

Piano della Performance 2018 - 2020



POLICLINICO DI **SANT'ORSOLA**

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



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Premessa	4
1. <u>Identità dell'azienda sanitaria</u>	6
1.1 Chi siamo e cosa facciamo	6
1.2 Il Contesto nel quale si opera.....	8
1.3 Il personale.....	14
1.4 I dati economici.....	15
1.5 Come operiamo	19
2. <u>Gli impegni strategici, gli obiettivi aziendali e le dimensioni della performance</u>	28
2.1 Dimensione di performance dell'utente	31
2.1.1 Area di performance dell'accesso e della domanda	31
2.1.2 Area di performance dell'integrazione	35
2.1.3 Area di performance degli esiti	41
2.2 Dimensione di performance dei processi interni	43
2.2.1 Area di performance della produzione.....	43
2.2.2 Area della performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	52
2.2.3 Area di performance dell'organizzazione	60
2.2.4 Area dell'anticorruzione e della trasparenza	62
2.3 Dimensione di performance innovazione e sviluppo	64
2.3.1 Area di performance della ricerca e della didattica.....	64
2.3.2 Area di performance dello sviluppo organizzativo.....	66
2.4 Dimensione di performance della sostenibilità	70
2.4.1 Area di performance economico-finanziaria	70
2.4.2 Area di performance degli investimenti	90
4. <u>Misurazione e valutazione della performance</u>	101
5. <u>Indicatori di risultato</u>	104

Premessa

Il **Piano della Performance** è un documento programmatico di durata triennale che rappresenta lo strumento che dà avvio al Ciclo di gestione della Performance, (D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150), e quindi si configura come il documento attraverso il quale, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto degli atti di programmazione nazionale, regionale e locale, vengono individuati gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, le risorse disponibili, gli indicatori di risultato ed i target su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance individuale ed organizzativa aziendale.

Il "Ciclo di gestione della performance" definisce i processi di pianificazione strategica pluriennale, di controllo strategico e viene declinato come segue:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.



Ciclo della Performance

Il Piano della performance è utilizzato sia all'interno dell'Azienda per orientare l'attività del gruppo dirigente (e del personale dell'azienda) nel perseguire le fondamentali priorità strategiche individuate nel dialogo con la direzione aziendale sia all'esterno, nei rapporti con i diversi portatori di interesse (stakeholder), per rappresentare le priorità strategiche individuate e la conseguente assunzione di responsabilità nel raggiungimento degli obiettivi definiti e nella loro rendicontazione (accountability).

Il documento è redatto coerentemente con i principi contenuti nel D.lgs. n. 150/2009 ed in conformità con le linee guida fornite dalla stessa ANAC alle Amministrazioni destinatarie del suddetto decreto. Il piano della Performance deve essere pertanto coerente ed in stretta connessione con gli obiettivi previsti nel Programma triennale di prevenzione della Corruzione. Il collegamento annuale con l'evoluzione degli obiettivi dell'anticorruzione e della trasparenza viene garantito con il processo di budget.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale, che dovrà essere predisposto nei tempi e nei modi che saranno stabiliti ai sensi dell'art.6, del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2017 n. 75, sarà predisposto coerentemente con i contenuti del Piano della Performance 2018-2020.

Nell'elaborazione del Piano sono state recepite le indicazioni e gli indirizzi forniti dall'Organismo Indipendente di Valutazione unico regionale per il SSR con le Delibere 1/2014 e 3/2016 dell'OIV-SSR. Il Piano è stato sviluppato secondo le articolazioni dell'*albero della performance*, strutturato su due livelli, mediante *Dimensioni della performance* ed *Aree della performance* attraverso le quali è possibile individuare un collegamento indicativo con le priorità strategiche stabilite dalla Direzione Generale dell'Azienda strettamente correlate agli obiettivi di programmazione regionale.

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

Tali indicatori sono stati selezionati nell'ambito del Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna InSiDER (ex SIVER) ovvero il portale della Regione, un ambiente dedicato alle Direzioni delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale per monitorare e valutare, tramite sistemi di indicatori e dashboard direzionali, l'assistenza erogata.

1. Identità dell'azienda sanitaria

1.1 Chi siamo e cosa facciamo

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Orsola-Malpighi di Bologna è istituita dalla legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29 ed è disciplinata dai seguenti atti di indirizzo o di intesa aventi carattere generale e speciale:

- a - Deliberazione della Giunta Regionale n. 318 del 14 febbraio 2005 recante "Disciplina delle Aziende ospedaliero-universitarie" ai sensi dell'art.9, comma 6, della L. R. n. 29/2004;
- b - Deliberazione della Giunta Regionale n. 297 del 14 febbraio 2005 ad oggetto "Protocollo d'intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena e Parma, in attuazione dell'art. 9 della L.R. 23 dicembre 2004 n. 29".

L'Azienda ha personalità giuridica pubblica ed è dotata di autonomia imprenditoriale e costituisce la sede privilegiata dell'integrazione della tradizionale e primaria funzione di assistenza con le funzioni di formazione e di ricerca in quanto Azienda di riferimento per l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna.

Ai fini della descrizione dell'assetto istituzionale, alla descrizione degli organi, degli organismi istituzionali, delle strutture organizzative orizzontali e verticali che sono a supporto dell'azione di governo della Direzione si rimanda a:

- o atto aziendale deliberato con Delibera n. 147 del 4 novembre 2008;
- o riassetto organizzativo della direzione aziendale deliberato con del. 31 del 31 gennaio 2012 così come integrato con successivi atti con i quali sono stati parzialmente rimodulati gli assetti organizzativi definiti con la citata deliberazione n.31/2012 e da ultimo con le deliberazioni n. 150/2016, n. 111/2016, n. 179/2017, n. 249/2017;
- o Deliberazione n. 79/2007 di istituzione dei Dipartimenti ad attività integrata e approvazione del relativo regolamento di funzionamento, modificata ed integrata con le deliberazioni n. 318/2014 di ridefinizione del nuovo assetto dipartimentale aziendale e n. 144/2017 di modifica a stralcio dell'atto aziendale e approvazione del regolamento di funzionamento dei DAI;
- o regolamento di organizzazione aziendale approvato con delibera n. 345 del 5 agosto 2013;

Nel 2018 l'Azienda ha avviato un'analisi per la riorganizzazione delle strutture in staff e in line alla Direzione Aziendale.

La mission aziendale

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna eroga e sviluppa, integrandole, assistenza polispecialistica, ricerca e formazione, anche di rilievo nazionale ed internazionale.

Promuove l'innovazione, persegue la centralità del paziente/utente e dello studente e favorisce la valorizzazione dei professionisti anche mediante la condivisione degli obiettivi e la responsabilizzazione sui risultati.

Svolge in modo unitario ed inscindibile le funzioni di assistenza, ricerca e formazione, costituendo al tempo stesso elemento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale, ed in particolare del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento degli obiettivi di tutela globale della salute, e del Sistema Universitario, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento delle sue finalità didattiche e di ricerca.

La vision aziendale

Il Policlinico di Sant'Orsola intende divenire un luogo centrato sulla persona e sulle sue esigenze, dove l'assistenza si sviluppi sempre più in stretta correlazione con la cultura scientifica e l'innovazione tecnologica e dove la promozione e lo sviluppo della didattica e della formazione siano sempre più orientate a favorire il trasferimento nell'attività assistenziale delle conoscenze acquisite.

Gli impegni che l'Azienda assume si basano sulle seguenti macro aree strategiche, che costituiscono i capisaldi della pianificazione strategica.

Impegni dell'Azienda:

- Favorire la centralità del cittadino-utente
- Garantire il sistema del governo aziendale
- Sviluppare l'integrazione Ospedale-Università
- Garantire l'Innovazione, la ricerca e lo sviluppo
- Sviluppare il ruolo aziendale nel contesto locale e nazionale
- Pianificare e programmare e l'ammodernamento delle strutture edilizie, degli impianti e delle tecnologie
- Garantire l'equilibrio di bilancio

1.2 Contesto nel quale si opera

Il Policlinico di Sant'Orsola è un'Azienda Ospedaliero-Universitaria, sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Alma Mater Studiorum di Bologna. Il primo nucleo dell'ospedale risale al 1592 quando un'area esterna alla cinta muraria fu adibita all'accoglienza degli emarginati e, successivamente, degli incurabili, anche mediante la realizzazione, nel 1630, di un nuovo lazzaretto. Dagli inizi dell'Ottocento, l'ospedale acquistò un'importanza crescente per l'attività accademica divenendone, negli anni che precedono l'unità d'Italia, la principale struttura di supporto assistenziale. Il progressivo aumento delle specialità e degli insegnamenti, oltre alla crescita dell'attività sanitaria, portarono nel 1929 alla definizione di un nuovo assetto edilizio basato su un impianto a padiglioni immersi nel verde, città-giardino ospedaliera estesa su un'area ormai divenuta centrale rispetto al tessuto urbano. Dal 1978, per effetto della riforma del S.S.N., il Policlinico S. Orsola e l'Ospedale Malpighi - struttura specialistica sorta nei primi anni 1970 su un'area limitrofa, sono stati unificati, portando l'ampiezza del quartiere ospedaliero a circa 230.000 mq.

Struttura

Oggi si colloca nel cuore della città di Bologna, con 30 padiglioni che coprono un'estensione pari a 1,8 chilometri di lunghezza e 300 metri di larghezza.

Il Sant'Orsola è un polmone verde in città con 1.448 alberi censiti. L'area ospedaliera è raggiungibile anche con pista ciclabile cittadina e gli accessi pedonali sono su ogni lato e i percorsi sono individuati con segnaletica anche interattiva.

30 padiglioni
1,8 km di lunghezza e 300 mt. di larghezza
1.487 posti letto di cui:
- 12 nella sede presso l'ospedale di Budrio;
- 3 nella sede presso l'ospedale di Hesperia Hospital
Nuove strutture:
-Polo Chirurgico (2010-2011)
-Polo Cardio-Toraco-Vascolare (2015)

Gli investimenti effettuati hanno consentito l'attivazione del **nuovo Polo Chirurgico** (2010-2011) e del **nuovo Polo Cardio-Toraco-Vascolare** (2015), strutture con standard di elevatissima qualità, sicurezza, vivibilità e comfort.

Bacino di riferimento

L'Azienda opera sul territorio regionale nell'ambito del quale la popolazione assistibile complessivamente è pari a 4.367.144, di cui il 24% con età superiore ai 64 anni e il 12,4% in età pediatrica inferiore ai 14 anni.

La popolazione assistibile della provincia è di circa 1 milione di persone, con una percentuale di utenti con età maggiore di 65 anni pari a 24,6% maggiore della media regionale (24%), particolarmente rilevante se si considera che la quota regionale > 75 anni è pari a 12,7 contro il 13,3% di Bologna.

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

Oltre al territorio provinciale e regionale l'Azienda è centro di attrazione di pazienti provenienti dal territorio nazionale e internazionale. I ricoveri sono 63 mila di cui il 75,4% residenti a Bologna, il 9,7% residenti in regione e il restante 14,9% residente fuori regione.

Il confronto con le altre aziende ospedaliere presenti nel territorio regionale, evidenzia che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha un grado di attrazione significativamente più alto.

Dati principali

- 4,367 milioni gli assistiti sul territorio regionale;
- 1 milione gli assistiti in provincia di Bologna;
- 63mila ricoveri di cui il 75,4% residenti a Bologna, il 9,7% residenti in regione e il restante 14,9% residente fuori regione;
- 1.016.845 gli accessi nel 2017 di pazienti ambulatori per un volume di prestazioni specialistiche di 3.484.037 prestazioni/anno, di cui il 80,6% residenti a Bologna, il 8,2% residenti in regione e il restante 11,3% residente fuori regione.

Assistenza ospedaliera

Nel 2017 sono stati effettuati 63.113 ricoveri e, oltre all'attività di ricovero, viene garantita l'assistenza al paziente urgente da pronto soccorso generale e specialistico (ortopedico, oculistico, ostetrico-ginecologico, pediatrico) con complessivi 139.408 accessi/anno. Sono inoltre 1.016.845 gli accessi di pazienti ambulatori per un volume di prestazioni specialistiche di 3.484.037 prestazioni/anno. E' stata potenziata l'offerta ambulatoriale contribuendo al miglioramento del sistema provinciale. I professionisti dell'Azienda hanno incrementato anche l'offerta negli ambulatori sul territorio ed effettuano interventi chirurgici di media-bassa complessità presso altre strutture ospedaliere (Budrio e Imola).

All'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna sono presenti quasi tutte le discipline specialistiche, fatta eccezione esclusivamente per la Neurochirurgia, il centro grandi ustionati e sistema 118.

Il Policlinico di Sant'Orsola è inoltre centro di riferimento nazionale ed internazionale per numerose patologie.

Le funzioni rispetto alle quali l'Azienda Ospedaliera è **centro di riferimento regionale**, definite secondo il modello di sviluppo del sistema ospedaliero regionale hub&spoke (DGR 1267/2002) e atti deliberativi successivi sono:

Hub del Policlinico

- ✚ Cardiochirurgia e cardiologia interventistica per l'età adulta e pediatrica
- ✚ Trapianto di organi (cuore, polmone, rene adulti e pediatrico, fegato, intestino isolato e multiviscerale) e di midollo adulti e pediatrico e sede del Centro di riferimento regionale per i trapianti
- ✚ Terapia intensiva neonatale
- ✚ Malattie rare in età evolutiva
- ✚ Screening neonatale
- ✚ Genetica medica
- ✚ Centro di riferimento per le emergenze microbiologiche
- ✚ Sindrome di marfan
- ✚ Centro immunoematologia avanzata
- ✚ Nefrologia pediatrica per la gestione del paziente con insufficienza renale cronica
- ✚ Centro di riferimento regionale per la diagnosi e trattamento delle malattie croniche intestinali
- ✚ Centro regionale di riferimento per l'insufficienza intestinale cronica benigna
- ✚ Centro regionale per le intolleranze a sostanze chimiche
- ✚ Centro per il trattamento della neoplasia ovarica

Si rileva come, nell'ambito del sistema delle cure ospedaliere basato su organizzazioni ad elevata qualificazione, organizzate, per quanto attiene l'alta specialità, secondo il modello

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

Hub&Spoke, anche nel 2017 la Regione ha individuato presso l’Azienda Ospedaliero-Universitaria 2 nuovi centri di riferimento regionali: il centro per il trattamento della neoplasia ovarica (DGR 2113/2017) e il centro per la diagnosi e il trattamento delle malattie croniche intestinali (DGR 1188/2017).

Dal 1° marzo 2017 sono operative le nuove **reti di riferimento europee (European reference networks-ERNs)** dedicate alla diagnosi e alla cura di malattie complesse rare o poco diffuse. Tali piattaforme di cooperazione transfrontaliera tra specialisti, uniche e innovative nel loro genere, riuniscono in Europa oltre 900 unità di assistenza sanitaria altamente specializzata in 26 paesi e mettendo così in comunicazione conoscenze e risorse europee di elevato livello, attualmente frammentate. La condivisione delle migliori competenze dell’UE su così vasta scala dovrebbe portare ogni anno benefici a migliaia di pazienti, superando l’attuale frammentazione delle competenze sulle malattie rare.

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha avuto l’endorsement del Ministero della Salute per 11 reti e di queste ben 5 sono state approvate dalla UE, rappresentando l’Azienda con più ERN attribuite in Emilia-Romagna.

Nella tabella sottostante sono riportate le Reti che hanno avuto l’endorsement del Ministero e quelle definitivamente attribuite dalla UE.

ERN	ERN endorsement ministero	ERN attribuite
Rare cancers (EURACAN)	x	x
Rare cardiac diseases	x	
Rare craniofacial anomalies and ENT	x	
Rare endocrine diseases	x	x
Rare gastrointestinal diseases	x	
Rare hepatic diseases	x	
Rare malformations and developmental anomalies and rare intellectual disabilities	x	x
Rare multi-systemic vascular diseases	x	
Rare pulmonary diseases	x	x
Rare renal diseases	x	
Rare skin disorders	x	x

La ricerca e la didattica

L'azienda è impegnata ad integrare efficacemente le attività assistenziali favorendo la capacità di trasferire in tempi rapidi i risultati delle proprie attività di ricerca istituzionale sul piano assistenziale. In quanto Azienda ospedaliera integrata con l'Università si svolge una intensa e qualificata attività di ricerca di base testimoniata sia da indicatori bibliometrici (n. pubblicazioni, citescore normalizzato, CSN per ricercatore) sia dalla capacità di attrarre fondi in grado di alimentare la ricerca traslazionale in partenariato con l'Università. La presenza dell'Università, lo sviluppo continuo delle competenze, la disponibilità al cambiamento e la capacità di viverlo insieme sono i punti di forza grazie al quale affrontare quel che resta da fare per continuare a migliorare.

Gli studenti dei corsi di laurea magistrale afferenti alla Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna nell'anno accademico 2016/2017 sono 4.932 (dato relativo ai corsi di studio con sede a Bologna, che pertanto riguarda anche le altre aziende sanitarie cittadine). Nell'anno accademico 2016/2017 i medici in formazione specialistica iscritti alle Scuole di Specializzazione dell'Università di Bologna sono 1.009 (dato comprensivo anche dei medici specializzandi delle Scuole aventi sede presso le altre aziende sanitarie cittadine).

A seguire si riportano i principali indicatori per il monitoraggio dell'attività di ricerca dell'ultimo triennio.

Indicatori bibliometrici

Indicatore	Valore 2017	Valore 2016	Valore 2015
N. Pubblicazioni rilevate	1.458	1.388	1.367
% pubblicazioni con IF	88%	92%	85%
N. Pubblicazioni pubblicate su riviste con IF >10	132	129	107
N. Pubblicazioni per ricercatore	1,38	1,30	1,30
IF grezzo (IFN non disponibile)	6.729	6.387	5.499
IF per ricercatore (dato grezzo, IFN non disponibile)	6,37	5,95	5,18

Ricercatore personale dipendente, personale universitario integrato e forme di collaborazione quali i CLP e i Co. Co. Co. della dirigenza medica e della dirigenza non medica in servizio al 31.12 dell'anno di riferimento

Attività di ricerca

Indicatore	Valore 2017	Valore 2016	Valore 2015
N° progetti di ricerca finalizzata a cui l'azienda partecipa in qualità di coordinatore	34	42	56
N° progetti di ricerca finalizzata a cui l'azienda partecipa in qualità di unità partecipante	18	27	27

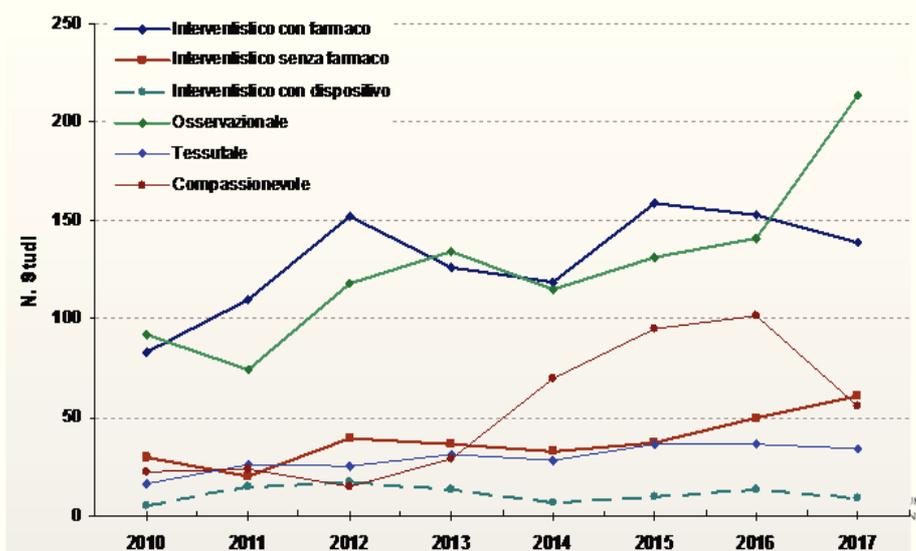
Progetti di ricerca in corso nell'anno ad esclusione di quelli finanziati da privati.

Il trend in riduzione è principalmente dovuto all'assenza di nuovi bandi del PRRU, nonché dalla contestuale chiusura di numerosi progetti assegnati nell'ambito delle precedenti annualità del PRRU stesso e del Bando di Ricerca Finalizzata del Ministero della Salute

Studi clinici

Studi clinici approvati dal CE

Tipologia	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Totale	%
Interventistico con farmaco	83	110	152	126	119	159	153	139	1041	33,6%
Interventistico senza farmaco	30	20	39	36	33	37	50	61	306	9,9%
Interventistico con dispositivo	5	15	17	13	7	10	13	9	89	2,9%
Osservazionale	92	74	118	134	115	131	141	214	1019	32,9%
Tessutale	16	26	25	31	28	36	36	34	232	7,5%
Compassionevole	22	24	15	29	70	95	102	56	413	13,3%
TOTALE	248	269	366	369	372	468	495	513	3100	100,0%



1.3 Il personale

Il personale presente all'interno dell'azienda al 31.12.2017 è di 5.513 unità compresi i ricercatori e i medici universitari.

La dotazione organica è così articolata:

- **Tipologia contrattuale:** nel 2017 su un totale di 5.513 unità di personale, 4.890 (88,7%) sono dipendenti del Servizio Sanitario Regionale (SSR), 296 (5,4%) sono dipendenti universitari, 207 presenti con contratti libero professionali (3,8%), 79 co.co.co (1,4%) e 14 borsisti. La prevalenza del personale dipendente dal SSR ha un rapporto di lavoro a tempo indeterminato (96%) e per quanto attiene il personale universitario la percentuale sale al 100%;
- **Composizione di genere:** la prevalenza di personale è di sesso femminile, pari al 68,1% del totale. Per i dipendenti del SSR le donne sono 3.416 (69,9% del totale) mentre per il personale universitario le donne sono 127 pari al 42,9% del totale. Nonostante sia netta la maggioranza delle donne sul totale del personale, la dirigenza medica resta composta prevalentemente da uomini (52,2%) rispetto alle donne (47,8%). Questo è ancora più evidente nel personale universitario dove la composizione è 72,4% medici universitari uomini, contro il 27,6% delle donne;
- **Categoria di personale dipendente ospedaliero e universitario:**
 - o dirigenti medici ospedalieri sono 681 e 199 gli universitari;
 - o dirigenti sanitari: ospedalieri 79 e 15 gli universitari;
 - o dirigenti dirigenza tecnico, amministrativa e professionale: 36 ospedalieri e 1 universitari;
 - o personale infermieristico: 2.310 ospedalieri, 11 universitari;
 - o personale tecnico sanitario, della prevenzione e della riabilitazione: 344 ospedalieri, 21 universitari;
 - o altro personale addetto all'assistenza, ausiliari e personale tecnico/amministrativo: 1.440 ospedalieri, 49 universitari.

L'Azienda si avvale inoltre del supporto di 64 associazioni di volontariato convenzionate che offrono a pazienti e familiari punti di ascolto e di accoglienza, supporto psicologico e gruppi di auto-aiuto, laboratori teatrali, corsi di meditazione, prestito libri per i piccoli pazienti.

1.4 I dati economici

Si riportano a seguire le principali dimensioni del bilancio di esercizio 2017:

- valore della produzione: 597,793 milioni di euro;
- costo del personale: 259,279 milioni di euro;
- acquisto beni e servizi: 324,165 milioni di euro;
- differenza fra valore e costi della produzione: +12,073 milioni di euro;
- risultato di esercizio: +37.818 euro;
- fornitori: 1.650, l'impatto economico sul territorio rappresenta il 44,2% dei rapporti con i fornitori della Regione Emilia-Romagna, di cui il 34,3% presenti sul territorio provinciale;
- investimenti realizzati: 14,216 milioni di euro;
- uscita di cassa media mensile per pagamenti: 50 milioni di euro;
- tempi medi di pagamento fatture per fornitura beni e servizi: 41,5 giorni;

Per la più completa descrizione delle dinamiche economiche aziendali si rimanda al Bilancio di Esercizio e relativa nota integrativa (delibera 101 del 27 aprile 2018).

A rappresentazione dei valori suindicati seguono:

- Conto economico degli ultimi 3 anni di vigenza del piano della performance (2016-2018)
- Piano degli investimenti in corso (2018-2020)

Conto economico 2016 - 2017 – Preventivo 2018

Conto Economico ex d.lgs. 118/2011 Schema di Bilancio Decreto Interministeriale 20 marzo 2013	Consuntivo 2016	Consuntivo 2017	Preventivo 2018
A.1) Contributi in c/esercizio	99.697.614	106.663.391	107.379.930
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-4.322.339	-6.492.643	-10.936
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	4.171.106	2.850.777	1.283.004
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	445.392.061	457.158.313	466.370.149
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	7.820.252	7.626.873	7.467.416
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	7.102.873	7.846.148	8.160.000
A.7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	17.875.696	18.737.601	19.350.127
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-
A.9) Altri ricavi e proventi	2.006.079	3.402.206	3.285.438
Totale A)	579.743.341	597.792.665	613.285.128
B) COSTI DELLA PRODUZIONE			
B.1) Acquisti di beni	164.324.974	177.786.337	198.422.421
B.2) Acquisti di servizi sanitari	73.310.565	69.290.403	62.715.557
B.3) Acquisti di servizi non sanitari	57.562.246	57.706.038	57.417.429
B.4) Manutenzione e riparazione	20.870.105	19.282.419	20.164.000
B.5) Godimento di beni di terzi	3.844.996	4.101.569	4.885.321
B.6) Costi del personale	215.993.563	222.659.327	226.836.606
B.7) Oneri diversi di gestione	1.417.291	1.764.211	1.871.517
B.8) Ammortamenti	23.870.236	24.184.979	24.554.965
B.9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	337.225	611.273	-
B.10) Variazione delle rimanenze	-1.198.526	-1.917.567	-
B.11) Accantonamenti	11.647.662	10.251.108	3.333.913
Totale B)	571.980.337	585.720.098	600.201.729
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	7.763.003	12.072.567	13.083.399
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI			
Totale C)	-273.378	-206.997	-265.000
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE			
Totale D)	-	-	
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI			
Totale E)	8.094.425	3.824.106	3.244.467
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	15.584.050	15.689.676	16.062.866
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO			
Totale Y)	15.557.725	15.651.858	16.062.866
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	26.325	37.818	0

Piano degli investimenti 2018-2019-2020

IMPIEGHI

descrizione intervento	investimento da realizzare nell'anno 2018	investimento da realizzare nell'anno 2019	investimento da realizzare nell'anno 2020	investimento da realizzare negli anni successivi	ulteriori investimenti in programmazione	TOTALE
LAVORI IN CORSO DI REALIZZAZIONE	□ 5.449.694,00	□ 12.308.000,00	□ 9.101.544,00	□ 3.754.025,00		□ 30.613.263,00
ATTREZZATURE, INFORMATICA, ARREDI IN CORSO DI REALIZZAZIONE	□ 6.135.839,00					□ 6.135.839,00
LAVORI IN CORSO DI PROGETTAZIONE	□ 1.800.000,00			□ 19.084.000,00		□ 20.884.000,00
ATTREZZATURE, INFORMATICA, ARREDI IN CORSO DI PROGETTAZIONE	□ 1.400.000,00					□ 1.400.000,00
TOTALE INVESTIMENTI IN CORSO DI REALIZZAZIONE E DI PROGETTAZIONE	□ 14.785.533,00	□ 12.308.000,00	□ 9.101.544,00	□ 22.838.025,00		□ 59.033.102,00
ULTERIORI INVESTIMENTI IN PROGRAMMAZIONE					□ 477.070.400,00	□ 477.070.400,00
TOTALE COMPLESSIVO						□ 536.103.502,00
rimborsi rate mutui accesi (parte capitale)	□ 7.646.333,00	□ 7.962.610,00	□ 7.720.283,00	□ 52.852.620,00		□ 76.181.846,00

FONTI DI FINANZIAMENTO

FINANZIAMENTO INVESTIMENTI IN CORSO DI REALIZZAZIONE E DI PROGETTAZIONE	LAVORI IN CORSO DI REALIZZAZIONE	ATTREZZATURE, INFORMATICA, ARREDI IN CORSO DI REALIZZAZIONE	LAVORI IN CORSO DI PROGETTAZIONE	ATTREZZATURE, INFORMATICA, ARREDI IN CORSO DI PROGETTAZIONE	ULTERIORI INVESTIMENTI IN PROGRAMMAZIONE	TOTALE
contributi in conto capitale	□ 21.233.832,00	□ 658.902,00	□ 19.084.000,00			□ 40.976.734,00
mutui	□ 802.390,00					□ 802.390,00
alienazioni						
contributi in conto esercizio						
altre forme di finanziamento	□ 7.984.783,00	□ 5.426.937,00	□ 1.450.000,00			□ 14.861.720,00
donazioni e contributi da altri soggetti	□ 592.258,00	□ 50.000,00	□ 350.000,00	□ 1.400.000,00		□ 2.392.258,00
TOTALE INVESTIMENTI IN CORSO DI REALIZZAZIONE E DI PROGETTAZIONE	□ 30.613.263,00	□ 6.135.839,00	□ 20.884.000,00	□ 1.400.000,00		□ 59.033.102,00
ULTERIORI INVESTIMENTI IN PROGRAMMAZIONE					□ 477.070.400,00	□ 477.070.400,00
TOTALE	□ 30.613.263,00	□ 6.135.839,00	□ 20.884.000,00	□ 1.400.000,00	□ 477.070.400,00	□ 536.103.502,00

di cui □ 537.800,00 con
risorse proprie e □
10.500.000,00 con
contributi in conto capitale

1.5 Come operiamo

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

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

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

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

I Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) assicurano la piena integrazione delle attività di assistenza didattica e ricerca, garantendo il miglior percorso di cura per il paziente. Al 31.12.2017 ai 9 Dipartimenti ad Attività Integrata afferiscono 87 Unità operative, 11 strutture semplici dipartimentali, 13 programmi dipartimentali e 58 strutture semplici di unità operativa.

In Azienda, a supporto dell'attività assistenziale, sono presenti strutture in staff e in line alla Direzione Aziendale.

In particolare le **strutture in line** garantiscono la continuità del servizio e il suo corretto svolgimento in un'ottica di efficienza e di garanzia di offerta del migliore servizio erogato al paziente, le **strutture in staff** costituiscono il supporto operativo della direzione aziendale per le azioni strategiche e per lo sviluppo delle esigenze di coordinamento e standardizzazione dei processi, nonché per il governo delle azioni comunicative e informative. A seguire si riporta nel dettaglio l'articolazione organizzativa.

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

Dipartimenti ad attività integrata	
1	Dipartimento della Medicina diagnostica e della prevenzione: Anatomia e Istologia Patologica, SSD Anestesiologia, Medicina del Lavoro, Microbiologia, Radiologie, , Programma Valutazione dell'appropriatezza e dell'accuratezza diagnostica, nell'ottica dell'EBM, dei test analitici, chimico-clinici innovativi in medicina di laboratorio
2	Dipartimento dell'Emergenza-urgenza: Anestesiologia e Terapia del dolore, Programma Dipartimentale di Chirurgia in urgenza, Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, Programma Dipartimentale Area di medicina interna a supporto del dipartimento dell'emergenza, Ortopedia e Traumatologia
3	Dipartimento della Donna, del bambino e delle malattie urologiche: Anestesiologia e Rianimazione, Chirurgia della mammella, Chirurgia Pediatrica di Bologna, Ginecologia e Fisiopatologia della Riproduzione Umana, Neonatologia, Neuropsichiatria Infantile, SSD Oncologia Ginecologica ,Ostetricia e Medicina dell'Età Prenatale , Pediatria, Pediatria d'Urgenza, Pronto Soccorso Pediatrico e Osservazione Breve Intensiva, Pronto Soccorso Ostetrico, Ginecologico e OBI, Urologia, SSD Andrologia, Programma dipartimentale di Chirurgia pelvica complessa, Genetica Medica
4	Dipartimento Cardio-toraco-vascolare: Anestesiologia e Rianimazione, Angiologia e Malattie della Coagulazione, Cardiochirurgia, Cardiochirurgia Pediatrica e dell'Età Evolutiva, Cardiologia, Cardiologia Pediatrica e dell'Età Evolutiva, Chirurgia Toracica, Chirurgia Vascolare, Medicina Interna, Pneumologia e Terapia Intensiva Respiratoria, Pneumologia Interventistica, Programma Dipartimentale Gestione delle Malattie Reumatiche e del Connettivo e Malattie Metaboliche dell'osso, Programma Coordinamento per l'organizzazione tecnologica, Programma Dipartimentale cardio-pediatria nei reparti pediatrici
5	Dipartimento dell'Apparato digerente: Chirurgie Generali, Gastroenterologia, SSD Gastroenterologia: diagnosi e trattamento delle malattie delle vie biliari, SSD Centro regionale di riferimento per l'insufficienza intestinale cronica benigna "M. Miglioli", SSD Malattie infiammatorie croniche intestinali, Medicine Interne, Semeiotica Medica, Programma Week Surgery Sant'Orsola presso Budrio, Programma Dipartimentale Implementazione e coordinamento dell'innovazione terapeutica nelle epatopatie croniche virali, Programma Dipartimentale Chir. Laparoscopica Malattie Infiamm. Neopl Colon-Retto;
6	Dipartimento di Oncologia e di Ematologia: Ematologia, Emolinfopatia, Medicina Nucleare, Oncologia Medica, Radioterapie
7	Dipartimento Testa collo e organi di senso: Chirurgia Orale e Maxillo-Facciale, Chirurgia Plastica, Dermatologia, Neurologia, SSD Neuroradiologia Diagnostica ed Interventistica, Oftalmologie, Otorinolaringoiatria e Audiologia, Programma Dipartimentale inquadramento clinico precoce ischemia cerebrale acuta
8	Dipartimento Medico della continuità assistenziale e della disabilità: Diabetologia, Endocrinologia, Geriatrie, SSD Malattie del Metabolismo e Dietetica Clinica, Medicina Fisica e Riabilitazione, Medicina Interna
9	Dipartimento delle Insufficienze d'organo e dei trapianti: Anestesiologia e Terapia Intensiva Polivalente e dei Trapianti, Centro Riferimento Trapianti, Chirurgia Generale e dei Trapianti, SSD Diagnostica istopatologica e molecolare degli organi solidi e del relativo trapianto, Malattie Infettive, Medicina Interna per il trattamento delle gravi insufficienze d'organo, Nefrologia, Dialisi e Ipertensione, Nefrologia, Dialisi e Trapianto, Programma Dipartimentale Ecografia Interventistica Diagnostica e Terapeutica, Programma Dipartimentale anestesia T.I. trapianti add. e chirurgia epato-biliare
Uffici di Staff	
1	Afferenza prevalente al Direttore Generale: Coordinamento degli staff e sviluppo dell'organizzazione, Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale, Sorveglianza Sanitaria Aziendale, Comunicazione e Ufficio Stampa, URP e rapporto con le associazioni di volontariato, Controllo di Gestione e Sistema Informativo, Centro Logistico, Servizi di Supporto alla Persona, Anticorruzione, trasparenza e rapporti con l'Università, Accesso e Nursing nei percorsi ambulatoriali integrati, Ufficio Privacy, Ingegneria Clinica e Informatica Medica, Coordinamento della gestione delle tecnologie strumentali ed informatiche del Laboratorio Unico Metropolitan,

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

	Coordinamento Operativo sviluppo progetti e reti cliniche interaziendali
2	Afferenza prevalente al Direttore Sanitario: Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio, Governo Clinico, Qualità e Formazione, Ricerca e Innovazione, Igiene Ospedaliera e Prevenzione, Coordinamento delle attività di degenza in regime L.P., Unificazione e Revisione reti cliniche integrate: area servizi, Unificazione e Revisione reti cliniche integrate: area clinica, Logistica Sanitaria Percorsi Ambulatoriali Integrati, Logistica Sanitaria Percorso Materno-Infantile, Logistica Sanitaria Percorso Chirurgico, Logistica Sanitaria Percorso Internistico, Logistica Sanitaria Percorso Alta specialità e Trapianti d’Organo, Percorso Pre-Ricovero e Gestione Liste Attesa, Coordinamento del Percorso Onco-Ematologico, Ufficio Coordinamento Ospedaliero Locale alle Donazioni di Organi e Tessuti, Coordinamento dei processi di sviluppo e di innovazione della logistica sanitaria
3	Afferenza prevalente al Direttore Amministrativo: Attività Libero Professionale e Coordinamento DAI, Attività Generali e Istituzionali, Sistema delle relazioni sindacali, Recupero crediti prestazioni sanitarie
	Direzioni in line al Direttore Sanitario
	Direzione delle Professioni Sanitarie, Fisica Sanitaria, Farmacia Clinica, Programma della Direzione Aziendale per la Valutazione dei Dirigenti, Programma di gestione dispositivi medici
	Direzioni in line al Direttore Amministrativo
1	Dipartimento Tecnico, Servizio Legale e Assicurativo.
	Unità operative interaziendali
1	Area sanitaria: Chirurgia della mammella Dermatologia Genetica Medica Gestione clinica delle complicanze infettive nel paziente sottoposto a trapianto di organo solido o trapianto di cellule staminali e stewardship antimicrobica Malattie Infettive Medicina del Lavoro Medicina Nucleare Pneumologia Interventistica Programma Epidemiologia e controllo del rischio infettivo correlato alle organizzazioni sanitarie Radiologia c/o Imola
2	Area amministrativa: Servizio Unico Metropolitan Amministrazione del Personale Servizio Unico Metropolitan Contabilità e Finanza Servizio Acquisti Metropolitan

Gli aggiornamenti all’organizzazione aziendale sono costanti e vengono pubblicati nel sito amministrazione trasparente – organigramma.

Per la realizzazione e lo sviluppo degli indirizzi normativi e gli obiettivi di mandato, si è creata una collaborazione fattiva e continuativa tra le Aziende dell’area metropolitana finalizzata alla strutturazione di percorsi integrati di cura e alla razionalizzazione e omogeneizzazione delle strutture presenti sul territorio.

In particolare, in coerenza con gli obiettivi definiti dal D.L. 70 del 2 aprile 2015 e la successiva DGR 2040 del 10 dicembre 2015, a partire dallo stesso anno 2015 si è avviata un’intensa attività di collaborazione e di sviluppo di progetti di integrazione in ambito interaziendale tra le aziende di area metropolitana che nel mese di febbraio 2017 ha portato all’istituzione da parte delle aziende stesse della Unità Tecnica di Missione (UTM)

per il conseguimento di un più efficace *coordinamento nella redazione del "Documento di coordinamento della programmazione in ambito metropolitano"*.

L'UTM ha avviato i propri lavori concentrandosi sull'analisi dei modelli territoriali delle Ausl, con particolare riferimento alle cure intermedie e alle relazioni con il livello ospedaliero, con l'obiettivo di trasmettere i propri risultati prima alla Conferenza per le proprie determinazioni e quindi alle Aziende per la traduzione operativa delle stesse, previo coinvolgimento delle diverse componenti professionali e delle loro rappresentanze.

Il Presidente della Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria Metropolitana di Bologna (CTSSM-Bo) ha successivamente proposto alle istituzioni interessate di approfondire l'analisi di cui al punto 2 del *"Documento di coordinamento della programmazione in ambito metropolitano"* sopra richiamato, relativo alla revisione della rete ospedaliera che, in ragione delle competenze regionali, rende necessaria una valutazione favorevole da parte della Regione nel concertare il necessario percorso istruttorio. A seguire l'Assessore alle politiche per la salute della Regione ha reso parere favorevole all'avvio di un approfondimento dell'analisi, valutandolo come un'opportunità di forte sviluppo dei servizi, di potenziamento delle attività assistenziali di ricerca e di formazione.

A tal fine, la Regione Emilia-Romagna, l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna e la CTSSM Bologna hanno costituito il 10 maggio 2017 un Nucleo Tecnico di Progetto (NTP) composto dai quattro Direttori Generali delle Aziende della Città Metropolitana e da tre esperti nominati dalle tre Istituzioni coinvolte.

Il NTP è stato insediato il 23 maggio 2017, gli obiettivi e le funzioni sono state formalizzate all'interno di un *"Accordo di programma tra la Regione Emilia-Romagna, l'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna e la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna per la realizzazione della piena integrazione dei servizi tra le aziende sanitarie dell'area metropolitana"* (DGR 841/2017).

In particolare, l'Accordo di programma all'art. 1 prevede che: *"le parti si impegnano a valutare tutti gli strumenti istituzionali e organizzativi utili a realizzare la piena integrazione dei servizi e/o delle strutture delle Aziende sanitarie facilitando, in condizioni di sostenibilità economica, una riorganizzazione dei servizi distrettuali e ospedalieri in Area metropolitana al fine di migliorare l'accessibilità, la prossimità e la qualità dei servizi, stimolare la ricerca e l'innovazione, qualificare la didattica pre e post-laurea"*.

In coerenza con le finalità generali sopra enunciate, l'art. 2 dell'Accordo prevede che: *"le parti si impegnano al conseguimento dei seguenti obiettivi strategici:*

1. procedere congiuntamente a razionalizzare le reti ospedaliere in pieno coordinamento con la revisione dei modelli organizzativi dell'assistenza distrettuale, al fine di realizzare una più efficace integrazione dei percorsi e delle reti clinico-assistenziali funzionali a miglioramenti in termini di efficienza complessiva, continuità assistenziale, sicurezza e qualità;

2. caratterizzare maggiormente e integrare tra loro le vocazioni delle strutture ospedaliere nell'intera Area metropolitana, anche per perseguirne la piena valorizzazione

rispetto alle funzioni previste dalla programmazione regionale e nazionale, con particolare riferimento a quelle che possono candidarsi - anche sulla base di impegni di lungo termine da parte della Regione - a divenire punti di riferimento per le reti assistenziali di interesse regionale, nazionale ed europeo;

3. adottare modelli organizzativi in grado di contemperare al meglio gli obiettivi assistenziali sopra richiamati con le funzioni proprie dell'Università, in coerenza con gli obiettivi di rafforzata collaborazione istituzionale nelle attività di ricerca e didattica, così come definiti dal recente Protocollo d'intesa Regione-Università;

4. integrare più efficacemente le attività assistenziali degli Irccs all'interno delle reti cliniche dell'Area metropolitana, nonché favorire la loro capacità di trasferire in tempi rapidi i risultati delle proprie attività di ricerca istituzionale sul piano assistenziale".

Infine, l'art. 3 dell'Accordo istituisce: *"un Nucleo tecnico di progetto presso la Conferenza territoriale sociale e sanitaria della Città metropolitana con il compito di presentare una prima analisi delle possibili forme di integrazione avvalendosi, tramite le Aziende sanitarie, del più ampio contributo delle componenti professionali interessate, anche accademiche".*

Il NTP ha coordinato la sua attività con quella dell'Unità Tecnica di Missione già istituita dalle Aziende per condurre un'analisi più organica e completa delle tematiche concernenti la riorganizzazione dei servizi distrettuali e ospedalieri nell'Area metropolitana di Bologna e si coordina altresì con la Cabina di regia sulle Reti cliniche di interesse regionale in corso di istituzione presso la Regione.

Il Nucleo, a febbraio 2018, ha presentato alla Conferenza una prima analisi delle possibili forme di integrazione avvalendosi, tramite le Aziende sanitarie, del più ampio contributo delle componenti professionali interessate, anche accademiche e ha inviato il rapporto conclusivo al Presidente della Conferenza il 25 giugno 2018.

Il Documento *"Forme di integrazione nell'Area metropolitana di Bologna"*, acquisito dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna nella seduta del 16 luglio, prevede diversi scenari e ipotesi di sviluppo per la realizzazione della piena integrazione in ambito metropolitano.

Il documento indaga differenti dimensioni dell'organizzazione (organizzativa, istituzionale, finanziaria, professionale, integrazione tra assistenza, ricerca e didattica) identificando possibili ipotesi di sviluppo delle stesse come di seguito riportato:

Dimensione Organizzativa

Relativamente alla dimensione organizzativa, si ipotizzano alcune modalità di sviluppo dell'integrazione che si riferiscono sia all'ambito territoriale che a quello ospedaliero nella direzione di favorire la continuità ospedale-territorio, rafforzare le specificità ospedaliere e l'integrazione tra le aziende.

1) Rafforzamento del ruolo del direttore del distretto quale rappresentante del Direttore Generale dell'Azienda nel proprio ambito territoriale con attribuzione di un proprio budget inclusivo delle risorse per le prestazioni ospedaliere di base e con uno specifico mandato a indirizzare, coordinare e verificare le attività dei Dipartimenti di produzione.

2) Istituzione di dipartimenti di continuità in cui collocare, le strutture ospedaliere che soddisfano i fabbisogni di tipo generalista o specialistico di primo livello dei Distretti di riferimento, gli Ospedali di comunità e le attività delle Case della salute.

3) istituzione di dipartimenti interaziendali di ambito metropolitano che potranno interessare ambiti di servizio trasversali quali l'Emergenza-urgenza o la Diagnostica per immagini e di laboratorio, ovvero includere strutture specialistiche aggregate per apparati o organi. Tali dipartimenti dovranno prevedere un rafforzamento delle competenze e del mandato dei direttori di dipartimento.

4) Istituzione di un organo strategico metropolitano che garantisca un pieno coordinamento tra i Dipartimenti interaziendali

Dimensione Istituzionale

Per quel che concerne la dimensiona istituzionale vengono proposte ipotesi alternative che presentano soluzioni più conservative o innovative

Ipotesi 1) Istituzione di un organo di governo comune tra le Aziende metropolitane con modifica contestuale degli Atti aziendali delle aziende coinvolte con possibilità di delegare formalmente a tale organo funzioni di programmazione e alta gestione (necessario un atto normativo regionale e la definizione e formalizzazione di un Accordo di programma tra le aziende che disciplini in modo dettagliato gli ambiti delle attività gestite in comune).

Ipotesi 2) Soggetto giuridico autonomo di tipo Consortile al quale le Aziende conferiscono le risorse necessarie per lo svolgimento delle funzioni e delle attività di interesse comune e al cui interno i Direttori dei Dipartimenti e i Direttori Generali (congiuntamente) sono dotati di poteri comparabili a quelli previsti in un'Azienda ordinaria (necessaria una specifica iniziativa normativa regionale – altamente innovativa - che disciplini una nuova tipologia di Azienda sanitaria).

Ipotesi 3) Nuova Azienda ospedaliero-universitaria volta a differenziare e integrare le funzioni tra le strutture oggi collocate in Aziende diverse. Prevede che le strutture delle Aziende USL che si ritiene di collocare nei Dipartimenti interaziendali di tipo specialistico, siano conferite a una nuova Azienda ospedaliero-universitaria che in questo modo rafforzerebbe fortemente la propria vocazione ad ospitare non solo strutture hub per le reti assistenziali, ma tramite i propri nuovi e rafforzati Dipartimenti, anche a qualificarsi come IRCCS con più diretto allineamento anche con le funzioni di ricerca traslazionale e di formazione. Contestualmente a

questo conferimento, le strutture dell'Azienda ospedaliero-universitaria che si riterrà di collocare nei Dipartimenti di continuità perché prevalentemente vocate a soddisfare i fabbisogni di riferimento distrettuale dovrebbero essere conferite all'Azienda USL di Bologna per favorire il necessario raccordo tra diversi livelli assistenziali.

Dimensione Finanziaria

Per quel che concerne la dimensione finanziaria si pongono alcune ipotesi di sviluppo relative alle soluzioni organizzative rappresentate nella dimensione organizzativa e istituzionale.

1) per i **servizi territoriali** si raccomanda la definizione **di budget in relazione ai Distretti** e che con tali budget i Direttori di Distretto partecipino - affiancati alle Direzioni generali - nella negoziazione dei budget con i Dipartimenti di produzione

2) relativamente ai **Dipartimenti interaziendali**, per rafforzare il ruolo dei Direttori dei Dipartimenti, si ipotizza l'attribuzione di un budget complessivo, da parte dell'organo di governo interaziendale, ai direttori di dipartimento che poi allocheranno tra le strutture in modo da incentivare le forme di collaborazione più efficaci per il conseguimento di obiettivi di interesse metropolitano superando le difficoltà di relazione tra strutture e professionisti afferenti ad Aziende diverse.

3) **a livello Aziendale** per le prestazioni erogate a favore dei residenti dell'area metropolitana occorre definire strumenti di finanziamento a budget complessivo corrispondente ai costi delle funzioni con meccanismi di incentivazione - laddove praticabili ed efficaci - per il conseguimento di miglioramenti nei risultati di salute o per la realizzazione di economie

Dimensione Professionale

Il Nucleo si è avvalso proficuamente dell'apporto delle componenti professionali dell'area metropolitana acquisendo direttamente valutazioni e indirizzi su alcune ipotesi di soluzioni per:

- a) integrare le reti cliniche tra il livello territoriale e quello ospedaliero con particolare riferimento al ruolo dei Distretti;
- b) ridefinire le reti per valorizzare al meglio tutti i nodi della rete;
- c) rivisitare il ruolo dei Dipartimenti e delle Unità operative, anche interaziendali, quali strumenti per il rafforzamento delle vocazioni delle diverse strutture ospedaliere;
- d) istituire organi di governo d'ambito metropolitano.

Il nucleo rileva che la partecipazione dei professionisti nel contribuire con le proprie valutazioni all'esame delle suddette ipotesi di soluzioni, testimonia il diffuso senso identitario e di appartenenza alle rispettive Aziende, ma un approfondimento più rigoroso dei diversi profili di cambiamento nelle relazioni tra le professioni e tra i professionisti coinvolti in un processo di integrazione di così grande portata potrà essere concretamente avviato solo dopo aver chiarito quali saranno le scelte sugli assetti istituzionali e sugli strumenti organizzativi nei diversi ambiti

territoriali e nei diversi livelli assistenziali. Tale approfondimento dovrà quindi partire nuovamente, secondo le indicazioni del NTP, dal coinvolgimento attivo di tutte le componenti professionali creando le condizioni perché assumano un ruolo propositivo – in interlocuzione con le Direzioni generali – nel definire i modelli più idonei a sostenere la collaborazione tra i professionisti per il miglioramento della qualità assistenziale e delle condizioni di lavoro.

Dimensione dell'integrazione tra assistenza didattica e ricerca

Il nucleo propone azioni volte a

- 1) migliorare la collaborazione tra hub and spoke mediante una più ampia applicazione del concetto di ricerca traslazionale;
- 2) candidare le strutture hub e le reti nel loro complesso a svolgere funzioni di promozione e di valutazione d'impatto delle innovazioni;
- 3) fornire a tutti i soggetti potenzialmente interessati ad attività di ricerca indicazioni più precise in merito alle caratteristiche delle attività svolte e alla capacità di realizzazione attraverso le reti dell'area metropolitana;
- 4) favorire la concentrazione degli investimenti in infrastrutture di grandi dimensioni e in capitale umano di altissima qualificazione nonché la focalizzazione dei finanziamenti correnti per la ricerca in corrispondenza dei principali nodi delle reti;
- 5) sperimentare nuovi modelli di valutazione dell'impatto assistenziale delle attività di ricerca sanitaria;
- 6) Ampliare le attuali reti formative, con particolare riferimento a quelle delle Scuole di specializzazione, per adattarsi a percorsi assistenziali che sempre più riguarderanno strutture anche esterne all'Azienda ospedaliero-universitaria .

Sulle proposte presentate dal NTP, la CTSS metropolitana di Bologna avvierà a settembre 2018 una fase di ascolto, attraverso un percorso di informazione e consultazione aperto a tutti, che coinvolgerà i diversi attori della sanità metropolitana oltre che le istituzioni locali, l'Università, le organizzazioni sindacali, le forze sociali e i cittadini e si concluderà entro il mese di ottobre.

Le decisioni che verranno assunte a seguito di tale percorso di informazione e consultazione da parte di Regione, Università e CTSS potranno determinare modifiche nell'assetto organizzativo e nelle progettualità del Policlinico di Sant'Orsola.

Parallelamente ai lavori del Nucleo Tecnico di Progetto, durante gli ultimi anni si è sviluppata, come precedentemente menzionato, l'attività legata alla realizzazione di percorsi interaziendali che ha concorso all'avvio di molteplici servizi, sia di ambito amministrativo che sanitario, a valenza interaziendale e che ha visto coinvolta nella maggioranza dei casi l'AOU come riportato di seguito in tabella. Tale percorso è ancora in via di sviluppo come si può rilevare dai progetti che sono ancora in fase di realizzazione.

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

Denominazione	Aziende coinvolte (C= azienda capofila)			
	AUSL BO	AOU	IOR	AUSL IM
Week surgery Ospedale di Budrio	X	C	-	-
Servizio Unico Metropolitano di Microbiologia	X	C	-	-
LUM (Laboratorio Unico Metropolitano)	C	X	X	X
Pneumologia Interventistica	X	C	-	-
Medicina Nucleare	X	C	-	-
Rete Infettivologica	X	C	-	-
Medicina del Lavoro	X	C	X	-
Urologia	X	-	-	C
Dermatologia	X	C	-	-
Chirurgia Senologica	-	C	-	X
Chirurgia Generale	C	-	-	X
Genetica Medica	X	C	-	X
DAI sperimentale interaziendale di Anatomia Patologica	X	X	X	X
Ortopedia Bentivoglio	X	-	C	-
Progetti in fase di sviluppo				
Diagnostica Senologica	C	X	-	X
Chirurgia Vascolare	X	C	-	X
Chirurgia toracica	C	X	-	-
Trasfusionale unico metropolitano	C	X	X	X

Tali riorganizzazioni implicheranno conseguentemente alcune revisioni dell'assetto organizzativo aziendale al fine di rendere l'organizzazione interna coerente con i progetti di integrazione interaziendale.

2. Gli impegni strategici, gli obiettivi aziendali e le dimensioni della performance

L'ultimo triennio è stato caratterizzato da importanti processi di riorganizzazione che hanno orientato sempre più l'Azienda verso una gestione integrata dei percorsi di cura in un contesto normativo ed economico sempre più restrittivo e vincolato.

Nel quadro di generale cambiamento organizzativo e di forte razionalizzazione delle risorse, si è rilevato fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi, l'impegno e l'elevata competenza dei professionisti del Policlinico.

I prossimi anni si annunciano non meno impegnativi degli anni pregressi. La Direzione Generale e i Dipartimenti dovranno proseguire infatti il percorso di razionalizzazione intrapreso negli anni scorsi e realizzare gli obiettivi di mandato definiti dall'Assessorato alla Politiche per la Salute (DGR 2151/2016), formulati sulla base del Programma di mandato della Giunta della Regione Emilia-Romagna. La programmazione aziendale e locale viene formulata tenendo conto degli elementi di contesto nazionale e regionale in particolare:

1. Le "Linee di programmazione e di finanziamento della Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018" (DGR 919/2018);
2. Il piano di adeguamento della rete ospedaliera sulla base delle linee guida di riorganizzazione della rete di concerto con le aziende dell'area metropolitana e AVEC. I gruppi di lavoro costituiti, Unità Tecnica di Missione e del Nucleo Tecnico di Progetto, progettano modelli di integrazione e di sviluppo finalizzati ad una maggiore caratterizzazione ed integrazione delle vocazioni delle strutture ospedaliere, alla razionalizzazione delle reti e al miglioramento della continuità fra ospedale e territorio. Tale progettazione viene declinata operativamente nella programmazione di budget aziendale;
3. I contenuti e definiti negli accordi di fornitura con le AUSL del territorio di riferimento Bologna e Imola.

Gli obiettivi strategici ed operativi, gli indicatori e gli strumenti per la misurazione della performance aziendale nelle sue diverse dimensioni, sono stati esplicitati nel *piano della performance* che rappresenta il documento di programmazione triennale previsto dalla normativa nazionale e regionale di riferimento. Gli strumenti di budget annuali sono stati adeguati ed integrati per rendere più stringente la correlazione fra il sistema di programmazione e controllo e il successivo sistema di misurazione e valutazione delle performance.

Le azioni da intraprendere, coerentemente con la dinamica delle risorse e degli obiettivi e i risultati attesi espressi della programmazione regionale e locale riguardano:

1. le linee di attività;
2. la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse;
3. i piani di sviluppo, integrazione e innovazione;
4. gli standard qualitativi.

e si dovranno ispirare alle seguenti aree di risultato:

1. verifica dell'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate;
2. sviluppo del processo di prevenzione del rischio e il miglioramento della sicurezza delle cure;
3. ottimizzazione dell'efficienza ospedaliera attraverso il perseguimento di tassi di occupazione e delle durate medie di degenza delle aree di degenza in linea con le medie regionali, ottimizzazione della gestione per intensità di cura, razionalizzazione delle linee di attività coerentemente con i piani di sviluppo aziendali;
4. ottimizzazione delle attività operatorie e specialistiche diurne attraverso un migliore utilizzo delle risorse;
5. attenzione alla qualità dell'assistenza nei Pronto Soccorsi e alla soddisfazione degli utenti;
6. miglioramento del tasso di prestazioni diagnostiche attraverso il recupero dell'appropriatezza prescrittiva;
7. azioni di miglioramento per il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali.

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

Albero della performance

- ✚ Dimensione di performance dell'utente
 - Area di performance dell'accesso
 - Area di performance dell'integrazione
 - Area di performance degli esiti

- ✚ Dimensione di performance dei processi interni
 - Area di performance della produzione
 - Area di performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico
 - Area di performance dell'organizzazione
 - Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza

- ✚ Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo
 - Area di performance della ricerca e della didattica
 - Area di performance dello sviluppo organizzativo

- ✚ Dimensione di performance della sostenibilità
 - Area di performance della performance economico finanziaria
 - Area di performance degli investimenti

La declinazione degli obiettivi e degli indicatori di unità operativa per l'anno 2018 viene gestita all'interno del processo di budget.

2.1 Dimensione di performance dell'utente

2.1.1 Area di performance dell'accesso e della domanda

Tempi attesa e garanzia dell'accesso per i ricoveri programmati

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

- nomina dei referenti di lista delle diverse U.O. che, in collaborazione con il Responsabile unitario dell'accesso aziendale (RUA), hanno provveduto ad una "straordinaria" pulizia delle liste. Inoltre periodicamente il RUA provvede ad interpellarli al fine di aggiornare lo stato di avanzamento della periodica pulizia richiesta piuttosto che la presa in carico di pazienti che risultano oltre i tempi di attesa previsti dalle classi di assegnazione;
- sempre insieme ai referenti citati poc'anzi si è provveduto a codificare tutte le liste d'attesa delle discipline oggetto di monitoraggio (10 delle 11 monitorate da parte della RER ad esclusione della neurochirurgia in quanto non presente presso il S.Orsola) secondo quanto previsto dal sistema denominato "SIGLA 2.0" A partire quindi dal 01 gennaio 2018 tutte le liste d'attesa oggetto di monitoraggio transitano in Regione con le informazioni e le specifiche tecniche concordate come necessarie ed obbligatorie. L'azienda ha deciso altresì, lavoro che si completerà nel corso del 2018, di provvedere a codificare secondo le stesse modalità anche le restanti liste d'attesa di ambito chirurgico che quindi saranno ricodificate (sia per quanto riguarda la diagnosi sia per gli interventi) secondo codici ICDIX-CM.
- Ai fini di un monitoraggio più stringente delle liste d'attesa e dei tempi di erogazione dei ricoveri oggetto di analisi da parte della Regione, il gruppo di lavoro aziendale formato dal RUA e dai servizi di supporto ha strutturato un software che permette di valutare "real time" la situazione delle singole liste e di conseguenza dei tempi di erogazione degli interventi. Ciò ha consentito e consentirà di intercettare in tempi molto rapidi eventuali criticità che si dovessero verificare al fine di avviare tempestivamente un dialogo con i professionisti di riferimento per condividere i correttivi necessari.
- Unitamente alle altre aziende dell'area metropolitana è stato redatto, in maniera condivisa, un regolamento per la gestione dei pazienti presenti nelle liste d'attesa di area chirurgica (come richiesto dalla DGR 272/2017). Tale documento, in corso di approvazione, sarà opportunamente diffuso e illustrato

ai professionisti al fine di uniformare i comportamenti adottati primariamente in ambito aziendale e poi a livello metropolitano;

- Uniformare percorsi e modalità di presa in carico dei pazienti avviati all'intervento chirurgico (attività di prericovero): nel corso del 2017 si è proseguito con le attività di revisione/implementazione dei percorsi di prericovero che, per la nostra azienda, vedono la piena rispondenza a quanto richiesto dalla normativa in quasi la totalità delle discipline prese in carico. Nel corso del 2018 verrà completata tale attività con il reclutamento delle ultime specialità che, seppur già dotate di prericovero, hanno modalità di gestione differenti da quelle adottate come standard a livello aziendale.

La seconda fase del progetto di presa in carico dei pazienti chirurgici prevede, in ragione anche di quanto descritto poc'anzi sulla possibilità di analisi delle situazioni critiche, di intervenire implementando possibili soluzioni organizzative che consentano:

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

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

E' previsto il mantenimento del contributo del Policlinico al raggiungimento, in stretta sinergia con l'AUSL di Bologna, dell'obiettivo relativo ai tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di primo accesso che sono monitorate in ambito metropolitano (indice di performance $\geq 90\%$ su base metropolitana). A questo scopo, è previsto l'impiego del fondo ex Legge Balduzzi, per mantenere i livelli di attività del 2017 riguardante sia prestazioni con accesso tramite CUP sia prestazioni dedicate alla presa in carico. Inoltre, l'Azienda Ospedaliera continuerà a partecipare attivamente al tavolo interaziendale inerente l'applicazione delle DGR 1056/2015, coordinato del Responsabile unitario dell'accesso, finalizzato al governo sinergico delle criticità in termini di accessibilità, appropriatezza e scostamento rispetto all'obiettivo regionale del tempo di attesa, nonché all'avvio del nuovo Piano Interaziendale Urgenze (PIU) che concerne la regolamentazione delle modalità di prescrizione delle Urgenze H24 e differibile 7gg da parte dei MMG/PLS e i percorsi di accesso a tali urgenze.

Verrà data applicazione alle azioni contenute nella DGR 377/2016 in materia di gestione delle disdette relativamente alle prestazioni accessibili tramite CUP e alle prestazioni dedicate alla presa in carico, che rappresentano la maggior parte dell'attività. Per ciascun canale di accesso è stato individuato un piano di azioni operative per la corretta applicazione della disdetta da parte dei cittadini.

In collaborazione con l'AUSL di Bologna, sarà predisposto un piano di potenziamento della prenotabilità a CUPWEB, ampliando il catalogo di prestazioni prenotabili con particolare riferimento ai primi accessi per visite e prestazioni diagnostiche, oltre alle prestazioni monitorate per i tempi di attesa.

Particolare impegno dovrà essere dedicato a rafforzare le modalità operative in essere per la continuità assistenziale attraverso la presa in carico dello specialista, ovvero l'incremento delle prescrizioni e prenotazioni dei controlli/approfondimenti diagnostici da parte degli specialisti che hanno in carico il paziente e che sono tenuti a prescrivere le prestazioni senza rinvio al MMG.

Con riferimento alle prescrizioni e prenotazioni dei controlli da parte dello specialista che ha in carico il paziente, il modello informatico definito a livello aziendale permette la diffusione del sistema di prescrizione dematerializzata da parte dello specialista al termine della visita, in caso di necessità di prescrizione di visite e di prestazioni diagnostiche, nonché la prenotazione delle visite di controllo successive tramite utilizzo di un sistema di prenotazione facilitato da parte dello stesso specialista.

Afflusso ai Pronto Soccorso

L'Azienda ha predisposto un documento operativo per la gestione dell'afflusso in Pronto Soccorso. In ragione dei notevoli cambiamenti organizzativi (es: apertura del nuovo Polo CTV, creazione di percorsi chirurgici condivisi, etc.) è impegnata a migliorare ed uniformare il flusso informativo di Pronto Soccorso (EMUR).

In particolare nel 2016 si è dato corso a quanto disposto dalla circolare 2 del 12/02/2015 "Norme per la rilevazione del flusso informativo di pronto soccorso e successive integrazioni" relativamente alla rilevazione della diagnosi principale integrata della BPCO nelle Case della Salute\Nuclei di Cure Primarie, con il coinvolgimento anche degli Pneumologi ospedalieri (Azienda USL/Azienda ospedaliera); l'obiettivo consisteva nel ridurre l'ospedalizzazione per ricoveri inappropriati attraverso l'utilizzo di tutte le risorse dell'assistenza territoriale. Inoltre è stato necessario un potenziamento del ruolo di filtro del PS su patologie specifiche con l'attivazione dei percorsi alternativi al ricovero.

Nel prossimo triennio particolare attenzione dovrà essere posta all'obiettivo di miglioramento dell'efficienza nell'utilizzo della risorsa Posto Letto, anche al fine di sostenere adeguatamente i piani operativi per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso.

L'efficiente utilizzo dei posti letto è legato a diversi indicatori tra i quali la degenza media. A tal proposito va sottolineato come i dati regionali riportino una variabilità rilevante fra le diverse realtà ospedaliere, con un Indice Comparativo di Performance che va, nel 2017, da 1,43 a 0,76 (rif. DGR 2040 da 1.26 a 0.9) per i singoli stabilimenti pubblici.

Per la rete dell'emergenza ospedaliera le Aziende devono applicare i piani operativi per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronto Soccorso, elaborati in linea con le direttive fornite dalla DGR 1827 del 17/11/2017, con particolare riferimento:

- alla rilevazione dell'algoritmo NEDOCS per la valutazione del sovraffollamento;
- all'implementazione o adeguamento della funzione di bed-management;

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

- all'adozione delle azioni previste per il miglioramento della fase di throughput:
 - fast-track, affidi specialistici, gestione diagnostiche e consulenze.

I sistemi informativi dovranno prevedere un collegamento tra il flusso del Pronto Soccorso e quello dell'Emergenza Territoriale.

Dovranno essere predisposti, in collaborazione con i servizi territoriali, percorsi alternativi al ricovero che consentano la presa in carico dei pazienti con condizioni di fragilità sanitaria (pazienti cronici e/o polipatologici) o sociale.

2.1.2. Area di performance dell'integrazione

Integrazione e rapporti con l'Università

A seguito dell'approvazione del Protocollo di Intesa Regione-Università (DGR 1207/2016) e delle indicazioni regionali per l'attuazione del Protocollo di intesa in ambito sanitario tra la Regione Emilia-Romagna e le Università Regionali (P.G. 613801 del 15/09/2017), si è dato avvio alla fine del 2017, continuando nel 2018, ai lavori della Commissione Bilaterale Azienda/Università per la stesura dell'accordo attuativo.

La bozza di accordo si prevede sia pronta entro l'estate 2018, per poi essere sottoposta alla condivisione delle Aziende Sanitarie ospitanti le sedi ulteriori della collaborazione tra SSR e le Università aventi sede in Regione.

Nel corso dei lavori della Commissione, si è reso necessario coinvolgere il Comitato di indirizzo regionale, su alcuni specifici aspetti che necessitavano di interpretazione univoca per tutte le realtà regionali (ad es. la titolarità esclusiva aziendale dei contratti di sperimentazione; le specifiche forme di collaborazione tra Università ed Aziende ospitanti le sedi ulteriori; modalità di gestione congiunta ed integrata dei rapporti disciplinati dal Protocollo; accesso ai servizi).

Ferma restando la specificità del nuovo accordo attuativo, sono garantite le modalità in essere di collaborazione per integrazione delle attività tra Azienda ed Università, nella didattica e nella formazione e nella ricerca.

Per quanto attiene la partecipazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale alle attività didattiche, Azienda ed Università intendono promuoverne e sostenerne la realizzazione, ferma restando la salvaguardia delle esigenze relative all'esercizio delle attività assistenziali. In particolare, si valorizza detta partecipazione attraverso la promozione di attività rivolte allo sviluppo di competenze formative del personale SSN ed il corretto riconoscimento delle attività didattico-formative rese.

Per l'affidamento di insegnamenti professionalizzanti per Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie dell'Università di Bologna, si procede attraverso avviso di reclutamento annuale di professionisti del Servizio Sanitario Regionale, in relazione alla richiesta della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna.

Ulteriore sviluppo nel triennio sarà dato alla collaborazione rivolta alla gestione in contitolarità dei diritti di proprietà intellettuale spettanti in base alle norme di legge o ai regolamenti interni, sui risultati delle attività di ricerca.

Si è condivisa la modalità di confronto attraverso gruppi di lavoro tecnici su temi quali ad es. la gestione dei temi della sicurezza, il riconoscimento dei costi nella conduzione delle sperimentazioni in Azienda, ecc

Processi di integrazione ospedale-territorio

Percorso nascita

L'azienda parteciperà nel 2018 ai lavori della Commissione Nascita regionale contribuendo ai lavori dei vari gruppi tecnici attivati all'interno della stessa.

L'impegno dell'azienda sarà volto a:

- garantire l'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita con particolare attenzione alle categorie oggetto di attenzione quali nullipare, donne straniere e donne a bassa scolarità. Nel 2018 verrà attivato un corso istituzionale che prevede varie sessioni che si ripeteranno periodicamente nell'arco dell'anno.

- garantire l'utilizzo della cartella regionale della gravidanza fisiologica per le donne prese in carico dall'inizio della gravidanza (2-3 donne/settimana). L'Azienda riceve il materiale da parte della partoriente al momento della presa in carico presso gli ambulatori, pertanto sono stati definiti tutti i punti di distribuzione della cartella regionale negli ambulatori dell'area ostetrica.

- a seguito all'approvazione dei nuovi LEA, per garantire l'accesso alla diagnosi prenatale non invasiva alle donne che lo richiedono sono stati definiti i volumi di prestazioni settimanali in accordo con l'AUSL di Bologna;

- offrire con percorso istituzionale alle donne che richiedono l'analgia farmacologica come previsto dalla DGR 1921/07 (questionario LEA) oltre ad offrire anche le tecniche di contenimento del dolore non farmacologiche tradizionali (sostegno psicologico, borse di acqua calda, pallone);

- contenimento dei parti cesarei primari e dei parti cesarei nella I classe di Robson;

- garantire, entro il 2018, lo screening oftalmologico neonatale a tutti i nuovi nati entro 7-10 giorni dalla nascita con l'esame di I livello (test del riflesso rosso) eseguito dai neonatologi. I casi dubbi o positivi vengono inviati agli oculisti dell'azienda che provvederanno ad eseguire gli accertamenti di II livello entro 15-20 giorni dalla nascita.

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

Il Policlinico di Sant'Orsola aderisce inoltre al Progetto Allattami la Banca del Latte Umano Donato di Bologna. E' un'iniziativa senza scopo di lucro che ha l'obiettivo di fornire a neonati critici, soprattutto prematuri, la possibilità di usufruire del latte umano, qualora la

loro madre non ne abbia a sufficienza. La Banca del Latte Umano Donato è il luogo dove il latte umano viene raccolto, trattato e conservato in condizioni di sicurezza per essere utilizzato gratuitamente dall'ospedale per l'alimentazione dei bambini prematuri.

ALLATTAMI si è posta un obiettivo: raccogliere almeno i 600 litri di latte umano donato che servono ai neonati ricoverati nelle terapie intensive neonatali del Policlinico di Sant'Orsola e dell'Ospedale Maggiore. Per raggiungere tale obiettivo è stata avviata un'importante azione di sensibilizzazione verso le future e nuove mamme grazie alla collaborazione dell'Azienda Usl di Bologna, del Collegio delle Ostetriche, dei Pediatri di famiglia e de Il Cucciolo, associazione in Bologna dei genitori dei bambini nati pretermine.

Per quanto attiene all'interruzione volontaria di gravidanza, nell'ambito rete dell'offerta metropolitana è stato concordato che l'Azienda Ospedaliera gestisca esclusivamente la metodica chirurgica. Per questa attività viene garantito l'accesso al percorso IVG nel momento della richiesta della prestazione da parte della donna stessa, coerentemente con la tempistica prevista dalla normativa. L'azienda continuerà a monitorare il tempo che intercorre tra la data del certificato e l'intervento e, quando necessario, tra la data di presentazione della donna presso la struttura e l'intervento.

In merito alla procreazione medicalmente assistita l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna garantirà l'applicazione delle DD.GG.RR. n. 927/2013 e n. 1487/2014 e la partecipazione ai lavori regionali di implementazione della direttiva in particolare:

- continuerà a partecipare al gruppo di lavoro per la realizzazione della lista di attesa unica regionale;
- inserirà i dati relativi ai gameti ricevuti da donatori e a quelli utilizzati per PMA eterologa nel sistema informativo regionale;
- continuerà ad organizzare la campagna informativa locale per la promozione della donazione in sinergia con le campagne regionali.

Inoltre, l'Azienda aderirà alle indicazioni regionali relative all'acquisizione di gameti dall'estero tramite la stipula di specifici contratti con gli istituti esteri individuati

Contrasto alla violenza

- Violenza di genere: l'Azienda si impegna a promuovere e sostenere la formazione della rete ospedale – territorio attraverso i Pronto Soccorso Generale, Ostetrico-Ginecologico e Pediatrico il cui personale medico ed infermieristico è stato individuato per la partecipazione al corso di formazione regionale che sarà organizzato per ciascuna Area Vasta;
- Contrasto al maltrattamento/abuso a minori e adolescenti: è in corso la revisione della procedura interaziendale "Percorso sanitario integrato in caso di violenza

sessuale/sospetto di abuso sessuale a carico di minori” ad opera di un gruppo di lavoro che vede impegnati professionisti dell’Azienda USL di Bologna e dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna. Tale documento recepisce le raccomandazioni delle Linee di indirizzo relative al contrasto alla violenza su bambini e adolescenti (DGR 1677/2013) ed è conforme ai contenuti dei quaderni correlati come da Piano regionale della prevenzione (DGR 771/2015).

E’ prevista la partecipazione dei professionisti ad eventi formativi regionali.

Ospedali di Comunità

L’Azienda proseguirà la collaborazione ed il supporto all’Ausl di Bologna nella proposta di un modello organizzativo e nella definizione dei criteri di invio e dei profili di pazienti che potranno accedere agli ospedali di comunità.

Dimissioni protette

Nel 2017 è stata diffusa la procedura aziendale sulla dimissione protetta; nel 2018 si monitora l’applicazione della procedura aziendale condivisa con tutte le UU.OO. dell’Azienda e i servizi territoriali coinvolti. Al fine di migliorare la presa in carico dei pazienti “complessi” da parte delle strutture territoriali si prevede di focalizzare le modalità organizzative dei reparti di degenza affinché perseguano l’obiettivo della valutazione e segnalazione dei casi complessi entro 72 ore dall’ammissione in ospedale.

Allo scopo di migliorare ulteriormente l’assistenza in ambito territoriale e offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati verranno implementati modelli organizzativi e verrà fatta una proposta di protocolli condivisi tra unità operative ospedaliere e territoriali del percorso di dimissione protetta. E’ prevista la partecipazione di specialisti ai gruppi di lavoro con ASL per reti cliniche e continuità di cure con casa salute, cure intermedie e ambulatori (necessità di referente Direzione) per i percorsi di continuità di cure e integrazione con territorio e le dimissioni difficili.

Cure palliative

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

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

Sarà, inoltre, sviluppato nel corso dell’anno un progetto interaziendale per valutare la fattibilità della presa in carico ambulatoriale precoce in cure palliative dei pazienti con insufficienza respiratoria cronica (BPCO e Fibrosi polmonare) con la finalità di creare una

cultura condivisa fra specialisti nel dare sollievo da dispnea e dolore ai pazienti pneumologici non oncologici in fase avanzata.

In merito alla rete delle cure palliative pediatriche è stato istituito un gruppo di lavoro regionale per la definizione della rete. L'Azienda si impegna ad implementare gli obiettivi che verranno stabiliti dalla Regione.

Processi di integrazione della rete ospedaliera

Il D.M. n. 70/2015 è un complesso documento di programmazione sanitaria che introduce una serie di importanti novità per la sanità italiana, a cui le Regioni e le strutture sanitarie dovranno adeguarsi entro il 2016. Nello specifico, il decreto ministeriale in questione è un regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Il punto 1 dell'Allegato I individua gli obiettivi e gli ambiti di azione, sottolineando la necessità di ridurre il tasso di occupazione dei posti letto, la durata della degenza media, nonché il tasso di ospedalizzazione, che consente un aumento della produttività ed un conseguente miglioramento delle performance del SSN.

Il D.M. 70 del 2 aprile 2015 e le successive Linee di indirizzo per la riorganizzazione delle reti ospedaliere regionali (DGR 2040 del 10 dicembre 2015) sottolineano la necessità di costruire un sistema basato sull'integrazione tra i servizi ospedalieri e sull'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali anche attraverso:

- la ripuntualizzazione delle discipline hub&spoke, come evoluzione di quelle già individuate dalla programmazione regionale, prevedendo la definizione dei bacini, le strutture complesse, gli assetti di rete e le relazioni;

- la revisione della dotazione di posti letto per allinearsi all'obiettivo di 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie. Per realizzare questo obiettivo dovrà essere migliorato il livello di efficienza complessiva delle attività ospedaliere, individuato il migliore setting assistenziale di erogazione delle prestazioni sanitarie e rafforzando modelli organizzativi e assistenziali innovativi;

- la definizione dei bacini di utenza e la concentrazione delle unità operative complesse;
- l'analisi e la valutazione dei volumi di attività e degli esiti per le principali patologie.

Per realizzare e sviluppare gli indirizzi normativi e gli obiettivi di mandato, si sta creando una collaborazione fattiva e continuativa tra le **Aziende di area metropolitana** per la strutturazione di percorsi integrati di cura e la razionalizzazione e omogeneizzazione delle strutture presenti su territorio. L'evoluzione dell'integrazione metropolitana, il cui stato di avanzamento della progettazione è stato descritto al paragrafo 1.5 Come operiamo, sarà oggetto di sviluppo e definizione nel triennio 2018-2020.

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

Le aziende sanitarie dell'area metropolitana di Bologna, in coerenza con i contenuti delle deliberazioni di G.R. riguardanti gli obiettivi di programmazione e di mandato, hanno da tempo avviato un percorso di unificazione dei seguenti servizi amministrativi:

ACQUISTI (SAM)

AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE (SUMAP)

CONTABILITA' E FINANZA (SUMCF)

In fase di avvio del percorso di unificazione è stato espressamente previsto un iniziale periodo di sperimentazione che, d'intesa tra le relative Direzioni interessate, è stato prorogato ed è tuttora in corso.

E' previsto nel corso del 2018 il consolidamento del modello organizzativo e pertanto l'uscita dalla fase sperimentale dei servizi sopra citati. Tutti i servizi in oggetto hanno presentato la loro proposta organizzativa a regime e le risorse correlate; contestualmente si è ritenuto di continuare ad utilizzare lo strumento della assegnazione temporanea di cui all'art 22-ter della L.R. 43/2001 anche nella fase post sperimentale dei servizi amministrativi unificati, ritenendo non percorribile per ragioni sia di responsabilità sia di opportunità la cessione di ramo di Azienda.

Per quanto riguarda l'integrazione dei servizi logistici le 6 aziende dell'Area Vasta Centro hanno elaborato un progetto di Supply Chain Centralizzata, con uno studio di prefattibilità tecnico-economico di nuove modalità di gestione della logistica dei beni. Nelle more del completamento della base conoscitiva i dati e gli elementi di contesto verrà dato avvio ad una procedura finalizzata a selezionare un soggetto cui commissionare, beneficiando degli apporti di conoscenza, delle competenze e delle analisi sin qui svolte dalle Aziende con risorse interne, uno studio finalizzato a fornire una soluzione logistica coerente con il contesto strutturale e con gli obiettivi di miglioramento.

2.1.3. Area di performance degli esiti

L'azienda persegue da tempo il monitoraggio sistematico di un set di indicatori di esito in attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015. Tale monitoraggio è finalizzato al rispetto dei valori soglia indicati dalla normativa nazionale e regionale a garanzia della qualità dell'assistenza di definite aree cliniche. Tale politica ha portato mediamente a un progressivo miglioramento della performance aziendale ed esiti generalmente più favorevoli rispetto ai valori medi regionali e/o nazionali (dati PNE).

Nel triennio 2018-2020 proseguirà l'attenzione sugli esiti di specifici interventi chirurgici (es. colecistectomia laparoscopica e frattura di femore); dei percorsi di cura di patologie croniche quali BPCO, scompenso cardiaco e stroke, laddove risulta fondamentale l'integrazione con il territorio; dell'urgenza cardiologica e chirurgica cardio-vascolare, della cardiocirurgia, della chirurgia oncologica (tumori della mammella, gastro-enterici e del polmone) e, infine, dell'assistenza al parto.

I principali indicatori da utilizzare per il monitoraggio dei risultati degli interventi e dei processi assistenziali sopra rappresentati sono:

COD	Indicatore	EMILIA - ROMAGNA dati 2016-2017	AOSPU BOLOGNA dati 2016-2017
IND0271	% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni [A/E] (Flusso SDO)	80.72	76.6
IND0275	Bypass aortocoronarico : mortalità a 30 giorni dall'intervento [A/E] (Flusso DO)	1.57	0.65
IND0276	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache : mortalità a 30 giorni dall'intervento [A/E] (Flusso SDO)	1.96	2.15
IND0389	Mortalità a 30 giorni per IMA [A/E] (Flusso SDO)	9.06	8.42
IND0390	% di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA [A/E] (Flusso SDO)	43.18	30.66
IND0391	Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio [A/E] (Flusso SDO)	12.68 (dati 2017)	11.67 (dati 2017)
IND0392	Mortalità a 30 giorni per riparazione aneurisma non rotto dell'aorta addominale [A/E] (Flusso SDO)	1.53	0.48
IND0393	Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico [A/E] (Flusso SDO)	10.66 (dati 2017)	7.28 (dati 2017)

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

IND0395	Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata [A/E] (Flusso SDO)	9.99 (dati 2017)	11.8 (dati 2017)
IND0396	% interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con attività superiore a 90 casi annui [O/E] (Flusso SDO)		52.85 (dati 2017)
IND0397	% interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con attività superiore a 135 casi annui [O/E] (Flusso SDO)		83.72 (dati 2017)
IND0398	% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella [A/E] (Flusso SDO)	6.11 (dati 2017)	3.31 (dati 2017)
IND0399	Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone [A/E] (Flusso SDO)	0.78 (dati 2015-17)	0.77 (dati 2015-17)
IND0400	Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco [A/E] (Flusso SDO)	4.74 (dati 2015-17)	2.86 (dati 2015-17)
IND0401	Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon [A/E] (Flusso SDO)	4.35	4.94
IND0402	% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali [A/E] (Flusso SDO)	0.9	0.95
IND0403	% di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei [A/E] (Flusso SDO)	0.98	1.61
IND0441	% interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione [A/E] (Flusso SDO)	72.8 (dati 2017)	84.27 (dati 2017)
IND0494	Proporzione di parti con taglio cesareo primario [A/E] (Flusso SDO)	18.01 (dati 2017)	25.64 (dati 2017)

Dati InSiDER – Piano Performance Aziendale 2018 – 2020, 16 luglio 2018

2.2 Dimensione di performance dei processi interni

2.2.1 Area di performance della produzione

La dimensione della produzione focalizza l'attenzione sull'andamento dei ricavi e dei principali indicatori di performance dell'attività, di ricovero, ambulatoriale e pronto soccorso, rispetto alle principali linee strategiche aziendali e rispetto al benchmarking con le altre aziende presenti sul territorio regionale.

Le classi di analisi sono articolate in funzione del sistema degli obiettivi aziendali e in funzione della verifica del rispetto del vincolo della sostenibilità economica dell'azienda:

- **l'attività svolta a favore di pazienti residenti in provincia di Bologna:** il valore complessivo in termini di volumi e contenuti sono definiti negli accordi di fornitura con le aziende territoriali di riferimento: Bologna ed Imola. Gli obiettivi relativi ai volumi di attività riguardano principalmente il recupero della mobilità passiva extraprovinciale per alcune tipologie di interventi definiti; la necessità di individuare azioni congiunte di respiro poliennale mirate a massimizzare i livelli di integrazione, la modulazione dell'attività specialistica ambulatoriale in funzione della necessità di ridurre le liste di attesa, in particolare mantenendo i tempi di attesa per interventi su patologia neoplastica entro 30 giorni e per le prestazioni critiche entro i tempi definiti dalla normativa, qualificare l'attività di ricovero da parte delle strutture di PS;

- **l'attività a favore di pazienti residenti nelle altre province** (mobilità attiva infraregionale) **e per residenti in altre regioni:** l'obiettivo è sviluppare le attività di eccellenza, confermando il ruolo centrale in ambito regionale per attività ad alta complessità ad elevato contenuto di professionalità e tecnologico.

E' obiettivo di mandato della Direzione Aziendale lo sviluppo e il potenziamento di linee di attività strategiche per l'azienda, che saranno implementate anche in coerenza con quanto verrà definito nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale e dal protocollo d'intesa Regione Università.

Si definiscono a seguire le principali linee di azione che impegneranno l'azienda nel triennio 2018-2020.

Polo Cardio Toraco Vascolare

Dal Dicembre 2015 le Unità Operative di Cardiocirurgia, Cardiocirurgia pediatrica, Cardiologia (compresa l'attività interventistica di Emodinamica ed Elettrofisiologia), Cardiologia Pediatrica, Anestesia e Rianimazione e Chirurgia Vascolare (da Gennaio 2016) sono state trasferite dalle sedi precedenti del Pad. 25 e del Pad. 5, al Pad. 23. Questo

trasferimento ha comportato anche l'adozione, presso la nuova struttura, del modello per intensità di cura che ha mutato la composizione delle equipe infermieristiche e le modalità di lavoro del personale medico ed infermieristico. Dall'analisi delle criticità, che è stata effettuata nei primi mesi del 2017, sono state individuate delle problematiche emergenti nella gestione del Polo Cardio – Toraco – Vascolare (Polo CTV) e si è elaborato un piano di intervento finalizzato ad incrementare l'efficienza gestionale del Polo CTV, che si sviluppa in tre distinte fasi:

1) una prima fase (anno 2017) in cui si sono eseguite:

a) una mappatura dei processi e costruzione del flusso per valutare, con metodo, la situazione attuale dei processi, già esaminati in maniera empirica. Si è provveduto ad un'analisi dei flussi ed ad una mappatura della situazione attuale, che indichi i blocchi ed i vincoli presenti nell'organizzazione (current state map); successivamente si sono sviluppate le ipotesi di lavoro e valutati i flussi e gli obiettivi (future state). Questa analisi è stata condotta con il gruppo coordinato dal Prof. Regattieri – Industrial Engineering and Logistics - dell'Università di Bologna.

b) una rilevazione dei pazienti "bed – blockers" o "delayed discharge", utilizzando il metodo elaborato dalla Regione Emilia-Romagna, adattato per la rilevazione al Polo CTV;

c) l'individuazione di una cabina di regia che comprende, oltre al coordinamento dei flussi e ai responsabili di lista, componenti della Direzione Aziendale e ha la funzione di sovrintendere alla ridefinizione del mix e dei volumi in fase di programmazione delle attività e alla definizione e gestione ottimale del flusso dei pazienti fra i diversi livelli di intensità di cura;

d) l'elaborazione, congiuntamente all'Azienda USL di Bologna, del progetto per la costituzione della Chirurgia Vascolare Metropolitana, che ha come obiettivo principale lo sviluppo di percorsi di cura che garantiscano ai pazienti un idoneo trattamento nella sede più appropriata. Obiettivo non secondario è inoltre quello di ampliare la rete formativa per gli studenti della Scuola di Specializzazione;

e) l'apertura della Sala Endoscopica della Pneumologia Interventistica e di due ambulatori al piano -1, da utilizzare come ambulatori ecografici della Cardiologia, che in tal modo hanno liberato due stanze di degenza al 1° piano (area Media Intensità), incrementando il numero dei posti letto di tre unità;

f) l'incremento del deflusso dei pazienti stabilizzati o lungodegenti dal Polo CTV attraverso l'invio alla Medicina Interna Lungodegenza – PARE – e l'accordo con l'Ausl di Imola per il rientro precoce dei pazienti residenti a Imola alla Cardiologia dell'Ausl di residenza.

2) una seconda fase (anno 2018) in cui, attraverso l'utilizzo dei dati emersi dalla mappatura dei processi si è messo in atto un piano di intervento che prevede la ristrutturazione e la riorganizzazione delle attività del Polo CTV e precisamente:

- Ottimizzazione dei processi per la pianificazione delle procedure operatorie (Interventi e Sedute di emodinamica)

- Organizzazione dei percorsi di pre – ospedalizzazione per tutte le Unità Operative del Polo CTV

- Gestione delle Urgenze

- Strutturazione delle funzioni di bed management/case management

Il risultato atteso è quello di una maggiore fluidità del percorso di ricovero attraverso i vari setting del Polo CTV ed un recupero di efficienza complessivo del sistema.

3) una terza fase (anno 2019 - 2020) in cui si prevede il consolidamento del volume di produzione, raggiunto nel 2017/2018 e la progressiva attuazione del Progetto per la Chirurgia Vascolare Metropolitana che vedrà l'accentramento al Policlinico della patologia a maggiore complessità. Si prevede inoltre un incremento dell'attività interventistica per quanto riguarda la Cardiologia e la Cardiochirurgia, legata all'implementazione delle tecniche percutanee ed endovascolari (es: TAVI). Per quanto riguarda la Chirurgia Toracica, la collaborazione con l'AUSL di Bologna iniziata nel corso del 2018, sarà strutturata attraverso l'estensione di un progetto interaziendale AOU e AUSL che vedrà la concentrazione al Policlinico della casistica complessa e dei trapianti, mentre l'attività ordinaria sarà concentrata all'Ospedale Maggiore.

Area Materno-Infantile

L'Azienda promuove il potenziamento e lo sviluppo delle aree di eccellenza clinica, anche al fine di interpretare pienamente il ruolo di realtà ospedaliero-universitaria di alta specialità a rilievo regionale e nazionale, oltre che di riferimento per l'utenza dell'area metropolitana e provinciale.

Il piano di riqualificazione del patrimonio edilizio complessivo prevede infatti la realizzazione di nuovi edifici e l'adeguamento per gli edifici esistenti alle normative sull'accreditamento, la sicurezza, la prevenzione incendi, il miglioramento/adeguamento sismico e il miglioramento del comfort alberghiero delle strutture sanitarie.

In questo contesto, la riqualificazione delle strutture afferenti all'area materno-infantile rappresenta un importante intervento previsto nell'area del Policlinico bolognese.

Il Dipartimento della donna, del bambino e delle malattie urologiche ha visto negli ultimi anni una forte riorganizzazione dei processi assistenziali e delle aree cliniche sia per l'Area Pediatrica e sia per l'Area di Ostetricia e Ginecologia con l'obiettivo di dare una maggiore caratterizzazione al trattamento delle patologie principali e di eccellenza a garanzia di un percorso clinico maggiormente sicuro ed efficace; si pone l'obiettivo di dare una maggiore forza agli specifici percorsi di cura nell'ambito della sfera femminile e pediatrica.

A seguito della recente individuazione del centro di riferimento regionale per il trattamento della Neoplasia Ovarica presente presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, il centro avrà il compito di garantire, per le pazienti affette da cancro dell'ovaio un approccio multidisciplinare di elevata specializzazione. Esso costituisce riferimento per la casistica regionale prevedendo modalità di interfaccia con gli altri centri e individuando criteri di centralizzazione, funzionali allo sviluppo di un progetto di rete clinica. Esso dovrà definire PDTA e protocolli condivisi a livello di rete, volti ad una gestione appropriata delle diverse fasi di malattia e di diversi aspetti come l'accesso a tecnologie innovative.

Area chirurgica

L'analisi delle attività chirurgiche unitamente alla recente normativa che regola la gestione delle liste d'attesa porta ad identificare situazioni con differenti gradi di criticità derivanti sostanzialmente da uno dei seguenti fattori o, in qualche caso, dalla combinazione degli stessi:

- Liste d'attesa
- Sale operatorie
- Possibili alternative

Volendo ragionare in termini prospettici si riporta di seguito una disamina delle varie discipline presenti all'interno del nostro ospedale unitamente ad un accenno alle possibili soluzioni da adottare per risolvere parte di queste criticità.

Fattori di criticità

Liste d'attesa: la valutazione delle liste d'attesa delle diverse discipline colloca le stesse in quadranti "virtuali" che si trascinano dietro conseguenze e soluzioni differenti. Di seguito si prova ad esemplificare il quadro attraverso due categorie che rappresentano gli estremi di un panorama che al suo interno invece si presenta con numerose sfumature:

• **Liste d'attesa corpose ma tuttavia "sotto controllo"** in ragione di un equilibrio tra attività ambulatoriale (tipicamente rivolta all'arruolamento), attività di sala operatoria (numero di ore a disposizione dell'U.O.) e p.l. a disposizione. Se a questo aggiungiamo una oculata pianificazione di sala operatoria si crea il giusto mix per far fronte ad una voluminosa lista ma che si limita all'anno in corso o al massimo all'anno precedente. (es: Otorino, Ortopedia);

• **Liste d'attesa corpose e che "non sono sotto controllo"** in ragione di disequilibri derivanti da diversi fattori tra cui: un rapporto Entrati Usciti (ovvero il saldo tra arruolamento e operati) negativo che comporta un continuo aumento della lista d'attesa, inadeguata disponibilità di spazi operatori unitamente ad una "interferenza/necessaria risposta" dell'attività da Ps rispetto alla pianificazione settimanale (Es. Urologia)

Sale operatorie: anche questo tema ovviamente incide in maniera importante rispetto alla capacità di tenuta delle diverse discipline. Vi sono tuttavia alcune "certezze" derivanti da una accurata osservazione che per induzione ci portano ad affermare che:

• Non mancano gli spazi operatori: esistono a tutt'oggi, anche se in numero molto limitato, sale non impegnate (vuote ma ovviamente prive di personale) e quindi l'eventuale espansione di attività non comporterebbe problemi logistici ma certamente investimenti in termini di personale;

• Blocchi operatori con ipotetici margini di recupero: esistono infatti discipline che, a fronte di una riduzione delle attività in quanto si ritiene prioritario supportare altri settori più critici, potrebbero "sopportare" tale riduzione **per qualche mese** senza che questo comporti ripercussioni eccessive sulle liste d'attesa (es: chirurgia Pediatrica e Ortopedia);

Possibili alternative: uno dei temi forse più difficile da affrontare, in quanto oggetto di discussione non più solo all'interno dell'azienda ma che prevede il coinvolgimento di soggetti esterni e di conseguenza con un grado di difficoltà ulteriore, è quello delle possibili alternative (così come declinato anche nella DGR 272) che è possibile suggerire/fornire al paziente. Per diverse discipline critiche non è sempre possibile fornire una valida o equivalente alternativa in ambito metropolitano pubblico o privato.

LE POSSIBILI SOLUZIONI

Di seguito si riportano, a titolo esemplificativo, alcune soluzioni praticabili o che si intendono perseguire nei prossimi mesi al fine di risolvere, progressivamente, le criticità riscontrate.

Urologia

• Aumentare le sedute operatorie per le attività di chirurgia oncologica con metodica tradizionale per le patologie particolarmente critiche (prostata, vescica e rene);

• Aumentare, ai fini di un utilizzo pieno della piastra robotica, le sedute da dedicare alla patologia prostatica in modo da abbattere anche l'attesa per questa metodica di intervento.

• Affinchè il disegno complessivo di aumento delle attività nella presente disciplina sia coerente in tutte le sue articolazioni è auspicabile lavorare sia in termini di recupero di efficienza, piuttosto che di ampliamento dell'offerta operatoria e di degenza.

Chirurgia Generale

Nell'ambito di questa disciplina ed in ragione della presenza dei percorsi le strade percorribili in questo ambito possono essere diverse e derivanti da una delle proposte riportate di seguito o da una combinazione di esse:

• **Migliore e pieno utilizzo degli spazi operatori**: con la possibilità di aumentare i livelli di efficienza degli spazi operatori attualmente attribuiti.

• **Revisione delle attuali assegnazioni dei percorsi ai blocchi operatori**: con riattribuzione degli spazi di sala operatoria nelle diverse piastre. La collocazione di attività di media alta complessità presso un unico blocco consentirebbe di creare le condizioni per economie di scala.

La riorganizzazione descritta poc'anzi è oggetto di approfondimento in queste settimane al fine di valutarne la fattibilità alla riapertura delle attività nei mesi di Settembre/Ottobre

•**Utilizzo degli spazi operatori della piattaforma di medio bassa complessità collocata c/o l'H di Budrio:** recenti accordi tra le due aziende hanno visto un incremento delle sedute operatorie assegnate al nostro ospedale. In particolare delle due sedute ulteriori una, attribuita alla chirurgia generale, verrà completamente dedicata ad incrementare il numero di pazienti operati per ernia inguinale attualmente con attesa critica. Ulteriori sviluppi presso questa sede possono essere di aiuto nel ridurre ulteriormente le liste d'attesa di patologie monitorate (patologia proctologica).

•**Centrale unica di pianificazione:** se correttamente impostata consente da un lato necessarie economie di scala (es: prosegue l'arruolamento del personale prescritto gestore di liste di attesa che se messo in "pool" permette una sostituzione più agevole in caso di assenza evitando il fenomeno dei "silos") dall'altro una pianificazione più trasparente (chiamata in ordine di lista per patologia) e terza in ragione di personale che non "appartiene" a nessuna delle U.O. in causa.

Chirurgie Specialistiche

In questo ambito, ancorché non tra le discipline monitorate, risulta particolarmente critica la disciplina di Chirurgia Plastica. Oltre a tale disciplina merita particolare attenzione anche la Chirurgia Vascolare per la quale però sono in corso riassetto i cui effetti al momento non è possibile valutare. Le soluzioni, ancora una volta, possono essere di vario tipo alcune delle quali al momento della stesura del presente documento sono già in corso di definizione o avvio:

•**Aumento delle sedute presso la sede di Budrio:** come per l'ambito della chirurgia generale anche per la Chirurgia Plastica è previsto l'incremento di una seduta settimanale.

•**Aumento delle sedute presso il S. Orsola:** tale incremento deve necessariamente essere dedicato ad attività oncologica o a supporto di attività oncologica (attività di collaborazione con la chirurgia senologica per il percorso del tumore della mammella) non dimenticando tuttavia, altra richiesta a livello regionale, di dare risposta a casistica molto datata in termini di inserimento in lista.

Appropriatezza

L'azienda ha sempre perseguito nel tempo una attenta 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). Tale politica ha portato a trattare la medesima casistica con un numero di posti letto di degenza nel tempo sempre inferiore.

Nel triennio 2018-2020 l'attenzione verrà rivolta in special modo all'attività chirurgica con l'obiettivo di trasformare in attività ambulatoriale o day hospital i ricoveri attualmente gestiti in degenza ordinaria breve.

Per quanto riguarda i ricoveri medici (ad oggi per lo più provenienti da pronto soccorso) l'obiettivo è quello di cercare la piena integrazione con il territorio al fine di ridurre da un lato l'accesso urgente dall'altro facilitare la dimissione protetta.

Attività di trapianto

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

Per il triennio 2018 – 2020 si dovrà implementare quanto previsto dal "Programma nazionale Donazione di Organi 2018-2020 (14 dicembre 2017)", che stabilisce gli "Standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello delle donazioni in tutte le regioni o province". In tale documento si sancisce che la donazione di organi è un'attività istituzionale delle strutture sanitarie e obiettivo essenziale dei SSR. L'obiettivo deve essere perseguito attraverso l'istituzione a livello ospedaliero di un Coordinatore locale e di un Comitato aziendale ospedaliero per la donazione di organi e tessuti. Nell'AOU di Bologna è già presente il Coordinatore locale e si nominerà il Comitato ospedaliero per la donazione di organi e tessuti, presieduto dal Direttore Sanitario e composto:

- dal Coordinatore locale
- dai Professionisti coinvolti nel processo di donazione e trapianto,
- dai Referenti comitati etici, formazione e qualità, risk management, informazione.

Per assicurare la collaborazione in rete tra più ospedali nel processo di donazione e garantire la piena operatività sulle 24 ore, si dovrà instaurare un Coordinamento Interaziendale di Area Vasta, organizzato dal Coordinatore Locale del Centro Hub.

Le aree da implementare nei prossimi anni sono relative a:

- identificazione e implementazione delle « buone pratiche »;
- articolazione di alcuni aspetti organizzativi e competenze sulla base della normativa vigente(livelli di coordinamento);
- identificare il processo di donazione come una ben definita articolazione di PDTA per acuti
- sviluppare percorsi migliorativi, implementare sistemi di auditing e di formazione continua

L'area trapiantologica, a seguito della messa in atto di quanto previsto dal Programma nazionale, avrà quindi come obiettivo il mantenimento o incremento dei livelli di donazione raggiunti. Alla Direzione Sanitaria aziendale spetterà la misurazione dei risultati e la valutazione dell'efficienza del processo di donazione.

Gli indicatori correlati da monitorare saranno i seguenti:

- numero di accertamenti con criteri neurologici per milione di popolazione per anno (pmp);

- numero di donatori procurati per milione di popolazione per anno (pmp);
- rapporto (%) tra numero di accertamenti con criteri neurologici e decessi con lesione cerebrale acuta in rianimazione/terapia intensiva (DLCA),

Altri indicatori suggeriti alle regioni che dovranno essere monitorati:

- Numero di accertamenti con criteri neurologici in rapporto al numero di posti letto intensivi/anno (in ospedali con e senza neurochirurgia Stroke unit, neuroradiologia interventistica);
- Totale dei decessi con lesione cerebrale acuta (DLCA) in Ospedale, per reparto, fascia di età e di
- Degenza (timing del decesso);
- Rapporto tra decessi con lesione cerebrale (DLCA) e totale dei decessi in Rianimazione/Terapia intensiva

Nell'anno 2018 l'Azienda sarà, altresì, impegnata al recepimento ed applicazione di quanto stabilito nell'accordo del 24 gennaio 2018, che sancisce i "Requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture sanitarie per lo svolgimento delle attività di trapianto da organi solidi da donatore cadavere" e detta i criteri e le procedure per la richiesta ed il rilascio o rinnovo dell'autorizzazione delle strutture sanitarie idonee allo svolgimento delle attività di trapianto.

Polo oncologico

Il Policlinico di Sant'Orsola dispone di un "Piano Direttore", ovvero di un master plan di sviluppo e ammodernamento del patrimonio edilizio, per delineare strategie programmatiche per l'implementazione ed il miglioramento sostenibile dell'offerta clinica, sanitaria e assistenziale.

E' costituito da un "disegno complessivo" del plesso ospedaliero fortemente innovativo, con l'obiettivo di rafforzare ulteriormente le aree distintive di un polo ospedaliero che, per molte specialità, svolge un ruolo di riferimento regionale e nazionale.

Un contesto operativo consapevole sia della complessità della propria funzione sociale e metropolitana, sia dei bisogni della persona assistita, sia della necessità di migliorare la qualità della accoglienza agli standard richiesti per gli ospedali di oggi e del futuro.

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

Gli interventi di realizzazione del **Polo Oncologico** prevedono un orizzonte temporale a partire dal 2019 con la realizzazione del secondo stralcio previsto dal master plan.

Nel Polo dovranno convergere i principali dipartimenti che, all'interno del Policlinico S.Orsola, si occupano del trattamento dei pazienti affetti da malattie oncologiche, ciò permetterà di realizzare un Cancer Center integrato, ove clinica, ricerca e didattica

saranno affiancate in un potenziamento reciproco, con rapido trasferimento delle innovazioni dalla ricerca alla clinica e dei risultati dalla clinica alla ricerca.

Si prevede che il Polo, nel progetto di organizzazione e gestione, dovrà dialogare e collaborare con i servizi intra ed extra ospedalieri in un insieme di reti, sia "orizzontali" con quelle di pari livello (altri ospedali) sia "verticali" con quelle di differente livello (cure palliative, cure primarie, riabilitazione, assistenza domiciliare).

Diagnostica di radiologia e laboratorio

Per quanto concerne la diagnostica di laboratorio nel triennio si procederà alla automazione della sierologia della microbiologia, all'inserimento di una piccola catena per l'attività di immunogenetica del trasfusionale, alla valutazione economica/gestionale dell'automazione in anatomia patologica (taglio blocchetti) ed all'uso interaziendale del sequenziatore che sarà comune alle Patologie Molecolari di AOU ed AUSL di Bologna ed alla Genetica metropolitana.

Sul versante organizzativo si procederà alla unificazione metropolitana presso quest'Azienda della diagnostica in ambito genetico e della microbiologia sulle protesi espantate.

Il centro di riferimento regionale per le emergenze microbiologiche (CRREM) nel corso del prossimo triennio sarà sempre più impegnato nella diagnosi sierologica nei casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zica virus, e nella messa a punto di test per la diagnosi di possibili nuove infezioni che si paleseranno. Per meglio svolgere queste attività così complesse che richiedono una formazione e competenze ad hoc nel triennio si procederà, in virtù di un finanziamento specifico regionale, a ridurre il lavoro precario.

Emergenza

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

Nel corso del 2018 è prevista la revisione del modello organizzativo in Pronto soccorso che possa permettere attraverso un gruppo di REINGEGNERIZZAZIONE E INNOVAZIONE di trovare modalità per facilitare il lavoro quotidiano del personale di Pronto Soccorso individuando soluzioni innovative e contestualmente creando un gruppo di riferimento progettuale autonomo nel proseguire l'attività di miglioramento continuo.

Inoltre, per migliorare il rapporto PS – territorio, il personale del PS partecipa al gruppo interaziendale "Cure intermedie" utile all'identificazione di modalità di gestione per la presa in carico dei pazienti cronici.

2.2.2 Area della performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

Qualità ed accreditamento

Con la Delibera di Giunta n. 1943 del 4 dicembre 2017 la Regione Emilia-Romagna ha adeguato il sistema di accreditamento alle normative più recenti e ha avviato nuovamente i percorsi per il rinnovo delle strutture già accreditate e prorogate con la DGR 1604/2015 fino a luglio 2018. L'Azienda ha presentato la domanda di rinnovo dell'Accreditamento ed ha altresì concordato con la Funzione Accreditamento della ASSR i tempi della visita sul campo per la "verifica di sistema", finalizzata a verificare il possesso dei requisiti generali del nuovo modello di Accreditamento.

La verifica del possesso dei requisiti generali di Accreditamento, accompagnata da un processo di autovalutazione, proseguirà nel triennio di riferimento mediante attività di formazione sui livelli dei Dipartimenti e delle Unità Operative e mediante autovalutazione e audit interno/esterno a tutti i livelli. Tali attività di verifica saranno orientate, da un lato alla valutazione del possesso dei requisiti generali e specifici di Accreditamento, dall'altro al monitoraggio dello stato di avanzamento e delle ricadute delle azioni di miglioramento emerse nel 2017 a seguito di autovalutazione e all'eventuale introduzione di nuove azioni di adeguamento e miglioramento.

Inoltre, nell'ottica di garantire il proseguimento delle attività di formazione-intervento e di autovalutazione iniziate nel 2017 sul livello direzionale, e di supportare adeguatamente la Direzione Aziendale al processo di verifica per il rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale, si prevede di attuare degli audit sul campo presso le strutture in staff e line alla Direzione.

Dal punto di vista delle Unità Operative e dei Dipartimenti verranno effettuati, in coerenza con i piani di formazione, eventi di formazione-intervento dedicati ai soggetti che, a vario titolo, intervengono nel processo di Accreditamento Istituzionale.

L'Azienda dovrà garantire nel triennio di riferimento il proseguimento della collaborazione con la Funzione Accreditamento della Regione Emilia-Romagna, attraverso la partecipazione dell'Area Qualità al lavoro di revisione dei requisiti specifici e alle altre attività e progetti che saranno organizzate dalla funzione Accreditamento della ASSR.

L'Azienda si impegna inoltre a garantire, attraverso l'attività dei Valutatori di Accreditamento inseriti nell'elenco pubblicato nel sito web della ASSR, la partecipazione sia alle visite di verifica, a seguito di formale convocazione, sia alle necessarie attività di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze.

Qualità percepita dal paziente

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 degli utenti. Attraverso la collaborazione con le Associazioni di Volontariato e nell'ambito del

Comitato Consultivo Misto, il cittadino partecipa alle scelte nell'organizzazione dei servizi, per il miglioramento della qualità delle prestazioni erogate. La dimensione della qualità dell'assistenza con i relativi indicatori per la valutazione della performance sono costantemente monitorati, confrontanti nel tempo e oggetto di rendicontazione annuale, per governare e promuovere le azioni di miglioramento rispetto alle criticità e alle problematiche segnalate dai cittadini.

Iniziative di health literacy

Il Piano Sociale e Sanitario regionale 2017-2019, promuove iniziative volte a migliorare la comprensione delle informazioni sanitarie, sia scritte che verbali, da parte dei cittadini. La finalità di tali iniziative è quella di aiutare i cittadini/utenti a comprendere ciò che viene loro proposto, riconoscere i propri bisogni di salute, assumere un maggior controllo sui fattori che influenzano la salute, contribuire attivamente alle scelte terapeutiche, orientarsi nel Sistema Sanitario e adottare comportamenti salutari.

Lo sviluppo di questa consapevolezza passa anche attraverso iniziative di formazione del personale sanitario nell'ambito della Health Literacy ed il coinvolgimento di pazienti, caregiver e familiari nella produzione e revisione di materiale informativo.

Impegno dell'AOU di Bologna in questo ambito è innanzitutto la partecipazione attiva al gruppo regionale di Health Literacy e alle iniziative formative da questo attivate, al fine di un allineamento con le azioni portate avanti dalle diverse Aziende della RER e l'eventuale formazione di nuovi referenti su questo tema. Ciò rappresenta un presupposto di base per la diffusione delle competenze acquisite attraverso iniziative di formazione peer to peer e per la revisione di materiale informativo in ottica di semplificazione e maggiore fruibilità, e/o ad iniziative di miglioramento dell'orientamento dei cittadini nelle strutture.

In quest'ottica, nel Piano Aziendale della Formazione, saranno inserite iniziative formative di tipo "blended" (formazione combinata, con una parte di formazione residenziale in aula ed una parte di formazione sul campo) rivolte a medici, infermieri e tecnici.

Le iniziative, da svolgersi attraverso la docenza e il tutoraggio svolto dal personale già formato e presente in Azienda, si concluderà con la revisione di materiale informativo già presente e diffuso in Azienda, con la collaborazione di caregiver e pazienti, al fine di verificarne la fruibilità e la soddisfazione in termini di chiarezza dei contenuti.

Disposizioni anticipate di volontà nei trattamenti sanitari

L'entrata in vigore della Legge 22 dicembre 2017, n. 219, contenente "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", stabilisce che "...nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata e afferma il diritto di ogni persona di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e comprensibile riguardo la diagnosi, la prognosi, i rischi e i benefici dei trattamenti sanitari indicati, nonché alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi...". Con

riferimento alle disposizioni anticipate di trattamento, comunemente definite "testamento biologico", la Legge stabilisce che, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminazione, e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle proprie scelte, ogni persona possa esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o rifiuto ad effettuarli.

L'applicazione dei contenuti di questa legge prevede da un lato un'importante attività di formazione e di sensibilizzazione del personale sanitario, per garantire l'acquisizione delle competenze necessarie a promuovere e valorizzare la relazione di cura e di fiducia con il paziente, basata soprattutto sul consenso informato e sulle modalità con cui questo viene espresso ed annotato nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico; dall'altro, la predisposizione di strumenti e materiale informativo che supporti al meglio la comunicazione, facilitando la comprensione da parte del paziente dei trattamenti proposti e la possibilità di esprimere, in qualsiasi momento del percorso di cura, la rinuncia o il rifiuto dei trattamenti stessi, con conseguente attività di sostegno da parte del personale sanitario.

Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali

Il Regolamento Generale sulla protezione dei dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27.04.2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati che abroga la direttiva 95/46/CE, pienamente applicabile dal 25 maggio 2018, detta una complessa disciplina di carattere generale in materia di protezione dei dati personali, prevedendo molteplici obblighi ed adempimenti a carico dei soggetti che trattano dati personali, ivi comprese le Aziende Sanitarie.

La sensibilizzazione di tutti i professionisti sulle nuove tematiche connesse alla protezione dei dati sarà promossa, anche nei prossimi anni, attraverso l'attivazione di **iniziative formative**.

Saranno riviste ed aggiornate le **regole aziendali** e gli **strumenti finalizzati** a fornire al cittadino un'adeguata informazione sul trattamento dei dati effettuato all'interno dell'Azienda al fine di permettergli di esprimere, qualora necessario, un consenso informato, libero, specifico ed inequivocabile e di conseguenza assicurargli la garanzia del rispetto dei principi contenuti nella normativa.

Saranno inoltre programmati ed eseguiti **audit specifici** con l'obiettivo di valutare sia l'applicazione delle misure messe in atto che il livello informativo e formativo del personale sull'utilizzo degli strumenti "privacy".

L'Azienda, nel garantire il rispetto del Regolamento Europeo in coerenza con quanto stabilito a livello nazionale, regionale, e alle indicazioni elaborate dal gruppo di lavoro Regione/Aziende Sanitarie istituito con nota della Direzione Generale Cura della persona,

Salute e Welfare prot. n. 796460 del 29/10/2015 ha nominato il Responsabile della protezione dei dati (DPO) e nel prossimo triennio provvederà a:

- ✓ adottare un registro delle attività di trattamento;
- ✓ predisporre un organigramma privacy;
- ✓ partecipare ai gruppi di lavoro regionali.

Sicurezza dei lavoratori e sorveglianza sanitaria

L'Azienda, porrà fra i suoi obiettivi generali la massima attenzione alla tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro attraverso l'elaborazione di piani mirati della prevenzione fra cui:

- la valutazione dei rischi di strutture e attività
- il monitoraggio delle sostanze e miscele volatili con particolare attenzione agli anestetici, agli antiblastici ed ai composti organici volatili
- il monitoraggio dell'esposizione ad agenti cancerogeni e mutageni;
- la valutazione dello stress lavoro correlato
- la valutazione dei rischi della movimentazione manuale carichi e pazienti
- la formazione, l'informazione e l'addestramento dei lavoratori

Si porrà particolare attenzione al rapporto con le imprese esterne attraverso la stesura dei relativi documenti unici di valutazione dei rischi interferenti (DUVRI) e la cooperazione costante e continua mediante le riunioni di coordinamento periodiche.

In merito alla **sorveglianza sanitaria**, l'Azienda intende realizzare le azioni descritte di seguito.

1. Prosecuzione delle attività necessarie alla integrazione delle funzioni di sorveglianza sanitaria con l'Azienda USL e lo IOR, come stabilito dall'accordo per la conduzione in modalità unificata delle attività di Medicina del Lavoro (AOU, AUSL Bologna e IOR), che prevede come obiettivi:
 - avvio della reportistica sui giudizi di idoneità con limitazioni rilasciati dai singoli medici (indicatore: report dei giudizi per singolo medico, obiettivo condizionato alla predisposizione del relativo software da parte della Direzione competente);
 - avvio della programmazione della sorveglianza sanitaria su base individuale (indicatore: dichiarazione di passaggio alla nuova modalità di programmazione della sorveglianza sanitaria, obiettivo condizionato alla predisposizione del relativo software da parte della Direzione competente).
2. Completamento del programma di aggiornamento e ampliamento della classificazione in fasce delle attività di tutte le unità operative aziendali.
3. Ampliamento dell'offerta di vaccinazioni per il personale, dando attuazione alla Deliberazione della Giunta Regionale numero 351/2018 avente per oggetto:

Approvazione del documento "Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica e per via aerea, indicazioni per l'idoneità dell'operatore sanitario" con un programma che prevede:

- uno specifico piano vaccinale per gli operatori delle tre aziende sanitarie cittadine, rispondente alle indicazioni del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019;
- la prosecuzione del programma di valutazione dello stato di immunocompetenza specifica e la successiva eventuale necessaria copertura vaccinale nei confronti delle malattie prevenibili da vaccino quali morbillo, parotite, rosolia, varicella degli operatori che lavorano nelle aree definite critiche per tali malattie (Ginecologia-Ostetricia, Pediatria, Pronto Soccorso Generale, Terapie intensive e Rianimazioni, Oncologie, Dialisi, Malattie Infettive, Centro Trapianti);
- l'estensione della valutazione dello stato di immunocompetenza verso queste malattie prevenibili con vaccino a tutte le aree assistenziali dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna a mano a mano che gli operatori ad esse assegnati siano sottoposti al programma di sorveglianza sanitaria, con l'obiettivo di giungere alla mappatura di tutte le aree assistenziali del Policlinico;
- la prosecuzione della valutazione dello stato di copertura verso il virus dell'epatite B nell'ambito dei controlli di sorveglianza sanitaria preventivi e periodici;
- la prosecuzione dell'offerta del vaccino anti-diftotetnico sulla base del calendario vaccinale individuale e delle indicazioni per i soggetti ad alto rischio per condizioni di salute individuale, così come specificato nel piano vaccinale aziendale prima citato;
- la prosecuzione dell'impegno rispetto alla vaccinazione antinfluenzale, estesa a tutti gli operatori anche non sanitari, che nel corso della campagna vaccinale antinfluenzale 2017/2018 ha visto un ulteriore incremento del numero di operatori dell'Azienda vaccinati, per consolidare l'obiettivo di copertura vaccinale degli operatori sanitari uguale o superiore al 34%;
- la realizzazione di moduli formativi rivolti agli operatori sulle malattie infettive, comprese quelle prevenibili da vaccino.

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

Sicurezza delle cure

La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità delle cure e, pertanto, è uno degli obiettivi prioritari che il Servizio Sanitario Nazionale si pone. Con l'emanazione della Legge 8 marzo 2017, n.24 "Disposizione in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", esso è divenuto di centrale importanza ed impone la necessità di provvedere ad una serie di adempimenti.

In particolare, gli interventi già in essere nel corso dell'anno 2018 che saranno potenziati nel corso del triennio 2018-2020, sul solco di quanto tracciato dalla DGR 919/2018, riguardano le seguenti aree tematiche.

1. Incident reporting, segnalazione e analisi di eventi avversi.

La Legge 8 marzo 2017, n. 24 prevede che ogni Azienda sanitaria elabori e pubblichi sul proprio sito aziendale una relazione annuale sugli incidenti verificatisi, sulle cause che li hanno prodotti e sulle azioni di miglioramento messe in atto. Lo sviluppo di interventi efficaci è strettamente correlato alla comprensione delle criticità dell'organizzazione e dei limiti individuali, richiedendo una cultura diffusa che consenta di superare le barriere per l'attuazione di misure organizzative e di comportamenti volti a promuovere l'analisi degli eventi avversi, nonché a raccogliere gli insegnamenti che da questi possono derivare. Nella DGR 199/2018 è, altresì, previsto il debito informativo verso l'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla Sicurezza nella Sanità, sempre contemplato dalla legge 24/2017, mediante l'alimentazione del flusso informativo relativo agli eventi sentinella – SIMES - che deve essere rilanciato e potenziato. Un requisito previsto dal DM 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", infine, è quello della garanzia di adeguata formazione in tema di sicurezza delle cure, rispetto al quale dovranno essere effettuati eventi formativi in tema di segnalazione e analisi degli eventi/quasi eventi con attività di audit (Significant Event Audit).

L'Azienda si propone di potenziare l'attività già svolta di gestione delle segnalazioni IR, così contemporaneamente raggiunge tre ordini di obiettivi:

a) dare diffusione capillare alla pratica di segnalazione spontanea (mediante interventi formativi rivolti a tutte le professioni sanitarie), secondo le modalità prevista dall'attuale procedura aziendale (PA90), così da ottenere un maggiore coinvolgimento delle Unità Operative che, nel corso degli ultimi anni, si sono dimostrate meno attive sotto questo profilo;

b) organizzare eventi formativi di analisi degli eventi/quasi eventi segnalati (Significant Event Audit), così da diffondere maggiormente la cultura della sicurezza imparando dagli errori, in ossequio al principio della Learning Organization;

c) corroborare il debito informativo verso l'Osservatorio Regionale da poco costituito, il quale farà poi riferimento all'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla Sicurezza nella Sanità, altrettanto previsto dalla legge 24/2017 (art. 3), mediante l'alimentazione dei costituendi diversi flussi informativi (attualmente il flusso informativo è quello relativo agli eventi sentinella – SIMES afferente ancora al Ministero della Salute ed il SIMES-sinistri ad Agenas).

2. Raccomandazioni per la sicurezza delle cure

Per la riduzione degli incidenti è determinante l'applicazione delle Raccomandazioni per la sicurezza delle cure, anche in osservanza all'applicazione degli standard qualitativi dell'assistenza ospedaliera previsti dal sopra citato DM 70/2015.

Per il triennio 2018-2020, l'Azienda intende potenziare l'attività già avviata sui vari fronti nel corso del precedente triennio:

a)l'applicazione del braccialetto per l'identificazione del paziente, ampliandone i setting cui estendere quanto ad oggi previsto dalla PA96-rev2017;

b)l'effettuazione di Visite per la Sicurezza, con applicazione dello strumento Vi.Si.T.A.RE, per la verifica delle raccomandazioni Operativa con riferimento all'utilizzo del Foglio Unico di Terapia e alla ricognizione e riconciliazione farmacologica, con lo scopo di implementare le raccomandazioni relative alla gestione del farmaco; in particolare, per il triennio 2018-2020, ci si pone l'obiettivo di migliorare la gestione della terapia farmacologica nei due seguenti ambiti:

-statine in prevenzione primaria nei pazienti ultraottantenni;

-antibiotici in età pediatrica;

c)la partecipazione al Progetto Regionale-ISS "Near miss in Ostetricia", per l'effettuazione di analisi di casi significativi (SEA) per la sicurezza in ostetricia;

d)l'osservazione diretta sull'utilizzo della Checklist di Sala Operatoria (Progetto OssERvare), per l'individuazione di azioni di miglioramento relative alla sicurezza in chirurgia; in particolare, per il triennio 2018-2020, ci si pone l'obiettivo di migliorare gli standard di gestione del paziente chirurgico al fine di prevenire le due seguenti complicanze:

-sepsi postoperatoria, anche mediante il potenziamento del Programma Regionale di Sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico-SiChER;

-embolia polmonare o trombosi venosa profonda;

e)l'implementazione delle Linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione delle cadute del paziente;

f)il coinvolgimento dei cittadini per la diffusione della cultura della sicurezza delle cure, anche attraverso l'adesione all'iniziativa informativa regionale rivolta ai cittadini "Open Safety Day".

3.Migliorare lo strumento "cartella clinica"

La buona documentazione clinica non solo migliora la qualità dell'assistenza perché favorisce una corretta comunicazione fra i professionisti che si avvicendano nelle cure alla persona, garantendo comportamenti congrui alle necessità e trattamenti appropriati (e in questo caso diventa anche un potente strumento di comunicazione interna), ma è anche l'unica vera forma di tutela degli operatori e della struttura sanitaria in caso di contenzioso. Per essere utile la cartella clinica deve essere integrata, compilata da tutti i professionisti sanitari e, possibilmente, essere in formato elettronico. L'integrazione del diario clinico (medico-infermieristico, medico-ostetrico, medico-tecnico, ecc.) e del foglio (unico) di terapia che espliciti chiaramente prescrizioni e somministrazioni dei trattamenti farmacologici, rende disponibili in maniera chiara, sinottica ed immediata le informazioni necessarie a chi interviene, anche in condizioni di emergenza-urgenza, pure se di altra Unità Operativa (si pensi alle guardie mediche interdivisionali).

La cartella clinica elettronica che sarà messa a punto a livello aziendale, potrà essere uno strumento di lavoro che aumenterà qualità e sicurezza delle cure, permettendo al contempo di lavorare sull'appropriatezza e di ottemperare, in ossequio alla trasparenza, al

disposto di cui all'art. 4, secondo comma, della L. 24/2017, che prevede una tempistica breve per la consegna al richiedente di copia della documentazione sanitaria.

Contrasto infettivo associato all'assistenza

Con l'avvio della obbligatorietà della registrazione della sorveglianza dell'infezione del sito chirurgico (SICheR) in SDO, a seguito della Circolare 18/2017, è emersa la necessità di avviare una profonda riflessione con le équipes chirurgiche al fine di operare ogni sforzo possibile finalizzato al raggiungimento del valore target regionale, alla luce anche dell'allargamento della tipologia di interventi da sottoporre a monitoraggio in tal senso la responsabilizzazione è stata gestita ricorrendo anche alla contrattazione dei budget dipartimentali e delle singole UU.OO. coinvolte.

Per quanto riguarda le attività di sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi, nel corso del triennio 2018-2020, si punterà al consolidamento in riduzione del trend come registrato costantemente dal 2015, continuando il supporto continuo alle unità operative, i sopralluoghi periodici e le attività di refresh che verranno svolte nella seconda metà dell'anno. È ormai consolidato il sistema di reporting quotidiano della prevalenza e periodico dell'incidenza, che viene trasmesso attraverso vari canali, tra i quali la specifica pagina Intranet. Sono in atto provvedimenti organizzativi per le poche UU.OO. ove la diffusione degli enterobatteri produttori di carbapenemasi risulta maggiormente problematica anche per le caratteristiche di attività medica e assistenziale.

2.2.3 Area di performance dell'organizzazione

Percorsi diagnostici terapeutici

I percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) nascono con lo scopo di definire modelli di assistenza focalizzati sul percorso di cura del paziente e sull'approccio multidisciplinare al fine di assicurare la migliore e appropriata risposta clinico assistenziale possibile.

Per questo, in ogni PDTA strutturato in azienda o integrato con il territorio sono definite le caratteristiche dei pazienti presi in carico, individuati i criteri di inclusione (casi per cui è giustificato non applicare il percorso) e le modalità di accesso ai diversi setting assistenziali. Sono anche identificate le responsabilità e le funzioni del responsabile clinico, dei professionisti coinvolti e dell'infermiere di percorso/infermiere case manager. L'infermiere, in particolare, costituisce una figura cruciale che, in stretta collaborazione con il responsabile clinico del PDTA, garantisce la continuità del percorso di cura della persona e il collegamento fra le diverse sedi e le interfacce operative.

Con scadenze definite, l'Azienda, con i responsabili clinici dei PDTA organizza momenti di valutazione retrospettiva dell'assistenza erogata nell'ambito dei diversi percorsi attraverso lo strumento dell'audit clinico e organizzativo. Tale valutazione viene eseguita allo scopo di valutare il grado di aderenza alle buone pratiche cliniche e l'impatto sul lavoro quotidiano di assistenza. Il processo di audit si esplica nel monitoraggio e nella verifica di specifici indicatori (di processo e di esito) selezionati per misurare i risultati e identificare eventuali aree di miglioramento.

I diversi PDTA, aziendali e interaziendali, attualmente attivi presso il Policlinico riguardano principalmente patologie oncologiche (tumori ginecologici e della mammella, endocrini, dell'apparato digerente, della prostata, del distretto testa-collo, melanoma cutaneo), patologie croniche (ad es. diabete mellito, obesità, stroke e TIA, demenza, BPCO), patologie cardiovascolari e neuromuscolari e neurodegenerative.

Anche strumenti di *clinical governance* ormai consolidati come i PDTA dovranno essere rilette secondo modelli più *patient-oriented* in grado di intercettare i bisogni di pazienti sempre più anziani, cronici con multimorbidità che necessitano di cure personalizzate, in risposta a bisogni difficilmente standardizzabili, e di setting eterogenei nella transizione ospedale – territorio.

Pertanto i PDTA dovranno essere strutturati in modo da garantire la presa in carico, l'appropriatezza delle cure, ma soprattutto la continuità assistenziale, intesa come integrazione di cure, di professionisti e di strutture.

I PDTA da sviluppare all'interno del Piano 2018 – 2020 saranno individuati in coerenza con le aree prioritarie delle reti regionali e attraverso criteri quali la rilevanza epidemiologica, la gravità, il peso assistenziale, la variabilità e disomogeneità delle prestazioni, l'impatto economico e organizzativo.

Strutturazione profili di cura integrati fra le diverse professionalità, avvio e sviluppo di aree con gestione per intensità di cura

La strutturazione profili di cura integrati fra le diverse professionalità, l'avvio e sviluppo di aree con gestione per intensità di cura è stato condotto nell'ambito dei seguenti ambiti:

1) oltre al consolidamento nel Polo CTV, il modello per intensità di cura è stato efficacemente applicato nei setting dedicati alla chirurgia epato-biliare, trapianto e medicina per insufficienza d'organo;

2) questo modello organizzativo ha rappresentato un'opportunità per superare alcune criticità di gestione consentendo, al contempo, il consolidamento dei miglioramenti di servizio già conseguiti;

3) la graduazione dell'intensità delle cure ha favorito un'ottimizzazione delle risorse, una maggiore appropriatezza della risposta assistenziale ai diversi gradi di instabilità clinica e complessità assistenziale dei pazienti ricoverati, un apporto graduato di tecnologie, competenze, quantità e qualità del personale ai fini dell'adeguata presa in carico del paziente dal momento dell'ingresso in reparto fino al counseling domiciliare.

In particolare, l'applicazione del modello ha permesso:

- la gestione delle 3 aree assistenziali da parte di un'unica figura di coordinamento infermieristico;
- la gestione di un'unica equipe infermieristica e del personale di supporto sulle 3 diverse aree assistenziali;
- la corretta gestione dei flussi dei pazienti (ordinari/urgenti) all'interno dell'appropriata area assistenziale;
- la gestione della risorsa posto letto in funzione della tipologia di assistenza richiesta.

Inoltre, le competenze acquisite da tutto il personale infermieristico permettono di:

1) svolgere attività tipiche della terapia intensiva (es. posizionamento di CVC o di drenaggio toracico, fibroscopia, ecc.) anche nel setting di media intensità senza occupare impropriamente risorse di terapia intensiva post – operatoria;

2) convertire posti letto all'interno dei setting di diversa intensità di cura senza incremento di personale.

2.2.4 Area dell'anticorruzione e della trasparenza

Come previsto dal comma 5 dell'art. 1 della L. n. 190 del 6/11/2012 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" si provvede all'adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il periodo 2018-2020.

La **trasparenza**, quale strumento per eccellenza di prevenzione della Corruzione, oltre ad un profilo statico, presenta un profilo dinamico che è strettamente correlato all'ottica del "miglioramento continuo" dei servizi pubblici, connaturato al ciclo della performance. In tal senso l'Azienda è impegnata nella progressiva attuazione degli obblighi di pubblicazione in ragione della complessità di applicazione del D.Lgs. n.33/2013 e s.m..

Nel 2018 si darà attuazione a quanto disposto dall' Art. 9, c. 7 del D.L. n. 179/2012 "Obiettivi di accessibilità" e, assieme al Responsabile Aziendale dell'accessibilità, si procederà a realizzare l'obiettivo di miglioramento dei processi di informatizzazione con un trasferimento sempre più automatico delle informazioni oggetto di pubblicazione direttamente dagli applicativi aziendali. Nello specifico al momento queste attività riguardano la gestione delle note a contrarre della sezione Profilo del Committente e i procedimenti legati all'accesso civico, gestiti entrambi tramite l'applicativo Babel, in sintonia con il processo di unificazione delle funzioni e dei servizi amministrativi che sta coinvolgendo le aziende dell'area metropolitana.

Sono previste **iniziative formative** secondo la programmazione annuale in stretto raccordo con le altre Aziende dell'Area Vasta Emilia Centro nell'ambito del Tavolo di coordinamento delle Aziende di Bologna e Ferrara sui temi Trasparenza a Prevenzione Corruzione ed anche con la Regione.

Per l'anno 2018 si intende proseguire il percorso di miglioramento della consapevolezza da parte dei professionisti sugli aspetti connessi all'anticorruzione con particolare riferimento ai temi legati al Codice di Comportamento, in considerazione dell'aggiornamento del documento aziendale sulla base dello Schema tipo di Codice di comportamento per il personale operante presso le Aziende sanitarie, emesso dalla Regione Emilia – Romagna, e al Codice dei Contratti.

Sul tema dell'**analisi di rischio corruzione**, in coerenza con l'aggiornamento del PNA e, ancor prima, sulla base dell'analisi del contesto aziendale, si stanno effettuando gli approfondimenti necessari sulle aree: contratti, amministrazione del personale, attività libero professionale e gestione delle liste di attesa, sperimentazioni cliniche, sponsorizzazioni e percorso diagnostico-terapeutico della paziente con carcinoma della mammella. Per tutti questi ambiti si procederà a rinnovare/definire la mappatura dei rischi, le misure di prevenzione e gli indicatori relativi a, provvedendo contestualmente al loro inserimento nelle schede di budget delle strutture coinvolte. Questa modalità ha garantito il corretto collegamento al Programma triennale anticorruzione con il Piano delle performance aziendale.

E' approvata e in via di realizzazione la pianificazione degli **audit specifici** per il controllo diretto dell'applicazione delle misure di prevenzione già in atto e la verifica della loro efficacia.

Attività di informazione sul farmaco da parte degli informatori scientifici

I **rapporti con le società farmaceutiche** sono stati affrontati, anche su impulso degli indirizzi e direttive della Regione Emilia Romagna in materia di informazione scientifica (DGR n. 2309/2016), attraverso la emanazione di specifiche disposizioni aziendali, con conseguente attivazione di un percorso tracciato on line, di richieste di visita e numero di incontri avvenuti per singolo professionista (deliberazione aziendale n.110/2017). A metà 2018, dopo un anno di applicazione sperimentale del modello informatizzato di gestione delle richieste di appuntamento, si provvederà a fare un'analisi dei dati e una prima valutazione sulla correttezza di adesione al percorso aziendale.

2.3 Dimensione di performance innovazione e sviluppo

2.3.1 Area di performance della ricerca e della didattica

L'Azienda Ospedaliera, insieme agli altri sistemi sanitari, è chiamata ad affrontare la crescente interdipendenza tra assistenza, didattica e ricerca. I rapidi e profondi processi di cambiamento rappresentano delle vere e proprie sfide, che dovranno essere affrontate per soddisfare vincoli sempre più stringenti che riguardano:

- la pressione a trasferire in tempi rapidi le innovazioni nella pratica clinica ed assistenziale;
- l'integrazione delle attività assistenziali e di sperimentazione con quelle di ricerca avanzata;
- la crescente mobilità nazionale ed internazionale dei professionisti e dei ricercatori di più alta qualificazione che rende difficile allineare investimenti in capitale umano e investimenti strutturali;
- le difficoltà nel sistema pubblico a reperire risorse per investimenti strutturali e tecnologici.

Integrare la ricerca e la formazione

Nell'ambito del triennio di riferimento saranno programmate iniziative di formazione finalizzate all'acquisizione di conoscenze per la conduzione di ricerche di qualità; tali iniziative saranno progettate e realizzate sia all'interno dell'Azienda, sia a livello di Area Vasta, per consentire la maggiore integrazione, valorizzazione e condivisione delle competenze, con l'obiettivo di una maggiore armonizzazione nelle modalità di conduzione della ricerca clinica.

In particolare si prevede di realizzare eventi formativi in tema di Evidence Based Nursing (livelli base e avanzato) e Evidence Based Practice, Good Clinical Practice (GCP), Stesura protocolli di ricerca ed altri eventi a supporto delle iniziative di sperimentazione clinica e di realizzazione di protocolli di ricerca ed eventi di formazione sulla Metodologia della ricerca clinica, che contemplino e approfondiscano sia gli aspetti di tipo metodologico che i risvolti etici della ricerca stessa.

Esperienze formative innovative

La programmazione della formazione aziendale nel triennio terrà conto della necessità di introdurre elementi innovativi nella formulazione degli interventi, sia al fine di garantire una più ampia partecipazione in termini numerici, sia per rendere più attrattivi ed efficaci gli interventi stessi. Saranno pertanto programmate iniziative formative orientate all'integrazione della formazione teorica, svolta prevalentemente con attività di tipo residenziale o di formazione a distanza, con diversi strumenti applicativi come simulazioni,

audit, projet work, formazione esperienziale, utilizzo e applicazione di strumenti informatici ed altre tecniche finalizzate all'applicazione o alla valutazione di quanto appreso attraverso la preliminare sezione teorica. Si darà dunque spazio alla progettazione di eventi di tipo "blended", attraverso la combinazione della formazione residenziale o FAD con altre tipologie formative, come la formazione sul campo per facilitare il trasferimento dei contenuti acquisiti nella realtà lavorativa.

Alcuni interventi formativi saranno preceduti e seguiti rispettivamente da una valutazione preliminare delle aspettative e da una valutazione a distanza delle ricadute, utilizzando come strumenti questionari rivolti ai destinatari degli eventi formativi o ad altre parti interessate.

Un'altra opportunità per lo sviluppo di esperienze formative innovative è rappresentata dall'utilizzo del Centro di Simulazione per la gestione delle emergenze cliniche mediante tecniche di rianimazione cardiopolmonare, attraverso eventi di simulazione che si propongono l'obiettivo di far apprendere le principali sequenze scelte condivise nel gruppo rispetto a manovre cardio polmonari e/o altri interventi in emergenza nel lattante e/o nel bambino. La simulazione facilita infatti la valutazione delle azioni messe in campo dal team di emergenza. Si prevede di estendere le iniziative di simulazione anche alla gestione di altre tipologie di emergenze, come quelle di area ostetrica, avendo come riferimento le Raccomandazioni Ministeriali di questo ambito.

L'esperienza condotta negli anni precedenti rispetto all'acquisizione di nuovi strumenti per la formazione, come la tecnica dello storytelling e del videostorytelling in particolare, vedrà l'estensione della formazione su questi strumenti ad altri gruppi ed il proseguimento dei lavori dell'omonimo gruppo costituitosi a seguito di specifica formazione, al fine di realizzare filmati che saranno poi utilizzati come materiale didattico per altri eventi formativi. In particolare filmati realizzati con la tecnica del videostorytelling saranno utilizzati come materiale di supporto per eventi formativi sulla gestione del rischio, sulla prevenzione della violenza sugli operatori, sul delirium e sul lavaggio delle mani, sulla comunicazione ed altri eventualmente necessari a supportare la formazione residenziale o FAD programmata in questi o altri ambiti.

2.3.2. Area di performance dello sviluppo organizzativo

La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

La programmazione delle iniziative formative (trasversali e dipartimentali) del Piano di Formazione Aziendale è finalizzata alla promozione dello sviluppo di competenze di carattere tecnico-professionale, organizzativo- gestionale e comunicativo-relazionale, avendo come riferimento gli obiettivi di mandato della Direzione Generale, gli obiettivi della programmazione regionale, gli obiettivi specifici declinati a livello delle strutture trasversali e dei Dipartimenti, le aree di miglioramento

Le iniziative formative si articoleranno nelle diverse aree tematiche che caratterizzano l'offerta formativa e che si possono sintetizzare nelle seguenti:

- ⇒ Gestione del rischio e sicurezza delle cure
- ⇒ Qualità delle cure
- ⇒ Metodologia della ricerca
- ⇒ Controllo delle infezioni correlate all'assistenza
- ⇒ Tutela della salute dei lavoratori (Legge 81/08) e Radioprotezione
- ⇒ Comunicazione, privacy e consenso
- ⇒ Sviluppo delle competenze ed empowerment degli operatori
- ⇒ Riorganizzazione delle attività
- ⇒ Aggiornamenti tecnico-legislativi
- ⇒ Servizi di supporto
- ⇒ Gestione ambientale e sviluppo sostenibile
- ⇒ Informatizzazione

Numerose iniziative saranno orientate alla tematica della sicurezza delle cure ed alla gestione integrata del rischio, in particolare per ciò che riguarda l'applicazione delle raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza per i pazienti e per gli operatori e la corretta compilazione e gestione della documentazione sanitaria. Si prevede di effettuare un potenziamento dell'offerta formativa per ciò che concerne i corsi di rianimazione cardiopolmonare, ai vari livelli, e di rafforzare il numero degli istruttori qualificati all'interno dell'Azienda per garantire una maggiore partecipazione del personale.

Per quanto riguarda l'area tematica Qualità delle cure, saranno programmati eventi formativi sulla gestione delle dimissioni protette e relazioni con il territorio, sul funzionamento della rete delle cure palliative, sull'implementazione e monitoraggio dei PDTA e sugli indicatori di performance, sull'utilizzo dell'audit clinico e dei Trial clinici.

L'obiettivo dell'integrazione tra ricerca e formazione sarà sostenuto da iniziative

formative che concernono l'EBN, l'EBP e la Good Clinical Practice.

I piani formativi del triennio vedranno ampio spazio dedicato alle iniziative formative che riguardano la formazione ex-lege sulla tutela della salute dei lavoratori e la radioprotezione in vari ambiti.

In relazione alla necessità di uno sviluppo e di un miglioramento della comunicazione tra i professionisti e tra questi ed i pazienti e familiari si prevede di attuare numerosi eventi finalizzati al miglioramento della gestione del lavoro in team e alla gestione dei conflitti, all'applicazione di idonei strumenti a garanzia del rispetto delle protezioni dei dati personali, di promuovere la Health Literacy, come strumento per rendere maggiormente comprensibili le informazioni scritte e verbali e rendere di fornire strumenti e spunti per realizzare presentazioni efficaci e per migliorare la capacità di parlare in pubblico.

L'area degli aggiornamenti tecnico-legislativi prevede l'attuazione di eventi, promossi sia a livello aziendale, sia di Area Vasta, relativi alle tematiche della prevenzione della corruzione in sanità, del codice di comportamento, della sponsorizzazione e conflitto di interessi, della Legge Madia e suoi adempimenti, della nuova normativa sugli appalti e contratti pubblici, e sul tema degli acquisti in rete alla luce della nuova legge di stabilità, sul governo dei servizi in gestione diretta od appaltata, sulla privacy e numerosi altri.

Tra i temi trattati ed espressi dalla Legge 219/2017 recante le "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", verranno approfonditi gli aspetti dell'accanimento terapeutico, del rifiuto delle cure, della responsabilità medica, dell'effettivo rispetto della volontà e delle disposizioni fornite dal paziente nel rispetto dell'autonomia professionale.

La riorganizzazione dell'attività sanitaria e nuovi modelli organizzativi introdotti in Azienda saranno accompagnati da eventi di formazione, come quelli messi in atto per sostenere il progetto di riorganizzazione DAI e finalizzati a migliorare la capacità di lavorare in team e l'orientamento al cliente interno ed esterno, o quelli che affiancheranno il nuovo modello di gestione della lista d'attesa, o, ancora, quegli eventi di formazione/intervento che accompagnano la gestione del cambiamento mediante un'efficace relazione ed integrazione tra i professionisti in area infermieristica.

La formazione che si propone, come obiettivo, l'empowerment degli operatori è focalizzata soprattutto sulla formazione di nuovi formatori, di nuovi tutor, di nuovi Rappresentanti della Direzione per la Qualità ed Animatori di Formazione, per sostenere i processi di formazione, di inserimento del personale, di Accreditamento e per rendere sistematica la gestione della formazione orientata alla valutazione di impatto.

L'introduzione di nuovi strumenti informatizzati prevede la realizzazione di altrettanti eventi formativi che ne facilitino la progressiva applicazione.

Dei vari eventi che comporranno i piani formativi del triennio, alcuni selezionati per caratteristiche, importanza strategica e possibilità di valutazione oggettiva di ricaduta,

saranno oggetto di particolare attenzione per la misurazione del grado di trasferimento degli apprendimenti al contesto lavorativo e di misurazione dell'impatto organizzativo.

Nel triennio di riferimento del piano della performance, l'Area della Formazione dovrà sviluppare un miglioramento dei processi interni a partire da una rivisitazione delle attuali modalità e degli strumenti per la rilevazione del fabbisogno formativo trasversale e dipartimentale, nell'ottica di favorire l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale e il lavoro in team.

Il consolidamento e lo sviluppo del sistema informatizzato GRU troverà espressione in una maggiore diffusione, attraverso un'attività di formazione e sensibilizzazione del personale da parte dell'Area Formazione e degli Animatori di Formazione, per un utilizzo corretto e sistematico da parte di tutto il personale, a garanzia della semplificazione delle procedure di iscrizione e a supporto della pianificazione, realizzazione e rendicontazione degli eventi formativi. L'applicazione del sistema GRU rappresenta anche un presupposto per la predisposizione della reportistica da diffondere periodicamente alle strutture, come strumento utile per la rendicontazione delle attività svolte e la pianificazione di quelle future.

La progettazione degli eventi formativi sarà orientata verso tipologie formative miste (blended), onde favorire l'acquisizione degli elementi teorici attraverso FAD e privilegiare l'interattività in eventi di tipo residenziale o l'applicazione pratica dei contenuti in projet work, simulazioni, ecc..

Per lo sviluppo della formazione interna si prevede una valorizzazione delle competenze possedute dal personale dell'Azienda, attraverso l'istituzione di un elenco di docenti interni che andrà a costituire, unitamente a quello dei docenti esterni, un pool di competenze da utilizzare per la realizzazione degli eventi relativi alle suddette aree tematiche.

Al tempo stesso, l'Area della Formazione dovrà rivisitare gli strumenti messi in atto per la gestione del processo formativo, aggiornandoli nella logica di semplificazione e di allineamento con il sistema informatizzato GRU.

Sistemi di valutazione delle competenze e sistemi premianti, profili di sviluppo individuali agli esiti della valutazione

I sistemi di valutazione del personale rappresentano sempre di più una leva gestionale e professionale per realizzare miglioramento e cambiamento nei sistemi organizzativi complessi. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna intende quindi valorizzare gli strumenti che normativa, contratti e accreditamento regionale promuovono e sollecitano, per realizzare gli obiettivi di cambiamento e miglioramento.

In particolare, si intende sempre più valorizzare gli strumenti di valutazione delle competenze, della performance organizzativa e della performance individuale; a questo

proposito, nel triennio 2018 – 2020, si implementeranno una serie di attività mirate a potenziare questi strumenti ed in particolare:

- a) sviluppare il percorso di avvicinamento dei sistemi di valutazione e valorizzazione del personale al modello "a tendere" condiviso con l'OIV SSR, nel rispetto di quanto previsto dai contratti nazionali del lavoro e con un pieno utilizzo del GRU;
- b) orientare i sistemi premianti economici e non, nonché i profili di sviluppo individuali, agli esiti della valutazione;
- c) prevedere una valutazione annuale della dirigenza e degli incarichi di funzione in applicazione delle indicazioni dei nuovi disposti contrattuali;
- d) implementare il processo di valutazione affinché preveda un forte coinvolgimento dei ruoli di responsabilità e dei professionisti, realizzando un significativo incremento della trasparenza e della condivisione del processo di valutazione e dei suoi esiti;
- e) collegare il sistema di valutazione delle competenze con lo sviluppo formativo.

2.4 Dimensione di performance della sostenibilità

2.4.1 Area di performance economico-finanziaria

Obiettivo: pareggio civilistico di bilancio e tempestività pagamenti

La Direzione aziendale sarà impegnata al raggiungimento dell'obiettivo di mandato e previsto dalle linee guida regionali per la programmazione dell'equilibrio economico-finanziario.

La Direzione Aziendale sarà inoltre impegnata:

- al costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, da effettuarsi trimestralmente in via ordinaria ed in via straordinaria secondo la tempistica che sarà definita dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, le CTSS verranno informate degli esiti delle verifiche straordinarie;
- alla presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato;
- in presenza di certificazione di non coerenza, alla presentazione di un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo.

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

Proseguirà l'impegno dell'Azienda per consolidare la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR e per rispettare le disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile, un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria).

L'Azienda è tenuta in applicazione dell'art. 41 del D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014, ad allegare al bilancio consuntivo un prospetto, sottoscritto dal rappresentante legale e dal responsabile finanziario, attestante l'importo dei pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati dopo la scadenza dei termini previsti dal decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, nonché il tempo medio dei pagamenti

effettuati e la pubblicazione dei dati prevista agli art. 33 e 41 del D.L.33/2015 così come modificato dal D.Lgs. 97/2016.

L'Azienda, in continuazione a quanto già effettuato negli anni scorsi, dovrà:

- rimuovere gli ostacoli alla tempestività dei pagamenti, dovuti a percorsi organizzativi inefficienti o a inadempienze nelle fasi di registrazione, liquidazione o pagamento delle fatture;
- proseguire nel progetto di dematerializzazione dei processi di liquidazione anche in vista dell'attivazione del nuovo software gestionale per l'area amministrativo contabile (GAAC), che avverrà nell'anno 2019;
- effettuare una sistematica programmazione volta a ottimizzare l'utilizzo delle risorse finanziarie.

L'Azienda sarà tenuta al rispetto dell'invio trimestrale delle tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nell'anno. La compilazione di tali tabelle costituisce adempimento regionale in sede di Tavolo di verifica degli adempimenti presso il MEF.

Miglioramento del sistema informativo contabile

Nel corso del prossimo triennio l'Azienda, considerate le indicazioni e delle Linee Guida regionali, sarà impegnata nel miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei bilanci delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale attraverso:

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

Dovrà inoltre essere assicurata dall'Azienda, sia nei bilanci aziendali (preventivi e consuntivi) che nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche, la corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA attraverso la **Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali** che costituisce non solo uno strumento di scambio di informazioni ma anche di controllo e verifica dei dati contabili inseriti, propri e delle altre Aziende. La corretta alimentazione della Piattaforma web è necessaria per assicurare le quadrature contabili indispensabili per la redazione del bilancio consolidato regionale che deve rappresentare, in maniera veritiera e corretta, la situazione economica, finanziaria e patrimoniale del Sistema Sanitario Regionale.

Dall'anno 2019, con l'attivazione del nuovo software gestionale per l'area amministrativo contabile (GAAC), l'Azienda dovrà utilizzare le funzionalità del nuovo software per effettuare le verifiche periodiche della corretta contabilizzazione degli scambi.

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

Nel corso del 2017 l'Azienda ha concluso il Percorso di Attuativo della Certificabilità (PAC) nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dall'allegato 1 alla DGR n. 150/2015, "Piano Attuativo della Certificabilità - Requisiti Generali Minimi" e dalle disposizioni assunte dalla Direzione Generale regionale. A conclusione del percorso la Regione Emilia Romagna ha adottato la DGR 1562 del 16/10/2017 avente ad oggetto "Percorso Attuativo della Certificabilità di cui alla deliberazione di giunta regionale del 23 febbraio 2015 - Approvazione delle linee guida regionali per le aziende del Servizio Sanitario Regionale" e la DGR 2119 del 20/12/2017 avente ad oggetto "Percorso Attuativo della Certificabilità di cui alla deliberazione di giunta regionale del 23 febbraio 2015 - Approvazione del regolamento interno di organizzazione e disciplina contabile, del manuale delle procedure e istruzioni operative della gestione sanitaria accentrata regionale e del manuale delle procedure e indicazioni operative del bilancio consolidato del SSR".

Nel corso del 2017 l'Azienda ha attuato le azioni del PAC previste dal cronoprogramma, allegato 1 alla DGR n. 150/2015 e superato con giudizio, complessivamente positivo, le Revisioni Limitate effettuate dal Collegio Sindacale nel corso del 2016 e del 2017.

L'Azienda sarà impegnata nell'aggiornamento e revisione del sistema delle procedure aziendali e sarà quindi tenuta a:

- recepire ed applicare eventuali integrazioni delle Linee Guida regionali;
- proseguire nel progressivo perfezionamento degli strumenti e delle procedure tecnico contabili, migliorando ulteriormente i sistemi di rilevazione e di controllo, rafforzando ed uniformando le procedure amministrative, informative, contabili e di controllo interno, anche in vista dell'avvio del nuovo sistema informativo regionale per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC);
- proseguire il percorso per il superamento delle criticità emerse dai Monitoraggi Regionali sullo stato di attuazione del PAC a tutto il 2017;
- recepire le osservazioni e i suggerimenti del Collegio Sindacale formulati in occasione delle Revisioni Limitate effettuate nel corso del 2016 e del 2017 ed a proseguire il percorso per superamento delle criticità emerse nelle Revisioni stesse;
- aderire alle attività formative organizzate a livello regionale.

Piattaforma di Gestione Area Amministrativo Contabile (GAAC)

Nel corso del 2018 saranno ultimate le attività necessarie per l'aggiudicazione definitiva del sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area amministrativo-contabile (d'ora in poi GAAC).

L'Azienda in questa prima fase sarà impegnata:

- ad assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;
- a garantire la partecipazione dei collaboratori di cui alla determina regionale n. 4706 del 28/03/2017 al Tavolo di coordinamento e governo GAAC (d'ora in poi Tavolo GAAC);
- ad assicurare al Tavolo GAAC, alla RTI e al DEC la massima collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema anche attraverso un supporto logistico al progetto garantito dal Servizio Unico Metropolitan Contabilità e Finanza;
- ad assicurare le attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC necessarie all'implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;
- ad assicurare la partecipazione dei propri collaboratori ai gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC, di volta in volta individuati anche tramite il Referente GAAC nominato.

Inoltre l'Azienda dovrà garantire la necessaria formazione agli operatori che utilizzeranno il nuovo gestionale, mediante la partecipazione degli stessi alle giornate formative fornite dalla ditta fornitrice.

Fatturazione elettronica

L'Azienda dovrà inoltre assicurare la collaborazione con IntercentER per gestire il processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti dei beni e dei servizi, in applicazione della DGR n. 287/2015, anche in vista dei nuovi adempimenti previsti dalla Legge finanziaria 2018; in particolare dal 1° gennaio 2019, al fine di razionalizzare il procedimento di fatturazione e registrazione, saranno emesse esclusivamente fatture elettroniche per le cessioni di beni e le prestazioni di servizi.

Sistema audit interno

L'Azienda è tenuta ad istituire la funzione di Audit interno per la verifica, il controllo, la revisione e la valutazione delle attività e delle procedure adottate, al fine di certificarne la conformità ai requisiti legali, alle linee guida ed indirizzi regionali, nonché alle migliori pratiche applicate. La funzione di Audit interno persegue l'obiettivo di indicare le necessarie azioni di revisione ed integrazione delle procedure interne, anche amministrativo

contabili, non conformi. L'Azienda nel corso del 2017 ha aderito, con deliberazione n. 209 del 21/09/2017, al progetto audit che coinvolge tutte le Aziende sanitarie della provincia. Nel corso del 2018 dovrà essere istituito il gruppo Audit interno metropolitano che programmerà la propria attività secondo le priorità riscontrate nel corso del Percorso per la Certificabilità dei Bilanci, nonché sulla base delle indicazioni regionali sull'attività di auditing interno.

Governo delle risorse umane

Le azioni di governo delle risorse umane che questa Azienda intende perseguire nel triennio, in coerenza con le direttive della Regione Emilia-Romagna e nel rispetto delle previsioni annuali di costo per le risorse umane, si svilupperanno in conformità con il piano triennale dei fabbisogni del personale.

Nelle more dell'adozione del Piano Triennale dei Fabbisogni, in linea generale l'Azienda si impegna, nel rispetto delle indicazioni regionali, tanto per la dirigenza quanto per il comparto:

- a reclutare risorse, nel rispetto dei vincoli di bilancio e con particolare riferimento all'area sanitaria e tecnica addetta all'assistenza, tenendo conto del numero delle cessazioni nel corso di ciascun anno nonché dei progetti specifici da implementare in coerenza con gli obiettivi generali di mandato;

- ad utilizzare le risorse acquisite tanto per fronteggiare il turnover quanto per stabilizzare progressivamente rapporti precari (tempi determinati o contratti di lavoro atipico quali somministrazione lavoro e contratti libero-professionali);

- ad aggiornare gli istituti giuridici ed economici di amministrazione del personale alla disciplina dei sottoscritti/sottoscrivendi contratti collettivi nazionali di lavoro nonché alle disposizioni normative nazionali/regionali vigenti;

- a proseguire i percorsi di stabilizzazione del personale del comparto e della dirigenza, ai sensi dell'articolo 20, commi 1 e 2 del Decreto Legislativo 75/2017;

- a definire - al fine di adempiere agli obblighi di legge in materia di assunzioni di personale disabile - la ricognizione del personale dipendente divenuto disabile in costanza di rapporto di lavoro o già disabile e assunto al di fuori delle procedure per il collocamento obbligatorio

Inoltre, con specifico riferimento all'area di contrattazione del personale del comparto, l'Azienda valuterà - unitamente alle altre aziende sanitarie del territorio metropolitano e dell'Area Vasta Emilia Centro (AVEC) - la possibilità di indire procedure concorsuali unificate dirette al reclutamento di specifici profili professionali

Rispetto della Legge 161/2014

In relazione alle disposizioni contenute **nell'art. 14 della Legge 161/2014 in materia di orario di lavoro, riposi giornalieri e settimanali**, nel triennio 2016/2018 si è conclusa la fase di prima attuazione delle disposizioni di legge per l'area della dirigenza, e sono state confermate le analoghe disposizioni di cui al D.Lgs. n. 66/03 per il personale non

dirigente. Successivamente, quindi alla capillare informazione sui nuovi ed inderogabili criteri di organizzazione delle presenze in servizio del personale medico, l'Azienda ha altresì disposto la costituzione di una cabina di regia permanente sulla materia, con l'obiettivo di stendere la procedura relativa al percorso di predisposizione, gestione e controllo della turnistica di lavoro, nonché di verificare e monitorare il rispetto della complessiva materia dell'orario di lavoro mediante un'attività di controllo secondo modalità, flussi e periodicità strutturati, implementando la funzione di feedback sulle non conformità rilevate nel singolo periodo. Con l'implementazione del GRU, la cabina di regia ha inteso riportare nella ordinaria reportistica tali flussi e, nel corso del triennio 2018/2020, verranno abilitate le funzionalità necessarie per il controllo ex post del rispetto dei parametri inderogabili in materia di orario di lavoro, sia ai fini della adeguata organizzazione delle attività istituzionali sia ai fini delle valutazioni di direzione strategica utili alla definizione del fabbisogno triennale del personale.

Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi

In data 27/3/2018 è stato deliberato dall'azienda il Masterplan 2018-2020 dell'Agenzia regionale per lo sviluppo dei mercati telematici – Intercent-ER”, soggetto ad aggiornamento semestrale.

La pianificazione unica degli acquisti in ambito sanitario prevede la realizzazione e l'aggiornamento di un Masterplan triennale che contiene tutte le iniziative di acquisto che verranno realizzate nel triennio di riferimento, le tempistiche di realizzazione, le responsabilità (livello centralizzato regionale, livello di Area vasta, livello aziendale).

Continua nel 2018 la sperimentazione della collaborazione tra l'Agenzia Intercent-ER e le Aziende Sanitarie, dopo che ogni Azienda ha stipulato apposita convenzione, come indicato nella D.G.R. n.1658 del 17 ottobre 2016.

Per il 2018 sono state assegnate Servizio acquisti metropolitano (SAM), per conto di Intercent-ER, le seguenti procedure:

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

L'azienda si sta inoltre dotando di linee guida che disciplinino le procedure per l'acquisizione di forniture di beni e servizi, di importo inferiore ad Euro 40.000,00 (iva esclusa).

Scopo delle linee guida è dare attuazione alle norme statali e regionali in materia di revisione e razionalizzazione della spesa per acquisizione di beni e servizi nell'attività di approvvigionamento. Le procedure sotto i 40.000,00 Euro sono disciplinate dall'art. 36, c. 1 e 2 lett. a) del Codice.

L'affidamento e l'esecuzione di lavori, servizi e forniture secondo le procedure semplificate di cui al citato art. 36 comma 2 lett. a) del Codice, avvengono nel rispetto dei principi enunciati all'art. 30, comma 1, nonché art. 34 e art. 42 del Codice, rispettando il

principio di rotazione degli inviti ed affidamenti e privilegiando l'uso di strumenti che consentano un accesso rapido ed agevole alle informazioni relative alle procedure, al fine di pervenire ad affidamenti che garantiscano la qualità delle prestazioni in relazione alle specifiche esigenze dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna.

Anche nel triennio 2018/2020 l'azienda è impegnata a realizzare gli obiettivi assegnati dalla regione sul livello di aggregazione degli acquisti, che nel 2017 ha raggiunto la percentuale dell'80%.

Il Governo dei farmaci e dei Dispositivi Medici

La medicina degli ultimi anni è soggetta a rapide trasformazioni, vive un momento sempre più difficile ed evidenzia una dinamica in continua evoluzione, in particolare nel mondo dei farmaci e dei dispositivi medici, che mette a serio rischio la sostenibilità dell'intero sistema. Abbiamo oggi, per esempio, la possibilità di avere a portata di mano farmaci molto efficaci ma allo stesso tempo estremamente costosi; la sfida che stiamo affrontando è quella di definire strategie tali da garantire efficienza nell'allocazione delle risorse, cercando di ottenere il massimo valore in termini di salute dalle risorse disponibili, salvaguardando al contempo alcuni principi che sono il fondamento del nostro SSN:

1. Uguale ed uniforme accessibilità alle migliori cure sanitarie
2. Appropriata prescrizione
3. Orientamento a percorsi multidisciplinari e multiprofessionali di continuità di cura ospedale-territorio
4. Innovazione e ricerca

Le azioni ci vedranno impegnati in particolare su alcuni fronti, che caratterizzano le specificità e complessità di alcune discipline mediche e chirurgiche, in cui l'impatto dell'innovazione, sia nel campo dei farmaci che dei dispositivi medici, risulta particolarmente critico, quali:

- Oncologia ed ematologia
- Malattie Infiammatorie croniche intestinali
- Reumatologia
- Epatologia
- Malattie Rare
- Cardiologia e cardiocirurgia
- Chirurgia generale

Sul fronte degli acquisti, l'impegno è di partecipare alle procedure per l'espletamento di gare ove realizzate in ambito regionale o di Area Vasta, e promuovere ogni iniziativa atta ad ampliare la concorrenzialità del mercato per ottenere offerte economicamente più vantaggiose, salvaguardando la qualità dei beni acquistati.

Ne deriverà anche un impegno a promuovere l'adesione presso gli utilizzatori agli esiti delle gare per realizzare i risparmi attesi per effetto dei migliori prezzi.

In generale, considerando il contesto dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna in cui l'attività clinica è fortemente indirizzata all'alta specializzazione, tanto in ambito medico quanto chirurgico, con una erogazione di prestazioni specialistiche che richiedono frequentemente farmaci ad alto costo e dispositivi sofisticati e di alta tecnologia, i dati relativi alla spesa farmaceutica e per beni sanitari degli ultimi anni consentono di esprimere un parere a nostro avviso complessivamente positivo sull'efficacia delle azioni già avviate e che proseguiranno nel triennio.

Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica

Le azioni messe in campo per il governo dell'assistenza farmaceutica, negli specifici ambiti di intervento, sono improntate prevalentemente su:

- Promozione dell'appropriatezza prescrittiva, tanto in ambito ospedaliero quanto nella continuità ospedale-territorio, anche in collaborazione con l'Azienda USL di Bologna;
- Adesione alle Raccomandazioni/Linee di Indirizzo sull'uso di farmaci e dispositivi medici, prodotte a livello Regionale da Gruppi multidisciplinari;
- Gestione dei Registri di monitoraggio AIFA e recupero dei rimborsi previsti dagli accordi negoziali AIFA-Aziende Farmaceutiche;
- Promozione dell'uso dei farmaci biosimilari, allo scopo di recuperare risorse economiche da reinvestire nell'innovazione;
- Audit clinici finalizzati alla valutazione dell'uso appropriato di farmaci innovativi nell'ambito di specifiche patologie, in particolare in campo oncologico ed epatologico, ed alla individuazione di possibili aree di criticità, meritevoli di azioni di miglioramento.

In particolare, saranno oggetto di programmi di interventi specifici le seguenti Classi terapeutiche:

a. Farmaci ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica territoriale

Proseguiranno anche per il 2018 e gli anni a seguire le azioni messe in campo e condivise con l'Azienda USL di Bologna nell'ambito del Progetto Interaziendale per il Governo del Farmaco, allo scopo di contribuire al raggiungimento dell'obiettivo di contenimento della Spesa farmaceutica convenzionata per l'AUSL di BO.

Particolare attenzione sarà posta alle seguenti classi terapeutiche:

- contenimento del consumo territoriale dei farmaci **Inibitori della Pompa Protonica**;
- ottimizzazione delle terapie ipolipemizzanti a base di **statine** volte a promuovere la prescrizione nel rispetto della Nota Aifa 13 e la presa in carico in Distribuzione Diretta dei pazienti naive e rivalutati a seguito di dimissione o visita specialistica ambulatoriale;
- promozione dell'uso appropriato della terapia topica della BPCO con lo sviluppo di un progetto coordinato da specifico GdL interaziendale che riguarderà la definizione e diffusione di raccomandazioni di best practice e della scelta terapeutica più appropriata;

- definizione delle strategie terapeutiche più efficaci e sicure nella prevenzione e trattamento dell'osteoporosi e in particolare, quale ruolo ricopre la **vitamina D** nei diversi setting di cura che coinvolgerà gli specialisti di diverse aree (Reumatologia, Endocrinologia, Geriatria, Ginecologia, Ortopedia, Oncologia);
- prosecuzione in ambito ospedaliero di incontri congiunti Governo Clinico – Farmacia Ospedaliera su temi rilevanti e di forte impatto sulle scelte prescrittive della medicina territoriale, quali: terapia del **diabete**, **NAO**, terapia dello **scompenso cardiaco**, polifarmacoterapia e deprescribing, farmaci equivalenti/biosimilari;
- contenimento del consumo complessivo degli **antibiotici sistemici** con particolare attenzione alle classi di antibatterici di maggior impiego sul territorio (penicilline, macrolidi, cefalosporine, chinoloni) per favorire l'uso appropriato e contrastare le resistenze batteriche. Verrà valutata l'ipotesi di estendere il programma di Stewardship antimicrobica (SA) già messa in campo in ambito ospedaliero, prevedendo la possibilità di una serie di interventi formativi rivolti a MMG e PLS;
- pianificazione di una campagna informativa per promuovere un impiego razionale delle Eparine a Basso Peso Molecolare (EBPM) a seguito di dimissione o visita specialistica rivolta ai clinici afferenti alle Aziende USL BO, OSP BO e IOR.

b. Farmaci ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica ospedaliera

Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, il **governo clinico dei farmaci**, ancor di più oggi che si affacciano sul mercato tecnologie innovative ad altissimo costo, deve essere presidiato mediante un approccio di sistema per assicurarne un corretto ed appropriato utilizzo.

Le Raccomandazioni regionali, prodotte dai vari gruppi multidisciplinari con metodologia evidence-based, rappresentano - ove disponibili - lo strumento di riferimento per definire i criteri di appropriatezza professionale e, talvolta, anche organizzativa. In linea con i contenuti delle Linee di programmazione della Regione, le azioni si concentreranno prevalentemente su alcune aree di intervento ritenute particolarmente strategiche e critiche per la nostra azienda.

Ambito oncologico

Le Raccomandazioni prodotte dal *Gruppo Regionale Farmaci Oncologici (GreFO)*, con particolare riferimento ai farmaci innovativi, rappresenteranno lo standard di riferimento per le prescrizioni e le successive valutazioni condotte attraverso lo svolgimento di specifici audit clinici.

Saranno, altresì, avviati confronti con i clinici per ottimizzare ulteriormente gli allestimenti delle terapie antitumorali valutando in quali situazioni/protocolli di trattamento sia possibile introdurre la dose banding.

Farmaci biosimilari

Nelle aree di impiego di farmaci biologici, verrà ulteriormente promosso l'aumento del ricorso ai biosimilari laddove presenti nella classe come: epoetine, anti TNF alfa, rituximab, ormone della crescita, follitropina. La recente pubblicazione da parte di AIFA del Secondo

Position Paper sui farmaci biosimilari fornisce un ulteriore elemento di chiarezza per perseguire il governo della spesa farmaceutica, ricorrendo al loro utilizzo sia nei pazienti di nuova diagnosi sia in fase di rivalutazione con superamento delle criticità dello *shift* da originator a biosimilare nelle terapie croniche.

Terapia antiretrovirale per HIV

Le azioni condivise tra le UU.OO. Malattie Infettive e Farmacia Clinica riguardano: la prescrizione dei farmaci privi di copertura brevettuale, ove disponibili, l'armonizzazione dei trattamenti dei pazienti presi in carico dall'AUSL con le Raccomandazioni interne, prescrizione con *second opinion* di alcuni farmaci con indicazione ristretta a pazienti selezionati, bassa barriera genetica e rischio di resistenza, costo elevato (*stewardship antiretrovirale*).

Farmaci DAA per Epatite C

Obiettivo prioritario è l'applicazione del documento di indirizzo regionale "*Nuovi antivirali diretti nella terapia dell'epatite C cronica*", aggiornato periodicamente, per garantire l'appropriatezza rispetto ai criteri di eleggibilità previsti dal Registro AIFA e ai livelli di priorità definiti dalla regione. Particolare attenzione sarà posta ai nuovi criteri AIFA che, nell'ambito del piano di eradicazione della malattia, estendono l'accesso ai trattamenti anche ai pazienti F0-F2.

Farmaci antiVEGF per uso intravitreale

Un'ulteriore area che evidenzia criticità, è quella dei farmaci per la **DMLE** ed altre patologie sulla quale si ritiene necessario condividere con i clinici linee di comportamento atte a promuovere tra i pazienti *naive*, il trattamento che a parità di indicazione terapeutica, efficacia e sicurezza presenta il miglior rapporto costo/opportunità.

Fattori della coagulazione

Nell'ambito delle Malattie Emorragiche Congenite (MEC) ed acquisite, è stato avviato un progetto aziendale per l'analisi della casistica e la valutazione dell'impatto dei nuovi scenari terapeutici che prevederà l'elaborazione di un documento in collaborazione con l'U.O. Angiologia e Coagulazione sulle diverse opzioni terapeutiche per orientare le prescrizioni sui farmaci a minor costo a parità di efficacia e sicurezza anche sulla base delle indicazioni del gruppo regionale.

Consumo ospedaliero di antibiotici

Le attività pianificate in questo ambito sono finalizzate all'adozione di strategie di politica prescrittiva degli antimicrobici come il programma di Stewardship antimicrobica aziendale già messo in campo da alcuni anni tanto in ambito terapeutico quanto nella profilassi chirurgica, al fine di preservarne l'efficacia terapeutica e contenere l'induzione di resistenze, mantenendo un costante controllo e monitoraggio della loro prescrizione. Le attività rientrano nel programma di gestione del rischio infettivo in ambito assistenziale previste dalla Regione Emilia-Romagna.

Adozione di strumenti per il governo clinico

L'adozione degli strumenti per il governo clinico, rappresenta la base di attività per il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva. Pertanto, si proseguiranno le azioni già in essere da alcuni anni, finalizzate a promuovere:

- la compilazione, da parte dei medici prescrittori, dei registri di monitoraggio disponibili sulla piattaforma SOLE (per il governo dell'appropriatezza nell'uso) e sulla piattaforma AIFA (per la gestione rimborsi di condivisione del rischio, es. payment by results, costsharing...);

- la tracciabilità dell'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e farmaci fuori prontuario, utilizzando l'apposito data base regionale delle "Eccezioni prescrittive";

- nell'ambito della terapia con farmaci antiretrovirali per HIV il mantenimento della soppressione virologica dei pazienti trattati, in base ai dati richiesti su singolo paziente dalla Regione e il ricorso al farmaco generico in seconda linea;

- in ambito oncologico, la prescrizione informatizzata delle terapie oncologiche orali, al fine di una corretta e completa alimentazione del data base oncologico regionale anche per questa casistica. Inoltre, in linea con le indicazioni regionali, sarà necessaria la completa compilazione di tutti i campi previsti dal tracciato, ad esempio istotipo e markers specifici;

- garantire la partecipazione alle attività delle Commissioni del farmaco di Area Vasta e del Coordinamento regionale quali strumenti per promuovere la diffusione e l'applicazione delle raccomandazioni d'uso dei farmaci del Prontuario Terapeutico Regionale;

- indirizzare gli specialisti ospedalieri alla prescrizione per la continuità ospedale/territorio (dimissione, distribuzione diretta e per conto, visita specialistica ambulatoriale), esclusivamente di principi attivi presenti nel Prontuario di Area Vasta al fine di contenere fenomeni di induzione sulla prescrizione territoriale.

Farmacovigilanza e Vigilanza sui Dispositivi Medici

In tema di qualità e sicurezza delle cure, proseguiranno le attività di farmacovigilanza nell'ambito delle quali sarà promossa la segnalazione di sospette reazioni avverse a farmaci e a vaccini mediante la piattaforma web "VigiFarmaco".

Sarà inoltre garantita la partecipazione ai progetti regionali e multiregionali di farmacovigilanza attiva in alcune aree critiche di impiego dei farmaci in base alla programmazione regionale.

Nell'ambito della dispositivovigilanza, sarà data particolare attenzione nei prossimi anni all'impatto del nuovo Regolamento UE 2017/745 in particolare per gli aspetti correlati alla sicurezza di impiego, al rafforzamento del sistema di vigilanza e sorveglianza del mercato ed agli obblighi di segnalazione degli incidenti, al processo di rintracciabilità del prodotto, allo svolgimento delle indagini cliniche.

La diffusione della cultura della segnalazione e dell'attenzione all'impiego dei DM, sarà promossa anche attraverso l'organizzazione di eventi formativi (FAD e/o residenziali)

Entro il I semestre 2018 è previsto il primo evento residenziale "Sicurezza delle cure e dispositivi medici", rivolto a tutti i professionisti ed operatori sanitari del Policlinico, ed in particolare a coloro che operano nelle aree chirurgiche ed interventistiche, in cui l'utilizzo dei DM, anche ad elevata classe di rischio, è preponderante.

Al fine di coinvolgere progressivamente tutti i professionisti interessati permettendo loro di partecipare, il corso potrà essere articolato in più edizioni

Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici

Il parco tecnologico di apparecchiature medicali attualmente in uso presso l'Azienda ospedaliero Universitaria di Bologna consiste in quasi 18.000 beni per un valore complessivo di oltre 150 milioni di euro. Nel triennio 2018-2020 mediante l'acquisizione di apparecchiature medicali L'Azienda si pone l'obiettivo di garantire il potenziamento del parco tecnologico a fronte dell'avvio di nuove attività sanitarie e la sostituzione di apparecchiature che non rispondono più ai livelli di performance adeguati per garantire la riduzione dell'obsolescenza (oggi superiore a 10 anni) e l'utilizzo di sistemi allo stato dell'arte e al massimo della loro efficienza ed efficacia.

L'introduzione e la disponibilità sul mercato di dispositivi sempre più all'avanguardia e ad elevato costo, a fronte di una sempre crescente complessità della normativa in cui il SSN è costretto ad operare, impongono lo sviluppo di nuove competenze e di processi decisionali fondati su EBM ed HTA.

La Commissione Dispositivi Medici (DM) di Area Vasta Emilia Centro, istituita alla fine del 2016, si colloca in un contesto in cui il mercato dei DM è in continua estensione da un lato con una concentrazione dell'offerta a causa degli accorpamenti delle multinazionali e dall'altro un aumento costante della domanda da parte di sistemi integrati come le Aree Vaste e Intercent-ER.

Nel nostro Policlinico, in considerazione dell'attività chirurgica generale e specialistica, ivi inclusa la chirurgia robotica e bariatrica, nonché dell'attività interventistica di particolare complessità, il governo dei DM risulta di assoluta rilevanza sia per gli aspetti economici, correlati all'impatto dell'innovazione anche in questo ambito, sia per gli aspetti di appropriatezza d'impiego.

Il Regolamento della Commissione DM-AVEC, recepito con Del. 165/2017, individua per tale organismo l'organizzazione interna, le procedure operative di funzionamento e i criteri decisionali della CDM in relazione alle procedure di introduzione, gestione e monitoraggio dei Dispositivi Medici (DM) nella Area Vasta Centrale.

La Commissione svolge diverse attività:

- Gestione/manutenzione del Repertorio dei DM
- Valutazione/Introduzione di nuove tecnologie per alcune categorie definite
- Analisi di appropriatezza d'uso dei DM
- Sviluppo di un'unica modulistica e criteri univoci di gestione dei campioni di DM
- Analisi dei consumi (Flusso DiMe) e degli indicatori di appropriatezza
- Acquisti di nuovi DM alla luce del nuovo codice degli appalti
- Vigilanza sui DM in collaborazione con i referenti aziendali della dispositivovigilanza

Nell'anno 2017 la CDM-AVEC, la cui Segreteria Scientifica è in capo alla Farmacia Clinica della nostra Azienda, ha concluso il percorso di integrazione consolidando il proprio modello organizzativo finalizzato ad uniformare a livello regionale le modalità di gestione

delle richieste di acquisizione e valutazione dei nuovi dispositivi medici attraverso l'utilizzo esclusivo dell'applicativo web "Gestione richieste di valutazione dei dispositivi medici". Tale applicativo consente di condividere a diversi livelli istituzionali le informazioni relative alle richieste valutate, ai pareri espressi e alle relative motivazioni, nonché di sottoporre alcune tecnologie ad una valutazione HTA da parte della Commissione Regionale.

L'esperienza maturata in questi anni, sia della Commissione Aziendale dei DM (ora Nucleo Operativo DM) che della CDM-AVEC ha permesso comunque di definire criteri oggettivi di valutazione dell'innovatività di un DM, anche a fronte della scarsità di dati, esperienze, evidenze, con cui spesso ci si confronta.

Nei prossimi anni, tale metodologia valutativa dovrà essere ulteriormente perfezionata e consolidata anche investendo sulla formazione dei professionisti coinvolti.

Nell'ambito delle azioni di governo per i Dispositivi Medici, come per l'Area Farmaci si prevede inoltre di svolgere annualmente specifici audit finalizzati a valutare l'utilizzo dei DM a più elevato livello di innovazione e/o impatto economico. Anche in assenza di standard di riferimento e/o di documenti regionali di indirizzo sull'argomento, l'obiettivo prioritario sarà quello di valutare per le tecnologie individuate:

- l'appropriatezza dell'indicazione al trattamento sulla base di raccomandazioni evidence-based, ove disponibili.
- l'efficacia dell'utilizzo attraverso l'individuazione di indicatori specifici

Sarà garantita anche per il 2018 ed anni seguenti, sulla base delle attività decise a livello regionale, la partecipazione attiva ai lavori del gruppo regionale finalizzati alla definizione di indicatori di spesa e consumo per le principali categorie di DM.

Infine, proseguirà sul fronte acquisti la partecipazione alle gare in corso e/o in via di attivazione che permetteranno di realizzare benefici economici da cui ci si attende un maggior margine di investimento per tecnologie innovative.

Completezza della rilevazione dei consumi e della spesa per DM attraverso il Flusso DiMe

La spesa regionale dei dispositivi medici rilevata nel flusso DiMe la cui completezza, valutata rispetto al valore rendicontato nei conti economici dedicati (al netto della spesa per le attrezzature sanitarie), negli anni è incrementata progressivamente, a livello aziendale si è assestata su valori del 99,9% per i DM e del 72,7% per i DM-IVD (Diagnostici in vitro). Attualmente anche tutti i DM custom made (privi di codice Repertorio) che non entravano nel flusso DiMe sono stati evidenziati con la specifica tipologia codificata dalla regione e contribuiscono ad alimentarlo.

In prospettiva, l'impegno a migliorare costantemente la qualità della codifica dei prodotti assume rilevanza non solo per incrementare ulteriormente il tasso di copertura del Flusso DiMe, ma anche in vista dell'implementazione a livello regionale del Sistema GAAC che prevede la codifica unica regionale per tutti i beni sanitari.

In particolare nell'ambito dei DM (oltre che dei restanti beni sanitari ed economici) è in corso l'allineamento delle anagrafiche locali con la banca dati unica regionale. In

prospettiva, la costituzione del database dei dispositivi medici europeo (EUDAMED) permetterà di definire ancora meglio il singolo DM e la sua tracciatura lungo tutta la filiera.

Acquisto di servizi

Servizi di supporto alla persona (SSP)

La Struttura opera una strategia di riorganizzazione, qualificazione ed ottimizzazione dei servizi avendo come criterio guida la centralità delle persone, con una priorità alle esigenze dei pazienti e dei loro familiari ma con una rinnovata attenzione ai bisogni di tutti gli stakeholders, professionisti, operatori, studenti e cittadini a diverso titolo visitatori del Policlinico.

Il Policlinico S.Orsola, inteso come luogo di cura e nello stesso tempo luogo urbano, è laboratorio vivo frequentato da oltre 20.000 persone al giorno con interessi ed esigenze differenti, "contesto di contesti" in stretta relazione con la città. Vi trovano sintesi processi di diversa estrazione, interna ed esterna all'azienda, tutti con forte impatto sulla qualità della vita di ognuno di noi.

Le attività sono da intendersi parte di una strategia pluriennale che ha visto un forte impegno sul fronte della razionalizzazione, riorganizzazione, miglioramento dei servizi di competenza in supporto alla qualificazione e potenziamento delle funzioni istituzionali di assistenza e ricerca proprie del Policlinico Universitario. Una strategia impostata e condotta per step gradualmente, con l'obiettivo di realizzare passi concreti visibili su temi specifici a fianco di nuove e più ampie progettualità, con piani annuali definiti in relazione ai budget definiti dalla Direzione aziendale.

L'azione della struttura agisce per ricomporre processi ed attività tradizionalmente frammentate su più funzioni e unità organizzative, con l'intento di migliorare gli output dei processi affidati, con un'attenzione alla qualità del servizio e alla razionalizzazione dei costi. Si agisce in parallelo sul fronte dei servizi in gestione interna ed appaltata, provvedendo alla riprogettazione dei servizi e dei contratti di affidamento.

Si possono individuare quattro macro ambiti progettuali di intervento di SSP, i primi tre focalizzati su processi specifici, il quarto trasversale e di sostegno alla struttura:

- Alimentazione e servizi di Ristorazione
- Servizi per il comfort e la sicurezza delle persone
- Servizi commerciali e di accoglienza
- Organizzazione e sviluppo delle competenze

Sul fronte della ricerca fra **Alimentazione, Clinica e Ristorazione**, nel 2018 e con prospettiva 2018-2020 è entrato nella sua seconda fase il progetto CRUNCH (Cucina e Ristorazione Uniti nella Nutrizione Clinica H-ospedaliera), che si avvale del supporto di un esperto nutrizionista selezionato ad hoc ed è agito in stretta collaborazione con le Unità Operative. Il progetto CRUNCH ha sviluppato azioni tese a promuovere e divulgare la conoscenza del cibo e dell'alimentazione nei processi gestionali con l'obiettivo di qualificare la risposta della Ristorazione alle esigenze aziendali, considerando il Cibo come elemento di prevenzione e terapia se utilizzato in modo appropriato.

Sono inoltre da rilevare altre iniziative e progettualità in corso che avranno ulteriore sviluppo nel triennio 2018-20, fra le quali:

- Progetto di recupero pasti non consegnati, in collaborazione con Last Minute Market; al recupero attivo di circa 20 pasti/giorno (pranzo degenti), nella primavera 2017, è stato aggiunto il recupero di altrettanti pasti non consumati durante il pranzo di mensa, che vengono "abbattuti" e consegnati in sicurezza alle cooperative sociali per la distribuzione in città. Sono oltre 10.000 i pasti recuperati all'anno.
- Collaborazione con l'Istituto Ortopedico Rizzoli per la realizzazione del progetto "Menù Benessere" a supporto dei pazienti oncologici. Avviato nel corso del 2018 il progetto ha l'obiettivo di elaborare attraverso il supporto tecnico scientifico del Settore Ristorazione del S. Orsola e la partecipazione di un team multidisciplinare interno allo IOR (clinici, dietisti, direzione sanitaria, comunicazione) una nuova proposta alimentare per i pazienti con patologia oncologica, con particolare attenzione ai pazienti pediatrici, più attenta alle linee guida internazionali sulla nutrizione ma anche più appetibile e gradita sul piano gastronomico.
- Collaborazione con Università di Scienze Gastronomiche di Pollenzo e Associazione SlowFood regionale e nazionale per lo sviluppo di tematiche di interesse comune attorno al Cibo inteso come elemento di Salute, alla conservazione della Biodiversità e alla valorizzazione del Territorio. Fra le progettualità specifiche si può citare l'esperienza sperimentale del primo Evento Mercato contadino all'interno di un Ospedale, realizzato con la collaborazione dei produttori della condotta di SlowFood Bologna in collaborazione con Sirio spa nell'ambito del progetto Smart Hospital; da settembre 2018 si prevede lo sviluppo dell'evento-mercato con una periodicità settimanale).

Servizi Alberghieri: a seguito di una complessa ed articolata fase di progettazione durata oltre 2 anni conclusasi con la pubblicazione di un bando di gara di servizi innovativo a fine 2017, nel corso del 2018 si prevede di completare la procedura selettiva ed auspicabilmente avviare il nuovo contratto per la gestione dei servizi integrati di supporto alla persona.

Data la compresenza all'interno del Policlinico di attività di supporto svolte da ditte in appalto e di attività di supporto svolte internamente (con personale socio-sanitario in quota tempo), sul versante aziendale è stata effettuata in parallelo alla progettazione della nuova gara un'analisi del modello organizzativo delle Unità operative per valutare dimensione del fenomeno, punti critici e aree di sinergia / miglioramento fra attività interne ed esterne. E' già in corso una prima fase di analisi e riorganizzazione dell'attività interna svolta dalla SSP in collaborazione con la Direzione delle Professioni sanitarie.

Il modello definito prevede di attivare una gara innovativa che tiene insieme servizi di supporto "operativo" (pulizia, gestione biancheria, logistica beni e persone, ...) e servizi di supporto "organizzativo" che aiuteranno ad operare al meglio il fornitore sul fronte della ottimizzazione ed integrazione delle attività di competenza con le attività svolte dal personale aziendale. Il nuovo modello mira alla facilitazione dell'attività clinica ed assistenziale, al miglioramento degli standard igienico-ambientali, di benessere e sicurezza per tutti coloro che vivono in ospedale, alla implementazione di un sistema di servizi eco-sostenibile in linea con le nuove sfide ambientali a livello nazionale e globale.

L'obiettivo è migliorare lo standard di servizio al paziente, facilitare la vita professionale del personale aziendale, soprattutto dei sanitari che operano presso le Unità Operative, ed in generale garantire benessere e sicurezza igienico-ambientale a tutte le persone che vivono il Policlinico, realizzando un sistema di servizi eco-sostenibile teso al miglioramento continuo e alla prevenzione del rischio.

Questo progetto prevede la messa a fattor comune delle seguenti principali attività:

- a) la pulizia e sanificazione,
- b) la gestione della biancheria e delle divise degli operatori,
- c) i trasporti e la logistica delle cose (materiale biologico, attrezzature sanitarie, farmaci, vitto, materiale economico, strumentario chirurgico, ecc...),
- d) l'accompagnamento e il trasporto interno dei pazienti.

I servizi dovranno essere quindi gestiti attraverso un'organizzazione operativa integrata demandata al fornitore che si farà carico sia della gestione dei servizi (nelle diverse specializzazioni) che delle sinergie da integrazione, coordinamento, controllo e monitoraggio dei servizi.

Il nuovo modello, agendo sul fronte della innovazione dei servizi e dello sviluppo tecnico ed organizzativo, intende implementare un sistema continuo di razionalizzazione della spesa, in partnership con il futuro gestore, con l'obiettivo di perseguire il migliore mix qualità - costo nel tempo ed attivare un meccanismo di risparmio condiviso realmente sostenibile.

Nell'ambito della strategia di qualificazione ed innovazione dei servizi alla persona è da citare poi lo sviluppo del progetto di miglioramento dei **trasporti** sanitari con mezzi interni all'area del Policlinico (intra-ospedalieri), grazie all'accordo e convenzione siglata con i fornitori storici dell'Azienda Catis e Croce Azzurra. Questo progetto mira ad una riorganizzazione del trasporto in ambulanza, consolidato da tempo, e alla rimodulazione

della flotta dei mezzi in funzione delle esigenze di trasporto. Una delle opportunità emerse durante le analisi preliminari è quella di inserire una quota di mezzi sanitari leggeri, meno onerosi e più performanti come tempi, a fianco dell'ambulanza per trasportare i pazienti autonomi o in sedia.

Da agosto 2016 è infine attiva un contratto di concessione innovativo per i **servizi commerciali integrati**. Obiettivo la messa a sistema dei servizi commerciali fruibili dagli utenti interni ed esterni al Policlinico, dopo anni di gestioni frammentate e disomogenee, sia dal punto di vista dei servizi agli utenti che del ritorno economico per l'Azienda.

La nuova concessione, contestualizzata nel progetto aziendale di qualificazione dei servizi alla persona "Smart Hospital", ed agita in stretta collaborazione con il raggruppamento dei partner privati, realizza una piattaforma multifunzionale di servizi che agevolano e supportano la presenza dei vari utenti che vivono quotidianamente a vario titolo il contesto ospedaliero.

Il progetto innovativo dei servizi commerciali integrati comprende bar e ristorazione commerciale così come librerie, negozi specializzati e nuovi servizi all'utenza (mobilità sostenibile, iniziative culturali, ecc.). Il nuovo progetto intende qualificare la piattaforma dei servizi offerta all'utenza e mettere ulteriormente a valore il ritorno economico per l'azienda, che potrà accedere a risorse economiche aggiuntive per qualificare l'assistenza e il welfare aziendale.

La concessione prevede un canone annuo a favore dell'Azienda di 1.710.000 Euro annui per 9 anni, a cui si aggiungerà una fee variabile del 5.1% sul volume d'affari annuo sviluppato dal concessionario qualora sia superiore ai 5 milioni di Euro annui. La fee potrà essere aumentata in ulteriormente, ed in accordo, al raggiungimento di un fatturato per il concessionario superiore ai 10 milioni di Euro annui. Il piano degli investimenti previsto sulle infrastrutture, tecnologie ed arredi è previsto in oltre 4 milioni di Euro.

Collaborazioni e convenzioni

L'Azienda è costantemente impegnata a realizzare la presa in carico globale dell'assistito grazie a una forte integrazione tra le diverse professionalità e strutture organizzative.

In questo senso vengono stipulati accordi convenzionali per la collaborazione di esperti in materia di:

- Servizi/attività di ricerca non sanitari nell'ambito delle Aziende, Enti della Regione ed Università, volti allo sviluppo di progetti condivisi per la reingegnerizzazione dei processi, orientati alla qualità dell'assistenza e dei servizi alla persona;
- Servizi a supporto dell'attività sanitaria istituzionale da Enti e Università, quale il supporto psicologico a sostegno dei pazienti afferenti dell'area oncologica, nefrologica e cardiocirurgica, e l'attività fornita da ARPA in tema di controlli chimici e microbiologici su campioni di acqua/aria/superfici del policlinico.

Sviluppo dell'e-procurement

Come indicato nella delibera di programmazione regionale del 2018 l'azienda necessita sviluppare sempre più gli strumenti implementati previsti dalla legge regionale n. 17/2014, tra gli altri: incrementare progressivamente il numero di ordini e documenti di trasporto informatizzati, attraverso l'inserimento nelle procedure di gara delle clausole contrattuali previste dalla Delibera n. 287/2015 e sviluppare le forme di automatismo nella riconciliazione di fatture, ordini e documenti di trasporto per ridurre risorse impegnate ed errori.

L'azienda punta a raggiungere e superare il 50% degli ordini inviati elettronicamente tramite il NoTI-ER. Per fare questo continua l'azione del coordinamento sul tema tra il Centro Logistico (responsabile di processo) e i Sistemi Informativi (responsabile processo informatico) nei confronti dei gestori aziendali per monitorare la progressione della percentuale di ordini inviati elettronicamente, analizzare le problematiche di processo, fornire gli strumenti informatici utili per la gestione del processo e influenzare i fornitori coinvolti affinché il processo si sviluppi il più possibile. Soprattutto in rapporto alle modifiche software (e agli impegni di spesa correlati) per la gestione e i controlli tra ordini emessi e ddt di consegna dei beni risulta impattante l'implementazione del software regionale GAAC.

Dematerializzazione del processo di ciclo passivo

L'argomento della dematerializzazione del processo del ciclo passivo avendo una rilevanza sia in termini di processo amministrativo, sia sui processi di approvvigionamento / Supply Chain è divenuto strategico prima a livello regionale (per la RER) con quanto previsto dalla delibera di Giunta Regionale n.287/2015 e quindi a livello nazionale per cui il MEF ha intrapreso un percorso di sperimentazione nazionale.

Obiettivo per la pubblica amministrazione nella dematerializzazione del ciclo passivo è il monitoraggio delle transazioni che avvengono lungo l'intera filiera dell'approvvigionamento pubblico per poter intervenire in modo tempestivo e capillare ove si rilevino fenomeni distorsivi (ad esempio il ritardo dei pagamenti ai fornitori), la verifica automatizzata della correttezza dei dati immessi e la possibilità di riutilizzare i medesimi dati nelle transazioni successive così da ottenere una maggior qualità delle informazioni riportate nei documenti generati nelle varie fasi del processo, riducendo al minimo errori, inesattezze, ambiguità e, in ultima analisi, la probabilità di mal intendimenti e contestazioni tra le parti.

Le fatture in forma cartacea non possono più essere accettate da parte della Pubblica Amministrazione, né è possibile procedere al relativo pagamento. Tutte le fatture emesse nei confronti delle Pubbliche Amministrazioni transitano attraverso il Sistema di Interscambio (SDI).

Il collegamento tra la fatturazione elettronica e la fase di pagamento si esplica nella Legge di Bilancio 2017 che ha previsto l'evoluzione della rilevazione SIOPE in SIOPE+, al fine di migliorare il monitoraggio dei tempi di pagamento dei debiti commerciali delle P.A, attraverso l'integrazione con la Piattaforma PCC. Il sistema sarà in grado di rilevare automaticamente i pagamenti eseguiti dalle P.A. e di collegarli alle rispettive fatture.

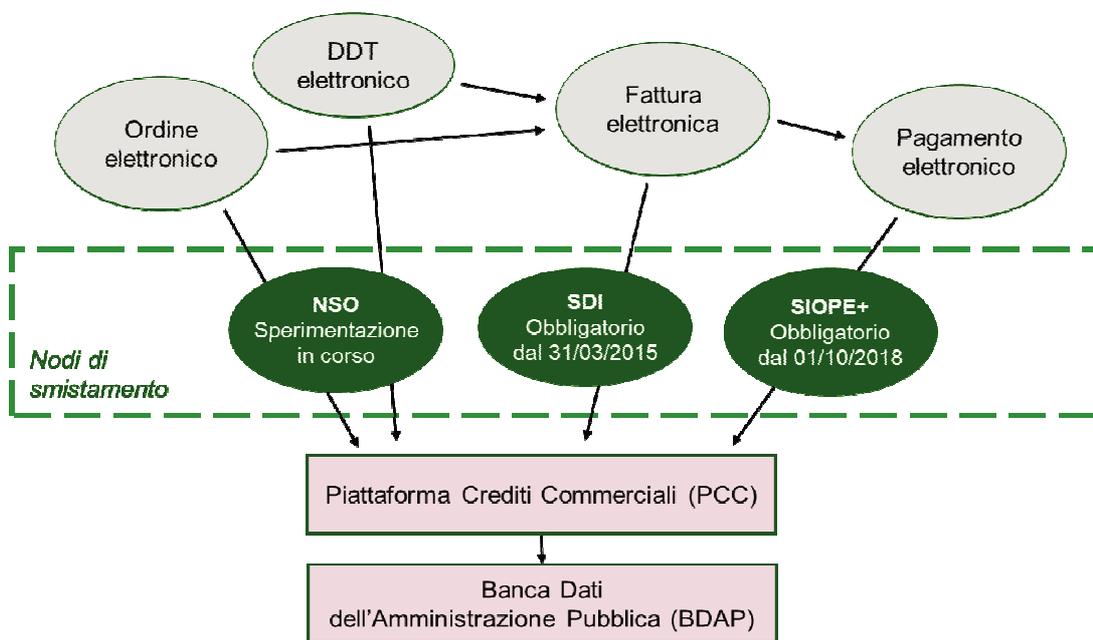
L'utilizzo del nuovo nodo da parte delle Aziende pubbliche e sanitarie sarà obbligatorio dal 01/10/2018.

Le disposizioni della Legge di Bilancio 2018 (articolo 1, commi 411-415) prevedono l'obbligo di emissione, trasmissione, conservazione e archiviazione dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti di beni e servizi in forma elettronica.

La Ragioneria Generale dello Stato, per monitorare l'intero ciclo degli acquisti, sta realizzando un nuovo sistema, oltre a quelli esistenti: il Nodo di Smistamento degli Ordini di acquisto (NSO), in grado di rilevare automaticamente gli ordini di acquisto, collegandoli sia ai contratti di origine (attraverso il CIG) che ai documenti emessi nelle fasi successive (fatture, bolle di accompagnamento dei beni, stati di avanzamento dei lavori, ecc).

L'architettura logica del sistema è costituita dai seguenti elementi:

- un insieme definito di documenti con contenuti e formati standardizzati (ordine elettronico, fattura elettronica, mandato di pagamento, ecc.);
- un sistema orchestratore, costituito dalla Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC), che acquisisce le informazioni contenute nelle transazioni, ne gestisce la coerenza e le utilizza per alimentare la Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche (BDAP);
- tre Nodi di Smistamento (NSO, SDI e SIOPE+), che hanno la funzione di gestire e tracciare gli scambi dei documenti in formato elettronico tra gli attori del processo (fornitori, P.A. e Istituti Cassieri e Tesorieri), anche per il tramite di intermediari (centrali di acquisto, consorzi di imprese, ecc.);
- alcune banche dati come la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) e il Sistema informativo sulle operazioni degli enti pubblici (SIOPE).



La sperimentazione è in atto e coinvolge sia alcune aziende della regione Emilia Romagna (tra cui l'azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna) sia aziende di altre regioni (Campania, Puglia, Veneto e Piemonte).

Il cronoprogramma previsto dal MEF è:

Entro giugno 2018 - D.M. indicante modalità e tempi di attuazione per gli enti del SSN (ex c. 413 della Legge di bilancio 2018)

Entro ottobre 2018 - Sistema NSO in esercizio per transazioni giuridicamente efficaci, ad uso volontario (continuerà ad essere in esercizio il sistema prototipale)

Da aprile 2019 - Obbligo di inviare ordini in formato elettronico per il tramite di NSO (dismissione del sistema prototipale).

Fonti energetiche

Per quanto riguarda **le politiche per l'uso razionale dell'energia** e la corretta gestione ambientale le azioni messe in atto dall'Azienda nel 2018 saranno in linea con il Programma Regionale per quanto riguarda l'uso razionale dell'energia sia nella gestione ordinaria delle attività sia nella realizzazione di nuove opere (nuove costruzioni, ampliamenti, ristrutturazioni e manutenzioni straordinarie).

Il Policlinico continuerà a sviluppare le azioni già intraprese a livello aziendale negli anni precedenti (a partire dal 2006) affrontate sia a livello gestionale sia sul piano dell'innovazione tecnologica.

Tali azioni riguarderanno lo svolgimento di un'attività continua di monitoraggio di tipo quali/quantitativo sull'uso dell'energia elettrica, termica mediante la raccolta periodica dei dati (in sinergia con l'Energy Manager Unificato) e l'inserimento del flusso delle informazioni, attraverso l'apposito programma informatico AEM-CUP 2000.

E' confermato anche per l'anno 2018 il contributo dell'Azienda per l'acquisto di abbonamenti TPER da parte dei propri dipendenti.

L'impegno sul rispetto delle politiche per l'uso razionale dell'energia si sviluppa anche nell'ambito dell'utilizzo delle tecnologie mediche, in particolare viene posta attenzione all'atto dell'acquisto delle apparecchiature valutando anche gli impatti energetici e all'atto dell'installazione per garantire la maggior efficienza possibile.

Gestione rifiuti

L'Azienda provvederà a mantenere l'ampliamento realizzato nella raccolta differenziata dei rifiuti organici, prodotti presso il Centro produzione pasti e le mense aziendali, e verrà effettuato un ampliamento della raccolta differenziata della plastica in aree non sanitarie.

Verrà mantenuta la partecipazione alla raccolta dati regionale ed implementata la rendicontazione su piattaforma web AEM dei dati di produzione e costo per kg dei rifiuti prodotti nell'anno precedente.

2.4.2 Area di performance degli investimenti

Lavori

L'aggiornamento del piano edilizio e di sviluppo delle strutture del Policlinico Sant'Orsola – Malpighi per il triennio 2018 – 2020 prevede l'attuazione degli investimenti con la concentrazione delle attività assistenziali in poli edilizi coerenti con l'organizzazione dipartimentale:

1. Polo Cardio-Toraco-Vascolare;
2. Polo Chirurgico e dell'Emergenza (Padiglione 5 – Nuove Patologie) – Polo delle Malattie digestive e dei trapianti;
3. Polo Materno-Infantile (Padiglioni 4, 10, 13, 16);
4. Polo Ematologico;
5. Polo Medico Specialistico;
6. Polo Oncologico;
7. Polo dei Laboratori (Pad. 18, 20 e 24);
8. Polo Medico-Geriatrico (Pad. 2 – Albertoni);
9. Polo delle attività sanitarie diurne e ambulatoriali multidisciplinare (Padiglione 1 - Palagi);
10. Polo Multifunzione (Pad. 25-27-28).

Gli interventi da realizzare saranno, per quanto possibile, improntati ai principi di eco-sostenibilità, di efficienza energetica e di flessibilità strutturale per l'adeguamento ai nuovi modelli organizzativi.

Il parametro tecnico dimensionale di riferimento (superficie a posto letto) a regime sarà pari ad un valore compreso tra 200 e 230 m²/PL, sovrapponibile al valore medio dei Policlinici europei.

A tal fine, l'Azienda è impegnata in modo continuativo a:

- sviluppare percorsi assistenziali integrati all'interno dell'azienda e fra ospedale e territorio;
- adeguare la struttura dell'offerta assistenziale alla programmazione sanitaria provinciale, evitando duplicazioni non indispensabili di strutture;
- promuovere le aree di eccellenza clinica rivolte anche all'utenza extra – provinciale ed extra – regionale;
- promuovere l'innovazione assistenziale e l'appropriatezza clinica ed organizzativa.

Gli interventi da realizzare sono imprescindibili e giustificati dalla necessità di garantire:

- la continuità delle attività e dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e realizzare condizioni di sicurezza strutturale e impiantistica delle infrastrutture al fine di permettere la corretta erogazione delle attività istituzionali;
- l'adeguamento delle strutture alle normative vigenti (D. Lgs. 81/2008, impianti elettrici, impianti meccanici e tecnologici, prevenzione incendi, prevenzione sismica, ecc.) e il miglioramento degli aspetti alberghieri e dell'accoglienza, indispensabili per mantenere in esercizio il patrimonio edilizio ed impiantistico del Policlinico.

Nell'anno 2018, oltre alla gestione ordinaria del patrimonio immobiliare e alle manutenzioni finalizzate al ripristino conservativo delle strutture (manutenzioni e gestione orientate sempre più ad una miglior efficienza energetica e sicurezza), sono previsti i seguenti interventi principali:

- lavori urgenti e imprescindibili che trovano copertura con il fondo manutenzioni cicliche. Tali interventi sono mirati al superamento delle carenze e delle inadeguatezze strutturali e impiantistiche e ricomprendono la realizzazione degli interventi per l'adeguamento al Decreto 19 marzo 2015 con scadenza 2019,
- interventi di completamento del Polo Cardio-Toraco-Vascolare attivato nel dicembre 2015,
- riqualificazione del corpo G del Padiglione 23 (intervento RER PB6),
- riordino e riqualificazione delle strutture dell'Area Pediatrica nell'ambito del Polo Materno-Infantile (Pad. 4, 10, 13, 16) – Interventi RER P2, PB4, 39 e APb.16,
- lavori per adeguamenti e spostamenti di reparti tra i vari Padiglioni,
- completamento lavori nuove centrali tecnologiche.

Il piano di sviluppo edilizio, impiantistico e tecnologico del Policlinico prevede che nei Poli di nuova costruzione siano concentrate, oltre alle funzioni di ricerca e didattica diffusa, le funzioni assistenziali, comprendenti le aree ad alta valenza tecnologica, quali i blocchi operatori e le tecnologie sanitarie pesanti, e che gli edifici esistenti siano adeguatamente ristrutturati prevalentemente per le funzioni di degenza.

Il Policlinico Sant'Orsola – Malpighi presenta, comunque, rilevanti criticità di carattere strutturale e di collocazione urbanistica, con notevole obsolescenza strutturale, insufficiente flessibilità strutturale e organizzativa, che, in molti edifici, non consente la necessaria 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 accessibilità problematica per quanto attiene i flussi del traffico, le possibilità di parcheggio e l'alloggio dei parenti.

Ben consapevoli che l'adeguamento degli edifici alle moderne e future tecnologie per la diagnosi e la cura risulta, in molti casi, incompatibile con una ristrutturazione dell'esistente e che è necessario dare risposta all'attuale situazione di disagio per i degenti anche con un programma di nuova edificazione, preso atto dell'impossibilità di costruire un ospedale completamente nuovo al di fuori del centro della città, la soluzione intrapresa è quella di "ristrutturare l'ospedale esistente cercando di modificare radicalmente le strutture".

L'adeguamento strutturale e tecnologico di parte del Policlinico non è andato di pari passo con l'evolversi della medicina avanzata. Il progetto per il superamento della struttura obsoleta a padiglioni esistente e per lo sviluppo di una struttura a rete in cui sia possibile concentrare le tecnologie, prevede di procedere con la demolizione e la costruzione di nuovi edifici di volumetria adeguata e la ristrutturazione dei padiglioni storici. Questo, nella consapevolezza delle criticità e dei limiti di operare in un'area già satura e in strutture che devono garantire la continuità di esercizio. L'intervento, per quanto possibile, deve essere improntato ai principi di ecosostenibilità e di flessibilità strutturale per l'adeguamento ai nuovi modelli organizzativi.

Inoltre, l'intervento dovrà 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 non facilmente sostenibile sul piano organizzativo e operativo, prima ancora che economico. Gli ospedali si sono progressivamente trasformati in strutture a elevato contenuto tecnologico, dove i percorsi diagnostico terapeutici, in risposta alla domanda di prestazioni sanitarie, si concentrano significativamente.

La struttura attuale, nonostante gli interventi di ampliamento e ristrutturazione degli anni passati (ad eccezione dei nuovi Poli costruiti e in corso di realizzazione), a causa dei profondi cambiamenti verificatisi in ambito scientifico, tecnologico, socioculturale e normativo, non è più rispondente alle correnti necessità di tipo strutturale, logistico ed operativo. In particolare, risulta critica l'accessibilità, intesa sia come raggiungimento dell'ospedale, sia come parcheggi (nonostante la realizzazione del parcheggio interrato), sia, per quanto riguarda i percorsi interni, la fruibilità del complesso ospedaliero, le contiguità spaziali tra le varie funzioni.

Risultano pertanto necessari cospicui interventi di demolizione e ricostruzione di interi padiglioni e di adeguamento delle strutture edilizie e degli impianti, per ottenere i necessari miglioramenti della qualità dell'assistenza percepita dall'utente e dell'utilizzo delle risorse professionali impiegate, nonché per l'introduzione di nuovi modelli organizzativi e per soddisfare la mutata normativa, anche per gli aspetti della sicurezza.

In particolare, gli ulteriori investimenti (triennio 2018–2020 e anni successivi), 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. Per la completa ristrutturazione del Policlinico, si prevede, infatti, che alcuni padiglioni siano completamente ristrutturati (padiglioni storici, padiglioni già parzialmente ristrutturati) ed altri demoliti e ricostruiti, aumentandone la superficie utile. Ciò permetterà di concentrare e rimodulare l'attività ospedaliera (che non può essere dismessa o trasferita in altre sedi).

Sistemi informativi dell'area amministrativa e infrastrutture tecnologiche

Le azioni e i corrispondenti investimenti in sistemi software gestionali dell'area amministrativa e in attrezzature e infrastrutture telematiche, tenendo conto della particolare congiuntura economica, prevedono per il triennio 2018-2020 un piano di sviluppo del sistema informativo in progressiva contrazione, in particolare con un'apprezzabile riduzione del valore assoluto di risorse materiali a esso dedicate.

Grande rilevanza sarà data al tema della dematerializzazione, non solo per quanto già previsto dal piano ICT regionale (es. dematerializzazione completa del ciclo passivo, avvio del nuovo sistema informativo GAAC), ma anche relativamente alla gestione dei processi e dei flussi documentali dell'azienda come meglio descritto nel seguito. Restano sullo sfondo con un approccio meramente conservativo e limitato ai casi di reale necessità, gli investimenti in infrastrutture telematiche (reti dati, sistemi wireless), di datacenter (server e sistemi di sicurezza) e complementari (controllo accessi, marcatempo, dispositivi di controllo).

Ciò premesso gli investimenti programmati per il triennio 2018-2020 descritti in maggior dettaglio sono i seguenti:

- Manutenzioni straordinarie software area amministrativa e licenza sistema back up - Si tratta di piccoli interventi evolutivi su sistemi software di area amministrativa da intendersi in senso lato tra cui 1) sistema gestionale della Medicina del lavoro (sviluppo nuove funzionalità, integrazioni scheda vaccinale); 2) Sistema gestionale della rilevazione presenze (completamento integrazione GRU e integrazione parcheggi); Sistema di gestione delle richieste di prestazioni esterne e contabilizzazione (consolidamento sistema avviato nel 2017); 3) sistema gestionale della logistica automatizzata, più altri sistemi minori (gestione questionari, gestione sito aziendale e sistema qualità ecc.). Invece gli investimenti sul sistema amministrativo contabile sono limitati all'essenziale e imprescindibile, anche a beneficio della futura attivazione GAAC. L'Azienda si è, inoltre, dotata di un sistema (Commvault) acquisito attraverso la società in-house Lepida e necessita di un ampliamento dei TB da sottoporre a backup attraverso l'acquisto di ulteriori licenze.
- Proseguimento rinnovo PC per obsolescenza, sostituzioni urgenti e imprevedibili di dotazioni informatiche, sostituzione di apparati di rete - L'Azienda si è dotata di un piano di sostituzione progressiva di tutte le PDL con sistema operativo XP. A partire

da quest'anno è stato deciso, congiuntamente alle Aziende USL di Bologna e Imola, di procedere con noleggio anche per accelerare al massimo il completamento della sostituzione (a oggi rimangono ca. 1050 PC con XP). L'investimento, pertanto, si riferisce prevalentemente alle altre periferiche, incluse per es. le stampanti di etichette e per i braccialetti, i lettori di barcode, gli scanner ecc., oltre a particolari Pdl non previste nel noleggio (es. workstation grafiche, PC portatili, tablet ecc.) e a eventuali necessità urgenti e indifferibili.

- Acquisto licenze per sistemi di sicurezza/adequamenti software - L'Azienda ha predisposto un piano triennale di adeguamento alle misure AgID e all'adozione delle misure necessarie per il GDPR, il quale prevede l'adozione di numerosi sistemi software legati alla sicurezza (discovery vulnerabilità, accesso e controllo remoto, gestione condivise ecc.) che sono in fase di valutazione con benchmark di mercato e altre modalità di documentazione. Gli importi sono stimati e si riferiscono a diverse tecnologie
- Servizi di gestione documentale (BABEL) - Il sistema BABEL è costituito da una piattaforma di gestione dei flussi documentali sviluppata dall'Azienda USL Bologna che, a partire da un'efficace rappresentazione dell'organizzazione, basandosi sull'utilizzo di un potente motore di workflow e di gestione documentale e di vari moduli di produttività (integrazione PEC, firma digitale semplificata, gestione rubriche gerarchica, fascicolazione assistita ecc.), garantisce, pur mantenendo una elevatissima semplicità di utilizzo, la gestione a norma del documento informatico inclusa l'integrazione con il Polo Archivistico Regionale. L'azienda USL di Bologna è capofila di un progetto di estensione di BABEL alle altre aziende dell'AVEC e all'Azienda USL di Parma, cui ha pertanto aderito anche la nostra azienda che condivide con le altre i costi di assistenza e sviluppo ulteriore del sistema, finalizzato ai necessari adeguamenti evolutivi per la gestione multiazienda, per la gestione dei servizi unificati, per l'integrazione col sistema regionale GRU, per la gestione dei procedimenti e per altre modifiche evolutive minori. Inoltre la nascita dei servizi unificati impone necessariamente l'utilizzo di sistemi unici di gestione documentale, al fine di garantire un'efficace gestione degli stessi e di dare piena attuazione alla normativa vigente, con particolare riferimento al CAD, anche in materia di condivisione tra aziende dei fascicoli documentali.
- Sistema di gestione dell'area amministrativa e contabile (GAAC) - L'Azienda è inclusa nel primo gruppo di aziende che partirà il 1° gennaio 2019 con il nuovo applicativo regionale, pertanto già a partire dal 2018 saranno messe in atto tutte le azioni propedeutiche all'avvio del nuovo sistema.
- Copertura wi-fi - L'investimento è dedicato alla messa in sicurezza delle reti wi-fi oltre che alla copertura di alcuni reparti in cui è necessario attivare sistemi medicali o informatici in mobilità.

Inoltre, nel 2018 continueranno le attività volte a garantire la completa gestione dematerializzata della fatturazione (gestione elettronica dei cicli attivo e passivo, inclusa gestione ordini e documenti di trasporto). Va precisato che l'Azienda affronta tale attività

con un approccio non limitato all'adempimento dell'obbligo normativo e del piano regionale, ma rivede ogni azione in termini di ulteriore opportunità per rivedere e riorganizzare i processi documentali, al fine di ridurre costi e tempi di pagamento verso i fornitori e migliorare i processi interni di riconciliazione contabile, anche in ottica del parallelo progetto di accentramento della logistica in AVEC.

Infine, un notevole impegno di risorse sarà dedicato al Percorso Attuativo per la Certificabilità dei bilanci sanitari, come previsto dal D.Lgs. 118/2011 e dalla DGR 150/2015, per la verifica, l'adeguamento e l'implementazione delle procedure informatiche aziendali ai fini di adeguamento alle sue disposizioni.

Attrezzature sanitarie e non sanitarie e informatica medica

Gli investimenti in attrezzature, sanitarie e non, previsti per il triennio 2018-2020, seguiranno l'ammmodernamento 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).

Le voci più rilevanti relative all'impegno economico previsto per l'esercizio 2016 riguardano:

1. acquisizione di arredi e tecnologie biomediche e sanitarie per il completamento della dotazione del Polo Cardio Toraco Vascolare (intervento RER PB 5),
2. acquisizione di arredi urgenti e imprescindibili. Nell'anno 2018 è indispensabile provvedere 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 è indispensabile integrare o implementare le dotazioni di alcune unità operative al fine di consentirne l'avvio nelle nuove sedi,
3. sostituzioni attrezzature urgenti e imprescindibili a seguito di guasti e sostituzione di apparecchiature tecnologicamente obsolete con lo scopo di incrementare la qualità diagnostica e l'attivazione di percorsi di cura innovativi,
4. software gestionale per ostetricia e ginecologia,
5. sostituzione progressiva per obsolescenza dei letti di degenza per le medicine e chirurgia,
6. manutenzioni evolutive per applicativi sanitari anche oggetto di integrazione metropolitana,
7. sostituzioni/adeguamenti urgenti di sistemi di laboratorio per obsolescenza o frequenti guasti,
8. acquisto Totem – Check in,
9. acquisto software per chiamata ambulatoriale,
10. acquisto attrezzature per radioterapia/oncologia,

11. acquisto beni economici urgenti e imprescindibili per sostituzione beni obsoleti e non più idonei a garantire la sicurezza per operatori e utenti.

Di seguito si riporta il piano investimenti 2018 – 2020.

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA

Piano Investimenti 2018-2020

Scheda di rilevazione degli Investimenti in corso di progettazione

SCHEDA 2

Gli investimenti di importo superiore a 500.000 EURO devono essere esporsi dettagliatamente, uno per ogni riga.

(1)	Identificazione intervento (2)	descrizione intervento (3)	topologia (4)	valore complessivo dell'investimento	investimento da realizzare nell'anno 2018	investimento da realizzare nell'anno 2019	investimento da realizzare nell'anno 2020	investimento da realizzare negli anni successivi	totale investimento da realizzare	contributo contitolabile	mutui (5)	alienazioni (6)	altre forme di finanziamento (7)	donazioni e contributi da altri soggetti	totale finanziamenti dedicati	Finan. europeo (8)*	Finan. regionale (9)*	Finan. statale (10)*	note
Sistemi	2018/13	APU 16 Riordino e riqualificazione delle strutture dell'Area Pediatrica nell'ambito del Polo Materno-Infantile - Padiglioni 4, 10, 13, 16 - 2° Graticcio funzionale	OP	19.084.000				19.084.000	19.084.000	19.084.000					19.084.000	X	X	X	progettazione in corso
	2018/10	lavori per adeguamenti e sostituzioni resanti tra padiglioni II parte e III parte)	OP	1.800.000	1.800.000				1.800.000			1.480.000	360.000	1.800.000					risorsa propria
Macchinari e apparecchiature	2018/11	Attrezzature per radioterapia oncologica		1.400.000	1.400.000				1.400.000				1.400.000	1.400.000					
totale				22.284.000	3.200.000	-	-	-	22.284.000	19.084.000	-	-	1.480.000	1.760.000	22.284.000				

LEGENDA

- 1) Gli interventi sono elencati per macrotipi di appartenenza (lavori, interventi di manutenzione straordinaria, tecnologia biomedica...)
Ogni intervento è identificato da un codice numerico composto dall'Anno in cui per la prima volta l'intervento appare nel Piano Investimenti, e da un numero progressivo. Il primo numero progressivo utile per la SCHEDA 2 sarà quello successivo al numero che identifica l'ultimo intervento della SCHEDA 1. Tale codice rimane inalterato fino al completamento dell'intervento e non potrà essere più utilizzato per altro intervento.
- 2) Gli interventi di importo superiore a 500.000 euro vanno indicati uno per riga con una descrizione idonea ad identificare l'intervento. Se l'intervento è oggetto di contributo statale e regionale, va facoltativamente individuato con il titolo previsto dalla relativa delibera regionale ed esecutivamente riportato anche da di importo inferiore a 500.000 euro. Vanno inoltre indicati nella nota il Programma di finanziamento e il n° dell'intervento. Gli interventi di importo inferiore a 500.000 euro e non oggetto di finanziamenti statali/regionali può essere rieligato cumulativamente. Il competente Servizio regionale si riserva tuttavia di richiedere eventuali maggiori dettagli riguardanti gli interventi da realizzare.
- 3) Qualora tra le fonti vengono indicate Altre modalità di finanziamento (esterno forme di Partenariato Pubblico Privato), le stesse devono essere preventivamente concordate con i competenti Servizi regionali, che devono disporre delle informazioni necessarie per una valutazione di sostenibilità economico-finanziaria e di analisi costi/benefici. Fermo restando il preventivo parere dei Servizi regionali competenti, tra Altre modalità di finanziamento possono essere indicati anche finanziamenti in conto esercizio qualora sussistano le condizioni di equilibrio di bilancio.
- 4) Qualora per gli interventi relativi alle macrotipi lavori e manutenzione straordinaria va indicata la topologia prevalente opere edili (OP), impianti (IMP).
- 5) Indicare nella nota la Delibera regionale di autorizzazione ai mutui.
- 6) Nella nota va riportato il numero progressivo che qualifica l'alienazione immobiliare sotto a finanziamento dell'intervento (SCHEDA 4), la stessa città, qualora l'alienazione sia già autorizzata, la relativa DOR di autorizzazione all'alienazione del bene immobiliare.
- 7) Qualora tra le fonti vengono indicate Altre modalità di finanziamento (esterno forme di Partenariato Pubblico Privato), le stesse devono essere preventivamente concordate con i competenti Servizi regionali, che devono disporre delle informazioni necessarie per una valutazione di sostenibilità economico-finanziaria e di analisi costi/benefici. Fermo restando il preventivo parere dei Servizi regionali competenti, tra Altre modalità di finanziamento possono essere indicati anche finanziamenti in conto esercizio qualora sussistano le condizioni di equilibrio di bilancio.
- 8) Contrassegnare con una "X" gli interventi strutturali ed impiantistici che comportano un adeguamento alla normativa di prevenzione incendi.
- 9) Contrassegnare con una "X" gli interventi strutturali che comportano un miglioramento dei requisiti antisismici.
- 10) Contrassegnare con una "X" gli interventi strutturali ed impiantistici che comportano un miglioramento dell'uso razionale dell'energia.
- 11) A proposito delle note 8, 9 e 10 si specifica che, ove sussistano le condizioni, può essere contrassegnata anche più di una colonna.

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI BOLOGNA

rev. febbraio 2018

Scheda rilevazione programmazione interventi non aventi copertura finanziaria

SCHEDA 3

Macro Unità (1)	Identificazione intervento (2)	titolo intervento (2-4)	Spese (5)	valore complessivo dell'investimento	investimento da realizzare nelbanno 2018	investimento da realizzare nelbanno 2019	investimento da realizzare nelbanno 2020	investimento da realizzare negli anni successivi	eventuale copertura finanziaria intervento						note		
									contributo contocapitale	mutui	alienazioni (6)	contributi conto esercizio 2018 (7)	altre forme di finanziamento (8)	Previsione ricavi (mese-anno)		Previsione flus lavori (mese-anno)	
LAVORI	2018/12	Nuove costruzioni strutture ospedaliere	OSP	60.236.000			60.236.000										
	2018/13	Ripulitura e manutenzione di impianti idrico, adeguamento prevenzione incendi ed efficientamento energetico	OSP	4.999.400			4.999.400										
	2018/14	Ripulitura e manutenzione di impianti idrico e adeguamento prevenzione incendi	OSP	100.084.580			100.084.580										
	2018/15	Interventi adeguamento prevenzione incendi e efficientamento energetico	OSP	238.076.760			238.076.760										
	2018/16	riqualificazione aree Padiglione 2 (pomone, ecc.)	OP	3.820.000		3.820.000			3.820.000								mg. 1.736 - ipotesi finanziamento regionale
Manutenzione straordinaria	2018/17	riqualificazione aree Padiglione 5 (degenze, M.I.C.I., pomone, ecc. ...)	OP	4.180.000		4.180.000			4.180.000								mg. 1.900 - ipotesi finanziamento regionale
	2017/20	acceleratore lineare	ATTR-OP	3.037.800		3.037.800			3.037.800			537.800					ricovero prostate
	2018/18	sostituzione PAC (6698)	ATTR-OP	800.000		800.000			800.000								
	2018/19	sostituzione PETTC (6560)	ATTR-OP	3.850.000		3.850.000			3.850.000								
Tecnologie diagnostiche	2018/20	sostituzione mammografi (6479, 6479b)	ATTR-OP	410.000		410.000			410.000								
	2019/21	ATTREZZATURE - TECNOLOGIE - ARREDI - INFORMATICA		43.000.000													
	2017/21	proteggimento sostituzione per obesità dei RT di degenza chirurgia e medicina (il cane)		1.820.000		200.000	200.000	1.820.000									
	2017/24	sostituzione adeguamento per obesità attrezzature da laboratorio (termofughe, congelatori, casse ...)		100.000		100.000											
	2016/19	tecnologie sanitarie ed informatiche per POLD MATERNO-INFANTILE		11.989.200			6.000.000	6.989.200									
	2017/25	centrali critica informatizzata e produzione diagnostica		2.800.000		800.000	800.000	1.200.000									
	2017/27	sistema chiamato aneurismatico (il cane)		200.000		200.000											
Totale				477.076.400	-	12.837.800	412.317.400	6.815.200	16.500.000	-	-	-	537.800				

LEGENDA

- 1) Interventi vanno elencati per macrounità di appartenenza (Lavori, interventi di ristrutturazione, attrezzature, tecnologie diagnostiche).
- 2) Ogni intervento è identificato da un codice numerico composto dal Anno in cui per la prima volta l'intervento assume tale "forma" investimenti, e da un numero progressivo. Il primo numero progressivo utile per la SCHEDA 3 sarà quello successivo al numero che identifica l'ultimo intervento della SCHEDA 2. Tale codice rimane inalterato fino al completamento dell'intervento e non potrà essere più utilizzato per altro intervento.
- 3) Gli interventi che afferiscono alla macrounità Lavori/Fabbricazioni edifica sanitaria possono essere rappresentati cumulativamente sulla base delle somme parametriche (mg + Anno) effettuate per ciascuna categoria di intervento. L'Azienda dovrà disporre dei calcoli analitici rappresentati per ciascuna categoria di intervento rilevante attraverso il numero che identificativo dell'intervento.
- 4) Gli interventi di importo superiore 500.000 euro che afferiscono alla macrounità Lavori vanno indicati uno per fila con una descrizione in nota idonea ad identificare l'intervento. Se l'intervento è di importo inferiore a 500.000 può essere raggruppato cumulativamente. Il competente Servizio regionale si riserva di richiedere eventuali maggiori dettagli sui singoli interventi.
- 5) **OSP** = interventi su strutture ospedaliere. **TER** = interventi su strutture territoriali sanitarie/amministrative/logistiche.
- 6) Nella nota va riportato il numero progressivo che qualifica l'alienazione immobiliare posta a finanziamento dell'intervento (SCHEDA 4). Va altresì citata, qualora l'alienazione sia già autorizzata, la relativa DGR di autorizzazione all'alienazione del bene immobiliare.
- 7) In questa colonna vanno riportati gli impatti dei contributi in conto esercizio per interventi realizzati al 2018. Non è possibile prevedere copertura finanziaria di interventi con contributi in conto esercizio da imputare ad esercizi successivi al 2018.
- 8) Qualora tra le fonti destinate a copertura finanziata dagli interventi vengano indicate Altre modalità di finanziamento (con particolare riferimento alle forme di Partenariato Pubblico Privato), le stesse devono essere preventivamente concordate con i competenti Servizi regionali che devono disporre delle informazioni necessarie per una valutazione di sostenibilità economico-finanziaria e di analisi costi/benefici.

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA DI BOLOGNA

Scheda 4 di rilevazione delle alienazioni patrimoniali

ALIENAZIONI POSTE A FINANZIAMENTO DEL PIANO INVESTIMENTI

N. progressivo	descrizione immobilizzazione	2018		Note (DGR autorizzazione alienazione)
		valore bilancio	presunto realizzo	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
		-	-	

Questa scheda va utilizzata esclusivamente nel caso in cui l'immobile c.e. da reddito sia posto a copertura di un intervento antecedente al 2017 o ricorrano condizioni particolarmente favorevoli e vantaggiose riguardo una sua prossima alienazione. In tal caso va predisposta apposita relazione, da allegare al piano investimenti, in cui si riscontri tale opportunità.

ALIENAZIONI VINCOLATE A RIPIANO PERDITE

descrizione immobilizzazione	2018	
	valore bilancio	presunto realizzo
-		
-		
-		
-		
Totale	-	-

(importi in migliaia di euro)

4. Misurazione e valutazione della performance

Negli anni l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna ha consolidato un articolato processo - fondato sull'integrazione di sistemi, metodiche e strumenti esistenti o sviluppati ad hoc - finalizzato ad attuare una corretta gestione aziendale, attraverso un'azione coordinata di programmazione, monitoraggio, valutazione dell'attività e delle prestazioni e valorizzazione dell'apporto professionale d'équipe ed individuale.

Tale processo ha trovato sintesi, da ultimo, nel processo di riorganizzazione delle funzioni direzionali definito ad inizio 2012 e si svilupperà ulteriormente mediante una compiuta definizione del sistema di valutazione individuale annuale.

Il processo nel suo insieme - come successivamente illustrato - trova riscontro nel contesto normativo delineato dal DLgs 150/2009 e realizza il "Sistema di misurazione e valutazione della performance" previsto dal decreto stesso, con le modalità riassunte nel presente documento.

Inoltre, esso risulta in linea con le fasi che il D.Lgs. 150/09 definisce per il "ciclo di gestione della performance", che all'articolo 4 viene declinato come segue:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Nello specifico:

-le fasi di cui ai punti a) e b) si realizzano attraverso il processo di negoziazione del budget;

-le fasi di cui ai punti c) e d) si attuano attraverso gli strumenti propri del controllo di gestione e del sistema di valutazione;

-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 missione e il Bilancio di Esercizio (Relazione del Direttore Generale sulla gestione).

Di seguito sono illustrati sistemi, processi, organismi e modalità che interagiscono nel complessivo sistema di gestione della performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e che - nel loro insieme - costituiscono il sistema di misurazione e valutazione della performance:

1.Negoziazione del budget: del documento di budget trovano declinazione, nelle diverse articolazioni aziendali, gli obiettivi strategici, le linee di programmazione regionale coerentemente con la programmazione provinciale e di Area Vasta. Nel budget aziendale viene verificata la sostenibilità economica e patrimoniale del sistema di programmazione.

2.Controllo di gestione e sistema informativo: è la struttura complessa che si occupa della programmazione operativa e del processo di verifica, al controllo e valutazione dei risultati al fine di indirizzare i comportamenti verso il conseguimento degli obiettivi aziendali. Il sistema di monitoraggio e controllo aziendale è articolato su vari livelli all'interno dell'azienda: (aziendale, gestionale/trasversale, per dipartimenti e centri di responsabilità) e si completa con la valutazione annuale dei risultati conseguiti.

3.Sistemi premianti: condivisi nel tempo con le organizzazioni sindacali delle diverse aree di contrattazione e con il Collegio di Direzione, sono stati predisposti in linea con la logica per obiettivi prevista dai contratti nazionali per lavoro. Il fondo finalizzato alla corresponsione della retribuzione di risultato è stato articolato in due ambiti premianti:

-il primo diretto a riconoscere il contributo dei professionisti al raggiungimento degli obiettivi negoziati in sede di budget. Tale valutazione è tipicamente incentrata sull'équipe; in caso di raggiungimento parziale degli obiettivi assegnati, infatti, a tutti i componenti della specifica struttura organizzativa viene assegnata una percentuale del premio prefissato. In questo ambito, pertanto, l'Azienda premia quindi la performance organizzativa in coerenza con quanto previsto dal D.Lgs.150/2009;

-il secondo prevede l'assegnazione selettiva di premi a dirigenti che concorrano al raggiungimento di progetti specifici (di natura aziendale o dipartimentale) che riguardano, di anno in anno, solo i dirigenti effettivamente coinvolti nel conseguimento degli obiettivi dei progetti.

Per l'area del comparto che un ulteriore ambito che riproduce il sistema degli incarichi dirigenziali, attraverso la formalizzazione di un sistema di responsabilità che valorizza l'attribuzione individuale di specifiche funzioni correlate alla gestione di risorse e/o di processi.

4.Sistema di valutazione del personale: il sistema di valutazione è fondato su criteri ispirati all'integrazione tra personale del SSN e personale universitario. L'Azienda ha l'obiettivo di sviluppare la valutazione individuale, la valutazione delle posizioni e delle clinical competence ai fini di orientare i sistemi premianti e i profili di sviluppo individuali;

5.Organismo di Supporto Aziendale: è stato istituito l'OAS aziendale (delibera 55/2015) che svolge le funzioni previste dalla DGR 1/2014 e 3/2015 dell'Organismo di

Valutazione unico regionale ed in particolare quelle relative ai seguenti aspetti disciplinati con comunicazione prot. PG/2014/385293 del 22.10.2014.

6. Comunicazione e trasparenza: nell'ambito del "Sistema aziendale di misurazione e valutazione delle performance", l'Azienda attua diverse misure volte a garantire una piena informazione verso utenti e stakeholders in relazione al ciclo della performance attuato, allo scopo di favorire forme diffuse di informazione e controllo. In particolare, sono pubblicate sul sito istituzionale e aziendale le seguenti informazioni:

- ✓Relative all'assetto organizzativo aziendale, come derivante dai documenti aziendali: "Atto aziendale" e "Regolamento organizzativo aziendale";
- ✓Linee guida Budget e 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 "Trasparenza e rendicontazione" documenti di rendicontazione aziendale quali: la relazione sulla performance, il bilancio di missione, il bilancio di esercizio, le attività e gli impegni del Policlinico per i cittadini e i pazienti, il piano triennale per la razionalizzazione dei beni mobili ed immobili;
- ✓Retribuzione dei dirigenti con specifica evidenza sulle componenti variabili della retribuzione e delle componenti legate alla valutazione di risultato;
- ✓Curricula dei dirigenti e dei titolari di posizione organizzativa.

5. Indicatori di risultato

Sulla base degli obiettivi strategici sono stati definiti gli obiettivi operativi aziendali nonché i relativi indicatori e valori attesi.

Per rendere uniformi su tutto il territorio regionale le linee programmatiche ed il loro monitoraggio, la Regione Emilia-Romagna, in collaborazione con l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV-SSR), ha elaborato un set di indicatori unico per tutte le aziende, da utilizzare per il Piano di Performance Aziendale.

Tali indicatori sono stati selezionati nell'ambito del Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna InSiDER (ex SIVER) ovvero il portale della Regione Emilia-Romagna dedicato al tema della valutazione della performance del Servizio Sanitario. La scelta di individuare un unico elenco è stata dettata dalla necessità di poter confrontare le aziende su un unico set di indicatori calcolati in modo univoco a livello regionale e dare garanzia di maggior trasparenza e coerenza del sistema.

L'elenco degli indicatori era stato costruito tenendo conto delle indicazioni nazionali (Griglia LEA, Piani di Rientro, DM 70) e delle linee di programmazione definite a livello regionale. Alla luce delle novità emerse a livello nazionale e a seguito della definizione di nuove priorità in diversi ambiti dell'assistenza sanitaria a livello regionale, la Regione Emilia-Romagna ha ritenuto utile revisionare tale elenco, prevedendo nuovi ambiti:

- Pronto soccorso
- Assistenza domiciliare
- Ospedali di comunità
- Interruzioni volontarie di gravidanza
- Assistenza socio-sanitaria

Per altri ambiti è stato deciso di inserire ulteriori indicatori o di sostituire quelli esistenti. Gli indicatori individuati per

- l'Area della ricerca e della didattica, riferita alla dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo
- l'Area degli investimenti, riferita alla dimensione di performance della sostenibilità,

non disponibili nel sistema di monitoraggio regionale InSiDER (ex SIVER), sono stati elaborati a livello aziendale, tenendo conto degli indicatori proposti dalla Delibera 3/2016 dell'OIV-SSR.

- AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA -

Nelle schede a seguire, si possono osservare per ciascun indicatore, raggruppato per area della performance di riferimento, i risultati conseguiti dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna come di seguito indicato:

- il valore aziendale riferito all'anno 2017;
- il valore medio regionale riferito allo stesso anno, che consente un confronto dell'Azienda rispetto alla media delle Aziende sanitarie regionali;
- i valori aziendali precedenti (se disponibili), riferiti all'anno 2015 e all'anno 2016, col fine di evidenziare un andamento temporale dell'indicatore;
- il valore aziendale atteso nel triennio 2018 – 2020.

Gli indicatori di risultato e il relativo monitoraggio sono pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente del portale internet aziendale, al seguente indirizzo:

<http://www.aosp.bo.it/content/relazione-sulla-performance>

UTENTE

Accesso e Domanda

Accesso e Domanda

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Regionale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA		141,09		137,89		134,48		
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro 30 gg		97,17		97,31		97,05		
% abbandoni dal Pronto Soccorso					4,77	4,98		
Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg		97,77		98,29		98,31		
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti		12,13		11,82		10,22		
Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - GRIGLIA LEA		16		16		16		
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	78,86	68,82	72,22	67,1	76,98	67,87	Monitoraggio	
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	62,02	64,54	59,53	62,19	59,41	60,96	Monitoraggio	
Tasso std di accessi in PS		380,84		379,74	-	381,94		
Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: % casi entro i 30 gg					63,41	77,18	Miglioramento	
Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i 180 gg					79,17	81,04	Miglioramento	
Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata					64,97	70,61	Miglioramento	

Integrazione

Integrazione

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Regionale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO						3,21		
% IVG medica sul totale IVG						29,92		
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane					40,99	31,48	Miglioramento	
% di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA		4,31		4,17		4,14		
Tasso std di ospedalizzazione in TSO x 100.000 residenti maggiorenni		26,05		26,55		22,36		
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni		198,13		187,52		194,03		
Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite per 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA		188,83		117,29		126,3		
Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti, >= 18 anni - GRIGLIA LEA		418,24		368,36		415,31		

Esiti

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Regionale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
Infarto miocardico acuto : mortalità a 30 giorni	9,63	9,2	9,04	8,72	8,42	9,06	Monitoraggio	
Infarto miocardico acuto : % trattati con PTCA entro 2 giorni	36,6	42,67	29,24	44,39	30,66	43,18	Monitoraggio	
Scompenso cardiaco congestizio : mortalità a 30 giorni	9,97	12,13	8,68	11,49	11,67	12,68	Monitoraggio	
Bypass aortocoronarico : mortalità a 30 giorni	2,25	1,69	1,37	1,71	0,65	1,57	Monitoraggio	
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache : mortalità a 30 giorni	2,03	2,26	2,53	2,73	2,15	1,96	Monitoraggio	
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale : mortalità a 30 giorni	1,28	1,65	0,92	1,61	0,48	1,53	Monitoraggio	
Ictus ischemico : mortalità a 30 giorni	10,62	11,6	9,73	10,45	7,28	10,66	Monitoraggio	
Intervento chirurgico per T cerebrale : mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia		1,56		1,8		1,6		
BPCO riacutizzata : mortalità a 30 giorni	11,44	9,48	11,69	8,69	11,8	9,99	Monitoraggio	
Colecistectomia laparoscopica : % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	85,51	77,62	79,15	78,81	76,6	80,73	Monitoraggio	
Colecistectomia laparoscopica : % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	69	77,21	56,02	73,84	52,85	82,06	Monitoraggio	

Esiti

Esiti

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Regionale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
Intervento chirurgico per TM mammella : % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	87,94	79,08	83,86	78,56	83,72	81,55	Monitoraggio	
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	2,22	6,42	4,39	6,63	3,31	6,11	Monitoraggio	
Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	2,87	1,04	1,87	0,9	0,77	0,78	Monitoraggio	
Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	2,14	4,35	3,57	4,33	2,86	4,74	Monitoraggio	
Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	4,17	3,76	3,79	3,96	4,98	4,35	Monitoraggio	
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	27,33	18,65	26,48	18,49	25,64	18,01	Monitoraggio, riduzione	
Parti naturali : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,53	0,83	0,49	0,86	0,95	0,9	Monitoraggio	
Parti cesarei : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,18	0,97	1,16	0,82	1,61	0,98	Monitoraggio	
Frattura del collo del femore : intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	83,87	70,38	82,29	70,12	84,27	72,8	Mantemimento	
Frattura della tibia e perone : tempi di attesa per intervento chirurgico	2	2	3	3	3	2	Mantimimento/Riduzione	

PROCESSI INTERNI

Produzione-Ospedale

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Regionale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	2,8	3,18	3,01	3,34	0	0		
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	-0,07	-0,47	-0,29	-0,4	-0,34	-0,34	Miglioramento	
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	-0,53	-0,72	-0,54	-0,63	-0,48	-0,52	Miglioramento	
Degenza media pre-operatoria	1,13	0,8	0,93	0,76	0,9	0,73	Miglioramento	
Volume di accessi in PS	134.298	1.857.137	140.951	1.875.560	137.847	1.891.003	Monitoraggio	
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	28.063	339.417	27.989	334.895	29.295	359.943	Monitoraggio	
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	21.479	262.852	21.845	260.296	21.781	256.848	Monitoraggio	
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	9.693	76.952	7.898	68.343	4.478	38.898	Riduzione	
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	4.729	88.286	4.816	86.987	5.021	84.951	Incremento	

Produzione-Ospedale

Produzione-Territorio

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Regionale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza						49,98		
% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita						57,57		
% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita						25,47		
% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)						5,45		
Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti				73,03		20,08		
Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile		7,06		73,03		78,62		
Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA		28,18		20,34		20,57		
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	319.741	6.755.149	317.069	6.788.682	325.218	6.839.955	Monitoraggio	
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	403.330	6.144.837	426.191	6.364.012	442.255	6.519.422	Monitoraggio	
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	1.464.422	46.172.919	1.586.501	43.108.376	1.923.533	46.157.827	Monitoraggio	
Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti						0,36		
Numero ambulatori infermieristici per gestione cronicità/Case della Salute attive						75		
Durata media di degenza in OSCO						18,94		
Volume di accessi in ADI: alta intensità -						427.050		
Volume di accessi in ADI: media intensità -						741.659		
Volume di accessi in ADI: bassa intensità						1.672.625		
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale in DSA (Day Service Ambulatoriali)					967.042	5.964.392		

Produzione-Territorio

Produzione-Prevenzione

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Regionale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare		48,6		48,4		49,01		
% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica		33,8		35,3		35,1		
% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate		75,3		76,42	-	75,65		
% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate					-	63,54		
% di persone che hanno partecipato allo screening colorettaie rispetto alle persone invitate		50,29		49,21	-	49,03		
Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini -GRIGLIA LEA						91,11		
Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA		51,86		53,04		53,25		
Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio -						71,01		
Copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari					40,55	29,57		
Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini						91,64		
Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA		92,91		92,93		94,03		
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA		10,07		9,84		9,79		
% di cantieri ispezionati						19,25		
Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti		98,73		100	-	100		
Copertura vaccinale meningite meningococcica C in coorte sedicenni						88,28		
Percentuale di persone sottoposte a screening per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti con permanenza >=14 giorni						83,09		

**Produzione-
Prevenzione**

Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio clinico

**Appropriatezza
Qualità, Sicurezza e
Gestione del
Rischio clinico**

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Regionale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti		10,33		9,88		10,06		
Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici			5,02	4,03	7,3	5,89	Monitoraggio	
Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	4,94	2,54	5,85	2,5	6,5	3,18	Monitoraggio	
% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria						21,04		
Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti						777,31		
% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	4,96	35,8	6,15	39,8	10,28	43,54	Monitoraggio	
% di ricoveri in Day-Surgery per DRG LEA Chirurgici	40,93	49,84	38,67	50,09	41,13	49,65	Miglioramento	
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA		2,97		2,61		2,17		
Tasso std di accessi di tipo medico per 1.000 residenti - GRIGLIA LEA		122,71		110,32		33,49		
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,21	0,22	0,2	0,22	0,21	0,21	Monitoraggio	
Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA		6,6		6,22		6,86		
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS					-	13,68		
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni					-	4,9		

Anticorruzione-Trasparenza

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Regionale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	96,91	100	95,42	100	98,75	Mantenimento	
% di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali					81	85,59	Miglioramento	

INNOVAZIONE E SVILUPPO

Ricerca e Didattica

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Regionale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
Impact Factor Grezzo (*)	5499,014		6387,212		6721,04		Monitoraggio	
IF per ricercatore (**)	5,178		5,947		6,359		Monitoraggio	
N° progetti di ricerca finalizzata (***) a cui l'azienda partecipa in qualità di coordinatore	56		42		34		Monitoraggio	Il trend in riduzione è principalmente dovuto all'assenza di nuovi bandi del PRRU, nonché dalla contestuale chiusura di numerosi progetti assegnati nell'ambito delle precedenti annualità del PRRU stesso e del Bando di Ricerca Finalizzata del Ministero della Salute
N° progetti di ricerca finalizzata (***) a cui l'azienda partecipa in qualità di unità partecipante	27						monitoraggio	

(*) dato grezzo – IFN non disponibile

(**)dato grezzo (IFN non disponibile) per ricercatore, considerando a tal fine il personale dipendente, il personale universitario integrato e le forme di collaborazione quali i CLP e i Co. Co. della dirigenza medica e della dirigenza non medica in servizio al 31.12 dell'anno di riferimento

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

SOSTENIBILITA'

Economico - Finanziaria

**Economico -
Finanziaria**

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Regionale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
Costo pro capite totale		1.823,12		1.750		1.749,70		
Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro		54,13		52,00		52,97		
Costo pro capite assistenza distrettuale		1.058,59		1.037,00		1.044,21		
Costo pro capite assistenza ospedaliera		710		661		652,52		
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	97,44	94,57	103,68	95,65	101,2	97,48	Mantenimento	
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nella liste di trasparenza		79,84		79,58		83,65		
Spesa farmaceutica territoriale procapite		157,54		158,55		164,77		
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	- 0, 68		-9,67		-18,5		Mantenimento	

Investimenti

Investimenti

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore Regionale 2015	Valore Aziendale 2016	Valore Regionale 2016	Valore Aziendale 2017	Valore Regionale 2017	Trend atteso nel triennio 2018 - 2020	Commento
% di realizzazione del piano di investimenti aziendali	78%		78%		79,08%		Mantenimento	