiorum Università di Bologna e l'accordo tra IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola, Azienda USL di Bologna e Azienda USL di Imola per la gestione unificata delle attività di chirurgia vascolare.

Infine, nel corso dell'anno 2024, a seguito dell'approvazione del nuovo progetto di riorganizzazione della rete dermatologica, è stato sottoscritto l'accordo tra IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Azienda USL di Bologna e Alma Mater Studiorum-Università di Bologna per la gestione unificata dell'attività dermatologica.

ACQUISTO DI SERVIZI E SERVIZI DI SUPPORTO ALLA PERSONA

Servizi appaltati

Tenuto conto degli obiettivi fissati dalle Linee di Programmazione del sistema sanitario regionale per il 2024 che prevedono di rilevare il valore degli acquisti effettuati tramite le iniziative regionali o in caso di assenza di iniziative regionali, da Consip s.p.a. e gli acquisti di beni legati al PNRR o PNC effettuati tramite le Aziende Sanitarie Capofila delegate dalla Direzione Generale cura della persona, salute e welfare – dov'è stato possibile, anche per l'anno 2024, si è aderito a convenzioni IntercentER o agli altri strumenti di acquisto tramite iniziative centralizzate.

Le procedure di scelta del contraente hanno visto le Aziende Sanitarie dell'Area Metropolitana procedere d'intesa nella definizione di criteri tecnici condivisi che hanno portato ad affidamenti di appalti ad un unico fornitore per tutte le Aziende. Ricadute positive si sono realizzate con l'omogeneizzazione delle attività ed economie di scala si sono realizzate per la struttura che gestisce le gare in Area Vasta.

Il 2024 ha visto la definizione dei fabbisogni per aderire alla Convenzione Intercent-ER "Raccolta, trasporto e conferimento dei rifiuti speciali delle Aziende sanitarie 5", nonché alla compilazione dell'indagine sui fabbisogni per i servizi di vigilanza armata, portierato, ecc. che IntercentER bandisce in qualità di soggetto aggregatore.

Dove i servizi sono rimasti peculiari per ciascuna Azienda i professionisti hanno collaborato attivamente per realizzare capitolati sempre più rispondenti alle esigenze espresse.

Servizio di trasporto pazienti

Nel corso del 2024 sono proseguite le attività di organizzazione del trasporto pazienti in particolar modo per quello intraospedaliero in appalto.

E' stato rivisto il servizio in funzione dell'organizzazione sanitaria e tenuto conto delle esigenze del paziente, in modo da efficientarne la gestione, migliorare le tempistiche, mantenendo il controllo e il monitoraggio delle attività.

A seguito di approfondita analisi dei servizi già erogati e di quelli richiesti per effetto dei trasferimenti interni di Unità Operative nel campus aziendale si è dato luogo ad una rimodulazione dei trasporti che ha portato a una diversa organizzazione del personale addetto ai trasporti stessi.

Gli addetti al trasporto pazienti dell'Area Emergenza e intra Padiglione 5 sono stati organizzati su fascia oraria e giorni definiti in base al numero di richieste medie di trasporto rilevate nel periodo di analisi e, in accordo con il personale sanitario e le Direzioni di riferimento, si è dato corso ad una sperimentazione di un servizio con presenza fissa, in base a orari e giorni definiti, di personale in appalto che opera in modo dedicato alle richieste dei trasporti intra-padiglione delle due suddette zone.

Sempre nel 2024, su indicazione della Direzione Sanitaria si è dato seguito all'avvio dell'Admission Room, per agevolare il deflusso del Pronto Soccorso Generale trasferendo i pazienti al Padiglione 2 in modo da garantire l'attività entro le ore 11:00 della medesima giornata. Parallelamente al Padiglione 2 è stato attivato un trasporto dedicato per il trasferimento dei pazienti intra Padiglione, che in funzione dell'Admission vengono trasferiti ai diversi reparti di degenza.

A livello informatico si è proseguita l'attività già in essere sviluppando la maschera dell'applicativo Order Placer - OP - che inoltra le richieste di trasporto alle due centrali operative: Centrale Operativa Unificata - COU - e Centrale dell'Appalto per la gestione integrata dei servizi di supporto cd Multiservizi.

Per migliorare l'invio delle richieste alle Centrali è stata:

- redatta una griglia riportando tipologie di priorità principali, criteri di richiesta trasporto, relativi tipi di trasporto consentiti, i tempi che i trasportatori della COU e dell'Appalto sono tenuti a rispettare e i contenuti dei messaggi che l'applicativo OP deve mostrare agli utenti sulla base delle selezioni, poi riportate in una release dell'OP;
- effettuata l'integrazione, con tecnologia Web Service, tra Code Repository - sorgente dati unica, rappresentata da database aziendale - e Appalto per aggiornamenti in tempo reale delle codifiche anagrafiche (SezUO). L'applicativo Order Placer e quello dell'Appalto infatti per poter viaggiare sincroni devono possedere nel loro database le stesse informazioni circa i nominativi dei Reparti (codificati come SezUO) nonché le descrizioni degli stessi.

Si è infine proceduto alla predisposizione del nuovo Manuale dei Trasporti MA15 e all'aggiornamento del collegato MANUALE ORDER PLACER - Procedura per l'inserimento di richieste di trasporto pazienti - con formazione all'uso del portale per il personale sanitario coinvolto.

Servizi alberghieri

Nell'anno 2024 l'appalto per la gestione dei servizi integrati di supporto alla persona, che consistono, sostanzialmente, nella pulizia, lavanolo, movimentazione cose, accompagnamento utenti ed altre attività, tutte essenziali per la sicurezza, il benessere, il comfort di accoglienza dei pazienti e dell'utenza delle strutture sanitarie ed ospedaliere è proseguito in sincronia con le attività sanitarie e assistenziali dell'Azienda.

Il Portale Unico si connota per una rappresentazione dematerializzata dei servizi in appalto, della loro rendicontazione, del loro monitoraggio e della creazione di un database di relazione tra "unità contabili aziendali" e "vani fisici" aziendali (le c.d. "anagrafiche aziendali" - master data). Nel corso del 2024 si è consolidata la lettura del badge aziendale a consuntivazioni di servizi eseguiti, per mantenere l'ownership dei dati nell'ambito aziendale, con l'obiettivo di un miglioramento continuo nei livelli di servizio, la riduzione del tempo

sanitario per attestare i servizi e il conseguente risparmio di tempo amministrativo per il ciclo passivo dell'appalto.

Nel corso del 2024 il Portale è stato implementato per completare la gestione del processo riguardante la rendicontazione economica dell'appalto e quello di monitoraggio, con l'uso di checklist digitalizzate riportate nei device utilizzati in fase di controllo congiunto.

E' stata altresì portata a completamento sul Portale Unico la tracciabilità anche per quei servizi gestiti da Strutture che non hanno budget proprio ma che sono comunque inseriti nell'ambito dell'appalto.

L'anno 2024 ha visto la sperimentazione al Pad. 5 del progetto di gestione della movimentazione del materiale biologico voluto dall'Azienda al fine di perseguire gli obiettivi di innovazione, efficientamento ed ottimizzazione dell'attività in appalto.

Il gestore aveva il compito di realizzare un sistema di tracciabilità informatica in grado di: fornire dati accurati riguardo la locazione e lo stato dei campioni biologici, così come di registrare ogni passaggio e transizione; garantire una mappatura precisa e puntuale del processo di passaggio di consegna dei campioni biologici tra i differenti operatori coinvolti, monitorando il flusso del materiale biologico con precisione; rendere facilmente accessibili ed integrabili i dati temporali al fine di assicurare la conformità dei campioni agli standard richiesti per le analisi; facilitare l'accesso alle informazioni tracciate, consentendo agli operatori di verificare i dettagli del trasporto, dei tempi di partenza ed arrivo al laboratorio di destinazione, fino alla specificità del singolo campione; poter generare una reportistica periodica che permetta di valutare l'andamento del servizio, fornendo uno strumento di controllo continuo sulla qualità e l'efficienza del servizio offerto.

A esito positivo della sperimentazione e con la messa a punto delle attrezzature a corredo, nel corso del prossimo anno l'Azienda intende dar avvio alla gestione con il nuovo Sistema di Tracciabilità del Materiale Biologico.

Alimentazione e servizi di ristorazione

L'organizzazione e la gestione del servizio a livello aziendale si mantiene su un'area di forte impegno ed investimento della struttura, fondamentale per garantire una buona qualità del servizio.

Nel corso del 2024 l'intervento di ristrutturazione iniziato a fine 2023 è entrato nel vivo: la necessità di portare avanti i tempi serrati della ristrutturazione e in contemporanea, mantenere la produzione dei pasti per degenti e dipendenti, ha concentrato gli sforzi del personale a tutti i livelli. La prima fase si è conclusa a giugno 2024 e, dopo circa 30 gg, necessari per l'accantonamento di alcune attrezzature e lo spostamento di altre, si è proceduto a spostare il cantiere nell'area di produzione della cucina. I lavori si sono conclusi a novembre 2024 e la cucina è tornata pienamente produttiva a inizio dicembre.

Anche per il 2024 si conferma il trend di aumento della produzione pasti sia degenti che mense e, in linea con ciò, l'aumento dei costi per l'acquisto dei prodotti alimentari. Da evidenziare, come già previsto nel 2023, l'aumento dei costi è dovuto soprattutto all'adesione alla Convenzione Intercenter Derrate 5, in particolar modo sui prodotti di maggior utilizzo dell'Aosp.

In termini di produzione si rappresentano i seguenti dati:

- aumento complessivo della produzione dei pasti di n.25.596 pasti pari a +2,1% su base annua (pasti 2024 n. 1.223.679 vs 1.209.015 pasti 2023);
- aumento del costo complessivo delle derrate alimentari, in considerazione degli aumenti dei prezzi riconosciuti nella nuova gara IntercentER e dell'aumento della produzione del +2,1% registra di conseguenza, per l'anno 2024, un aumento del +16% (costo totale 2024 € 3.815.351 vs costo totale 2023 €3.285.875).

Si conferma il mantenimento del servizio di Mensa Take Away per il pranzo e del pasto serale per gli operatori in turno notturno.

Il fabbisogno della cucina in termini di personale si conferma a n.103 operatori. Al 31/12/2024 gli operatori presenti in cucina erano n.95.

Nel corso del 2024 è stato espletato il concorso, bandito nel 2023, da cuoco diplomato ex cat. Bs e attinto dalla graduatoria per coprire il turn over dei pensionamenti e altre uscite. Sempre nel 2024 è stata attivata un'asta tramite centro per l'impiego per l'inserimento di figure di supporto ai cuochi (operatori tecnici di cucina ex cat. B).

Sul fronte della ricerca si conferma anche per il 2024 la collaborazione con il Settore Dietetico e della Nutrizione clinica per l'introduzione di nuove ricette.

Per il Progetto di recupero pasti prodotti e non consegnati, in collaborazione con "Last Minute Market"; i pasti donati alla Cooperativa Open Group nel 2024 sono stati circa 15023 per una media giornaliera di 49 pasti recuperati al giorno, in linea con gli anni precedenti;

Per il Progetto Lavoratori Pubblica Utilità; si conferma il consolidamento della collaborazione con il Tribunale di Bologna con l'inserimento in cucina di n. 455 lavoratori nell'anno vs n. 439 lavoratori del 2023 e un aumento del n. di ore lavorate (n. 41.961 del 2024 vs n. 41.181 del 2023) con turni e presenze differenziate.

Concessione servizi commerciali

Per quanto attiene ai servizi commerciali il 2024 ha visto l'attivazione di un nuovo servizio di food track in sperimentazione nel periodo estivo che ha dato buoni risultati e che si ritiene di riproporre anche per il 2025 e l'attivazione di un servizio di deposito bagagli presso l'atrio del pad.5.

La gestione degli spazi pubblicitari ha visto l'introduzione di 2 rotori pubblicitari in sostituzione dei pannelli pubblicitari tradizionali fissi.

Sono cominciati gli incontri con il SAAV per definire i nuovi scenari dettati dalla nuova Gara di Concessione da effettuare tra fine 2025 e primi 6 mesi del 2026.

PROGRAMMA REGIONALE GESTIONE DIRETTA DEI SINISTRI

Nel corso del 2024 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. 1350 del 17 settembre 2012, in coerenza con il contesto normativo, regolatorio amministrativo di riferimento.

Sono state attuate le azioni finalizzate alla tempestiva e completa istruttoria dei casi di competenza aziendale e del Nucleo Regionale di Valutazione, in recepimento di quanto stabilito nel documento "Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell'attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione", così da assicurare il regolare funzionamento del NRV.

Anche la gestione dei sinistri aperti nel 2024, pertanto, è stata orientata in modo che entro sei mesi dalla data della richiesta di risarcimento fosse conclusa la valutazione del Comitato Valutazione Sinistri aziendale (abbr. CVS) alla luce della valutazione medico legale. In tale prospettiva, sono state sviluppate azioni di sinergia tra i vari Servizi coinvolti, affinché i sinistri aperti e richiedenti una valutazione medico-legale (VML) fossero decisi in CVS nel termine previsto di 180 giorni.

Dei nn. 91 sinistri aperti nel 2024, 76 sinistri hanno richiesto una valutazione medico-legale e sono stati tutti trattati con determinazione in CVS entro il 31/01/2025. Per ciascuno dei 91 sinistri aperti nel 2024 si è proceduta alla relativa riserva formalizzata all'ultimo CVS dell'anno di riferimento. Inoltre, con riguardo agli accantonamenti delle somme risarcitorie derivanti da responsabilità professionale, si è proseguita l'attività di valorizzazione dei sinistri secondo il criterio aziendale dell'importo medio liquidato, già applicato nella valutazione del fondo negli ultimi esercizi valutati ai sensi dell'art. 29 co. I lett. g) D.Lgs. 118/2011 dalla Regione e attestati dal Collegio Sindacale, così come indicato nella nota "Operazioni di fine esercizio anno 2024" in atti al PG. n. 14654 del 31/03/2025.

Per i sinistri di seconda fascia regionale, il 100% delle istanze di parere al NRV (nn. 14) presentate nel 2024 dal Responsabile aziendale dell'attuazione del Programma regionale sono state accompagnate dal contestuale caricamento - entro due giorni lavorativi - di tutta la documentazione completa (clinica, medico-legale, giudiziaria e amministrativa).

Con riguardo all'attività istruttoria svolta nell'ambito della Gestione diretta dei sinistri, si precisa che nel corso del 2024 sono stati convocati nn. 25 CVS cui hanno preso parte anche alcuni professionisti, individuati e previamente contattati dalla UOC Medicina Legale, ovvero destinatari delle comunicazioni ex art. 13 della Legge 24/2017 inviate dal Servizio legale e

assicurativo (nn. 149 comunicazioni/aggiornamenti). In tal modo si permette ai professionisti coinvolti dal sinistro di ricevere informazioni e aggiornamenti relativi alle posizioni che li riguardano nonché di partecipare attivamente al percorso istruttorio del CVS. Al fine di agevolare il coinvolgimento dei professionisti, è stata mantenuta anche per il 2024 la possibilità di partecipare al CVS con collegamento da remoto. Di tale facoltà, nel 2024, si sono avvalsi n. 5 professionisti destinatari della comunicazione di cui all'art. 13 L. Gelli-Bianco.

Inoltre è proseguita l'attività di sensibilizzazione del personale affinché si doti di indirizzo pec cui far pervenire le comunicazioni di cui alla L. 24/2017 garantendo una modalità più snella di interazione.

In adempimento alle indicazioni regionali di cui alla nota prot. RER n. 0647322, ns. prot. n. 262628 del 20/07/2022, è proseguita l'attività di verbalizzazione delle sedute di CVS relative a sinistri di seconda fascia secondo il modello indicato dal NRV e, parimenti, tutte le istanze di parere sono state corredate dalla dichiarazione di conformità dell'istruttoria del sinistro alle indicazioni regionali di cui alla Circolare n. 12/2019.

Ancora, rispetto alle indicazioni regionali per l'uniforme gestione dei sinistri di cui al documento Prot. 17/03/2023.0258272.U, ns. prot.n. 10278/2023 con il quale vengono fornite delucidazioni in ordine alla trasmissione o meno al NRV per il relativo parere di competenza in caso di proposte conciliative meramente economiche rese dal Collegio peritale nell'ambito di ricorsi ex art. 696bis c.p.c., nel corso del 2024, non sono state formulate proposte meramente economiche da parte del Collegio Peritale nell'ambito di 696bis c.p.c. di valore superiore ad € 250.000,00..

Per il monitoraggio dell'effettiva implementazione dell'intero percorso di gestione dei sinistri, è stato poi costantemente alimentato il sistema di reportistica aziendale (database).

È altresì proseguita anche la ben strutturata attività d'inserimento dei dati nel database regionale "contenzioso legale" nel rispetto dei tempi previsti (inserimento nel database dei sinistri entro 15 giorni dalla data di apertura). La percentuale di sinistri con intervallo di tempo tra apertura e registrazione di 15 giorni è stata pari al 100%.

Nel corso del 2024 a seguito del confronto in sede interaziendale tra i Servizi legali ed assicurativi e Medico Legali di Area metropolitana (Azienda Ospedaliera di Bologna, Azienda USL di Bologna, Istituto Ortopedico Rizzoli, Azienda USL di Imola) al fine di disciplinare in modo omogeneo e condiviso le modalità di gestione dei sinistri, si è recepita la bozza di Protocollo interaziendale per la gestione dei sinistri nell'ambito dei processi di integrazione dei servizi e delle attività adottata con prot.n. 43942/2021, con deliberazione n. 78 del 6/03/2024, dando così avvio alla sperimentazione di 1 anno della gestione dei sinistri interaziendali. Già nel corso del 2024 si è provveduto ad attuare un primo adeguamento operativo a fronte delle indicazioni dei Direttori generali di IRCCS e di Ausl di cui alla nota del 4/11/2024, prot. 43552.

Nell'anno 2024, sono stati aperti nn. 9 sinistri di valenza interaziendale con conseguente gestione secondo il Protocollo Interaziendale per la gestione dei sinistri nell'ambito dei

processi di integrazione dei servizi e delle attività e sono stati espletati nn. 6 CVS congiunti con Ausl di Bologna.

A livello aziendale, in data 18/12/2023 è stata approvata la Procedura aziendale PA137 *Conferimento di incarichi professionali a legali* recepita con deliberazione n. 55 del 22/02/2024 per la disciplina organica dei criteri e delle modalità di affidamento degli incarichi difensivi e delle consulenze legali in favore dell'Azienda, definendo i ruoli e le responsabilità del relativo percorso, da adottare con atto deliberativo aziendale ai fini dell'efficacia.

Con riguardo ai contenziosi rientranti nella fascia aziendale, per tutti i 21 procedimenti giudiziari avviati nell'anno 2024, la difesa tecnica è stata assunta dall'Avvocatura interna (100%).

Con riguardo ai contenziosi di fascia regionale, sono stati conferiti n. 23 incarichi difensivi a legali della rosa aziendale applicando sempre la PA137.

Quanto all'attività del Servizio Legale Assicurativo in ordine alle informative alla Corte dei Conti ex art. 52 D.lgs. n. 174 del 26/08/2016, nel corso dell'anno 2024 sono state presentate alla Procura della Corte dei Conti nn. 23 segnalazioni per gli adempimenti di conseguenza e sono state inoltrate ai professionisti, previo avvertimento telefonico, nn. 74 atti di messa in mora.

Con riferimento ai sinistri in copertura assicurativa (aperti entro il 31/12/2012), pari a nn. 7 sinistri aperti al 31/12/2024, a fronte della cessione del portafoglio da parte della Compagnia QBE INSURANCE (EUROPE) LTD a Reliance National Insurance Company (Europe) Ltd, relativamente alla polizza RCT/O QBE n. 011974012007/1, sono proseguite le trattative (partecipando ad incontri con la Compagnia in data 20/08/2024 e in data 16/12/2024) per conto dell'Azienda al fine di pervenire ad un accordo da esprimere nell'ambito dello Scheme of arrangement (Scheme), da presentare al tribunale inglese per l'approvazione.

Inizialmente la Compagnia ha effettuato una valorizzazione dei 7 sinistri pari a zero con conseguente voto sfavorevole dell'Azienda nell'ambito dello Scheme.

Successivamente la Compagnia ha rivalutato i 3 casi sopra franchigia per euro 2.075.578,00, comportando così una revisione delle determinazioni dell'Azienda riguardo al voto.

Nel corso del 2024 si è proceduto con l'applicazione dell'Istruzione operativa interservizi IOI95 "Pretese risarcitorie per prestazioni rese in ALP" (applicata dal 15/01/2024), che coinvolge 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.

A fronte delle criticità rilevate in ordine al tema delle pretese risarcitorie relative allo smarrimento di beni personali in corso di degenza o di presa in carico del paziente in emergenza, è proseguito il confronto 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 per la revisione dell'Istruzione Operativa Aziendale IOA65 Gestione degli effetti personali del paziente.

Nel corso dell'anno 2024 è stata portata a termine l'attività volta alla revisione della Procedura Aziendale PA104 *Iter autorizzativo e gestione degli studi clinici e indagini cliniche con medical device* rispetto alla quale è stata elaborata la disciplina assicurativa da applicarsi alle sperimentazioni per le richieste di risarcimento dei danni cagionati in relazione a tali attività (revisione PA104 rev. 3 approvata il 26/07/2024 e applicata dal 20/08/2024).

Nel 2024, prosegue la partecipazione per la realizzazione dell'applicativo regionale SegnalER, piattaforma unica per la gestione delle segnalazioni degli eventi avversi nell'ambito della sicurezza delle cure e degli operatori, nonché per le segnalazioni dei cittadini e per la gestione dei sinistri, con riguardo alla definizione del terzo modulo "Richieste di risarcimento".

Nel 2024 si è, inoltre, dato corso all'attività formativa mediante la partecipazione al corso organizzato a livello regionale nell'ambito del PAF dell'anno 2024, di cui alla determinazione regionale 25347/2023, trasmessa con nota regionale prot. n. 1244090 del 15/12/2023: "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. 25347/2023 e avvio percorso formativo 2024".

Nell'ambito della suddetta formazione, dopo la raccolta dei fabbisogni formativi a livello aziendale (il Board Tecnico-Scientifico che cura la formazione vede la partecipazione del Responsabile dell'attuazione del Programma regionale), sono stati espletati n. 7 incontri formativi (09/02/2024, 19/04/2024, 07/06/2024, 12/07/2024, 20/09/2024, 15/11/2024 e 30/11/2024).

Nel 2024 è proseguita la partecipazione al BOARD di formazione regionale per il Programma di prevenzione degli eventi avversi e di gestione diretta dei sinistri della RER, unitamente all'attività di formazione consistente in corsi, seminari, convegni, ecc. a livello aziendale, che sono di seguito riepilogati:

- La nuova piattaforma di segnalazione SegnalER. Obiettivo: Conoscere le corrette modalità di segnalazione di segnalazione attraverso la piattaforma (1° semestre 2 edizioni -2° semestre 2 edizioni). Durata 3 ore;
- Consenso informato e pianificazione condivisa delle cure. Diffondere la conoscenza dell'importanza della consapevolezza del/la paziente nel rapporto di cura (engagement) (1° semestre 1 edizione - 2° semestre 1 edizione). Durata 4 ore;

- La Radioprotezione dei lavoratori. FAD asincrona (differenziata in 5 percorsi). Durata 9 ore;
- Cure Palliative Pediatriche. 6 incontri di 3 ore ciascuno;
- Seminari su cartella clinica e CCE. Tre edizioni da 4 ore ciascuno;
- Seminario su interazioni fra Pronto Soccorso e Psichiatria, con focus sulla consulenza psichiatrica. Durata tre ore;
- Responsabilità professionali sanitarie in oncologia e malattie infettive. Durata 4 ore;
- L. 219/17 e certificazioni rivolto alla Psicologia ospedaliera. Durata 3 ore;
- Conoscere e prevenire il delirium: res . Due edizioni da 4 ore;
- L. 219/17. Durata 4 ore;
- Responsabilità professionali sanitarie e Tutorship, rivolto alle altre professioni sanitarie non mediche. Durata 4 ore;
- L. 219/17, DAT e PCC per PS, Chirurghi e Anestesisti/Rianimatori. Durata 4 ore
- Corso ai tecnici di Radioterapia sulle responsabilità professionali. Durata 4 ore
- DAT e PCC. Durata 4 ore;
- Cure palliative: DAT e PCC. Durata 4 ore;
- L. 219/17 per Medicine e Psichiatria. Due edizioni della durata di 4 ore ciascuna.
- Bioetica, corso aziendale di 4 ore;
- Progetto formativo per la Regione Emilia-Romagna rivolto a tutti i professionisti afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende USL;
- Prevenzione e controllo delle ICA, nell'ambito del corso regionale PNRR.

	Obiettivo	Target atteso	Risultato 2024
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%

Il coordinamento delle varie attività medico-legali, legali e assicurative finalizzate alla compiuta istruttoria di ciascun sinistro nel 2024 ha consentito il raggiungimento degli obiettivi aziendali prefissati per il processo di gestione dei sinistri, anche in ordine alla tempestività ed alla completezza dell'alimentazione del relativo flusso informativo regionale ed alle relative attività di gestione integrata del rischio.

MANUTENZIONE

Nelle strategie della manutenzione del patrimonio aziendale è compresa sia la manutenzione preventiva, sia la manutenzione correttiva (per interventi su guasti, introducendo le necessarie misure per evitare interruzioni di servizio e/o guasti).

Allo scopo di mantenere in efficienza il parco tecnologico di attrezzature biomedicali in uso presso l'Azienda sono definite delle politiche di gestione che si adattano alle differenti tipologie e criticità d'uso. Le attrezzature più complesse o il cui utilizzo è strategico per determinati percorsi assistenziali sono incluse in contratti di tipo full risk in cui sono comprese tutte le attività di manutenzione preventiva e di manutenzione correttiva, incluse le parti di ricambio. Le attività manutentive sulle altre attrezzature vengono gestite a chiamata. Oltre alle attività di manutenzione correttiva sono stati sviluppati piani di manutenzione preventiva programmata e piani di verifica di sicurezza elettrica e funzionale.

Per una maggiore comprensione delle spese di manutenzione, si fornisce una tabella di dettaglio:

Descrizione Ministeriale	Consuntivo 2024	Preventivo 2024	Consuntivo 2023
B.3) Manutenzione e riparazione	36.824.618	34.797.218	24.636.182
B.3.A) Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze	23.916.307	23.107.218	4.917.048
B.3.B) Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari	0	0	8.208.676
B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche	9.358.295	7.900.000	7.983.517
B.3.D) Manutenzione e riparazione ai mobili e arredi	200	0	0
B.3.E) Manutenzione e riparazione agli automezzi	23.522	60.000	54.331
B.3.F) Altre manutenzioni e riparazioni	3.526.294	3.730.000	3.472.609
B.3.G) Manutenzioni e riparazioni da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0	0	0

L'aggregato risulta in incremento sia rispetto al consuntivo 2023 (+12,188 milioni di euro, +33,10%), che rispetto al preventivo 2024 (+2,027milioni euro, +5,51%).

I principali scostamenti rispetto al consuntivo 2023 sono legati a:

- Manutenzione e riparazione ai fabbricati e le loro pertinenze** in incremento rispetto al consuntivo 2023 (+18,999 mil€ euro), incremento legato ad una razionalizzazione dei conti (il conto Manutenzione e riparazione impianti e macchinari pari a 8,2 mil€ nel 2023 si è infatti azzerato) ed una diversa imputazione dei costi legati alla concessione di realizzazione e gestione della centrale di trigenerazione. In particolare in esito alla rimodulazione contrattuale attuata, a partire dal 1° gennaio 2024 le componenti legate alla remunerazione dell'investimento e alla manutenzione della centrale di trigenerazione, per complessivi 8,97 mil€, sono state scorporate dalle tariffe legate all'energia termica ed elettrica per essere contabilizzate a canone sul conto "manutenzioni immobili e pertinenze". All'aumento dei costi su questo conto si contrappone una riduzione dei costi dei vettori energetici nel 2024 per complessivi € 12,064 mil€ rispetto al 2023.
- Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche: in incremento di +1,001 milioni di euro (+14,33%) rispetto al consuntivo 2022 e di +584mila euro (+7,89%) rispetto al preventivo 2023 per lo spostamento di costi rappresentati nei conti Articoli tecnici per manutenzione ordinaria e Altre manutenzioni per l'uscita dalla garanzia di parte del patrimonio tecnologico, per una maggiore obsolescenza del parco tecnologico e per l'acquisizione della medicina nucleare dall'Ausl di Bologna.

Nell'aggregato B.3.F) Altre manutenzioni si rileva infine il decremento dei costi per le manutenzioni ai software correlato sostanzialmente allo spostamento della spesa dei servizi per giornate di attività specialistica nella voce Servizi informatici.

A seguire si riporta il monitoraggio degli indicatori relativi alla sostenibilità economico finanziaria:

Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	Trend atteso
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-9,55		-8,01		-9,33		Miglioramento
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	88,37	93,16	97,04	95,77	95,74	95,59	Miglioramento
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza (AUSL BO)	89,79	88,92	90,09	89,61	90,34	90,1	Contributo alla realizzazione degli obiettivi di area metropolitana

Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (AUSL BO)	189,96	185,5	198,83	192,0	215,83	206,92	Contributo alla realizzazione degli obiettivi di area metropolitana
Incidenza dei beni di consumo sui costi operativi	31,09	17,96	33,53	18,63	33,86	19,32	Monitoraggio
Incidenza dei servizi sanitari sui costi operativi	7,43	29,54	6,86	29,66	6,46	29,79	Monitoraggio
Incidenza dei servizi non sanitari sui costi operativi	16,15	12,65	15,5	11,67	14,28	11,86	Monitoraggio
Incidenza del costo del personale (al netto IRAP) sui costi operativi	43,01	38,67	43,78	38,36	40,65	37,06	Monitoraggio

Fonte dati: InSiDER Indicatori Sanità- Edizione 2024

3.4.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DEGLI INVESTIMENTI

PIANO TRIENNALE INVESTIMENTI

LAVORI

Il piano investimenti finalizzato allo sviluppo edilizio, impiantistico e tecnologico del Policlinico prevede la ristrutturazione o la demolizione con ricostruzione di diversi padiglioni con lo scopo di creare dei poli specialistici in cui svolgere funzioni assistenziali, di ricerca e didattica diffusa con l'ausilio di tecnologie sanitarie innovative e ad alta valenza.

Taluni Padiglioni del Policlinico, nonostante gli interventi di ampliamento e ristrutturazione attuati negli anni, presentano ancora rilevanti criticità di carattere strutturale, con notevole obsolescenza e insufficiente flessibilità strutturale e organizzativa, che non consentono l'adattabilità richiesta dall'incalzante modificarsi delle tecnologie e delle esigenze in ambito sanitario, inadeguatezze strutturali e impiantistiche rispetto agli standard richiesti dal continuo adattamento dei riferimenti normativi e regolamentari, con criticità nell'accesso e nei percorsi, alla fruibilità del complesso ospedaliero, alle contiguità spaziali tra le varie funzioni, alle possibilità di parcheggio e all'alloggio dei parenti.

Le opere in programma e in realizzazione, per quanto possibile, sono improntate ai principi di ecosostenibilità e di flessibilità strutturale per l'adeguamento ai nuovi modelli organizzativi e devono, inoltre, garantire innovazione tecnologica attraverso la concentrazione delle tecnologie ad alto costo e l'utilizzo intensivo.

Il superamento delle carenze e delle inadeguatezze strutturali e impiantistiche dell'attuale Policlinico richiede un impegno sfidante sul piano organizzativo e operativo, prima ancora che economico e procedurale: in particolare, gli ulteriori investimenti programmati per lo sviluppo edilizio, impiantistico e tecnologico necessari per il completamento dei requisiti per l'accreditamento relativamente ai padiglioni esistenti e non ancora completamente ristrutturati, comportano un piano di investimenti a medio-lungo termine.

Con riferimento al patrimonio edilizio-tecnologico si elencano di seguito i lavori avviati o in corso di esecuzione nell'anno 2024:

Riqualficazione del Polo Materno Infantile (padiglioni 4, 4N, 13 e 16) - I fase: l'intervento, in fase di cantiere, riguarda principalmente l'ampliamento e ristrutturazione del padiglione 4 (con destinazione funzionale di Ostetricia e Ginecologia) e la ristrutturazione edilizia del padiglione 13 (Pediatria).

Le risorse disponibili per la realizzazione dell'intervento sono pari a 41,8 mln di €, a cui si aggiungono le risorse per l'adeguamenti degli spazi di Pronto Soccorso nell'ambito del Piano di potenziamento della rete ospedaliera a seguito dell'emergenza pandemica Covid (DL 34/2020), illustrate nei paragrafi successivi.

Nel corso del 2024 è stata completata l'edificazione 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 è destinato ad ospitare 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, ed è proseguito l'adeguamento funzionale, strutturale, architettonico e impiantistico del corpo 4C, che ospiterà ambulatori, l'alloggio mamme, un'area di degenza e altre funzioni di supporto. A dicembre 2024 sono state attivate le degenze di neonatologia al 3° piano, con completamento dei trasferimenti entro i primi mesi del 2025. Al 31/12/2024 l'ammontare complessivo dei lavori realizzati è pari circa al 72% dell'importo di contratto per un importo complessivo contabilizzato di 29,92 milioni, di cui 8,22 milioni di € realizzati nel 2024.

L'andamento dei lavori ha risentito prima delle difficoltà di reperimento di alcuni materiali da costruzione, in aggiunta alla anomala e continua maggiorazione dei costi, e poi delle difficoltà nel reperimento di maestranze per l'esecuzione dei lavori, (in particolare per gli impianti): tale situazione ha comportato un allungamento dei tempi rispetto al cronoprogramma iniziale.

L'aumento dei prezzi dei materiali da costruzione ha comportato la compensazione a favore dell'impresa di un importo riconoscibile ex articolo 26 del DL 50/2022 pari a 1,25 milioni di € per i lavori eseguiti nel 2024.

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 €, vede un avanzamento al 31 dicembre 2024 pari al 95%.

Riqualificazione delle degenze dell'ala A e B del padiglione 5: i lavori sono stati completati a maggio 2024 ed attivate tutte le degenze. L'importo del quadro economico è complessivamente pari a 16,3 mln di €, L'aumento dei prezzi dei materiali da costruzione ha comportato la compensazione a favore dell'Impresa di un importo riconoscibile ex articolo 26 del DL 50/2022 pari a 0,9 milioni di € per i lavori eseguiti nel 2024.

Programma Nazionale Complementare al PNRR (PNC) Demolizione e ricostruzione del Padiglione 26 - Realizzazione palazzina ambulatori; l'importo di finanziamento dell'opera è pari a circa 9,7 milioni di € nell'ambito del PNC, cui si aggiungono ulteriori 1,7 milioni € per i quali è stato ottenuto l'accesso al fondo ex articolo 26 del DL 50/2022 per la compensazione dell'aumento dei prezzi dei materiali da costruzione, per un totale di 11,4 € di disponibilità economica. 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 2024 sono stati avviati i lavori e demolito l'edificio esistente. Tuttavia il ritrovamento di reperti archeologici al di sotto delle fondazioni ha comportato un rallentamento dei lavori per consentire alla Sovrintendenza Beni artistici e architettonici di Bologna di procedere con i necessari rilievi e accertamenti. Tale rallentamento non ha consentito di raggiungere nel 2024 la quota minima di avanzamento prevista in contratto pari al 15% dell'importo complessivo. Si precisa inoltre che l'impresa esecutrice non ha richiesto l'anticipazione di legge. Nel corso del 2024 sono stati contabilizzati complessivamente sul QE 0,11 mil€.

Programma Nazionale Complementare al PNRR (PNC) Padiglione 3 – Polo della Ricerca Scientifica; l'importo di finanziamento dell'opera è pari a 4,5 milioni di € nell'ambito del PNC, cui si aggiungono ulteriori 0,7 milioni di € circa per i quali è stato ottenuto l'accesso al fondo ex articolo 26 del DL 50/2022 per la compensazione dell'aumento dei prezzi dei materiali da costruzione, per un totale di 5,2 milioni di € di disponibilità economica. Nel corso del 2024 i lavori sono proseguiti e sono stati contabilizzati complessivamente sul QE 1,15 mil€.

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 di cui è stato acquisito il parere favorevole della Commissione congiunta in ordine all'esame preventivo dei progetti relativi agli edifici sottoposti alla tutela del D.Lgs. 42/2004;

Riqualficazione del Polo Materno Infantile – II fase (importo 28,0 mln di €), per il quale è stato approvato con Delibera n.95 del 21/03/2024 il Documento DOCUMENTO DI FATTIBILITÀ DELLE ALTERNATIVE PROGETTUALI (DOCFAP) ed il DOCUMENTO DI INDIRIZZO ALLA PROGETTAZIONE (DIP), ai sensi dell'Allegato I.7 del D.Lgs 36/2023 - Sezione I finalizzato alla concessione del finanziamento statale ex art.20 L.67/88 ed inserito tra gli interventi di cui alla Delibera dell'Assemblea Legislativa n. 158 del 12 marzo 2024;

Riqualficazione funzionale-architettonica, strutturale e impiantistico-prestazionale delle ali A e B del padiglione 5 - 2° stralcio - per il quale è stato approvato con Delibera n.97 del 21/03/2024 il Documento DOCUMENTO DI FATTIBILITÀ DELLE ALTERNATIVE PROGETTUALI (DOCFAP) ed il DOCUMENTO DI INDIRIZZO ALLA PROGETTAZIONE (DIP), ai sensi dell'Allegato I.7 del D.Lgs 36/2023 - Sezione I finalizzato alla concessione del finanziamento statale ex art.20 L.67/88 ed inserito tra gli interventi di cui alla Delibera dell'Assemblea Legislativa n. 158 del 12 marzo 2024;

Interventi di adeguamento alla normativa di prevenzione e sicurezza antincendio - I° fase - per il quale è stato approvato con Delibera n.96 del 21/03/2024 il Documento DOCUMENTO DI FATTIBILITÀ DELLE ALTERNATIVE PROGETTUALI (DOCFAP) ed il DOCUMENTO DI INDIRIZZO ALLA PROGETTAZIONE (DIP), ai sensi dell'Allegato I.7 del D.Lgs 36/2023 - Sezione I finalizzato alla concessione del finanziamento statale ex art.20 L.67/88 ed inserito tra gli interventi di cui alla Delibera dell'Assemblea Legislativa n. 158 del 12 marzo 2024;

Sistemi innovativi raccolta rifiuti isole ecologiche (importo complessivo pari a 2,1 mln di €), per il quale è stato approvato con Delibera n.326 del 9 ottobre 2024 il Documento DOCUMENTO DI FATTIBILITÀ DELLE ALTERNATIVE PROGETTUALI (DOCFAP) e del DOCUMENTO DI INDIRIZZO ALLA PROGETTAZIONE (DIP), ai sensi dell'Allegato I.7 del D.Lgs 36/2023 - Sezione I, finalizzato alla concessione del finanziamento statale di cui al Fondo art.1 comma 14 della L.160 del 27 dicembre 2020 – Prgramma PG5;

Banca dei gameti (ex “Ampliamento banca del sangue cordonale” - importo pari a 0,7 mln di €): per il quale approvato con Determina n.177 del 19/02/2024 il Documento DOCUMENTO DI FATTIBILITÀ DELLE ALTERNATIVE PROGETTUALI (DOCFAP) e del DOCUMENTO DI INDIRIZZO ALLA PROGETTAZIONE (DIP), ai sensi dell'Allegato I.7 del D.Lgs 36/2023 - Sezione I, finalizzato alla concessione del finanziamento statale di cui al Fondo art.1 comma 14 della L.160 del 27 dicembre 2020 – Programma PG4. Con nota PG 48829 del 6 dicembre 2024 è stato comunicato dalla Regione Emilia Romagna il parere positivo del Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici del Minsitero della Salute n. 42 del 13/11/2024.

Gli **investimenti in ambito informatico** sono stati effettuati quasi esclusivamente tramite il finanziamento PNRR per la Digitalizzazione dei DEA (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))) ed

hanno permesso di rinnovare la quasi totalità degli applicativi di ambito sanitario. Gli interventi saranno conclusi nel 2025 come previsto dal PNRR stesso.

Oltre al rinnovo e al potenziamento dei software clinici 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.

Tra gli investimenti non coperti da fondi PNRR si segnalano quelli per l'allestimento informatico e di trasmissione dati del nuovo padiglione 4N.

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 2024:

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;
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/adequamenti 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 2024 si sono conclusi quasi interamente 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/ammodernamentotecnologiebiomedicali- Areechirurgica,emergenza,degenzeediagnostica	€4.100.000

mentre si è proceduto al completamento delle aggiudicazioni di forniture nell'ambito del medesimo Accordo di Programma:

	DESCRIZIONE INTERVENTO	Costo totale
APC28	Sostituzione/ammodernamentotecnologiesanitarieperilPoloM aterno-Infantile-AreaOstetrico-GinecologicaeNeonatale	€6.000.000
APC29	Sostituzione/ammodernamentotecnologiesanitarieperilPoloM aterno-Infantile-AreaPediatria	€3.100.000

ATTIVITÀ PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) MISSIONE SALUTE

Nell'ambito del Piano Nazionale Complementare al PNRR (Missione 6 Salute - M6.C2 - 1.2. Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile) questa Azienda è 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;
- 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.

Nel corso del 2024 si è dato corso ai lavori su entrambi i cantieri. Si precisa che nel 2024 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.

INVESTIMENTO 1.1: AMMODERNAMENTO DEL PARCO TECNOLOGICO E DIGITALE OSPEDALIERO - SUB INVESTIMENTO 1.1.2 GRANDI APPARECCHIATURE SANITARIE

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))

<i>Titolo</i>	<i>CUP</i>	<i>Totale quadro economico</i>	<i>Stato di attuazione</i>
Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II)	F39J22001040006	€ 11.635.133,00	Il progetto prosegue nel rispetto dei tempi definiti dal soggetto attuatore (Regione Emilia-Romagna) e dell'Unità di Missione PNRR del Ministero della Salute

M6.C2 - Sub investimento 1.1.2 Grandi Apparecchiature Sanitarie

Nell'ambito del Piano Nazionale Complementare al PNRR (M6C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario - 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero) questa Azienda è beneficiaria di un importo pari a 8.625.175,44 € per la realizzazione dei seguenti interventi:

<i>Titolo</i>	<i>CUP</i>	<i>Totale quadro economico</i>	<i>Stato di attuazione</i>
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione TC 001	F39J22001110006	366.277,00 €	COLLAUDATO, IN USO
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione - Tomografi a Risonanza Magnetica 1,5 Tesla	F39J22001120006	1.124.840,00 €	LAVORI IN CORSO COMPLETAMENTO SETTEMBRE 2025
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione PET TC 001	F39J22001130006	2.295.480,47 €	COLLAUDATO, IN USO
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione PET TC 002	F39J22001140006	2.351.474,16 €	LAVORI IN CORSO COMPLETAMENTO GIUGNO 2025

<i>Titolo</i>	<i>CUP</i>	<i>Totale quadro economico</i>	<i>Stato di attuazione</i>
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Mammografi con tomosintesi 001	F39J22001150006	171.715,00 €	COLLAUDATO, IN USO
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Mammografi con tomosintesi 002	F39J22001160006	200.128,80 €	COLLAUDATO, IN USO
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Angiografo Cardiologico 001	F39J22001170006	618.738,00 €	COLLAUDATO, IN USO
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Angiografo Cardiologico 002	F39J22001180006	662.414,00 €	COLLAUDATO, IN USO
Ammodernamento tecnologico - media tecnologia: sostituzione: Ecografi Multidisciplinari/Internistici 001	F39J22001190006	22.323,00 €	COLLAUDATO, IN USO
Ammodernamento tecnologico - media tecnologia: sostituzione: Ecografi Multidisciplinari/Internistici 002	F39J22001200006	22.323,00 €	COLLAUDATO, IN USO
Ammodernamento tecnologico - alta tecnologia: sostituzione: Angiografo Radiologico 001	F34E22000490006	789.462,00 €	LAVORI IN CORSO COMPLETAMENTO SETTEMBRE 2025

Nell'ambito del programma "Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima" - Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari (PNC) - Linea di Investimento: "Rafforzamento complessivo delle strutture e dei servizi di SNPS-SNPA a livello nazionale, regionale e locale, migliorando le infrastrutture, le capacità umane e tecnologiche e la ricerca applicata" questa azienda è beneficiaria di un importo pari a 4.034.338 € per la realizzazione dei seguenti interventi realizzati a partire dal 2023:

<i>Titolo</i>	<i>CUP</i>	<i>Totale quadro economico</i>
Laboratorio di Tossicologia Occupazionale e Ambientale della Medicina del Lavoro di IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	183C22000640005	1.141.722,36 €
Microbiologia/CRREM di IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	183C22000640005	2.892.815,32 €

PNRR M6 C2 1.3.1- SUB INVESTIMENTO 1.3.1 RAFFORZAMENTO DELL'INFRASTRUTTURA TECNOLOGICA E DEGLI STRUMENTI PER LA RACCOLTA, L'ELABORAZIONE, L'ANALISI DEI DATI E LA SIMULAZIONE (FSE) (B) "ADOZIONE E UTILIZZO DEL FSE DA PARTE DELLE REGIONI".

<i>Titolo</i>	<i>CUP</i>	<i>Totale quadro economico</i>	<i>Stato di attuazione</i>
---------------	------------	--------------------------------	----------------------------

PNRR M6 C2 1.3.1- SUB INVESTIMENTO 1.3.1 RAFFORZAMENTO DELL'INFRASTRUTTURA TECNOLOGICA E DEGLI STRUMENTI PER LA RACCOLTA, L'ELABORAZIONE, L'ANALISI DEI DATI E LA SIMULAZIONE (FSE) (B) "ADOZIONE E UTILIZZO DEL FSE DA PARTE DELLE REGIONI".	F37H23000610006	€ 946.205,00	Le attività di adeguamento dei sistemi alla nuove specifiche nazionali del cosiddetto FSE2 sono avvenute come da indicazioni del piano nazionale, in particolare nel 2024 sono stati aggiornati i sistemi principali di refertazione ambulatoriale.
--	-----------------	--------------	---

**"PNRR - MISSIONE 1 - COMPONENTE 1 - INVESTIMENTO 1.1 "INFRASTRUTTURE DIGITALI" e
 "INVESTIMENTO 1.2 ABILITAZIONE AL CLOUD PER LE PA LOCALI" ASL/AO (MARZO 2023)""**

<i>Titolo</i>	<i>CUP</i>	<i>Totale quadro economico</i>	<i>Stato di attuazione</i>
"INFRASTRUTTURE DIGITALI" e "INVESTIMENTO 1.2 ABILITAZIONE AL CLOUD PER LE PA LOCALI" ASL/AO (MARZO 2023)""	F31C23000570006	€ 772.565,00	Dopo il completamento della necessaria documentazione avvenuto nel 2023, il 2024 ha visto l'inizio delle attività di migrazione che termineranno nel 2025.

INVESTIMENTO 1.2: VERSO UN NUOVO OSPEDALE SICURO E SOSTENIBILE (FONDI PNC)

- Padiglione 3 - Polo della ricerca scientifica - CUP F32C22000020001, sono stati emessi ordinativi di fornitura relativi a:
 - Progettazione definitiva ed esecutiva conclusa
 - Verifica della progettazione conclusa
 - Lavori avviati dicembre 2023
 - Lavori in corso nel 2024
- Padiglione 26 Demolizione e ricostruzione - Realizzazione di palazzina ambulatori - CUP F31B22000330001, sono stati emessi ordinativi di fornitura relativi a:
 - Progettazione definitiva ed esecutiva conclusa
 - Verifica della progettazione conclusa
 - Lavori avviati dicembre 2023
 - Lavori in corso nel 2024.

<i>Titolo</i>	<i>CUP</i>	<i>Totale quadro economico</i>	<i>Stato di attuazione</i>
Padiglione 3 - Polo della ricerca scientifica	F32C22000020001	5.188.000,00	L'anno 2024 ha visto l'avvio dei lavori che sono proseguiti senza criticità rilevanti, nel sostanziale rispetto del cronoprogramma di contratto

<i>Titolo</i>	<i>CUP</i>	<i>Totale quadro economico</i>	<i>Stato di attuazione</i>
Padiglione 26 Demolizione e ricostruzione - Realizzazione di palazzina ambulatori	F31B22000330001	11.425.000,00	<p>L'anno 2024 ha visto l'avvio dei lavori ed il completamento delle opere di demolizione. Al di sotto del fabbricato esistente è stata rinvenuta una fornace risalente al 1800, ritrovamento che ha comportato un ritardo di circa 3 mesi nella conclusione dell'opera. Il cronoprogramma aggiornata prevede in ogni caso il rispetto delle mile stone PNRR</p> <p>Con determina n. 1057 del 07/11/2024 è stata approvata la Perizia di variante n. 1 al contratto in oggetto, ai sensi dell'art. 106, comma 1, lett. e), D.Lgs. n. 50/2016, senza modifica del quadro finanziario dell'intervento.</p>

SCHEDA1

id intervento	Macroarea (*)	Titolo Intervento	Investimento da realizzare nel 2025 (€)	Investimento da realizzare nel 2026 (€)	Investimento da realizzare nel 2027 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
2016/1	Lavori	Riqualificazione padiglione 4 - Ostetricia e Ginecologia - stralcio funzionale		2.000.000,00	3.000.000,00	
2016/1	Lavori	Riordino delle strutture dell'area pediatrica - primo stralcio funzionale	1.350.683,54			
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.	1.438.284,21	2.000.000,00		
2020/21	Tecnologie_biomediche	Sostituzione/ammodernamento tecnologie sanitarie per il Polo Materno-Infantile - Area Ostetrico - Ginecologica e Neonatale	1.353.671,87			
2020/22	Tecnologie_biomediche	Sostituzione/ammodernamento tecnologie sanitarie per il Polo Materno- Infantile - Area Pediatrica	1.410.203,75			
2020/24	Tecnologie_biomediche	Sostituzione/ammodernamento tecnologie biomedicali - aree chirurgica emergenza diagnostica e degenza (APC30)	6.021,54			
2020/120	Lavori	Riqualificazione del Polo delle Medicine e dei poli funzionali presso il Policlinico Sant'Orsola-Malpighi	10.000.000,00	28.847.722,45	20.000.000,00	4.000.000,00
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)	207.625,79			
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	1.000.000,00	1.150.000,00		
2020/128	Lavori	Adeguamento PS Ostetrico ginecologico nuovo Polo Materno Infantile	307.945,21			
2021/41	Lavori	Padiglione 3 - Polo della ricerca scientifica	3.039.646,45	688.000,00		
2019/39	Lavori	Scheda 207 "Padiglione 03 - Amministrazione di via Albertoni del Policlinico di Sant'Orsola"	600.000,00	2.146.117,16	2.000.000,00	
2019/42	Lavori	Adeguamenti antincendio (depositi, tanks, impianti ecc..) DM 19 marzo 2015 - primo stralcio	209.546,02			
2023/73	Tecnologie_informatiche	GAAC 2023	727,02			
2023/74	Tecnologie_informatiche	RSEGNALER 2023 - Acq. Serv . prog. Svil. imp e gest. piattaf. SegnalER	16.080,23			
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	4.517,86			
2025/88	Tecnologie_informatiche	RSEGNALER 2025 - Acq. Serv . prog. Svil. imp e gest. piattaf. SegnalER	33.049,78			
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	150.719,94			

id intervento	Macroarea (*)	Titolo Intervento	Investimento da realizzare nel 2025 (€)	Investimento da realizzare nel 2026 (€)	Investimento da realizzare nel 2027 (€)	Investimento da realizzare negli anni successivi (€)
2023/65	Tecnologie_biomediche	Rinnovo tecnologie biomediche per area chirurgica e diagnostica per bioimmagini in area critica		550.000,00		
2020/48	Lavori	Riqualificazione del Polo Materno Infantile - II fase				
2023/76	Lavori	2° stralcio - Riqualificazione funzionale-architettonica, strutturale e impiantistico-prestazionale delle ali A e B del padiglione 5				
2023/77	Lavori	Interventi di adeguamento alla normativa di prevenzione e sicurezza antincendio - I° fase				
2024/30	Lavori	Acq. terreno Casa di accoglienza (INAIL)	2.500.000,00			
2023/75	Lavori	Spese di progett Casa di accoglienza(INAIL)	1.870.000,00			
2024/42	Lavori	Riqualificazione e adeguamento normativo degenza Geriatria Pad.2		1.300.000,00	210.888,00	

SCHEDA 3

id intervento	Macroarea (*)	Titolo Intervento	Importo da Q.E. da destinare a LAVORI (€)	Importo da Q.E. da destinare a TECNOLOGIE BIOMEDICHE (€)	Importo da Q.E. da destinare a TECNOLOGIE INFORMATICHE (€)	Importo da Q.E. da destinare ad ALTRO (€)	Quadro Economico complessivo (€)	Note
2024/44	Lavori	Interventi di adeguamento alla normativa di prevenzione e sicurezza antincendio - 2° fase	32.150.000,00			13.850.000,00	46.000.000,00	Adeguamento alla regola tecnica di prev incendi fino al 3° step (scadenza aprile 2026)
2024/45	Lavori	Interventi di adeguamento funzionale e normativo al Pad.32 - Scuola Infermieri	7.700.000,00			2.800.000,00	10.500.000,00	
2024/46	Lavori	Realizzazione nuovo Blocco Endoscopico al Pad.5	3.750.000,00			1.370.000,00	5.120.000,00	Miglioramento sismico non necessario in quanto trattasi di porzione di edificio collaudata
2025/113	Lavori	Adeguamento alla normativa sismica Pad. 1 e 2	116.000.000,00					

Investimenti realizzati

Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale e 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	TARGET	Commento
% di realizzazione del piano di investimenti aziendali	Attrezzature sanitarie 100,00% Lavori >80%		Attrezzature sanitarie 100,00% Lavori >80%		Attrezzature sanitarie Tendenziale 100,00% Lavori >80%		Attrezzature sanitarie Tendenziale 100% Lavori >80%	Sono state completate tutte le procedure di acquisizione programmate e le procedure di acquisizione per necessità urgenti non programmabili e per gli investimenti su fondi stato/regione (APC). In alcuni casi la consegna dei beni non è stata entro l'anno 2024.
% grandi apparecchiature con età <= 10 anni	73,53	59,02	72,22	63,82	75,0	70,19		
Investimenti in tecnologie informatiche	800.000		640.000**		450.000**			

** esclusi finanziamenti PNRR

3.4.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DELLA SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE ED ENERGETICA

Per quanto riguarda le politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale le azioni messe in atto dall'Azienda sono state in linea con il programma regionale sia nella gestione ordinaria delle attività, sia nella realizzazione di nuove opere (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie), in coerenza con i Criteri Ambientali Minimi approvati con DM 11/10/2017 e successivamente con Decreto del 23 giugno 2022.

Le **azioni di tipo gestionale** intraprese sono le seguenti:

- adesione alla gara nazionale, effettuata da IntercentER, per la fornitura di energia elettrica;
- svolgimento di un'attività continua di monitoraggio di tipo quali/quantitativo sull'uso dell'energia elettrica, termica e sull'acqua mediante la raccolta periodica dei dati e inserimento del flusso delle informazioni nell'apposito programma informatico in sinergia con l'Energy Manager.

A seguire si riporta il monitoraggio dei dati tecnici relativi alle utenze di energia elettrica, energia termica, energia frigorifera e acqua per l'anno 2024 sulla base dello storico dei consumi e delle condizioni in continuo mutamento nel mercato degli approvvigionamenti.

Energia Elettrica Media Tensione: per le esigenze del Policlinico, l'energia elettrica in media tensione viene acquistata in parte dall'aggiudicatario della gara IntercentER, in parte dal concessionario della centrale di cogenerazione. Nella tabella sottostante si riporta l'andamento dei consumi complessivi di Energia Elettrica in media tensione negli ultimi anni.

EE Media Tensione	2020	2021	2022	2023	2024
POD	kwh	kwh	kwh	kwh	kwh
Massarenti	44.818.352	44.957.815	44.532.546	43.286.023	46.013.138
Albertoni	5.787.146	5.601.594	5.469.056	5.470.871	5.643.045
Palagi	3.171.788	3.365.032	3.318.153	3.206.782	3.354.139
tot kwh	53.777.286	53.924.441	53.319.755	51.963.676	55.010.322

Rispetto al 2023 si registra un incremento dei consumi pari al 5,8%, dovuto a diversi fattori.

In primo luogo, nel 2024 sono state effettuate manutenzioni straordinarie ai cogeneratori, che hanno comportato lo spegnimento temporaneo degli assorbitori. L'energia frigorifera non più prodotta da questi ultimi è stata quindi generata dai refrigeratori elettrici presenti nella centrale di trigenerazione. Pertanto l'aumento dei consumi elettrici è in gran parte compensato dalla riduzione nei consumi di energia frigorifera.

Inoltre, nel corso del 2024 sono entrati in funzione gli impianti di condizionamento del nuovo Padiglione 4N, che hanno contribuito, seppur parzialmente, all'aumento dei consumi elettrici e frigoriferi.

Energia Elettrica Bassa Tensione: per le utenze relative al parcheggio in via Zaccherini Alvisi, per i due archivi di Minerbio, per gli uffici in Via Castiglione e per l'edificio CRI di via Ercolani, l'energia elettrica in bassa tensione viene acquistata dall'aggiudicatario della gara per l'energia elettrica Consip EE-19.

Nella tabella seguente viene riportato l'andamento dei consumi di energia elettrica in bassa tensione nel corso degli anni.

EE Bassa Tensione	2021	2022	2023	2024
	kwh	kwh	kwh	kwh
Tot Kwh	116.562	114.404	118.247	110.768

I consumi in bassa tensione risultano inferiori al 2023 per via dei minori consumi registrati negli archivi di Minerbio.

Energia frigorifera: tramite gli assorbitori posti nella centrale di trigenerazione viene prodotta l'acqua refrigerata necessaria per soddisfare parte delle esigenze del polo ospedaliero. Si precisa che la quota rimanente di esigenze in termini di acqua refrigerata viene soddisfatta con gruppi frigoriferi i cui consumi sono considerati nella parte di energia elettrica di media tensione.

Nel corso del 2024, la produzione di energia frigorifera da parte della centrale di trigenerazione è stata pari a 6.358.530 kWh, un valore inferiore rispetto alla media degli anni precedenti. La riduzione è imputabile ai periodi di fermo degli assorbitori, resi necessari dagli interventi di manutenzione straordinaria sui cogeneratori.

Energia termica: l'energia termica viene prodotta nella centrale di trigenerazione del S.Orsola e nella centrale termica del Malpighi.

Nella tabella seguente si riportano i consumi di energia termica degli ultimi 3 anni relativi all'intero Policlinico.

E Termica anno	2020	2021	2022	2023	2024
kwt	74.876.776	75.045.070	67.990.549	63.568.734	63.676.962

I consumi registrati nel 2024 risultano sostanzialmente in linea con quelli dell'anno precedente, a parità di condizioni esterne, in particolare per quanto riguarda i gradi giorno.

La riduzione dei consumi rispetto agli anni precedenti il 2023 è conseguente alle attività di risparmio energetico avviate nel corso del 2023 e proseguite nel 2024.

Infatti l'emergenza energetica che ha caratterizzato il 2022 ha reso particolarmente importante intraprendere ogni utile azione finalizzata al risparmio energetico.

Il riesame degli spazi da climatizzare e degli orari di accensione/spegnimento degli impianti a servizio degli spazi ad uso sanitario e non sanitario ovvero ad uso ufficio (per i quali la temperatura interna ambientale è stata ridotta a 19°C come definito dal Piano nazionale di contenimento dei consumi di gas naturale), la revisione della regolazione e non ultima la campagna di informazione e sensibilizzazione rivolta al personale tramite il sito intranet aziendale hanno contribuito a questo risultato.

Gas metano: per le utenze della cucina e dell'archivio di Minerbio viene acquistato dall'aggiudicatario della gara per il Gas Naturale Intercenter.

Nella tabella seguente vengono riportati i consumi di gas metano negli ultimi 4 anni.

gas metano	2021	2022	2023	2024
mc	17.613	17.661	30.715	18.975

La riduzione dei consumi registrati nel 2024 è da attribuire all'attività ridotta in cucina Malpighi per via delle manutenzioni straordinarie attuate nei locali nel corso del 2024, che hanno reso necessario ridurre le attività.

Acqua: i consumi di acqua registrati nel 2024 si attestano sui 534.257 mc in calo rispetto al 2023 per la progressiva entrata a regime della centrale di osmosi per il reintegro di acqua industriale per le torri evaporative.

Tabella riassuntiva

Nella tabella sono riportati i valori effettivi delle variazioni basati sui costi sostenuti dall'azienda nel 2024 per le diverse tipologie di utenze.

	CONSUNTIVO 2023	PREVENTIVO 2024 (obiettivo)	CONSUNTIVO 2024	CONSUNTIVO 2024 VS PREVENTIVO 2024 (obiettivo)	CONSUNTIVO 2024 VS CONSUNTIVO 2023
Riscaldamento	12.198.221	-	-	-	- 12.198.221
Energia elettrica	13.032.777	3.425.000	4.689.177	1.264.177	- 8.343.600
Acqua	1.863.187	2.100.000	2.053.270	- 46.730	190.083
Gas	24.967	11.985.000	9.119.970	- 2.865.030	9.095.003
Manutenzione immobili e pertinenze	4.917.048	22.300.000	23.151.438	851.438	18.234.390
Manutenzione impianti e macchinari	8.208.676	-	-	-	- 8.208.676
Totale	40.244.877	39.810.000	39.013.855	- 796.145	- 1.231.022

Rispetto al consuntivo 2024 si rileva una riduzione per utenze elettricità (-8,344 milioni di euro, pari a -64,02% rispetto al consuntivo 2023) e per il riscaldamento (completamente azzerato rispetto l'anno 2023) ed un rilevante incremento della voce gas (+ 9 mil€).

Infatti in esito alla rimodulazione contrattuale attuata nell'ambito della concessione di progettazione, realizzazione e gestione della centrale di trigenerazione, le componenti legate

alla remunerazione dell'investimento ed alla manutenzione della centrale di trigenerazione, per complessivi 8,97 mil€, sono state scorporate dalle tariffe legate all'energia termica ed elettrica per essere contabilizzate a canone sul conto "manutenzioni immobili e pertinenze". All'aumento dei costi su questo conto si contrappone una riduzione dei costi dei vettori energetici nel 2024 per complessivi € 12,064 mil€ rispetto al 2023. Inoltre si è proceduto all'acquisto diretto del gas metano tramite adesione a convenzione IntercentER. Si ha quindi una rilevante riduzione dei costi energetici ed un aumento dei costi sul conto "Manutenzioni immobili e impianti", con una riduzione complessiva di costo per l'Azienda.

La centrale di trigenerazione attiva presso il Policlinico permette di garantire che circa il 50% del fabbisogno termico e circa l'80% del fabbisogno elettrico aziendale sia prodotto con sistemi efficienti di trigenerazione, con un risparmio di circa 5mila tonnellate equivalenti di petrolio rispetto ad un sistema tradizionale. L'energia per i restanti fabbisogni è prelevata dalla rete richiedendo ai fornitori la certificazione di provenienza da fonti rinnovabili.

AZIONI NELL'AMBITO MOBILITA'/TRASPORTI

L'IRCCS AOUBO non può prescindere dall'attenzione al benessere del Pianeta e dal coniugare il progresso scientifico con lo sviluppo di un futuro più sostenibile. L'Azienda promuovere, fra le altre, azioni di mobilità sostenibile e integrata in linea con gli impegni per la mitigazione del clima e vuole contribuire al raggiungimento della neutralità climatica entro il 2030 (in anticipo rispetto al 2050, obiettivo del Green Deal europeo) in quanto Bologna è ricompresa nelle 100 città pilota "città intelligenti e climaticamente neutre" scelte dalla Commissione Europea.

Le misure realizzate si caratterizzano per pluralità e organicità al fine di promuovere forme di mobilità sostenibili, negli spostamenti casa-lavoro e si basano sulle indicazioni fornite dai dipendenti nelle indagini aziendali sulla mobilità casa-lavoro.

Le misure sono state realizzate imperniandole attorno ad una capillare comunicazione ai dipendenti sugli obiettivi e le finalità che si intendevano perseguire facendo leva sia su motivazioni di carattere "etico e di sensibilità ambientale", sia su motivazioni legate ai vantaggi individuali che si possono conseguire adottando un comportamento virtuoso in relazione al mezzo di trasporto adottato (minori costi, incentivi, minore stress, ecc.).

E' stato confermato anche per l'anno 2024 il contributo dell'Azienda per l'acquisto di abbonamenti TPER da parte dei propri dipendenti. La richiesta di abbonamenti annuali per l'anno 2024 è stata di n. 1380. C'è stato un andamento pressochè crescente degli ultimi tredici anni, a dimostrazione dell'efficacia delle azioni di mobility management di questi anni, sviluppate al fine di incentivare il personale dipendente all'utilizzo del mezzo pubblico.

L'Azienda ha garantito la partecipazione per il quarto anno al progetto "Bike to work". L'iniziativa, rivolta a tutti i dipendenti dell'Azienda, prevede una forma di incentivo sul tragitto casa-lavoro nel periodo dell'iniziativa basato sul rimborso chilometrico di 0,20 €/Km, fino ad un massimo di €150 per l'iniziativa.

Il numero di dipendenti coinvolti nell'anno 2024 sono stati 389 e hanno percorso in bici 82.046 km complessivi, pari a 12.728 tonnellate di Co2 risparmiate.

Mediante BePooler, la piattaforma per carpooling corporate scelta per il progetto, è stata data attuazione al progetto che individua una soluzione integrata da effettuarsi con le modalità del "carpooling" cioè mediante condivisione da parte di più dipendenti su uno specifico percorso casa-lavoro dello stesso veicolo di proprietà di uno dei partecipanti al percorso medesimo. I dipendenti possono condividere il viaggio in modo semplice e immediato, suddividere le spese di viaggio automaticamente e senza trasferimento di denaro contante e prenotare i parcheggi gratuiti riservati (n.7) nei parcheggi dipendenti di via Zaccherini Alvisi (n.2), del Padiglione 5 (n.3) e del Padiglione 23 (n.2).

Nel 2024 è stata svolta l'indagine aziendale sulla mobilità casa-lavoro cui hanno aderito 1.017 dipendenti ed è stato elaborato il "Piano degli spostamenti casa-lavoro (PSCL 2024)" ai sensi del Decreto Interministeriale n. 179 del 12/5/2021, trasmesso al Comune di Bologna con PG 50696 del 19/12/2024. Le misure proposte nel PSCL sono volte ad incentivare i dipendenti a modificare le proprie abitudini di spostamento riducendo l'uso dell'autovettura privata a favore di forme di mobilità più sostenibili. Per ogni misura adottata, rilevata nell'indagine di cui sopra, è stata effettuata una stima approssimativa dei benefici ambientali che si possono conseguire nell'arco di un anno con particolare attenzione al risparmio di emissioni di gas climalteranti (anidride carbonica, CO₂) e di gas inquinanti in atmosfera (ossidi di azoto, NO_x e materiale particolato con dimensioni inferiori ai 10 micron, PM₁₀), riportata nella tabella che segue:

	Δkm_{auto}	Fein _{gr} /km (riferito a veicolo diesel media cilind. Euro 4)	Op media (μ) giornate	1000 (conversione da grammi a Kg)	Kg/anno CO ₂
$\Delta emi_{inq} = (\Delta km_{auto} * Fein_{gr} * Op) / 1000$ I fattori di emissione medi del trasporto stradale in Italia, da associare al mancato utilizzo dell'auto privata, sono reperibili nella banca dati ISPRA disponibile al seguente link: http://www.sinanet.isprambiente.it/it/sia-ispra/fetransp	$\Delta km_{auto-biciletta}$	gr/km CO ₂	μ giornate in bici	1000	
	2755	226	46,59		29.012,72
	$\Delta km_{auto-TPL}$	gr/km CO ₂	μ giornate in bici	1000	
	23000	226	200		1.039.600
	$\Delta km_{auto-carpooling}$	gr/km CO ₂	μ giornate in bici	1000	
	19525	226	200		882.530
	$\Delta km_{auto-smartworking}$	gr/km CO ₂	μ giornate in bici	1000	
	0	226			



					1.951.143
<i>Δkmauto-biciletta</i>	<i>gr/km NOx</i>	<i>μ giornate in bici</i>	<i>1000</i>		
2755	0,212631	46,59			27,29648
<i>Δkmauto-TPL</i>	<i>gr/km NOx</i>	<i>μ giornate in bici</i>	<i>1000</i>		
23000	0,212631	200			978,1026
<i>Δkmauto-carpooling</i>	<i>gr/km NOx</i>	<i>μ giornate in bici</i>	<i>1000</i>		
19525	0,212631	200			830,3241
<i>Δkmauto-smartworking</i>	<i>gr/km NOx</i>	<i>μ giornate in bici</i>	<i>1000</i>		
0	0,212631				
					1835,723
<i>Δkmauto-biciletta</i>	<i>gr/km PM10</i>	<i>μ giornate in bici</i>	<i>1000</i>		
2755	0,081167	46,59			10,4198
<i>Δkmauto-TPL</i>	<i>gr/km PM10</i>	<i>μ giornate in bici</i>	<i>1000</i>		
23000	0,081167	200			373,3682
<i>Δkmauto-carpooling</i>	<i>gr/km PM10</i>	<i>μ giornate in bici</i>	<i>1000</i>		
19525	0,081167	200			316,9571
<i>Δkmauto-smartworking</i>	<i>gr/km PM10</i>	<i>μ giornate in bici</i>	<i>1000</i>		
0	0,081167				
					700,7451

4. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEL VALORE PUBBLICO E DELLA PERFORMANCE

MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE

Negli anni, l'IRCSS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha consolidato un articolato processo - fondato sull'integrazione di sistemi, metodiche e strumenti esistenti o sviluppati ad hoc - finalizzato ad attuare una corretta gestione dei processi aziendali attraverso un'azione coordinata di programmazione, monitoraggio, valutazione dell'attività e delle prestazioni e valorizzazione dell'apporto professionale d'équipe ed individuale.

Partendo dall'attività di programmazione annuale, sono stati recentemente rivisitati gli strumenti di budget con la finalità di rendere più puntuali le declinazioni degli obiettivi, derivanti dalla programmazione regionale e aziendale, assegnati ai dipartimenti e le unità operative, nonché per esplicitare più chiaramente gli ambiti di responsabilità e le figure professionali coinvolte sia della dirigenza sia del comparto. Il budget, quale atto di incontro tra i differenti livelli di responsabilità, ha valore di impegno bilaterale e postula un programma operativo attivo e richiama l'impegno dinamico verso il miglioramento organizzativo, il governo gestionale, la responsabilizzazione diffusa e partecipata, la comunicazione aziendale. I Dipartimenti ad Attività Integrata e i Dipartimenti interaziendali con il supporto della rete, sono gli ambiti di informazione e coinvolgimento dei professionisti nelle fasi principali del processo di budget, nella condivisione degli obiettivi e delle azioni individuate per la relativa realizzazione.

Il processo nel suo insieme - come successivamente illustrato - trova riscontro nel contesto normativo delineato dal D.lgs 150/2009, aggiornato con D.lgs 74/2017, e realizza il "Sistema di misurazione e valutazione della performance" previsto dal decreto stesso. Inoltre, esso risulta in linea con la DGR 819/2021 di approvazione delle *"Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle Aziende e negli Enti del SSR"* che hanno sistematizzato e aggiornato l'intero processo del Ciclo della Performance così come delineato, a livello regionale, fin dalle delibere n. 1/2014, 2/2015, 3/2016, 4/2016 e 5/2017 dall'OIV-SSR che provvedono a declinare il "ciclo di gestione della performance" come segue:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;

- f) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Il ciclo della performance con il relativo sistema di misurazione è stato strutturato in modo coerente:

- le fasi di cui ai punti a) e b) si realizzano attraverso il processo di programmazione e controllo secondo il percorso definito dalla procedura di budget formalizzata nell'ambito del percorso attuativo per la certificabilità di bilancio;
- - le fasi di cui ai punti c) e d) si attuano attraverso gli strumenti propri del controllo di gestione e del sistema di valutazione tenuto conto di quanto disposto dall'OIV-SSR;
- - le fasi di cui ai punti e) ed f) si concretizzano attraverso l'attuazione dei sistemi premianti, gli strumenti del controllo di gestione, l'attività dell'Organismo Aziendale di Supporto, gli strumenti di comunicazione aziendale; in particolare la rendicontazione istituzionale si realizza attraverso la redazione annuale del Bilancio di Esercizio (Relazione del Direttore Generale sulla gestione).

Con la DGR 819/2021 citata, la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna, acquisito il parere favorevole dell'OIV-SSR, ha proceduto ad adeguare il Sistema di misurazione e valutazione della performance nelle Aziende Sanitarie sostituendosi alle citate delibere dell'OIV-SSR, recependone comunque in gran parte i contenuti.

Con le Linee guida 1/2022 dell'OIV-SSR ad oggetto *"Sistema di valutazione integrata del personale delle Aziende sanitarie"* l'OIV-SSR ha aggiornato il quadro di riferimento in tema dei sistemi di valutazione del personale.

Di seguito sono illustrati sistemi, processi, organismi e modalità che interagiscono nel complessivo sistema di gestione della performance dell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e che - nel loro insieme - costituiscono il sistema di misurazione e valutazione della performance:

1. *Negoziazione di budget*: nel documento di budget trovano declinazione, nelle diverse articolazioni aziendali, gli obiettivi strategici, le linee di programmazione regionale coerentemente con la programmazione provinciale e di Area Vasta. Nel budget aziendale viene verificata la sostenibilità economica e patrimoniale del sistema di programmazione;
2. *Controllo di gestione*: è la struttura che si occupa della programmazione per indirizzare i comportamenti verso il conseguimento degli obiettivi aziendali. Il sistema di monitoraggio e controllo aziendale è articolato su vari livelli all'interno dell'azienda: (aziendale, gestionale/trasversale, per dipartimenti e centri di responsabilità) e si completa con la valutazione annuale dei risultati conseguiti.

3. *Sistemi premianti*: condivisi nel tempo con le organizzazioni sindacali delle diverse aree di contrattazione e con il Collegio di Direzione, sono stati predisposti in linea con la logica per obiettivi prevista dai contratti nazionali di lavoro. Il fondo finalizzato alla corresponsione della retribuzione di risultato è stato articolato in due ambiti premianti:
- il primo diretto a riconoscere il contributo dei professionisti al raggiungimento degli obiettivi negoziati in sede di budget (performance organizzative). Tale valutazione è incentrata sull'équipe; in caso di raggiungimento parziale degli obiettivi assegnati, a tutti i componenti della specifica struttura organizzativa viene assegnata una percentuale del premio prefissato. In questo ambito, pertanto, l'Azienda premia la performance organizzativa in coerenza con quanto previsto dal D.Lgs.150/2009 e ss.mm.ii;
 - il secondo è individuale. Riconosce il contributo dei professionisti attraverso gli obiettivi specifici differenziati assegnati a ciascun dirigente. Il premio viene attribuito sulla base del peso definito per l'UO in relazione alla strategicità degli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale e in ragione del diverso apporto individuale rendicontato; si prevede inoltre l'assegnazione selettiva di premi a dirigenti che concorrano al raggiungimento di progetti specifici che riguardano, di anno in anno, solo il personale effettivamente coinvolto nel conseguimento degli obiettivi dei progetti specifici aziendali.

Per l'area del comparto, come per la dirigenza, la performance organizzativa aziendale viene periodicamente monitorata. L'Azienda infatti, dopo aver attuato una valutazione per stati di avanzamento, procede alla liquidazione degli incentivi sulla base dell'andamento e della relativa proiezione prospettica degli indicatori aziendali individuati, a cui è sottesa l'attività di tutte le strutture organizzative e del personale aziendale.

Per quanto riguarda il contributo individuale per il comparto, si prevede l'assegnazione di un premio correlato al conseguimento degli obiettivi dei progetti specifici aziendali assegnati selettivamente.

1. *Sistema di valutazione del personale*: I sistemi di valutazione del personale rappresentano sempre più una leva gestionale e professionale per realizzare il miglioramento e il cambiamento dei sistemi organizzativi complessi. L'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna intende valorizzare gli strumenti che la normativa nazionale e regionale, i contratti e le disposizioni per l'accreditamento istituzionale promuovono per realizzare gli obiettivi di sviluppo e miglioramento del sistema di valutazione.

Le attività che l'Azienda ha messo in campo nel 2024 sono state mirate a consolidare i sistemi di valutazione e 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 in coerenza con i contenuti strategici indicati nel PIAO 2023-2025.

In particolare:

- attuazione di un percorso strutturato di miglioramento del sistema di valutazione, formalizzato nel *“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;
- garanzia del pieno ed esclusivo utilizzo del modulo *“Valutazione 2.0”* riferito alla valutazione annuale di tutti i professionisti presenti in azienda promuovendo la cultura del dialogo attraverso il colloquio;
- configurazione, nel modulo *“Valutazione 2.0”* di GRU WHR-time, della valutazione di fine incarico (pluriennale) del personale della dirigenza sanitaria e PTA gestionale e professionale.

Sul versante della valutazione della performance individuale annuale del personale della dirigenza, nel 2024 è stata data applicazione al nuovo regolamento della dirigenza PTA che introduce nuove modalità di incentivazione e valorizzazione in analogia ai meccanismi incentivanti della dirigenza sanitaria, 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, è stato portato avanti il processo di conferimento di nuovi incarichi professionali e gestionali, sia della dirigenza sanitaria che di quella PTA, 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.

Analogamente si è proceduto per il comparto sanità mediante l’applicazione del regolamento integrativo correlato all’applicazione del CCNL 2019-2021 che ha ridisegnato il sistema degli incarichi attribuibili al personale. Il nuovo sistema degli incarichi del comparto si basa sui principi di maggiore responsabilità e di impegno realmente profuso, valorizzazione del merito e della prestazione professionale ed è funzionale ad una efficace organizzazione aziendale e al raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dalla programmazione sanitaria e sociosanitaria nazionale e regionale, finalizzati a promuovere lo sviluppo professionale, mediante il riconoscimento dell’autonomia operativa.

Al fine di omogeneizzare gli strumenti, si è proceduto alla revisione congiunta dei contenuti delle job description per il conferimento degli incarichi della dirigenza e del comparto con la stesura delle nuove schede di valutazione di fine incarico, 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.

Si è proceduto, in riferimento al nuovo sistema degli incarichi del comparto, ad implementare le procedure per il conferimento di incarichi al personale delle aree degli operatori e degli assistenti.

Contestualmente a tali attività, per consolidare il processo di valutazione annuale di tutto il personale, si è svolta durante tutto l'anno la formazione sul sistema di valutazione annuale rivolta a tutto il personale (prevista in modalità FAD, unica per tutta l'area metropolitana), disponibile nel portale del dipendente WHR. Nel corso del 2024 la FAD, congiuntamente con tutte le aziende dell'area metropolitana, è stata revisionata e ulteriormente aggiornata inserendo un modulo dedicato all'approfondimento della valutazione di fine incarico: la nuova versione è disponibile a partire dal 1° gennaio 2025

1. *Organismo di Supporto Aziendale (OAS)*: costituito in applicazione della DGR 334/2014 al fine di garantire all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) regionale il necessario supporto nello svolgimento delle proprie funzioni e assicurare allo stesso la disponibilità di tutte le informazioni specifiche previste dal Regolamento 2/2019 "Regolamento per il funzionamento degli OIV della Regione Emilia-Romagna e degli enti del sistema delle amministrazioni regionali" e ulteriormente specificate dalle citate Linee Guida 1/2022 dell'OIV-SSR "Sistema di valutazione integrata del personale delle Aziende Sanitarie"
2. *Comunicazione e trasparenza*: nell'ambito del "Sistema aziendale di misurazione e valutazione delle performance", l'Azienda attua diverse misure volte a garantire una piena informazione verso utenti e stakeholders in relazione al ciclo della performance attuato, allo scopo di favorire forme diffuse di informazione e controllo. In particolare, sono pubblicate sul sito istituzionale e aziendale le seguenti informazioni:
 - Informazioni concernenti l'assetto organizzativo aziendale, derivante dai documenti aziendali: "Atto aziendale", "Regolamento organizzativo aziendale", Linee guida operative Budget;
 - Indicatori relativi agli andamenti gestionali e delle attività;
 - Risultati dell'attività di misurazione e valutazione. In particolare, vengono pubblicati sul portale istituzionale nell'area "Amministrazione Trasparente" documenti di rendicontazione aziendale quali: la relazione sulla performance, il bilancio di esercizio, le attività e gli impegni del Policlinico per i cittadini e i

pazienti, il piano triennale per la razionalizzazione dei beni mobili ed immobili.

Retribuzione dei dirigenti con specifica evidenza sulle componenti variabili della retribuzione e delle componenti legate alla valutazione di risultato; Curricula dei dirigenti e dei titolari di incarico di posizione.

5. INDICATORI DI VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

La Delibera di Giunta Regionale n. 819/2021 di approvazione delle “Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle Aziende e negli Enti del SSR” ha individuato per le diverse Dimensioni e Aree della Performance un “cruscotto” di indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende della Regione al fine di garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema.

La Regione Emilia-Romagna ha aggiornato e ulteriormente arricchito gli indicatori di riferimento per una migliore rappresentazione delle performance aziendali. La scelta di tale insieme di indicatori è stata effettuata avendo come riferimento il Sistema informativo InSiDER implementato a livello regionale e reso disponibile a tutti gli enti del Servizio Sanitario Regionale, al fine di garantire una piena valorizzazione dei sistemi e delle banche dati esistenti a livello regionale e standardizzazione nella loro elaborazione.

Particolare importanza è stata assegnata agli indicatori utilizzati a livello nazionale nell’ambito del Nuovo Sistema di Garanzia e del Programma Nazionale Esiti, in quanto centrali nelle valutazioni effettuate a livello nazionale sulla Regione e sulle Aziende.

Nelle schede a seguire, relative ai risultati conseguiti dall’IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Sant’Orsola si possono osservare gli indicatori, raggruppati per area della performance di riferimento, con il valore aziendale conseguito nel corso del 2022-2023, 2024 e il valore medio regionale del 2022-2024, che consente un confronto dell’Azienda rispetto alla media delle Aziende sanitarie regionali.

Gli indicatori individuati per:

- l’Area di performance della ricerca e della didattica, riferita alla dimensione di performance dell’innovazione e dello sviluppo, attualmente non disponibili nel sistema di monitoraggio regionale InSiDER, sono stati elaborati a livello aziendale tenendo conto del riconoscimento dell’Azienda ad IRCCS a rilevanza nazionale e degli indicatori proposti dalla Delibera di Giunta Regionale n. 819/2021. Sono stati considerati l’Impact Factor normalizzato, il n. medio di pubblicazioni per ricercatore, il n. di trial clinici approvati dal Comitato Etico, il n. di studi osservazionali approvati da Comitato Etico, il n. di trial clinici attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall’attivazione), il n. di studi osservazionali attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall’attivazione).
- l’Area di performance degli investimenti, afferente alla dimensione di performance della sostenibilità, sono stati elaborati a livello aziendale in quanto non disponibili in InSiDER e, come proposto dalla citata DGR n. 819/2021, gli indicatori utilizzati riguardano la percentuale di realizzazione del piano investimenti aziendali, la % di grandi apparecchiature con età ≤ 10 anni, gli investimenti in tecnologie informatiche.

Indicatori INSIDER monitorati	Target 2024	Risultato RER 2024	Risultato AOU 2024
Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti sopra soglia (100)	≥ 95%	80.05	75.11
Frattura di femore: % di interventi in reparti sopra soglia (75)	≥ 95%	91.06	96.68
Infarto miocardico acuto: % di ricoveri in stabilimenti sopra soglia (100)	≥ 95%	91.51	100.0
Angioplastica coronarica percutanea: % di interventi in stabilimenti sopra soglia (250)	≥ 95%	98.09	100.0
Angioplastica coronarica percutanea primaria per IMA-STEMI: % di interventi in stabilimenti sopra soglia (75)	≥ 95%	95.12	100.0
Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volumi attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui - NSG	≥ 90%	97.11	100.0
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella - NSG	< 6,2%	3.82	2.58
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario - NSG	< 0,15	0.16	0.13
Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni - NSG	≥ 90%	87.21	83.08
% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	≥ 80%	66.59	61.07
% di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno - NSG	<=25% punteggio sufficienza <=20% punteggio massimo	16.26	25.0
Variazione degli interventi TAVI rispetto all'anno precedente	≤ - 10	10.71	1.08
% pazienti con STEMI soccorsi dal 118 e portati direttamente in emodinamica (fast track)	≥ 70%	64.57	73.12
% Pazienti con STEMI trattati con angioplastica primaria entro <= 90 min	≥ 65%	63.36	63.5
Indice comparativo di performance	≤ 1.25	-	1.14

UTENTE

Accesso e Domanda

Accesso e Domanda

	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024		Commento
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg (AUSL BO)	86,92	84,31	83,41	89,71	89,35	85,61	≥ 90% (tutto l'anno)	
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg (AUSL BO)	92,31	92,45	89,86	93,91	96,05	94,09	≥ 90% (tutto l'anno)	
Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg (AUSL BO)	99,87	88,71	99,84	89,37	99,89	89,74	≥ 90% (tutto l'anno)	
Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità D garantite entro i tempi (AUSL BO)	86,57	76,77	86,04	80,55	87,74	80,84		
Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità B garantite entro i tempi (AUSL BO)	96,72	79	97,59	82,96	96,86	84,29		
% prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista sul totale prescrizioni di visite di controllo (AUSL BO)	97,34	89,75	97,66	90,42	97,85	91,53	≥ 70% (tutto l'anno)	Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
% ricette specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale ricette prescritte (AUSL BO)	98,32	98,23	98,51	98,41	98,65	98,79		

Accesso e Domanda

	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	Target	Commento
% accessi con permanenza <6 +1 ore in PS con più di 45.000 accessi	64,81	73,96	63,91	75,87	63,21	72,34	≥ 90%	
Indice di filtro del PS	26,07	19,52	26,25	18,59	26,48	19,34		
Tasso std di accessi in PS (AUSL BO)	379,16	349,57	387,68	367,55	367,8	340,71		Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
% abbandoni dal Pronto Soccorso	5,38	6,11	6,38	5,89	6,38	5,89		
Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) std per 1.000 residenti - NSG (AUSL BO)	114,23	120,19	113,8	121,86	116,67	124,25	≤160	Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
Tempi di attesa retrospettivi per interventi oncologici monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità	68,44	71,49	70,26	79,36	71,6	82,5	≥ 90%	Target DGR ≥ 90%
Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i tempi di classe di priorità	32,93	75,3	32,1	76,58	73,4	80,49	≥85	
Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata	45,41	68,48	45,84	68,61	52,81	70,84	≥ 90%	
% di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera (AUSL BO)	55,14	48,99	52,03	48,56	52,48	49,79		Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana ≥ 50% ≥ 50%

Integrazione

Integrazione

Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	TARGET	Commento
Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - NSG (AUSL BO)	256,57	280,17	229,45	260,25	230,17	242,85	≤ 261 per 1.000 ab	Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
Tasso di ospedalizzazione std (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - NSG (AUSL BO)	60,13	93,63	35,58	78,8	41,7	82,48	< 56,38 per 1000 ab	
Tasso di dimissione protette in pazienti >= 65 anni	29,03	29,4	27,49	30,99	29,46	30,51		
Tasso std di accesso in PS nei giorni feriali dalle 8 alle 20 con codice bianco/verde per 1.000 abitanti - NSG (AUSL BO)	64,38	72,14	68,13	77,39	72,0	70,41		Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni (AUSL BO)	109,78	228,75	193,37	224,76	189,33	243,9		
Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI	17,49	10,93	20,34	11,4	15,86	10,13		
Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA1, CIA2, CIA3) - NSG (AUSL BO)	100,00	98,28	98,63	100,00	97,65	100,00		
% ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza <= 7 giorni (AUSL BO)	32,55	26,82	32,32	25,65	29,61	25,35	≤25%	
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore - NSG (AUSL BO)	66,1	56,6	57,9	55,8	60,4	56,4	≥60%	
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	9,2	13,36	7,65	16,62	16,0	15,34	≤25%	

Esiti

Esiti

Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	TARGET	Commento
Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	0,72	1,8	1,38	1,84	0,98	1,19	<4%	
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	2,11	1,96	1,49	1,87	1,55	1,61	<4%	
Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	6,55	7,43	7,82	6,46	7,6	6,91	≤14%	
Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	41,24	49,97	39,92	50,4	37,45	50,26	≥35%	
Scopenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	10,29	11,74	9,63	10,98	6,57	10,74	≤14%	
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	0,71	1,31	1,25	1,41	0,61	1,34	≤3%	
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni (AUSL BO + AOSP BO)	14,21	10,0	11,3	9,93	15,05	9,39	≤13.60	
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	11,99	10,69	9,82	8,88	8,2	8,39	≤12%	
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	84,67	84,94	85,62	86,00	83,08	87,21		
Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	43,55	81,94	65,55	80,13	75,28	82,49	>90 casi	



Esiti

Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA - NSG	22,26	18,06	21,56	18,53	20,28	1751	≤ 7%	
Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico - NSG	18,03	15,85	17,06	15,18	17,54	15,046	≤ 7%	

PROCESSI INTERNI

Produzione-Ospedale

Produzione-Ospedale

Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024		Commento
Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa provincia	61,68	77,85	59,60	77,36	60,46	77,78		
Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Stessa regione	19,06	9,31	20,42	9,68	20,58	9,6		
Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione - Fuori regione	19,27	12,85	19,98	12,97	18,95	12,62		
Indice di case mix degenza ordinaria	1,24		1,24		1,21			
Indice comparativo di performance	1,1		1,14		1,14		≤ 1,25	

Produzione-Territorio

Produzione-Territorio

Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	TARGET	Commento
Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile (AUSL BO)	73,03	81,93	71,84	84,96	75,52	89,74		Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita (AUSL BO)	47,56	59,18	60,47	65,81	60,47	65,81		
% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita (AUSL BO)	22,38	25,49	31,45	29,54	31,45	29,54		

Produzione-Prevenzione

Produzione- Prevenzione

Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	TARGET	Commento
% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni) (AUSL BO)	70,23	71,33	69,2	70,63	71,36	72,87	≥70% ottimale ≥60% accettabile	Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana
% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni) (AUSL BO)	59,95	65,27	61,31	65,92	62,41	66,53	≥60% ottimale ≥50% accettabile	
% di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni) (AUSL BO)	61,63	53,16	58,01	52,80	54,86	52,78	≥60% ottimale ≥50% accettabile	

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio clinico

**Appropriatezza,
Qualità,
Sicurezza e
Gestione
del Rischio clinico**

Indicatore	Valore Aziendale e 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024		Commento
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - NSG	0,14	0,16	0,15	0,17	0,13	0,16		
Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente - NSG (AUSL BO)	1,83	2,27	1,7	2,33	1,77	2,38	Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana	
Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente - NSG	22,88	26,51	22,83	26,65	22,99	25,51	Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana	
Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	11,35	6,99	11,52	6,66	12,58	6,79		
Embolia polmonare o tromboembolia venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	7,64	3,75	8,05	3,94	10,08	4,0		
Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio (AUSL BO)	815,0	826,64	893,13	872,39	931,96	924,98	Contributo aziendale al raggiungimento dell'obiettivo su base metropolitana	
Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio (AUSL BO)	705,46	722,9	667,68	739,97	649,67	719,92		
Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti - NSG	79,81	76,45	70,93	74,56	61,4	75,16		

Organizzazione

Organizzazione	Indicatore	Valore Aziendale	Valore Regionale	Valore Aziendale	Valore Regionale	Valore Aziendale	Valore Regionale	TARGET	Commento
		2022	2022	2023	2023	2024	2024		
	% Lavoratori agili effettivi/ Totale lavoratori			1,97	4,14	2,65	4,58		
	% Lavoratori agili effettivi/ Totale lavoratori agili potenziali			8,67	16,29	15,05	25,19		
	% Giornate lavoro agile/Giornate lavorative totali			2,43	3,37	2,84	3,68		

Anticorruzione-Trasparenza

Anticorruzione e Trasparenza	Indicatore	Valore Aziendale	Valore Regionale	Valore Aziendale	Valore Regionale	Valore Aziendale	Valore Regionale	TARGET	Commento
		2022	2022	2023	2023	2024	2024		
	% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	100	99,7	99,42	100	100		
	% di centralizzazione di acquisti di beni e servizi a livello regionale	51,87	63,30	51,78	62,23	N.D.	N.D.		Dato non disponibile al 20/6/2024

INNOVAZIONE E SVILUPPO

Ricerca e Didattica

Ricerca e Didattica

Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	TARGET	Commento
N. Medio di pubblicazione per ricercatore***	2,60		2,60		1,37			Disponibile dal 2021 (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico - IRCCS - a rilevanza nazionale, con Decreto del 19 settembre 2020 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Ministeriale N. 266 del 26 ottobre 2020 nelle discipline di "assistenza e ricerca nei trapianti e nel paziente critico" e "gestione medica e chirurgica integrata delle patologie oncologiche".
Impact Factor Normalizzato ***	2.979,05		2.900,46		3502,25			
N. Trial clinici approvati dal Comitato Etico**	204		209		224			
N. Studi osservazionali approvati dal Comitato Etico**	182		196		210			
N. Trial clinici attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)**	651/1313 (49,58%)		1355/2077 (65,23%)		841/1670 (50,36%)			
N. Studi osservazionali attivi sul totale degli studi attivi (a 5 anni dall'attivazione)**	662/1313 (50,42%)		722/2077 (34,76%)		829/1670 (49,64%)			

Fonte dati: **banca dati aziendale ***Workflow della ricerca del Ministero della Salute

SOSTENIBILITA' ECONOMICO – FINANZIARIA

Sostenibilità
Economico -
Finanziaria

Indicatore	Valore Aziendale e 2022	Valore Regionale e 2022	Valore Aziendale e 2023	Valore Regionale e 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	TARGET	Commento
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	- 9,55		-8,01		- 9,33			
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza (AUSL BO)	89,7 9	88,9 2	90,09	89,61	90,34	90,1		Contributo alla realizzazione degli obiettivi di area metropolitana
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite (AUSL BO)	189,96	185, 5	198,83	192,00	215,83	206,92		
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	88,3 7	93,1 6	97,04	95,77	95,74	95,59	≥90%	
Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	31,0 9	17,9 6	33,53	18,63	33,86	19,32		
Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	7,43	29,5 4	6,86	29,66	6,46	29,79		
Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	16,1 5	12,6 5	15,50	11,67	14,28	11,86		
Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità)	43,0 1	38,6 7	43,78	38,36	40,65	37,06		
% risorse impegnate per grandi apparecchiature (PNRR)	0,59	17,76	97,4	88,21	100	100		
% risorse impegnate per digitalizzazione DEA (PNRR)	100	80,06	100	100-	100	100-		

INVESTIMENTI

Indicatore	Valore Aziendale 2022	Valore Regionale 2022	Valore Aziendale 2023	Valore Regionale 2023	Valore Aziendale 2024	Valore Regionale 2024	TARGET	Commento
% di realizzazione del piano di investimenti aziendali	Attrezzature sanitarie 100,00% Lavori >80%		Attrezzature sanitarie 100,00% Lavori >80%		Attrezzature sanitarie Tendenziale 100,00% Lavori >80%		Attrezzature sanitarie Tendenziale 100% Lavori >80%	Sono state completate tutte le procedure di acquisizione programmate e le procedure di acquisizione per necessità urgenti non programmabili e per gli investimenti su fondi stato/regione (APC). In alcuni casi la consegna dei beni non è stata entro l'anno 2024.
% grandi apparecchiature con età <= 10 anni	73,53	59,02	72,22	63,82	75,0	70,19		
Investimenti in tecnologie informatiche	800.000		640.000**		450.000**			

** esclusi finanziamenti PNRR