

FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: ASL_BO
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000248
DATA: 27/06/2019 16:33
OGGETTO: ADOZIONE RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2018

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Gibertoni Chiara in qualità di Direttore Generale
Con il parere favorevole di Novaco Francesca Caterina - Direttore Sanitario
Con il parere favorevole di Petrini Anna Maria - Direttore Amministrativo

Su proposta di Giovanni Ferro - UO Sviluppo Organizzativo, Professionale e Formazione (SC) che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

CLASSIFICAZIONI:

- [01-01-02]

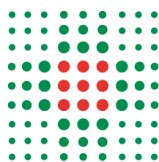
DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- UO Laboratori (PO)
- UO Riabilitazione Eta' Evolutiva (PO)
- UO Riabilitazione Territoriale (PO)
- UO Reno, Lavino e Samoggia (PO)
- Area DATeR IRCCS (SS)
- UO Radiologia e Radioterapia (PO)
- UO Pronto Soccorso (PO)
- UO Centrale Operativa 118 (PO)
- UO Chirurgica OM (PO)
- UO Centro Est (PO)
- UO Trasporti Sanitari Assistiti (PO)
- UO Amministrativa e Segreteria DATeR (SSD)
- Dipartimento Chirurgico
- DATeR - Direzione Assistenziale Tecnica e Riabilitativa
- Dipartimento Oncologico
- Dipartimento Emergenza
- Servizio Unico Metropolitan Contabilita' e Finanza (SUMCF)
- UO Sviluppo Organizzativo, Professionale e Formazione (SC)



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

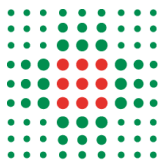


- Area DATeR Nord (SS)
- Area DATeR dell'Integrazione e della Continuità Assistenziale (SC)
- Dipartimento Cure Primarie
- Dipartimento Servizi
- Dipartimento Materno Infantile
- Servizio Unico Metropolitan Amministrazione del Personale (SUMAP)
- UO Presidio Ospedaliero Unico Aziendale (SC)
- UO Funzioni HUB (SC)
- Dipartimento Sanità Pubblica
- UO Riabilitazione Ospedaliera (PO)
- UO Assistenza Ostetrico-Ginecologica (PO)
- UO Assistenza Pediatrica (PO)
- UO Sanità Pubblica (PO)
- UO Affari Generali e Legali (SC)
- UO Appennino Bolognese (PO)
- UO Bellaria (PO)
- UO Dialisi e Servizi (PO)
- Distretto di Committenza e Garanzia Pianura Ovest
- Distretto di Committenza e Garanzia Reno, Lavino e Samoggia
- Direzione Sanitaria
- UO Comunicazione (SS)
- UO Tecnologie Informatiche e di Comunicazione (SC)
- Direzione Attività Socio-Sanitarie - DASS (SC)
- UO Controllo di Gestione e Flussi Informativi (SC)
- Dipartimento Salute Mentale - Dipendenze Patologiche
- Dipartimento Medico
- IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche - Direzione Operativa
- UO Medica OM (PO)
- UO Intensiva (PO)
- UO Centro Ovest (PO)
- Distretto di Committenza e Garanzia Pianura EST
- UO Libera Professione (SC)
- UO Progettazione e Sviluppo Edilizio e Patrimonio (SC)
- UO Piastra Blocchi Operatori e Centrale di Sterilizzazione Unica Hub (PO)
- UO Servizio Prevenzione e Protezione (SC)
- Distretto di Committenza e Garanzia dell'Appennino Bolognese
- Distretto di Committenza e Garanzia della Città di Bologna
- DAAT - Dipartimento Attività Amministrative Territoriali
- Servizio Unico Metropolitan Economato (SUME)
- UO Servizi Amministrativi Ospedalieri (SC)
- UO Medicina Legale e Risk Management (SC)
- UO Anticorruzione, Trasparenza e Privacy (SC)
- UO Committenza e Specialistica Ambulatoriale (SC)
- Dipartimento Tecnico-Patrimoniale
- Dipartimento Farmaceutico
- UO Prevenzione Rischio Infettivo nelle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie Territoriali (SC)



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



- Funzione Attivita' Amministrative Distrettuali Reno, Lavino e Samoggia (PO)
- UASS Reno, Lavino e Samoggia (PO)
- UO Cure Primarie Appennino, Reno - Lavino - Samoggia (SC)
- Centro Regionale Sangue
- UO Governo Clinico e Sistema Qualita' (SC)
- Distretto di Committenza e Garanzia di San Lazzaro di Savena

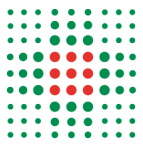
DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000248_2019_delibera_firmata.pdf	Ferro Giovanni; Gibertoni Chiara; Novaco Francesca Caterina; Petrini Anna Maria	7689012B421BB6E45F4F2F4410B89F8293 184D9F244EECFB61BE006B1FAC7BC6
DELI0000248_2019_Allegato1.pdf:		0013E9F01DE01E43BAEB60DBDADD1C5 1DEC89C8B94F6CC5C091F117FEC4E86 C4



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



DELIBERAZIONE

OGGETTO: ADOZIONE RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2018

IL DIRETTORE GENERALE

Su proposta del dott. Giovanni Ferro, Direttore dell'UO Sviluppo Organizzativo, Professionale e Formazione (SC), che esprime contestuale parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto;

Richiamato il Decreto Legislativo n. 150/2009 avente ad oggetto "Attuazione della legge 4 marzo 2009, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";

Preso atto del quadro normativo di riferimento in relazione al complessivo sistema di valutazione, della trasparenza e dell'integrità dei controlli, con particolare riferimento a:

- Legge n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione";
- Decreto Legislativo n. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni", così come integrato e modificato dal Decreto Legislativo n. 97 del 25/05/2016.

Considerato che la Regione Emilia-Romagna, con la Legge Regionale n. 26/2013 e con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 334/2014 ha tra l'altro disciplinato, per gli enti e le aziende del Servizio Sanitario Regionale, il modello di riferimento in materia di ottimizzazione della produttività, dell'efficienza e della trasparenza, in applicazione del citato Decreto Legislativo n. 150/2009;

Vista la deliberazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione, unico per le Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna (OIV-SSR), n. 3/2016, con la quale sono state fornite istruzioni operative in ordine alla struttura ed alle modalità di redazione della Relazione sulla Performance e con la quale sono state aggiornate le Linee Guida sul Sistema di misurazione e valutazione della Performance, definendo altresì che la Relazione sulla Performance dovrà essere predisposta entro il 30/06 dell'anno successivo a quello di riferimento;

Dato atto altresì che il Piano della Performance è previsto dalla Legge Regionale n. 9/2018 tra gli strumenti della programmazione pluriennale delle Aziende sanitarie regionali;

Vista la deliberazione n. 259 del 31/07/2018 inerente il "Piano della Performance 2018-2020", redatto in coerenza con le indicazioni contenute nella nota dell'OIV-SSR PG/2018/0355534 del 16/05/2018 riferita al "Sistema di misurazione e valutazione della performance: nuovo Piano della Performance 2018-2020" ed alla normativa di riferimento;



Valutato che il “Piano della Performance 2018-2020” è stato sottoposto all’Organismo Aziendale di Supporto (OAS) che ne ha condiviso l’impostazione ed i relativi contenuti;

Dato atto che un apposito gruppo di lavoro aziendale ha predisposto la Relazione sulla Performance 2018 dell’AUSL di Bologna, sulla base delle sopraccitate indicazioni;

Acquisito il parere favorevole dell’Organismo Aziendale di Supporto (OAS) sulla predetta Relazione della Performance 2018;

Considerato che la Relazione sulla Performance 2018 costituisce la rendicontazione annuale del suddetto Piano della Performance, riferita all’anno 2018;

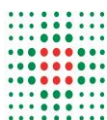
Considerato altresì che in attuazione della normativa vigente, come sopra richiamata, l’Azienda pubblicherà la Relazione sulla Performance in apposita sezione del proprio sito istituzionale "Amministrazione Trasparente"

Delibera

per le motivazioni esposte in premessa:

1. di adottare la Relazione sulla Performance 2018 dell’Azienda USL di Bologna, come risulta dall’allegato 1 che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2. di pubblicare la relazione di cui al punto 1 nella apposita sezione del sito “Amministrazione Trasparente” dell’Azienda USL di Bologna.

Responsabile del procedimento ai sensi della L. 241/90:
Alessandra Danielli



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2018

INDICE

1. PREMESSA

2. EXECUTIVE SUMMARY

2.1 L'AZIENDA: Territorio e Popolazione

2.2 Organizzazione dell'Azienda

3. RELAZIONE 2018

3.1 Prevenzione e Promozione della salute

3.2 Il nuovo Piano di prevenzione vaccinale

3.3 L'Accesso ai percorsi sanitari e socio-sanitari

3.3.1 Il governo della specialistica ambulatoriale

3.3.2 La riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati

3.3.3 Il contenimento dei tempi d'attesa in PS

3.4 Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali

3.4.1 Lo sviluppo delle Case della Salute

3.4.2 Lo sviluppo delle Cure Intermedie

3.4.3 Lo sviluppo della rete delle Cure palliative

3.4.4 Salute Mentale e le Dipendenze patologiche

3.4.5 Servizi Socio-sanitari per la non autosufficienza

3.4.6 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

3.4.7 Le reti di rilievo Regionale

3.5 Il governo del farmaco

3.6 La Gestione del Rischio

3.7 La Ricerca

3.8 Sostenibilità economico finanziaria

3.9 Sviluppo e valorizzazione delle competenze

3.10 Politiche di Prevenzione della Corruzione e promozione della Trasparenza

3.11 Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali

4. GLI INDICATORI DI RISULTATO E LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

4.1 Dimensione della Performance dell'UTENTE

4.1.1 Area dell'Accesso e delle Domanda

4.1.2 Area dell'Integrazione,

4.1.3 Area degli Esiti

4.2 Dimensione dei PROCESSI INTERNI

4.2.1 Area Produzione Ospedaliera

4.2.2 Area Produzione Territoriale

4.2.3 Area Produzione Prevenzione

4.2.4 Area Appropriatazza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

4.2.5 Area Anticorruzione-Trasparenza

4.3 Dimensione SOSTENIBILITÀ ECONOMICA

4.3.1 Area Economico-Finanziaria

1.Premessa

La Relazione sulla Performance 2018 è il documento di rendicontazione annuale definito nella delibera dell'OIV-SSR n.3/2016 (paragrafo 5) riferito al documento di programmazione triennale sul sistema della performance "Piano della Performance 2018-2020".

Si tratta di un documento annuale articolato in due sezioni contenenti:

- elementi informativi relativi alle azioni attuate in relazione agli impegni strategici presenti nel Piano della Performance;
- l'evoluzione registrata per gli indicatori di risultato, con commenti/spiegazioni in relazione agli andamenti attesi.

Alla Relazione sulla performance è allegata la Rendicontazione aziendale degli obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale (Allegato1), estratta dal capitolo della Relazione sulla Gestione del Direttore Generale allegata al Bilancio di esercizio 2018 (ex D.lgs. 118/11),. inerente la rendicontazione delle azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR 919/2018.

2. EXECUTIVE SUMMARY

Il sistema di monitoraggio relativo alla programmazione pluriennale 2018/2020 e a quella annuale 2018 è impostato in coerenza agli obiettivi regionali di mandato assegnati alla Direzione Aziendale, alle Linee di indirizzo Regionali inerenti la programmazione sanitaria e la sostenibilità economica, alla Programmazione sanitaria e socio-sanitaria locale (CTSSM). In particolare, nel 2018 le aree strategiche del piano sono:

- Prevenzione e promozione della salute
- Il Nuovo Piano di Prevenzione Vaccinale
- L'Accesso ai percorsi sanitari e socio-sanitari
- Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali
- La Gestione del Rischio
- Il Governo del Farmaco
- La Ricerca
- La sostenibilità economica

Con la redazione del Piano delle Performance e la Relazione annuale delle performance, l'Azienda si propone di consolidare un percorso di effettivo orientamento ai risultati, dotandosi di uno strumento idoneo a fornire informazioni precise e quantificabili sugli aspetti rilevanti delle proprie attività, con l'obiettivo di migliorare l'erogazione dei servizi, l'organizzazione e rendere più trasparente la rendicontazione del proprio operato agli stakeholder.

2.1 L'AZIENDA: Territorio e Popolazione

L'Azienda USL di Bologna opera su un territorio coincidente con 45 comuni della provincia di Bologna, con una popolazione complessiva di **879.504 abitanti (popolazione residente all'1/1/2018)** distribuiti su 45 comuni, suddivisi in 6 distretti.

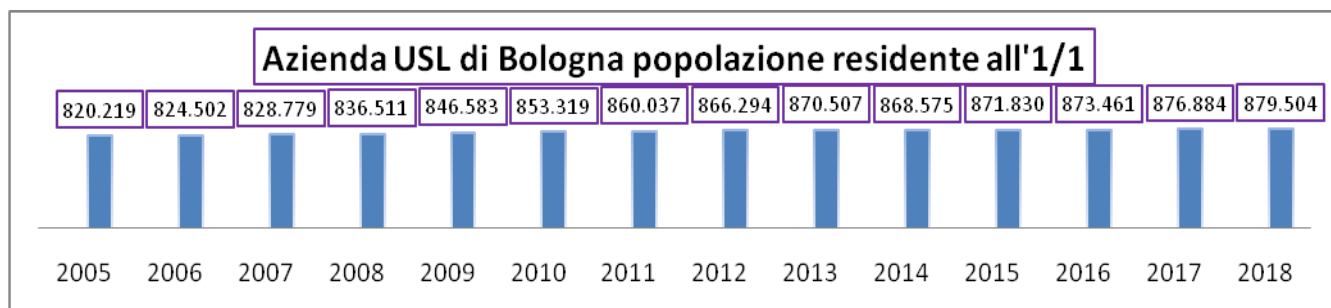
tab. A - Popolazione residente nell'AUSL di Bologna all'1/1/2018 per fasce di età e genere

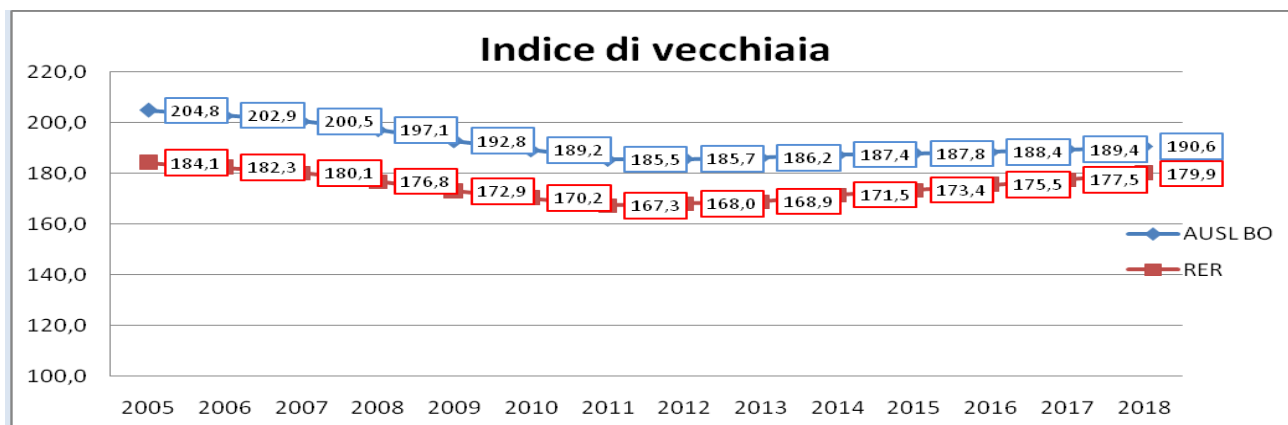
Classi di età per pop. assistibile	Maschi residenti	Femmine residenti	Totale residenti
0-13 anni	54.235	51.105	105.340
14-59 anni	251.865	253.992	505.857
60 anni e oltre	117.036	151.271	268.307
Totale	423.136	456.368	879.504

tab. B - Popolazione residente nell'AUSL di Bologna all'1/1/2018 per Distretto e genere

Distretti sanitari di residenza	Maschi residenti	Femmine residenti	Totale residenti
Pianura Ovest	40.703	42.446	83.149
Pianura Est	78.422	82.306	160.728
Reno Lavino Samoggia	54.640	58.070	112.710
Città di Bologna	183.827	205.434	389.261
Appennino	27.655	27.972	55.627
San Lazzaro di Savena	37.889	40.140	78.029
Totale	423.136	456.368	879.504

La popolazione residente nell'AUSL di Bologna è incrementata gradualmente dall'1/1/2005 all'1/1/2018 dello 7,2% (+59.285 abitanti). L'indice di vecchiaia, in calo dal 2015 (204,8) al 2011 (185,5), riprende a salire e registra un indice del 190,6% nel 2018. L'andamento nel tempo è parallelo a quello della regione Emilia-Romagna, anche se gli indici di vecchiaia regionali rimangono sempre sotto i valori Aziendali: nel 2015 l'indice RER era pari a 184,1% e nel 2018 pari a 179,9.





2.2 ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA

L'Azienda U.S.L. di Bologna è articolata territorialmente in sei Distretti, è organizzata in Dipartimenti che costituiscono il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali, e presenta al suo interno l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Istituto delle Scienze Neurologiche", dotato di proprio statuto e costituito in attuazione a quanto previsto dalla Legge Regionale n. 4 del 19 febbraio 2008.

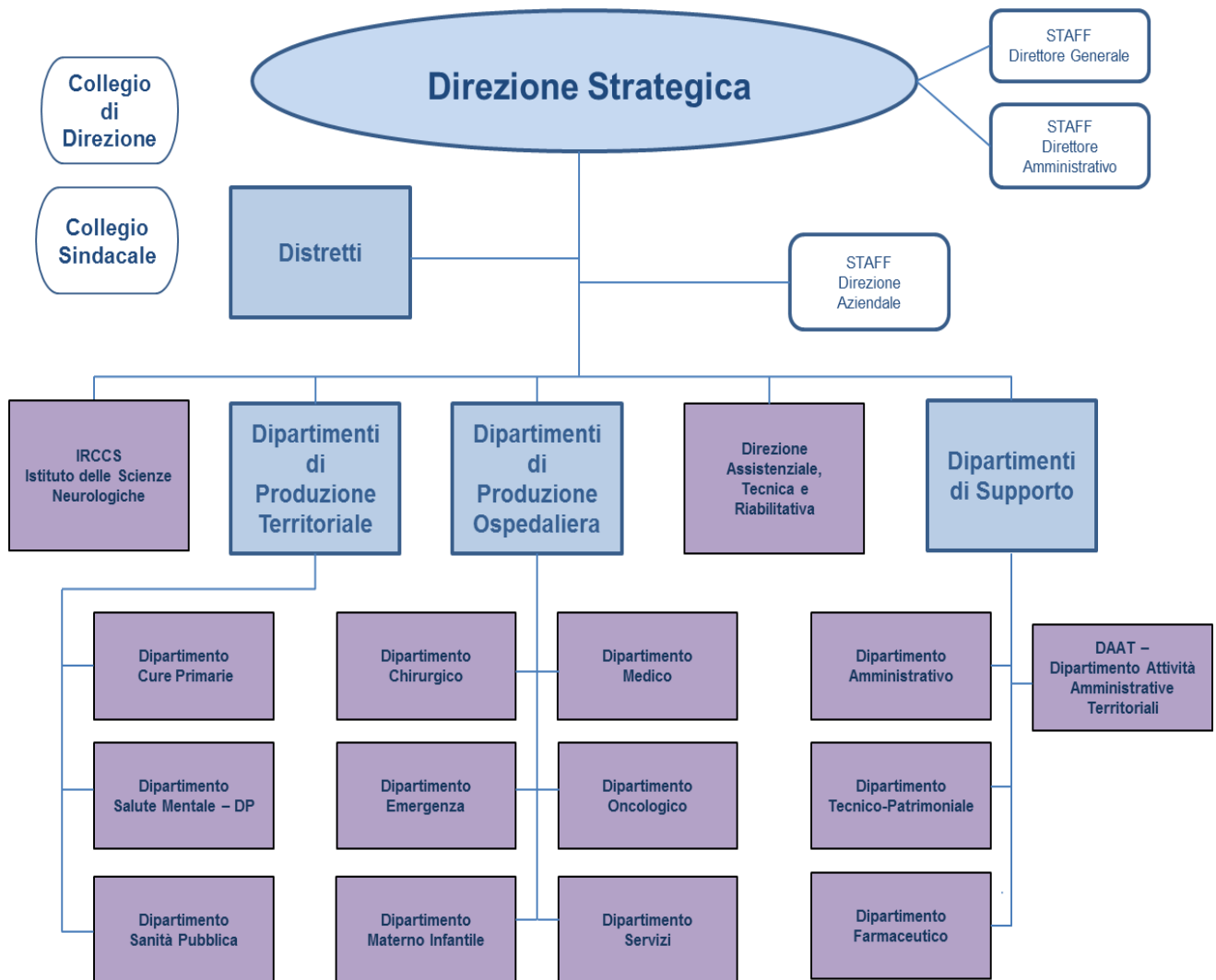
L'Azienda USL di Bologna presenta un insieme capillare di sedi erogative sul territorio: nove stabilimenti ospedalieri, sedici Case della Salute e oltre cinquanta Poliambulatori, che garantiscono l'accesso ai servizi ed alle prestazioni sanitarie di base e di più elevato livello specialistico.

Le evoluzioni organizzative e di processo degli ultimi anni, quali l'implementazione di piattaforme logistiche, professionali ed operatorie, ospedali per intensità di cura e complessità assistenziale, percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, sono state realizzate sulla base di una struttura matriciale delle responsabilità organizzative, cliniche ed assistenziali.

L'assetto organizzativo aziendale risulta tuttora in fase di evoluzione al fine di meglio assicurare il pieno governo dei percorsi, la continuità delle cure ed una maggiore omogeneizzazione delle procedure e delle modalità operative aziendali, oltre ad ottemperare ai nuovi standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, richiesti dalle recenti indicazioni ministeriali e regionali, all'interno delle principali dimensioni che caratterizzano il sistema attuale: ospedaliera, delle cure intermedie e territoriale.

In particolare, nel corso dell'anno 2018, l'Azienda ha proseguito nel percorso di revisione organizzativa avviata negli anni precedenti, in coerenza con gli scenari e le ipotesi di sviluppo per il futuro della sanità metropolitana, secondo quanto previsto nel documento redatto dal Nucleo Tecnico di Progetto, al quale hanno partecipato rappresentanti della Regione Emilia-Romagna, della Conferenza Territoriale Socio Sanitaria Metropolitana (CTSSM), dell'Università degli studi di Bologna e i Direttori delle Aziende Sanitarie Metropolitane, e presentato dalla CTSSM nel percorso di informazione e consultazione che si è svolto nel corso dell'ultimo trimestre del 2018.

Di seguito, si rappresenta l'assetto organizzativo complessivo dell'Azienda USL di Bologna e si riportano gli organigrammi delle articolazioni aziendali al 31/12/2018:



3. RELAZIONE 2018

Di seguito verranno sintetizzate le azioni messe in campo nel 2018 e i risultati raggiunti. Per le analisi di dettaglio si rimanda all'[allegato 1](#) (relazione agli obiettivi assegnati dalla programmazione regionale 2018 – allegato B alla DGR 919/2018).

3.1 Prevenzione e promozione della salute

Nel 2018 l'Azienda ha garantito l'attuazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute individuati nei principali setting del PRP (Ambienti di Lavoro, Comunità – programmi di popolazione, programmi età specifici e per condizione, Scuola e Ambito Sanitario), e la realizzazione delle azioni previste dal PLA nell'ottica dell'equità, dell'integrazione e della partecipazione.

3.2 Il nuovo Piano di prevenzione vaccinale

Il nuovo Piano Nazionale di prevenzione Vaccinale 2017 – 2019, recepito dalla Regione Emilia-Romagna e integrato da un piano di implementazione del Calendario Vaccinale, ha impegnato l'Azienda, anche nel 2018 a garantire l'offerta attiva di tutte le vaccinazioni previste dal Piano.

È stata inoltre garantita l'attuazione delle L.R.19/2016 e L.119/2017, che prevedono il rispetto degli obblighi vaccinali quale requisito per l'accesso ai servizi educativi dell'infanzia.

Riguardo alla copertura vaccinale del 2018, l'Azienda USL di Bologna ha raggiunto e/o superato la copertura vaccinale (>95%), nella maggior parte dei casi ed è comunque in incremento rispetto al 2017 su tutte le coperture.

SIVER - indicatori riferiti all'anno 2017-2018

COPERTURA VACCINALE	AUSL BO		VALORE ATTESO 2019
	2017	2018	
Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - GRIGLIA LEA	90.89	93.66	> 95%
Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini	91.04	91.96	> 95%
Copertura vaccinale antipneumococcico 24 mesi nei bambini	92.4	93.36	> 95%
Copertura vaccinale poliomielite a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	95.14	95.63	> 95%
Copertura vaccinale differite a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	95.02	95,56	> 95%
Copertura vaccinale tetano a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	95.14	95.59	> 95%
Copertura vaccinale epatite B a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	94.49	95.36	> 95%
Copertura vaccinale HIB a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	94.24	95.04	> 95%
Copertura vaccinale pertosse a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	95.02	95.56	> 95%
Copertura vaccinale meningite meningococcica C in coorte sedicenni		91,49	

3.3 L'Accesso ai percorsi sanitari e socio-sanitari

3.3.1 Il governo della specialistica ambulatoriale

(per maggior dettaglio: allegato 1- cap. 2 par. 2.1)

Nel mantenere alta l'attenzione alla **garanzia dei tempi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali**, l'Azienda, nel 2018, ha promosso lo sviluppo di azioni ed il monitoraggio delle attività volte ad ottimizzare l'utilizzo delle agende di prenotazione e l'appropriatezza prescrittiva.

In particolare, si è proceduto a:

- sviluppare ulteriormente l'offerta sul territorio, al fine di migliorare la distribuzione delle prestazioni a bassa intensità tecnologica e a domanda elevata;
- migliorare l'appropriatezza e la congruità prescrittiva, attraverso la revisione di PDTA aziendali ed interaziendali;
- proseguire il progetto di recupero della mobilità extra RER di RMN;
- incrementare le prescrizioni e prenotazioni di controlli effettuati direttamente dagli specialisti che hanno in carico il paziente: nel 2018 i medici specialisti hanno effettuato complessivamente 512.876 prescrizioni (+1,96% vs. 2017) di cui visite di controllo 130.903 (+4.03% vs. 2017);
- applicare la DGR 377/2016 "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali": le prestazioni prenotate e disdette dall'utente con il dovuto anticipo sono state 1.502.113 (+9,6% vs. 2017);
- ampliare le prestazioni disponibili in prenotazione on line su CUPWEB regionale garantendo che l'offerta delle prestazioni di primo accesso (classe di priorità D della ricetta) prenotabili on-line sia l'80% di quella a sportello.

Le azioni messe in atto hanno consentito di mantenere stabilmente i tempi di attesa entro gli standard previsti per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio per gli accessi ordinari.

3.3.2 La riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati

(per maggior dettaglio: allegato 1- cap. 3 par.3.1)

In tema di facilitazione dell'accesso, nel 2018 è continuato l'impegno dell'Azienda nel raggiungimento degli obiettivi individuati nella DGR 272/2017 "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia Romagna".

In collaborazione con il Responsabile Unico Aziendale (RUA), l'Azienda nel 2018 ha provveduto a alla corretta gestione delle liste di attesa garantendo:

- la predisposizione di regole condivise per l'inserimento del paziente in lista di attesa chirurgica secondo il Regolamento sottoscritto dai Direttori Sanitari delle quattro Aziende dell'Area Metropolitana e condiviso con i Direttori Generali delle medesime Aziende in sede di Unità Tecnica di Missione;
- Il rispetto dei criteri di priorità per l'accesso, secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali;
- l'inserimento in lista d'attesa dei pazienti oncologici dopo discussione dei casi nel team multidisciplinare;
- l'inserimento dei pazienti nel nuovo nomenclatore SIGLA fin dal 1° gennaio 2018 in tutta l'Azienda.

3.3.3 Il contenimento dei tempi d'attesa in PS

(per maggior dettaglio: allegato 1- cap. 3 par. 3.2.3)

In tema di contenimento dei tempi di permanenza dei pazienti in PS, nel 2018, il piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso (PEIMAF), specificatamente per l'iperafflusso dei feriti, ha visto proseguire l'impegno di un lavoro multi-professionale.

È stato condiviso un piano omogeneo per i PS dell'Azienda e si è conclusa l'integrazione delle interfacce, in particolare con i sistemi applicativi di UO dell'Ospedale, per accedere in modo semplificato soprattutto alla diagnostica per immagini e al laboratorio.

Il sistema informatico aziendale supporta la rilevazione di tutte le informazioni necessarie al monitoraggio corrente dei tempi di attesa e di quelli di processo per l'elaborazione del set di indicatori semplici e compositi (NEDOCS), previsti dalle linee di indirizzo, scelti per ogni stabilimento Ospedaliero. I risultati di tale monitoraggio consentiranno specifici interventi sulle risorse e/o sull'organizzazione.

3.4 Le Reti Territoriali e le Reti Ospedaliere Aziendali, Metropolitane Interaziendali e Regionali

3.4.3 Lo sviluppo delle Case della Salute

(per maggior dettaglio: allegato 1- cap. 2 par. 2.2)

Nell'AUSL di Bologna nel corso del 2018 la progettualità ha riguardato l'avvio della nuova CdS "Navile" nel Distretto di Bologna (marzo 2018) e lo sviluppo/consolidamento delle attività nelle altre CdS aziendali (16 a tutto il 2018) in un contesto in cui sono state sviluppate le comunità professionali e rafforzate le relazioni con le comunità dei cittadini e le associazioni.

Le attività 2018, coerentemente con la DGR 2128/2016, sono state tese a definire e realizzare obiettivi strategici su un modello di programmazione integrata per livelli di assistenza, secondo uno stile di lavoro multidisciplinare. Si è concluso il progetto di definizione dell'assetto organizzativo interno/board gestionale e del ruolo per i referenti organizzativi delle CdS.

Nel 2018 l'impegno sulla gestione integrata delle patologie croniche ha riguardato:

- la presa in carico della fragilità/multimorbilità nell'ambulatorio infermieristico delle cronicità attraverso lo strumento regionale dei "Profili di rischio (Risk-ER)" nella logica di un lavoro multidisciplinare e di integrazione con i Dipartimenti di produzione;
- il progetto sperimentale "Pazienti fragili" che, in seguito all'Accordo Integrativo Locale, sottoscritto con i MMG, coinvolge tutti i NCP dell'azienda arrivando a soddisfare il principio di equità fondamentale per una sanità pubblica. Il profilo di rischio ed il PAI diventano gli strumenti per una medicina d'iniziativa multiprofessionale e multidisciplinare.
- l'approvazione del PDTA interaziendale per la gestione del paziente diabetico;
- la presa in carico nelle CdS/NCP dei pazienti affetti da BPCO. Nel 2018 il tasso di ospedalizzazione per ricoveri potenzialmente inappropriati del DRG 088, è calato del 26% rispetto al 2017.

Diff. % dei casi rispetto al periodo precedente (EROGATO AUSL BO)	2017-2016	2018-2017
DRG 088 M Malattia polmonare cronica ostruttiva	-14.08%	-26.09%

- lo Psicologo della Casa della Salute nelle CdS di Sasso Marconi, Vergato, Budrio e Borgo Reno.

3.4.2 La sviluppo delle Cure Intermedie

Nell'AUSL di Bologna il 21/05/2018 sono stati attivati i Letti Tecnici di Cure Intermedie ubicati presso l'Ospedale di Vergato. Essi afferiscono al Dipartimento di Cure Primarie e constano in 10 letti a

gestione infermieristica, la cui responsabilità clinica fa capo alla UO Medicina Interna dell'Ospedale di Vergato.

Dal 25/06/2018 sono stati attivati 10 posti Letto Tecnici di Cure Intermedie presso l'Ospedale di Loiano afferenti al Dipartimento Cure Primarie, con responsabilità clinica affidata alla UO Medicina di Loiano, responsabilità organizzativa affidata ad un Coordinatore Infermieristico e responsabilità assistenziale affidata a infermieri e OSS appositamente formati.

3.4.3 Lo sviluppo della Rete delle cure palliative

(per maggior dettaglio: allegato 1- cap. 2 par. 2.5)

Nel 2018 l'Azienda USL di Bologna ha consolidato il lavoro avviato da alcuni anni sulla struttura organizzativa della rete locale di cure palliative, in coerenza con la normativa nazionale e regionale. È in corso di formalizzazione l'istituzione delle Unità di cure palliative domiciliari di base e specialistiche (UCPD) come previsto dalla DGR 560/2017 e DPCM 12 Gennaio 2017.

In continuità con le iniziative formative realizzate dal 2010 al 2017, nel corso del 2018 si è svolta la seguente ulteriore attività:

- o Formazione specifica per gli operatori della rete.
- o Formazione degli operatori delle strutture invianti alla rete di cure palliative.
- o Programmi di divulgazione e di informazione verso i cittadini ed i professionisti sulle cure palliative e sull'organizzazione della RLCP (anche con il contributo delle associazioni di volontariato e no profit operanti nel settore).

3.4.4 Salute mentale e dipendenze patologiche

(per maggior dettaglio: allegato 1- cap. 2 par. 2.11)

L'Azienda USL di Bologna, nel 2018, si è impegnata su temi specifici riguardanti:

- il progetto regionale "Adolescenza" e le raccomandazioni regionali sui Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti, istituendo in ogni Distretto un coordinamento socio-sanitario e creando le condizioni per l'attivazione di equipe funzionali per adolescenze con problemi psicopatologici;
- l'assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA), avviando azioni per garantire nella fascia di età 0-6 anni l'intervento riabilitativo psicoeducativo-neuropsicologico, per almeno 4 ore la settimana;
- l'assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale, tramite lo strumento del Budget di salute;
- la REMS di Bologna, dove nel 2018 sono entrati 7 pazienti.

3.4.5 Servizi Socio-sanitari per la non autosufficienza

(per maggior dettaglio: allegato 1- cap. 2 par. 2.12 e 2.13)

Nel 2018 rispetto a quanto richiesto dalla Programmazione regionale, l'Azienda USL di Bologna ha assicurato il monitoraggio tempestivo e il corretto utilizzo di FRNA-FNA e FSR: è stata posta particolare cura nella realizzazione di attività mirate al monitoraggio dei costi dei servizi socio-sanitari, al loro appropriato utilizzo in termini amministrativo/contabili ed alla massima omogeneizzazione dei rapporti con i Gestori accreditati. I dati di consuntivo 2018 indicano un risultato economico positivo della gestione FRNA.

Con particolare riferimento all'utilizzo delle risorse derivanti dal Fondo Dopo di Noi sono state realizzate a livello distrettuale le iniziative ed i percorsi delineati dal Programma Regionale di cui alla DGR 733/2017.

Nel 2018 è inoltre proseguito il lavoro di consolidamento e sviluppo della rete dei servizi territoriali, anche attraverso il potenziamento di percorsi di integrazione, finalizzati alla diagnosi e alla cura

delle persone con demenza nonché al sostegno del caregiver, nel pieno rispetto del Piano Regionale Demenze (DGR 990/2016).

3.4.6 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

(per maggior dettaglio: allegato 1- cap. 3 par.3.2 e sotto-paragrafi 3.2.1-3.2.6)

Anche nell'anno 2018, in coerenza con il lavoro avviato dal 2015, particolarmente intensa è stata l'attività in tema di revisione della architettura dei servizi. Le azioni hanno riguardato il completamento del riordino della rete ospedaliera, in coerenza con la DGR 2040/2015, con il documento sulla Programmazione dell'Assistenza Territoriale e della Rete Ospedaliera nell'Area Metropolitana Bolognese (PATRO/2016) e con i Documenti di programmazione presentati nel dicembre 2017 alla Conferenza Socio Sanitaria Territoriale Metropolitana.

Coerentemente con quanto scaturito dai lavori affidati al Nucleo Tecnico di Progetto (costituito da Conferenza Territoriale Socio Sanitaria Metropolitana, Regione Emilia Romagna e Alma Mater Studiorum Università di Bologna oltre che dalle Direzioni Generali delle quattro Aziende di area metropolitana), anche per l'anno 2018 il tema delle integrazioni ed unificazioni in ambito metropolitano ha rivestito un ruolo da protagonista nella gestione aziendale. Le attività hanno riguardato i seguenti ambiti:

Progetto	Ambito attività	Istituto giuridico utilizzato per la creazione	Aziende coinvolte	Azienda Capofila	Stato avanzamento progetto
Dipartimento interaziendale di Anatomia Patologica (ad attività integrata)	Funzioni cliniche/di supporto	Dipartimento interaziendale	AUSL Bo AOU Bologna IOR AUSL Imola	-	Esecutivo in fase sperimentale
- Patologia molecolare	Clinica/di supporto	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU Bologna	-	Fase progettuale
- Allestimenti istologici	Clinica	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AUSL Imola	AUSL Bologna	Esecutivo
- Allestimenti citologici	Clinica	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AUSL Imola	AUSL Imola	Esecutivo
Chirurgia bariatrica	Funzione clinica	Convenzione per affitto piattaforma Bentivoglio da parte di equipe AOU	AUSL Bologna AOU Bologna	-	Esecutivo
Chirurgia Toracica	Funzioni cliniche	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU Bologna	AUSL Bologna	Attivata convezione per coordinamento nelle more del completamento della fase progettuale.
Chirurgia generale (rinnovo)	Funzioni cliniche	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AUSL Imola	AUSL Bologna	Esecutivo
Neurochirurgia pediatrica	Funzioni cliniche	Da definire	AUSL Bologna AOU Bologna	AUSL BO/ISNB	Attivata convezione per coordinamento nelle more del completamento della fase progettuale.

3.4.7 Le reti di rilievo Regionale

Sulle reti di rilievo Regionale l'Azienda USL di Bologna anche nel 2018 ha garantito la collaborazione alle attività della Cabina di Regia regionale (DGR 1907-29/11/2017) e si è impegnata nel raggiungimento degli obiettivi specifici assegnati per le singole reti.

Di seguito le reti di rilievo Regionale, sulle quali l'attività in dettaglio è presente in allegato 1 (cap.3 par.3.2.2):

- Rete dei Centri di Senologia
- Rete delle malattie rare per cui l'AUSL di Bologna è Centro di Riferimento Regionale
 1. Clinica Neurologica
 2. Neurologia OB
 3. Neuropsichiatria Infantile
 4. Endocrinologia
 5. Programma Reumatologia
 6. Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale
 7. Ambulatorio di Angiologia (riconoscimento ottenuto a settembre 2017)
 8. Oculistica
- Rete per la Terapia del dolore
- Rete delle cure Palliative Pediatriche
- Rete per le patologie tempo-dipendenti
- Centri di riferimento regionali di cui l'AUSL di Bologna è titolare sono:
 1. Neurochirurgia Pediatrica
 2. Neurochirurgia dell'ipofisi
 3. Chirurgia dell'epilessia

3.5 Il Governo del farmaco

(per maggior dettaglio: allegato 1- cap.2 par.2.15)

Sono proseguite nel 2018 le azioni volte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva messe in campo nel corso del 2017 con il Progetto Interaziendale Governo del Farmaco, al quale partecipano AUSL BO, AOU BO e IOR. In particolare, gli obiettivi strategici del progetto hanno riguardato:

- **il contenimento del consumo di inibitori di Pompa Protonica (PPI)** che con riferimento al Consumo giornaliero di farmaci inibitori di pompa protonica (PPI) x 1.000 residenti nel 2018 l'area Bologna è stata leggermente inferiore alla media RER (AUSL BO 50.91 e RER 53.5);
- l'incremento dell'utilizzo di **farmaci a Brevetto Scaduto** (l'AUSL di Bologna nel 2018 ha una percentuale dell'86%, rispetto all'83,4% del 2017);
- l'appropriatezza prescrittiva nell'impiego della vitamina D;
- la promozione all'uso appropriato delle statine;
- la promozione all'uso appropriato dei farmaci respiratori in associazione per il trattamento della BPCO;
- la condivisione della cultura generale dell'uso appropriato del farmaco;
- una campagna di comunicazione informativa sviluppata su più temi di salute e rivolta alla cittadinanza e al personale sanitario.

Con l'AOU di Bologna è stato sviluppato anche il Progetto Interaziendale Statine, con l'obiettivo di pianificare azioni di governo volte a definire linee condivise di trattamento, promuovere l'uso appropriato delle statine, nonché correggere l'overtreatment nell'ambito di un'area prescrittiva fortemente impattante per il SSN.

3.6 La Gestione del Rischio

(per maggior dettaglio: allegato 1- cap.3 par.3.4)

Nell'ambito dei complessivi interventi di promozione della sicurezza delle cure e della persona assistita, coerentemente con le linee di programmazione regionale e nel rispetto degli indirizzi nazionali in tema di gestione del rischio clinico, anche per l'anno 2018 l'Azienda è stata impegnata a:

- Assolvere al debito informativo relativo agli eventi sentinella SIMES, garantendo una puntuale e tempestiva segnalazione alla Regione, nonché al monitoraggio delle relative azioni di miglioramento;
- Promuovere e valorizzare il sistema di segnalazione degli eventi avversi e dei quasi eventi (incident reporting);
- Utilizzare la check list di sala operatoria (SSCL) e infezioni del sito chirurgico (SIChER);
- Implementare l'utilizzo del braccialetto per l'identificazione del paziente;
- Aggiornare il Piano Aziendale di Prevenzione delle cadute a seguito del recepimento delle relative Linee di indirizzo regionali su prevenzione e gestione delle cadute.
- Revisionare e Pubblicare la Procedura per l'informazione e l'acquisizione del consenso informato.

Di seguito tabella di sintesi sul livello di raggiungimento degli indicatori regionali:

INDICATORE	TARGET	OSSERVATO AUSL
Elaborazione e pubblicazione sul sito aziendale della relazione annuale consuntiva prevista dalla legge 24/2017 sugli incidenti verificatisi, sulle cause che li hanno prodotti e sulle azioni di miglioramento messe in atto	Si	Si
Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC): report di attuazione delle attività previste dal PPSC per l'anno 2018 con aggiornamento delle attività previste per il 2019	Si	Si
Funzionalità del sistema di Incident Reporting attraverso modalità sistematiche di raccolta, analisi e valutazione dei dati ed evidenza di azioni di miglioramento su Unità Operative non segnalanti nel 2017;	evidenza di partecipazione al sistema di segnalazione da parte di almeno 3 strutture non segnalanti nel 2017	Partecipazione di 3 UUOO non segnalanti nel 2017
assolvimento del debito informativo previsto da circolare 18/2016; effettuazione check list di sala operatoria:		
copertura SDO su procedure AHRQ4		
linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4	>= 90%	97.31%
	>= 75%	92.64%
Ripetizione delle osservazioni in sala operatoria (progetto OssERvare) per verifica efficacia dei piani di miglioramento;	si	Si
Adozione braccialetto identificativo	copertura 95% Unità Operative di degenza	Adottato in tutte le UUOO

Evidenza di effettuazione di significant event audit strutturati su casi significativi per la sicurezza delle cure in ostetricia	100% dei casi di esito grave e di eventi previsti dal progetto near miss ostetrici-maternali	100%
Effettuazione di Visite per la Sicurezza (Strumento Vi.Si.T.A.RE) per la verifica delle raccomandazioni con riferimento all'utilizzo del Foglio Unico di Terapia (FUT) e alla ricognizione e riconciliazione farmacologica	Almeno 1 Unità Operativa	SI
Formazione di operatori sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti) dell'area di degenza medica e chirurgica sulle linee di indirizzo delle cadute in ospedale attraverso corso FAD	Partecipazione di almeno il 50% degli operatori sanitari delle suddette aree	SI

3.7 La Ricerca

Nel 2018, per favorire una maggior integrazione sui temi della ricerca fra AUSL di Bologna e l'IRCCS delle Neuroscienze, è stata costituita una nuova unica Infrastruttura per la Ricerca (UOSI Innovazione e Sviluppo) che mantiene rapporti funzionali con lo staff di direzione (UOC governo clinico) essendo gestionalmente subordinata alla Direzione Scientifica dell'IRCCS. La configurazione di questa infrastruttura al momento riveste un carattere sperimentale, in caso di riscontri positivi nel corso del triennio 2018-2020 verrà implementata in via definitiva.

La rendicontazione della attività scientifica per il 2018 condotta con l'utilizzo di un sistema di valutazione avanzata della ricerca recentemente adottato anche in Regione (SCIVAL) evidenzia una attività di ricerca di eccellenza, non solo in ambito IRCCS, come atteso per la mission dell'Istituto, ma anche in tutti i Dipartimenti Aziendali di produzione.

Di seguito le pubblicazioni relative al 2018:

AMBITO	N. Pubblicazioni 2018
IRCCS ISNB AUSL BO	157
ALTRI DIPARTIMENTI AUSL BO	146
Totale AUSL BO	303

3.8 Sostenibilità economico finanziaria

La Direzione aziendale, attraverso un costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, ha raggiunto pienamente l'obiettivo assegnato dal livello regionale, evidenziando a chiusura esercizio 2018 un risultato di sostanziale pareggio di bilancio (utile pari a 40.967€).

3.9 Sviluppo e valorizzazione delle competenze

L'assetto organizzativo dell'Azienda è stato profondamente modificato nel corso degli ultimi anni allo scopo di fornire una idonea risposta ai bisogni sociosanitari della popolazione assistita, coerentemente alle indicazioni nazionali e regionali.

Alla riorganizzazione della struttura organizzativa aziendale è corrisposta pertanto una revisione e rigraduazione degli incarichi gestionali e professionali delle macrogestioni e degli staff della direzione.

Nel 2018 è proseguita la valutazione dei comportamenti, delle capacità trasversali e degli obiettivi individuali della dirigenza e del comparto - limitatamente a "PO" e "Coordinamenti", secondo quanto già definito nell'anno precedente.

In relazione al percorso annuale di valutazione a gennaio 2019 è stato adottato il Piano di avvicinamento, contenente il programma delle modalità e dei tempi con cui l'Azienda converge agli standard definiti dalle deliberazioni dell'OIV.

In particolare, per tutti i profili della dirigenza il sistema incentivante è strettamente collegato al grado di raggiungimento della performance organizzativa e alla qualità della prestazione individuale. Ciascun professionista viene valutato in base al contributo apportato al raggiungimento degli obiettivi di budget del CdR di appartenenza, al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali ed in relazione alle competenze organizzative espresse e, già dal percorso 2017, la valutazione annuale delle competenze e dei comportamenti è strutturata per l'impostazione dello sviluppo delle competenze attraverso la formazione e l'orientamento dei comportamenti.

Inoltre, per l'anno 2018 il Piano Annuale della Formazione ha previsto la progettazione di eventi formativi utili a trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo, misurandone l'impatto aziendale, nonché eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni formative, in coerenza con gli obiettivi regionali assegnati alle aziende sanitarie.

In particolare, per quanto attiene la misurazione del trasferimento degli apprendimenti al contesto lavorativo i corsi selezionati sono stati i seguenti:

- La contenzione meccanica in ospedale buone pratiche e strategie per il superamento
- Corso di aggiornamento di primo livello per facilitatori nelle cure palliative
- Analisi di casi in radioterapia
- Gruppo multidisciplinare: neoplasie ginecologiche
- Gestione del paziente con patologie ortopediche
- CRA CSRR: formazione per rilevatori dell'igiene mani
- Valutazione e trattamento delle lesioni cutanee
- Sviluppare azioni strategiche di implementazioni formative del modello organizzativo delle case della salute
- PDTA della donna con neoplasia della mammella - I e II fase: reaudit -
- PDTA della donna con neoplasia della mammella - III e IV fase: reaudit
- PDTA del paziente affetto da neoplasia polmonare: reaudit

Nell'ambito delle attività di promozione delle pari opportunità e del benessere organizzativo, nell'anno 2018 sono state mantenute ed implementate le funzioni riferite alla U.O. Sviluppo Organizzativo, Professionale e Formazione e relative al presidio dei lavori del Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni nonché al coordinamento della Rete dei Consiglieri di Fiducia di area metropolitana bolognese (CdFM).

Il Comitato Unico di Garanzia ha contribuito alla realizzazione di quanto previsto dal Piano triennale delle Azioni Positive 2018-2020 e, in particolare, all'aggiornamento e all'approvazione del Codice di Condotta in ambito interaziendale, nonché al rinnovo delle convenzioni, a favore del personale dipendente, con Nidi privati e assistenza a familiari anziani e disabili a prezzi agevolati.

Il CUG ha inoltre realizzato, con il Servizio Unico Metropolitan Amministrazione del Personale, una rilevazione su tutto il personale, riguardante la distribuzione degli incarichi, le retribuzioni e la fruizione dei diversi istituti contrattuali per genere ed età.

La Rete delle e dei Consigliere/i di Fiducia dell'area Metropolitana ha realizzato oltre 20 interventi di formazione e informazione rivolti al personale delle tre aziende e di altri enti pubblici sui temi della promozione del benessere lavorativo e della prevenzione del disagio lavorativo. Sono, inoltre, stati rispettati i tempi e gli standard qualitativi nell'attività di ascolto e presa in carico delle richieste da parte del personale delle tre aziende sanitarie bolognesi.

3.10 Politiche di Prevenzione della Corruzione e promozione della Trasparenza

(per maggior dettaglio: allegato 1- cap.4.5)

Adozione Codice di comportamento

Nel 2018, l'Azienda USL di Bologna, a seguito dell'approvazione della DGR n. 96/2018, con cui è stata formalizzata l'approvazione dello schema tipo del "Codice di Comportamento per il Personale operante presso le Aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna", ha recepito, garantendo tutti i passaggi propedeutici, il Codice di Comportamento con delibera n. 166 del 29/05/2018.

Raccolta dichiarazioni assenza conflitto di interessi

In adempimento al Codice di Comportamento, nel corso del 2018 è proseguita la raccolta delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi, estendendola a tutto il personale e introducendo la raccolta informatizzata attraverso le nuove funzionalità del Portale del Dipendente (GRU), utilizzabili anche al di fuori della rete intranet aziendale.

3.11 Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali

(per maggior dettaglio: allegato 1- cap.4.6)

L'Azienda Usl di Bologna, con nota prot. n. 61715 del 16/05/2018, ha individuato in via provvisoria il Responsabile della Protezione dei dati (DPO), nelle more dell'espletamento della procedura per il conferimento del medesimo incarico per le aziende dell'area metropolitana e di Montecatone Rehabilitation Institute spa. Successivamente, con deliberazione n. 242 del 29/06/2018, in esito alla citata selezione, è stato nominato il DPO, con effetto dal 01/07/2018 al 30/06/2021.

Con nota prot. n.66887 del 25/05/2018 è stato adottato il Registro aziendale delle attività di trattamento svolte sotto la responsabilità del Titolare, nel rispetto delle prescrizioni di cui al Regolamento (UE) 2016/679 e delle indicazioni di struttura fornite dal Tavolo regionale. Il Registro è in formato elettronico.

Inoltre, con deliberazione aziendale n.11 del 14.01.2019, è stato approvato, nel rispetto delle scelte organizzative in precedenza assunte dall'Azienda e delle nuove indicazioni normative, il nuovo organigramma delle responsabilità privacy aziendali.

Il DPO garantisce il collegamento con il livello regionale e partecipa ai lavori del Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di protezione dei dati personali delle Aziende e degli Enti del SSR istituito con determinazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, n. 15305 del 25/09/2018, dallo stesso DPO coordinato.

4. GLI INDICATORI DI RISULTATO E LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Anche nell'anno 2018 la Regione Emilia-Romagna ha strutturato un insieme di indicatori che consente di valutare il livello di performance organizzativa aziendale in ordine alle dimensioni/aree sulle quali si articola il Piano della Performance.

4.1 Dimensione della performance dell'UTENTE

4.1.1 Area dell'Accesso e della Domanda

Gli indicatori che seguono (Tab.1) fanno tutti riferimento alla popolazione residente nel territorio dell'Azienda USL di Bologna. Si registra una buona performance, sia nell'andamento temporale, che nel confronto con la media regionale, del tasso di ospedalizzazione, dovuto sia al passaggio di attività di Day-Hospital al regime ambulatoriale, che all'avvio di percorsi di presa in carico di pazienti nell'ambito delle cure intermedie.

Nel 2018, anche gli ottimi risultati sui tempi di attesa ex ante per visite ed esami diagnostici entro gli standard previsti, confermano l'efficacia delle strategie e delle azioni messe in atto negli ultimi anni (allegato1: cap.3.1).

In miglioramento i tempi medi d'attesa per le prime visite specialistiche nei servizi di Salute Mentale Adulti, se pur ancora sopra la media Regionale.

In incremento la percentuale di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti che passa dal 74,5% al 77,4% (media RER 69%). Rimane alto il tasso di accesso al PS che incrementa nel 2018 rispetto al 2017 superando la media Regionale. Le azioni avviate nel corso del 2018 dal PS in sinergia con gli Infermieri di continuità ed i Team delle cure Intermedie, che si consolideranno nel 2019, dovrebbero contribuire ad una graduale riduzione degli accessi evitabili in pronto soccorso.

Tab.1 - Accesso e Domanda	Valore Aziendale				Valore RER
	2017	2018	diff.ass. 2018-2017	diff.% 2018-2017	2018
Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	130,57	129,2	-1,37	-1,05%	132,86
Tempi di attesa ex ante primi accessi: % visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg	99,71	99,91	0,2	0,20%	97,82
Tempi di attesa ex ante primi accessi: % esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg	99,9	99,94	0,04	0,04%	98,71
Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti	14,86	13,67	-1,19	-8,01%	10,69
Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso - GRIGLIA LEA	16	16	0	0,00%	16
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	74,5	77,4	2,9	3,89%	69,02
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	55,94	55,55	-0,39	-0,70%	60,24
Tasso std di accessi in PS	413,47	421,3	7,83	1,89%	388,32

4.1.2 Area dell'Integrazione

In generale, gli indicatori sull'ospedalizzazione qui evidenziati (tab.2), registrano nel 2018 performance in miglioramento, sia rispetto all'anno precedente (Tasso std. di ospedalizzazione per TSO scende del -10%, il Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite x 100.000 ab. cala del -26%, e il tasso per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco del -49%), che nel confronto con la media Regionale (i tassi Aziendali riportano tutti valori più bassi).

In incremento la % di anziani >= 65 anni trattati in ADI, se pur ancora sotto la media regionale, mentre risulta in calo il tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni che risente del calo complessivo dell'utenza nel 2018 rispetto al 2017 (-4,6% del dei pazienti in carico), in particolare il calo riguarda le TAD di tipo medico (-6%) anche per un maggior rigore nel rilascio delle autorizzazioni e nell'appropriatezza della presa in carico.

Tab.2 - Integrazione	Valore Aziendale				Valore RER
	2017	2018	diff.ass. 2018-2017	diff.% 2018- 2017	2018
Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni	22,33	20,13	-2,2	-9,85%	23,17
Tasso std ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite x 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA	84,17	58,12	-26,05	-30,95%	106,81
Tasso std di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti >= 18 anni - GRIGLIA LEA	415,81	375,55	-40,26	-9,68%	386,89
% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO (erogazione)		8,14			7,2
% di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA	2,98	3,06	0,08	2,68%	4,21
Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni	169,93	161,03	-8,9	-5,24%	190,65
% IVG medica sul totale IVG (residenti)	36,48	41,03	4,55	+12,47%	34,21
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane (erogazione)	9,24	12,5	3,26	35,2%	25,64

4.1.3 Area degli Esiti

Nel 2018, la maggior parte degli indicatori di esito di seguito elencati, calcolati sulla produzione Aziendale, riportano valori in linea o, nella maggior parte dei casi, migliori degli standard previsti dalla Regione Emilia-Romagna (fonte: INSIDER). Vale comunque la pena segnalare che:

- la chirurgia senologica nell'AUSL di Bologna è da anni concentrata presso l'Ospedale Bellaria, dove nel 2018 sono stati eseguiti 708 interventi, pari al 99,8 % di interventi in reparti sopra soglia. La stessa equipe esegue interventi anche presso l'Ospedale Maggiore: nel 2018 ne sono stati effettuati 54 che, se sommati agli interventi dello stabilimento Bellaria, portano al 99.7% la percentuale di interventi sopra soglia a livello Aziendale, anziché al 92.7%, come da indicatore INSIDER, in quanto valutati separatamente.
- Tutte le fratture di femore vengono trattate da equipe che effettuano ben oltre 75 interventi annui (104 presso l'ospedale di Porretta e 566 presso l'Ospedale Maggiore). Il trattamento delle fratture di femore entro 48 ore (standard 70%) presso l'Ospedale Maggiore avviene nel 70% dei casi, mentre presso l'Ospedale di Porretta nel 49% (in calo rispetto al 2017 che era al 61%). Si specifica che ad aprile 2018 è stata rimodulata l'attività ortopedica di ricovero, day-surgery e specialistica ambulatoriale nelle sedi degli ospedali di Vergato e Porretta. Nella prima sede è garantita l'attività di chirurgia ambulatoriale, nella seconda sono concentrate le attività chirurgiche e di ricovero. Anche al fine di risolvere tale criticità, si è proceduto alla nomina di Direttore di UOC evidenziando, nel mandato, la ricerca di soluzioni al problema.
- Tutte le colecistectomie laparoscopiche vengono trattate da equipe che effettuano almeno 100 interventi annui di colecistectomia, ma non in tutti gli stabilimenti si effettuano almeno 90 interventi in laparoscopia: questo porta ad avere una bassa percentuale di interventi in reparti con volume di attività > 90 casi. Per questo motivo è stato attivato nel 2018 il PROGRAMMA CHIRURGIA MEDIO-BASSA COMPLESSITA' c/o lo stabilimento ospedaliero di San Giovanni in Persiceto, che gradualmente andrà a centralizzare la casistica attualmente trattata nelle chirurgie di Bentivoglio e di San Giovanni. Un'ulteriore concentrazione su Porretta è partita nel novembre 2018.
- L'indicatore sulla % di Colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria < 3 giorni ha una buona performance: nelle strutture pubbliche Aziendali risulta pari all'82% (standard richiesto dalla RER ≥75%).

Tab.3 - Esiti	ANNO 2018		
	AUSL BO	RER	standard
Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	9,33	8,98	≤ 12
Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	53,5	44,78	≥ 35
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	13,57	11,86	≤ 14
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	3,85	1,24	≤ 3
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	11,6	10,09	≤ 14
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	1,8	1,88	≤ 3,5
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	11,3	10,03	≤ 12

Tab.3 - Esiti	ANNO 2018		
	Indicatore	AUSL BO	RER
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	89,5	82,43	≥ 75 (DGR/2018)
Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	60,4	82,4	
Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	92,67 (Bellaria e Maggiore hanno stessa equipe, quindi 99,7)	89,07	
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	11,9	6,47	≤ 12
Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	1,8	0,78	≤ 3
Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	8,48	5,08	≤ 7
Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	3,44	3,61	≤ 6
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	18,51	17,47	≤ 30
Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,57	0,94	≤ 0,7
Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,9	1,2	≤ 1,2
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	64,04	71,36	≥ 70

4.2 Dimensione dei PROCESSI INTERNI

4.2.1 Area Produzione Ospedaliera

Gli indici calcolati di seguito (dall'A al C, tab. 4) comprendono, nel dato Regionale, l'attività erogata da tutte le strutture pubbliche e private accreditate mentre nel dato Aziendale considerano solo l'attività erogata dalle strutture pubbliche.

I volumi di attività da D a L, fanno riferimento, anche nel dato Aziendale, sia alle strutture pubbliche che a quelle private.

Si rileva una buona performance su tutti gli indicatori, solo l'*Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici*, in incremento nel 2018 rispetto al 2017, risulta meno performante dello scorso anno e della media RER. L'IPDM è misurato in "giornate di degenza", consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: ad un basso livello dell'indicatore (minor numero di giorni di ricovero) si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse.

	Tab. 4 Produzione-Ospedaliera	Valore Aziendale				Valore RER
		2017	2018	diff.ass. 2018-2017	diff.% 2018-2017	2018
A	Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,42	1	0,58	138,10%	0,52

Tab. 4 Produzione-Ospedaliera		Valore Aziendale				Valore RER
	Indicatore	2017	2018	diff.ass. 2018-2017	diff.% 2018- 2017	2018
B	Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	-0,9	-0,21	0,69	-76,67%	0,4
c	Degenza media pre-operatoria	0,75	0,67	-0,08	-10,67%	0,71
D	Volume di accessi in PS	239.386	240.947	1561	0,65%	1.921.960
E	Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	51.365	50.565	-800	-1,56%	354.621
F	Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	36.650	36.078	-572	-1,56%	254.222
G	Volume di ricoveri in DH per DRG medici	3.189	3.366	177	5,55%	36.893
H	Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	10.794	11.828	1.034	9,58%	88.421
I	TOTALE RICOVERI	101.998	101.837	-161	-0,2%	
L	Di cui in strutture pubbliche	59.973	59.742	-231	-0,4%	

4.2.2 Area Produzione Territoriale

Su tutti gli indicatori relativi alla produzione territoriale si registra un incremento nel 2018 rispetto all'anno 2017. In generale si registra un tendenziale miglioramento, che, in alcuni casi supera la media regionale.

Tab. 5 - Produzione Territorio	AUSL				ER
	2017	2018	DIFF	DIFF%	2018
Produzione-Territorio					
% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	48,63	52,78	4,15	8,5%	52.2
% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	50,4	54,87	4,47	8,9%	60.13
% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	22,91	25,31	2,4	10,5%	28.71
% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni)	3,45	4,36	0,91	26,4%	5.93
Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	22,22	22,47	0,25	1,1%	20.86
Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti	20,75	21,13	0,38	1,8%	20.29
Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile	70,9	72,6	1,7	2,4%	81.39
Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti	0,4	0,43	0,03	7,5%	0.37
% ambulatori infermieristici per gestione cronicità nelle Case della Salute attive		93,75	93,75		78.1
Durata media di degenza in OSCO		16,43	16,43		19.2
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	1.065.054	1.072.337	7.283	0,7%	7.117.094

Tab. 5 - Produzione Territorio	AUSL				ER
	2017	2018	DIFF	DIFF%	2018
Produzione-Territorio					
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	879.549	882.762	3.213	0,4%	6.669.619
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	8.228.762	8.541.391	312.629	3,8%	47.878.684

4.2.3 Area Produzione Prevenzione

Gli indicatori di quest'area sono per lo più in miglioramento in particolare, oltre alle coperture vaccinali già trattate nel paragrafo 3.2, si rileva un incremento anche nelle percentuali di adesione agli screening, in linea con il valore atteso accettabile, che impegna l'AUSL nel 2019 ad avvicinarsi al valore ottimale.

Nell'ambito della Prevenzione nelle carceri l'andamento della % di persone sottoposte a screening per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti con permanenza >=14 giorni è in flessione rispetto al 2017.

Tab. 6 - Produzione-Prevenzione	AUSL BO				ER	Valore atteso
	2017	2018	diff.	diff%	2018	
indicatore						
Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - GRIGLIA LEA	90,89	93,66	2,77	3,0%	93,47	≥95
Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA	94,24	95,04	0,8	0,8%	95,17	≥95
% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA	9,46	9,49	0,03	0,3%	9,44	
% di adesione allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (pop. Femm.45 - 74 anni)	66,4	66,09	-0,31	-0,5%	69,54	Accett. ≥60 Ottimale ≥70
% di adesione allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (pop. Femm. 25 - 64 anni)	48,35	48,98	0,63	1,3%	62,59	Accett. ≥50 Ottimale ≥60
% di adesione allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (pop. M+F 50 - 69 anni)	52	57,48	5,48	10,5%	54,07	Accett. ≥50 Ottimale ≥60
Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini	91,04	91,96	0,92	1,0%	92,09	≥95
Copertura vaccinale meningite meningococcica C in coorte sedicenni		91,49	91,49		90,86	
% cantieri ispezionati	14,77	15,77	1	6,8%	20,05	
Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti	100	100	0	0,0%	100	
% di persone sottoposte a screening per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti con permanenza >=14 giorni	83,45	77,34	-6,11	-7,3%	79,82	

4.2.4 Area Appropriata, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico

Per la riduzione dei DRG potenzialmente inappropriati, l'Azienda USL di Bologna nel 2018, si è impegnata nel trasferimento di attività dal regime ordinario verso setting più appropriati (day-hospital o ambulatoriale). Come si evince dalla tabella in calce, per indicatori che misurano la potenziale inappropriata di alcuni ricoveri si rileva un graduale calo.

Tab. 7 - Appropriatelyzza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico	AUSL BO				RER
	2017	2018	diff	diff%	2018
indicatori					
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	2,3	2,13	-0,17	-7,4%	2,07
Tasso std di accessi di tipo medico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA	29,6	25,52	-4,08	-13,8%	29,87
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,2	0,18	-0,02	-10,0%	0,2
Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA	7,15	7,62	0,47	6,6%	7,65
Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti	10,88	10,37	-0,51	-4,7%	9,56
Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	4,79	9,95	5,16	107,7%	6,38
Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	2,93	5,97	3,04	103,8%	3,35
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	54,93	54,71	-0,22	-0,4%	51,48
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS	14,32	13,54	-2,75	-19,2%	13,54
% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni	3,82	3,62	-0,2	-5,2%	4,85
% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria	21,53	22,05	0,52	2,4%	21,74
Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti	777,5	794,16	16,68	2,1%	790,54

4.2.5 Area Anticorruzione-Trasparenza

Nell'Azienda USL di Bologna l'UO Anticorruzione e Trasparenza e Privacy, in staff alla Direzione generale ha presidiato nel corso del 2018 alla pubblicazione dei dati e delle informazioni previste dalla normativa sulla trasparenza. Si rileva in tabella 8 un'ottima performance (99%), se pur nel 2018, in lieve calo rispetto al 2017.

Tab. 8 - Anticorruzione-Trasparenza	Valore Aziendale				Valore RER
	2017	2018	diff.	diff. %	2018
Indicatore					
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	99,4	99,0	-0,4	-0,4%	99,7

4.3. Dimensione SOSTENIBILITÀ ECONOMICA

4.3.1 Area Economico-Finanziaria

Il costo *pro-capite totale* dell'AUSL di Bologna, qui confrontato tra l'anno 2017 e 2016, è in incremento; va però segnalato che è in calo la differenza percentuale del costo pro-capite aziendale nei confronti del costo pro-capite RER che passa dal -1,2% nel 2016 al -0,8% nel 2017.

Considerando le singole voci si rileva il calo del Costo pro capite per assistenza ospedaliera rispetto all'anno precedente (-3,3%).

Tab. 10 – Economico-Finanziaria	AUSL				Valore RER
	Indicatore	2016	2017	DIFF.	DIFF%
Costo pro capite totale	1.770,91	1.782,04	11,13	0,6%	1767,86
Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	49,42	54,45	5,03	10,2%	57,08
Costo pro capite assistenza distrettuale	1.075,65	1104,35	28,70	2,7%	1077,93
Costo pro capite assistenza ospedaliera	643,85	622,9	-20,95	-3,3%	632,84

Ottima la performance dell'indicatore annuale della tempestività dei pagamenti. Tale indicatore, misura i tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture e si esprime in giorni di ritardo o anticipo del pagamento rispetto alla scadenza del debito. Nell'AUSL di Bologna è passato da una media del -15,54 nel 2017 a una media di -20,78 nel 2018. L'indicatore risulta negativo in quanto le fatture sono state pagate, in media, prima della loro scadenza.

In calo la Spesa farmaceutica territoriale pro-capite: l'indicatore rileva la spesa dei farmaci di classe A erogati a carico del sistema sanitario regionale. Il dato comprende sia i farmaci dispensati in regime convenzionale, sia quelli somministrati mediante la distribuzione diretta e "per conto", che passa dal 175,12% nel 2017 al 170,27% nel 2018.

Tab. 11 – Economico-Finanziaria	AUSL				Valore RER
	Indicatore	2017	2018	DIFF.	DIFF%
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-15,54	-20,78	-5,24	33,7%	
Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	175,12	170,27	-4,85	-2,8%	165,21
% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza	83,4	86,0	2,6	3,1%	85,6

GLI OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA AZIENDALE 2018 (DGR 919/2018)

1 - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	pag. 5
1.1 Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018	pag. 5
1.2 Sanità Pubblica	pag. 5
1.2.1 Epidemiologia e sistemi informativi	pag. 5
1.2.2 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive	pag. 6
1.2.3 Piano di prevenzione vaccinale 2017-19 e legge 119/2017	
Inerente disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale	pag. 6
1.2.4 Programmi di screening oncologici	pag. 8
1.2.5 Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita	pag. 8
1.2.6 Autorizzazione delle strutture sanitarie, socio-assistenziali e socio sanitarie	pag. 10
1.3 Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione	pag. 10
1.3.1 Piano Regionale Integrato	pag. 10
1.3.2 Realizzazione e registrazione dei controlli ufficiali previsti dai piani nazionali e regionali brucellosi bovina e brucellosi ovicaprino e anagrafe ovicaprino	pag. 10
1.3.3 Realizzazione dei controlli sui contaminanti negli alimenti di origine vegetale (fitosanitari)	pag. 11
1.3.4 Adeguamento dei sistemi informativi gestionali per la trasmissione dei dati al sistema regionale ORSA	pag. 11
1.4 Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture Sanitarie	pag. 11
2 - Assistenza Territoriale	pag. 19
2.1 Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	pag. 19
2.2 Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa	pag. 22
2.3 Ospedali di Comunità	pag. 24
2.4 Assistenza protesica	pag. 25
2.5 Cure palliative	pag. 26
2.6 Continuità assistenziale – dimissioni protette	pag. 27
2.7 Materno-Infantile – Percorso Nascita	pag. 29
2.7.1 Salute riproduttiva	pag. 30
2.7.2 Percorso IVG	pag. 31
2.8 Contrasto alla violenza di genere	pag. 31
2.9 Salute in età pediatrica e adolescenziale	pag. 32
2.9.1 Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti	pag. 32
2.9.2 Lotta all'antibioticoresistenza	pag. 33
2.9.3 Promozione dell'allattamento	pag. 34
2.9.4 Promozione della salute in adolescenza	pag. 34
2.10 Formazione specifica in medicina generale	pag. 34
2.11 Salute Mentale, Dipendenze Patologiche	pag. 35
2.11.1 Progetto regionale "adolescenza" e "raccomandazioni sui percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e giovani"	pag. 35
2.11.2 Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello Spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018	pag. 36
2.11.3 Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute Mentale	pag. 37
2.11.4 Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia	pag. 37
2.12 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza	pag. 38
2.13 Il Piano regionale demenze (DGR 990/16)	pag. 42
2.14 Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari	pag. 44
2.15 Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici	pag. 44
2.15.1 Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2018	pag. 44
2.15.2 Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica	pag. 45
2.15.3 Rimodulazione canali distributivi dei farmaci - Intesa sulla	

Distribuzione per Conto	pag. 48
2.15.4 Adozione di strumenti di governo clinico	pag. 48
2.15.5 Attività di informazione scientifica nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale	pag. 49
2.15.6 Farmacovigilanza	pag. 50
2.15.7 Dispositivi medici	pag. 50
2.16 Acquisto SSN dei dispositivi medici	pag. 50
2.17 Attuazione della LR n. 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali"	pag. 51
2.18 Iniziative di Health Literacy	pag. 51
3 - Assistenza Ospedaliera	pag. 52
3.1 Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero	pag. 52
3.2 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero	pag. 55
3.2.1 Appropriata ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto	pag. 56
3.2.2 Reti di rilievo regionale	pag. 58
3.2.2.1 Rete dei Centri Senologia	pag. 58
3.2.2.2 Rete Malattie Rare	pag. 58
3.2.2.3 Rete per la Terapia del dolore	pag. 64
3.2.2.4 Rete delle cure palliative pediatriche	pag. 64
3.2.2.5 Reti per le patologie tempo-dipendenti	pag. 66
3.2.2.6 Centri di riferimento regionali	pag. 66
3.2.3 Emergenza ospedaliera	pag. 68
3.2.4 Centrali Operative e 118	pag. 71
3.2.5 Attività trasfusionale	pag. 71
3.2.6 Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule	pag. 73
3.2.7 Volumi-esiti	pag. 75
3.3 Screening oftalmologico neonatale	pag. 75
3.4 Sicurezza delle cure	pag. 75
3.5 Accreditemento	pag. 80
3.6 Lesioni da pressione	pag. 80
4 - GARANTIRE LA SOSTENIBILITÀ ECONOMICA E PROMUOVERE L'EFFICIENZA OPERATIVA	pag. 82
4.1 Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA	pag. 82
4.1.1 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR	pag. 82
4.1.2 Il miglioramento del sistema informativo contabile	pag. 82
4.1.3 Attuazione e proseguimento del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie	pag. 82
4.1.4 Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile	pag. 83
4.2 Il Governo dei processi di acquisto di Beni e Servizi	pag. 85
4.3 Il Governo delle Risorse Umane	pag. 86
4.4 Programma regionale gestione diretta dei sinistri	pag. 86
4.5 Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza	pag. 87
4.6 Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati Personali	pag. 89
4.7 Disposizioni Anticipate di Volontà nei Trattamenti Sanitari (DAT)	pag. 90
4.8 Piattaforme logistiche ed informatiche più forti	pag. 90
4.9 Sistema Informativo	pag. 92
4.10 Gestione del Patrimonio immobiliare	pag. 94
4.10.1 Costituzione fondo per la valorizzazione degli immobili delle Aziende sanitarie non più ad uso sanitario e/o istituzionale	pag. 99
4.10.2 Tecnologie Biomediche	pag. 99
5 LE ATTIVITÀ PRESIDATE DALL'AGENZIA SANITARIA E SOCIALE REGIONALE	pag. 100

LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA AZIENDALE 2018

1 Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

1.1 Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018

Nel 2018 l'Azienda USL di Bologna ha fornito il contributo necessario al raggiungimento degli obiettivi regionali per l'attuazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute individuati nei principali Setting del PRP - Piano Regionale della Prevenzione (Ambienti di Lavoro, Comunità - programmi di popolazione, programmi età-specifici e per condizione, Scuola e Ambito Sanitario), garantendo il presidio e il monitoraggio di tutto il percorso dei Piani, con un coordinamento delle diverse strutture organizzative coinvolte.

L'Azienda pertanto si è impegnata anche nel 2018 per il raggiungimento degli standard previsti per almeno il 95% degli indicatori sentinella.

Indicatore: % indicatori sentinella con valore conseguito $\geq 80\%$

- o Valore osservato AUSL BO nell'anno 2017 = 95%
- o Valore Atteso 2018 $\geq 95\%$. In attesa dato RER 2018

In attesa di un riscontro a livello regionale, non si segnalano particolari criticità sul 2018.

1.2 Sanità Pubblica

Nel 2018 è proseguito il percorso di attuazione della DGR 200/2013 e dei successivi atti regionali d'indirizzo in materia di **vigilanza e controllo**, di gestione delle emergenze di competenza specifica, di collaborazione alle situazioni di emergenza che richiedano il contributo del Dipartimento di Sanità Pubblica in cooperazione con altri Enti.

La programmazione ha riguardato le seguenti aree di attività:

1.2.1 Epidemiologia e sistemi informativi

Il patrimonio informativo reso dai flussi e dalle banche dati rappresenta la fonte essenziale per il monitoraggio e la valutazione dei risultati. L'Azienda USL di Bologna si è impegnata pertanto nella manutenzione e implementazione tempestiva dei sistemi informativi, che restituiscono anche descrizione e valutazione dell'assistenza.

Indicatori - target	Valore atteso 2018	Valore osservato 2018
Completezza dell'archivio registro mortalità nei tempi previsti dalla Circolare 7/2003;	$\geq 95\%$ al marzo 2019	98%
% realizzazione delle interviste PASSI programmate	$\geq 95\%$ al marzo 2019	100%

Per l'avvio del **registro tumori** l'Ausl di Bologna è in linea con quanto indicato dalla Regione, che sta istituendo il Registro Tumori regionale come indicato dal recente regolamento pubblicato in BUER l'8/02/2019.

L'UO Medicina dello Sport assicura a livello metropolitano l'aggiornamento dell'anagrafe dei Medici che richiedono il codice identificativo per il rilascio delle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva agonistica secondo il sistema regionale. Nel 2018 è stato adottato il "**Portale della Medicina dello Sport**" regionale per il rilascio delle certificazioni sportive.

1.2.2 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive

Nel 2018 sono proseguite le azioni di sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie, attuando i piani regionali specifici di controllo o di eliminazione e garantendo tempistiche, procedure operative e integrazioni professionali adeguate.

Per quanto concerne la **tempestività e completezza delle segnalazioni** da parte dei clinici al Dipartimento di Sanità Pubblica, sono attivi flussi informativi diretti dai laboratori su infezioni di particolare rilevanza: arbovirosi, morbillo, rosolia, salmonellosi e tubercolosi.

Per quanto riguarda la gestione del sistema informativo delle malattie infettive a supporto dell'attività di controllo sulla tempestività, completezza e correttezza delle registrazioni nell'applicativo SMI è attivo un sistema di promemoria/allerta per i referenti aziendali dello SMI.

Anche per il 2018 i Professionisti dei Servizi di Profilassi hanno partecipato in qualità di docenti ai corsi di formazione/aggiornamento per i MMG e ai corsi organizzati da altre strutture sanitarie e sociosanitarie, nonché ad iniziative promosse da associazioni pubbliche e private, su tematiche vaccinali e infettivologiche.

Per quanto attiene il mantenimento delle azioni previste dalla DGR828/2017, "Approvazione delle Linee Guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi", a fronte di una prima mappatura delle torri di raffreddamento e dei condensatori evaporativi esistenti sul territorio di competenza effettuata nel 2017, sono state acquisite ulteriori informazioni mediante sopralluoghi conoscitivi con lista di controllo, attraverso la valutazione di progetti (recupero informativo indiretto), confronto con tecnici professionisti e con le amministrazioni comunali.

Sono state fornite informazioni nell'ambito dei sopralluoghi svolti nelle strutture alberghiere con la consegna di un pieghevole predisposto per tali tipologie di attività, pieghevole che è stato adattato anche per le strutture socio assistenziali. A queste ultime, il 27 settembre 2018 è stato offerto un incontro di formazione e informazione sul tema della prevenzione della legionellosi

Indicatori - target	Valore atteso 2018	Valore osservato 2018
casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus segnalati al DSP e notificati in Regione/n. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zika virus testati presso il Laboratorio di riferimento regionale CRREM	100% (accettabile ≥90%)	100%
Schede di casi di malattie infettive inserite in SMI	100% (accettabile ≥95%)	99%

1.2.3 Piano di prevenzione vaccinale 2017-19 e legge 119/2017 inerente disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale

Nel 2018 è continuato l'impegno dell'AUSL nell'attuare il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNP) seguendo il nuovo calendario che prevede un'offerta di altre vaccinazioni nel corso del 2018, oltre a quelle già garantite nel corso del 2017.

Con impegno sinergico dei Dipartimenti Sanità Pubblica e Cure Primarie (UOC Pediatria territoriale), nel corso del 2018 sono state garantite:

- l'estensione dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro il rotavirus a tutti i nuovi nati (dal 1-1-2018);
- l'introduzione della quinta dose di vaccino antipoliomielite nell'adolescente, a partire dalla coorte dei nati nel 2005;

- l'organizzazione e lo svolgimento della campagna vaccinale contro l'Herpes zoster rivolta ai 65enni, con invio delle lettere di invito e organizzazione di sedute vaccinali dedicate iniziate a settembre 2018;
- la prosecuzione della campagna di offerta attiva gratuita della vaccinazione antipneumococcica ai residenti di età pari a 65 anni;
- la programmazione e svolgimento di sedute vaccinali dedicate agli inadempienti in base a quanto previsto dalla L. 119/2017 e dalla Circolare regionale n. 13 del 22-12-2017.

Il rafforzamento delle azioni finalizzate a migliorare l'adesione alle vaccinazioni ha portato alla copertura di oltre il 95% per nove delle **dieci vaccinazioni obbligatorie per l'infanzia** (al 24° mese): è esclusa l'MPR che ha raggiunto la copertura del 93,7%, con costante aumento rispetto agli anni precedenti e che risulta del 96,2% nei bambini al 36° mese di vita, valore superiore alla media regionale.

Per la copertura vaccinale contro il **meningococco B** al 1° anno si indicano di seguito i livelli percentuali in base al numero di dosi somministrate:

1 dose	2 dosi	3 dosi	4 dosi	nati nel 2017 con 2 dosi
92,2%	90,8%	85,7%	60,1 %	92,5%

La copertura vaccinale contro **HPV** - coorte di nascita 2006 - ha raggiunto nel 2018 i seguenti risultati: ragazze 70,8% (2 dosi), ragazzi 63,4% (2 dosi).

Per la copertura vaccinale **antinfluenzale nella popolazione di età ≥65** anni (target: ≥75%), la campagna vaccinale è stata condotta a partire dall'autunno 2018 dal Dipartimento di Sanità Pubblica in collaborazione con il Dipartimento Cure Primarie. Il dato provvisorio indica il raggiungimento di una copertura del 55,3% (media regionale del 50,9%).

La copertura vaccinale **antipneumococco nella popolazione di età = 65** anni è del 33,6 % da Report regionale intermedio e provvisorio del 05/02/2019, a fronte di una media regionale del 31,8%.

COPERTURA VACCINALE	VALORE ATTESO 2018	VALORE OSSERVATO 2018
Copertura vaccinale antimeningococcico B a 12 mesi nei bambini	> 75%	92.5%
Copertura vaccinale 10 vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia a 24 mesi (esclusa MPR)	> 95%	> 95%
Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini	> 95%	93.7%
Copertura vaccinale contro HPV coorte di nascita 2006		
Ragazze	>75%	70.8%
Ragazzi	>60%	63.4%
Copertura vaccinale anti-pneumococco =65 anni	> 55%	33.6%
Copertura vaccinale antinfluenzale ≥65 anni negli anziani	> 75%	55.3%

1.2.4 Programmi di screening oncologici

I percorsi di screening dei tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto sono garantiti dal Dipartimento di Sanità Pubblica in stretta collaborazione e sinergia con i dipartimenti di produzione interessati (Oncologico, Chirurgico e Cure Primarie) dell'Azienda USL di Bologna e con le UU.OO. interessate dell'AOU di Bologna.

Lo **screening della cervice uterina**, per la prima volta dal 2013, ha iniziato a mostrare un incremento di adesione passando dal 44,11% del 2016 al 48,35% del 2017, al 49% del dicembre 2018; pur rimanendo al di sotto del valore medio regionale, il tasso di adesione ha quasi raggiunto il 50% indicato come valore accettabile.

Lo **screening colo-rettale** ha registrato un aumento dell'adesione passando dal 45,74% del 2016 al 52% del 2017, al 57,4% a dicembre 2018, secondo miglior risultato a livello regionale tanto da superare la media regionale di 3 punti percentuali (RER: 54.1%).

Lo **screening mammografico** ha visto l'adesione passare dal 58,2% del 2016 al 66,1% del 2018, inferiore di 3 punti percentuali rispetto alla media regionale ma comunque superiore al 60% indicato come valore accettabile di adesione.

1.2.5 Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita

Relativamente alle azioni in materia di vigilanza e controllo, in attuazione della DGR 200/2013 e degli altri atti di indirizzo regionali, si rappresenta di seguito lo stato di avanzamento per l'AUSL di Bologna degli obiettivi individuati dalle linee di indirizzo e programmazione 2018.

I Piani di lavoro delle UOC Prevenzione e Sicurezza in Ambienti di Lavoro (PSAL) e Impiantistica e Antinfortunistica (IA) sono stati definiti assicurando un'omogenea e trasparente programmazione secondo criteri di rischio e secondo le azioni previste dal piano di prevenzione regionale. Per l'attività di vigilanza si è raggiunto e superato l'obiettivo di garantire una percentuale di copertura del 9% delle aziende presenti sul territorio aziendale: 4000 unità locali, rispetto alle 3794 programmate, che rappresentano il 9,5 % delle 42215 PAT presenti nel territorio.

Il rispetto della programmazione delle attività di vigilanza (PSAL) e di verifica (IA), contenuta nei Piani di lavoro, è stata effettuata in modo integrato ed omogeneo sull'intero territorio aziendale ed è stata oggetto di costante monitoraggio, mediante le periodiche riunioni del coordinamento di Ambito.

Come previsto dal PRP 2015-2019, sono state utilizzate dagli PSAL le liste di controllo definite dal livello regionale in occasione del controllo di cantieri edili (nel 91,6% dei casi rispetto all'80% previsto dal progetto PRP 1.3) ed in tutti gli interventi relativi ai progetti PRP 1.5 (emersione e prevenzione malattie muscolo scheletriche), 1.6 (monitoraggio e contenimento del rischio cancerogeno) ed 1.7 (prevenzione del rischio stress lavoro correlato).

Nell'attività di vigilanza tecnico specialistica sugli impianti elettrici di cantiere effettuata dall'UOIA viene sempre utilizzata la lista di controllo definita a livello regionale.

Sono stati utilizzati dalle UOC Igiene Pubblica, come da piano di lavoro nell'attività di vigilanza, gli strumenti definiti a livello regionale per il controllo delle strutture ricettive, scolastiche e degli impianti natatori.

Nel 2018 sono state raggiunte tutte le 8 aziende previste dal progetto 1.2 del PRP (interventi di promozione della salute nei luoghi di lavoro) come anche è stato raggiunto ampiamente il numero di **lavoratori coinvolti in attività di promozione della salute** (6.310 vs 2.727 richiesti).

Azioni previste dal Piano Regionale Amianto

In coerenza con i macro-obiettivi previsti nel nuovo Piano Amianto della Regione Emilia-Romagna, approvato con la DGR n. 1945 del 04/12/2017, si è mantenuta e consolidata la collaborazione con il Centro Operativo Regionale (COR) del Registro regionale Mesoteliomi: al 31/12/2018 risultano inseriti sull'applicativo web regionale mesoteliomi 39 casi oggetto di intervista con l'apposito questionario.

Per quanto riguarda il macro-obiettivo della tutela sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto, l'Azienda USL di Bologna con Determinazione del Dipartimento di Sanità Pubblica n. 10 del 01/09/2010 aveva già istituito presso gli PSAL **un servizio ambulatoriale dedicato all'assistenza informativa e sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto ("Progetto Ambulatorio Amianto")**, quale punto di riferimento sanitario per queste persone. Nel 2018 sono state eseguite 19 visite, di cui 9 primi accessi.

L'Azienda USL di Bologna ha contribuito, con la partecipazione attiva di un medico del lavoro della UOC PSAL Ovest ad uno specifico gruppo tecnico regionale, all'elaborazione e stesura del documento tecnico "Istituzione presso i Dipartimenti di Sanità Pubblica di Ambulatori di Medicina del Lavoro (AMdL) per l'attuazione del programma regionale di assistenza informativa e sanitaria rivolto ai lavoratori ex esposti ad amianto - punto 6.2.3.2 del Piano Regionale Amianto - D.G.R. n. 1945/2017", approvato dalla Regione Emilia-Romagna con la DGR n. 1410 del 03/09/2018. In coerenza con le indicazioni contenute nel documento, nell'ultimo trimestre del 2018 è stato dato inizio al processo di rimodulazione del protocollo operativo mediante la costruzione della rete dei servizi ospedalieri specialistici (pneumologia) e radiologici dell'Azienda USL di Bologna in relazione con AOU. Alla luce dell'approvazione del documento tecnico "Rete della Regione Emilia-Romagna per la presa in carico dei pazienti affetti da mesotelioma pleurico maligno (ReMPPM RE-R)", approvato dalla Regione Emilia-Romagna con la DGR n. 1410 del 03/09/2018, e nelle more di specifici provvedimenti regionali, **è previsto nel 2019 l'inizio delle attività congiunte tra il DSP (UOPSAL) e Dipartimenti Ospedalieri per la costruzione della rete locale inter-aziendale finalizzata all'elaborazione e definizione, a livello interaziendale tra Ausl e AOU Bologna, del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per i pazienti affetti da Mesotelioma Pleurico Maligno**, attraverso la definizione di idonei raccordi tra le attività svolte dalle UOPSAL e quelle clinico-assistenziali.

In attesa della concreta attivazione del gruppo tecnico regionale che definirà le azioni da svolgere per ciascuna AUSL al fine di fornire la collaborazione al Centro Operativo Regionale (COR) archivio dei lavoratori ex-esposti ad amianto, a fine 2018 è stata redatta una relazione sulla ricostruzione degli ex esposti ad amianto nell'AUSL di Bologna, inviata al COR a fine febbraio 2019. Le UOPSAL hanno intrapreso già da alcuni anni l'attività di ricostruzione dei lavoratori ex esposti ad amianto nelle aziende nel territorio dell'AUSL di Bologna registrando i dati in un archivio informatizzato. Al momento sono state completate 3 coorti di lavoratori. Nel suddetto archivio sono raccolte le informazioni di 8604 lavoratori dei quali 5300 in vita all'ultimo follow-up aggiornato al 31/12/2015. Inoltre risultano disponibili i dati di 1644 soggetti provenienti da due coorti in via di completamento di cui 1399 in vita all'ultimo follow-up. Sulla base dei casi di patologie amianto correlate (RENAM, Nuovi Flussi INAIL, segnalazioni) sono state individuate altre 12 aziende sulle quali sarà avviata l'opera di ricostruzione delle coorti e dell'esposizione.

È stato definito inoltre un protocollo di studio epidemiologico di mortalità sulle coorti degli ex esposti ad amianto nel territorio dell'AUSL che è stato sottoposto al Comitato Etico-AVEC nel febbraio 2019 ed è in corso l'iter autorizzativo.

È stata realizzata l'attività di vigilanza e controllo su 164 cantieri di bonifica di Materiali Contenenti Amianto (MCA) contro i 159 previsti per garantire la copertura prevista del 15% sul totale dei piani di bonifica/rimozione pervenuti nel 2017 (1038). Poiché nel corso del 2018 sono pervenuti in totale 1004 piani di bonifica/rimozione, risulta una percentuale di cantieri oggetto di vigilanza pari al 16,33%.

Sono stati effettuati interventi integrati tra il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL di Bologna, ARPAE e le Amministrazioni comunali per promuovere le bonifiche da amianto ed i controlli secondo criteri di priorità.

	Valore Atteso 2018	Valore Osservato 2018
% aziende con dipendenti ispezionate	≥ 9%	9.5%
% cantieri rimozione amianto controllati	≥ 15%	16.33%

1.2.6 Autorizzazione delle strutture sanitarie, socio-assistenziali e socio sanitarie

Il DSP dell'AUSL di Bologna, coerentemente con quanto indicato nella DGR n. 1943 del 4/12/2017, recante i requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie, nell'attesa della conclusione del processo di revisione delle procedure di autorizzazione e accreditamento, ha assicurato:

- il funzionamento delle Commissioni dipartimentali e l'osservanza dei tempi previsti dal procedimento;
- l'aggiornamento per quanto di competenza dell'anagrafe delle strutture autorizzate, inserendo il 100% delle strutture autorizzate nel 2018;
- il controllo del 100% delle case famiglia presenti nel territorio di competenza. Il DSP, su mandato della CTSSM, ha partecipato all'elaborazione di una proposta di "Regolamento per le Case Famiglia e altre strutture per anziani e adulti, con un numero massimo di 6 ospiti", al fine di garantire una omogenea applicazione delle Linee di Indirizzo Regionali sulle Case Famiglia su tutto il territorio provinciale. Tale proposta è stata recepita e validata dalla CTSS nella seduta del 20/03/2019;
- l'assistenza diretta alla corretta applicazione dei requisiti autorizzatori.

1.3 Sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e nutrizione

1.3.1 Piano Regionale Integrato

Nel 2018 l'impegno delle UU.OO. di Veterinaria e di Igiene Alimenti e Nutrizione (IAN) ha consentito il pieno raggiungimento dell'obiettivo

- % indicatori "sentinella" con valore conseguito pari allo standard indicato nel piano: obiettivo 100%;

1.3.2 Realizzazione e registrazione dei controlli ufficiali previsti dai piani nazionali e regionali brucellosi bovina e brucellosi ovicaprina e anagrafe ovicaprina

Il monitoraggio delle attività previste per la realizzazione e registrazione dei controlli ufficiali previsti dai piani nazionali e regionali brucellosi bovina e brucellosi ovicaprina e anagrafe ovicaprina per il 2018 è proseguito in linea con i target regionali e con il pieno raggiungimento degli obiettivi.

1.3.3 Realizzazione dei controlli sui contaminanti negli alimenti di origine vegetale (fitosanitari)

Il monitoraggio delle attività previste per la realizzazione dei controlli sui contaminanti negli alimenti di origine vegetale (fitosanitari) per il 2018 evidenzia il pieno raggiungimento dell'obiettivo.

1.3.4 Adeguamento dei sistemi informativi gestionali per la trasmissione dei dati al sistema regionale ORSA

Da inizio 2018 la Regione ha trasmesso informalmente alcune indicazioni per consentire l'integrazione applicativa tra il sistema informatico regionale ORSA (Osservatorio Regionale sulla Sicurezza Alimentare) e quello AUSL (AVELCO-DEDALUS).

Nel febbraio 2019 la referente regionale per la realizzazione del progetto ha comunicato formalmente a tutte le AUSL regionali che nel 2018 sono state apportate modifiche all'applicativo regionale ORSA e sono state richieste modifiche agli applicativi locali commissionate da parte di CUP 2000 ai fornitori delle AUSL. Nonostante gli sforzi per coordinare gli interventi e cercare di ottenere gli adeguamenti in tempi utili per potere utilizzare i dati entro la fine dell'anno, i fornitori non hanno completato l'installazione delle nuove versioni dei gestionali locali.

Pertanto, l'indicatore sull'idoneità dei dati AUSL presenti in ORSA di rendicontazione annuale dell'attività di vigilanza nelle strutture registrate e riconosciute" non è stato possibile calcolarlo.

1.4 Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie

Nel 2018 l'Azienda USL di Bologna ha profuso impegno per la realizzazione di attività di prevenzione e promozione della salute previste nel Piano Regionale della Prevenzione. In particolare, ha:

- aggiornato le procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori, disponibili presso il Servizio Unico di Medicina del Lavoro;
- svolto incontri seminariali sul tema delle vaccinazioni;
- in occasione delle attività di formazione dei lavoratori sui temi della sicurezza come previsto dal D. Lgs. 81/08, riservato un'ampia parte al tema dell'importanza delle vaccinazioni per il personale sanitario.

Per quanto riguarda il livello di **copertura vaccinale anti-influenzale degli operatori sanitari** ed in particolare l'obiettivo: "copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari (target: $\geq 34\%$, o comunque con evidenza di incremento rispetto all'anno precedente o mantenimento per chi ha già conseguito il 34% di copertura)", la tabella seguente riporta il livello % di copertura dell'AUSL di Bologna e permette il confronto con le altre Aziende sanitarie regionali, da cui si evince l'ottimo risultato ottenuto (quasi il 46% del personale).

Copertura vaccinale degli Operatori Sanitari*

Aziende Sanitarie	Campagna 2013-14	Campagna 2014-15	Campagna 2015-16	Campagna 2016-17	Campagna 2017-18	Campagna 2018-19**
AUSL Piacenza	13,3%	11,6%	16,5%	15,9%	23,9%	32,1%
AUSL Parma	26,1%	20,0%	20,8%	30,3%	32,8%	47,8%
AOSP Parma	6,0%	3,6%	6,2%	15,8%	14,5%	16,8%
AUSL Reggio Emilia	17,7%	14,9%	20,2%	25,0%	29,6%	34,8%
AOSP Reggio Emilia	13,4%	10,4%	17,4%	26,6%		
AUSL Modena	19,1%	15,4%	18,7%	24,7%	38,2%	42,1%
AOSP Modena	12,2%	11,6%	15,0%	42,8%	36,4%	11,0%
AUSL Bologna	21,2%	18,9%	21,1%	28,0%	32,5%	45,9%
AOSP Bologna	9,5%	7,6%	16,5%	24,2%	40,5%	56,5%
IOR Bologna	7,7%	6,8%	8,9%	13,0%	20,0%	0,4%
AUSL Imola	19,0%	13,0%	19,2%	27,2%	30,1%	35,2%
AUSL Ferrara	26,2%	23,4%	26,0%	32,4%	35,6%	39,5%
AOSP Ferrara	11,0%	8,9%	9,2%	14,3%	18,3%	34,3%
<i>Ravenna</i>	<i>14,5%</i>	<i>12,4%</i>				
<i>Forlì</i>	<i>17,3%</i>	<i>14,1%</i>				
<i>Cesena</i>	<i>15,1%</i>	<i>12,7%</i>				
<i>Rimini</i>	<i>14,8%</i>	<i>11,6%</i>				
AUSL Romagna		12,5%	16,5%	19,8%	25,7%	31,8%
Emilia-Romagna	16,2%	13,4%	17,3%	23,7%	29,6%	35,5%

* la copertura è stata calcolata considerando al denominatore gli operatori dipendenti del Servizio Sanitario Regionale nel ruolo sanitario (fonte: Conto Annuale del Ministero dell'Economia e delle Finanze), i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta (fonte: Archivio regionale Medici di base e Pediatri di libera scelta.), al 31/12 dell'anno di inizio di ogni campagna vaccinale.

** Coperture provvisorie e aggiornate al giorno di divulgazione del presente report

Per quanto riguarda l'obiettivo "operatori adibiti a reparti ad alto rischio vaccinati/immuni in base alle indicazioni regionali/ totale operatori adibiti a reparti ad alto rischio" (Target: $\geq 95\%$), nella tabella seguente si rappresentano i dati di sintesi sugli operatori immunocompetenti nei confronti di morbillo, rosolia e varicella (Aree a rischio).

Qualifica	%soggetti immunocompetenti aree a rischio		
	MORBILLO	ROSOLIA	VARICELLA
Medici	89	89	90
Infermieri	97	95	96
OSS/OTA/AUS	98	95	98
Ostetriche	100	100	98

Il tema delle **molestie ed aggressioni a carico del personale sanitario** è stato considerato una priorità per l'AUSL di Bologna sin dalla emanazione del D.Lgs. 626/94, modificato in Testo Unico per la sicurezza del lavoro D.Lgs. 81/08. La valutazione di tutti i rischi come previsto dall'art. 28 del citato Decreto ha fatto sì che sia stato redatto uno specifico documento ancora prima della emanazione della Raccomandazione n. 8 del Ministero della Salute. A seguito della emanazione della Raccomandazione, due operatori aziendali hanno partecipato alla redazione delle Linee di indirizzo regionali per le Aziende Sanitarie. Da anni era in essere in Azienda un Programma specifico per la prevenzione della violenza sugli operatori con interventi di monitoraggio e valutazione degli eventi, una procedura di lavoro e la realizzazione di interventi formativi che hanno interessato il Pronto Soccorso, il Dipartimento Cure Primarie, e i front office amministrativi delle aree territoriali.

Nel 2018, come da richiesta della Regione, è stato attivato un Gruppo Aziendale per la prevenzione della violenza sugli operatori sanitari coordinato dal Resp. Servizio di Prevenzione e Protezione, è stata adottata la nuova scheda di segnalazione unica

regionale, ed è stato redatto uno specifico Piano Programma aziendale per la prevenzione del fenomeno che è stato inviato in Regione.

La tabella che segue sintetizza i dati sulle aggressioni nell'ambito dell'AUSL di Bologna nell'anno 2018:

Tipologia aggressione (area/ambito)	Aggressione CONTRO LA PROPRIETA'	Aggressione VERBALE	Aggressione FISICA
Area psichiatrica/dipendenze	15	58	35
Pronto Soccorso	/	15	1
Altro (es. area medica, area ambulatoriale etc.)	3	112	16

In caso di aggressione fisica:

ESITO (area/ambito)	Nessun esito/danno	Da minore a moderato	Da significativo a severo
Area psichiatrica/dipendenze	21	11	3
Pronto Soccorso	/	1	/
Altro (es. area medica, area ambulatoriale etc.)	10	6	/

Sono stati attivati specifici interventi che di seguito si riassumono:

- PS Ospedale Maggiore: revisione del layout dei locali, modifica della postazione del triage con il suo raddoppio, installazione di sistemi di allarme e potenziamento della videosorveglianza, potenziamento della presenza di guardie giurate con estensione dell'orario, corso di formazione specifico per gli operatori;
- sportelli CUP: revisione del layout e della disposizione degli arredi in alcuni punti CUP con maggiore affollamento;
- SERT e Centri Diurni DSM-DP: revisione della disposizione dei locali, modifica delle aree di colloquio con pazienti per permettere la presenza di più operatori e avere una eventuale via di fuga alternativa. Potenziamento in alcuni punti della presenza delle guardie giurate e installazione di sistemi di allarme a fungo;
- Assistenza Domiciliare: revisione di alcune modalità di effettuazione delle visite a domicilio, coinvolgimento dei MMG per la comunicazione agli operatori di pazienti problematici o particolari in modo che gli accessi possano essere effettuati con modalità organizzative più sicure;
- SPDC: sono stati eseguiti interventi di adeguamento strutturale e impiantistico all'SPDC Malpighi; all' 'SPDC Ottonello Ospedale Maggiore sono stati eseguiti ulteriori interventi nelle stanze di degenza per ridurre la disponibilità di oggetti utilizzabili per aggressione contro gli operatori. In tutti gli SPDC è stata condotta, in questi ultimi anni, la formazione specifica agli operatori sulle tecniche di de-escalation.
- censimento delle strutture territoriali in cui gli operatori svolgono la propria attività da soli fino a sera inoltrata;
- censimento sui punti di Guardia Medica e sulle dotazioni tecnologiche presenti per la prevenzione degli episodi di violenza;
- il protocollo con la Prefettura in vigore e finalizzato all'intervento delle forze dell'ordine dovrà essere rivisto e aggiornato anche in relazione ai cambiamenti organizzativi che si sono verificati negli anni.

Il piano programma triennale per la prevenzione degli episodi di violenza sugli operatori sanitari prevede una serie di interventi che in sintesi si elencano:

- potenziamento dei sistemi di videosorveglianza;
- installazione di sistemi di allarme a fungo nelle strutture del SERT;
- segregazione degli estintori presenti al SERT e nei centri diurni del DSM;
- installazione di sistemi di accesso controllato in alcune aree aziendali particolarmente esposte;
- adeguamento degli arredi in alcune strutture aziendali e front office;
- formazione degli operatori delle aree a rischio su tecniche di de-scaling e di gestione del paziente in collera o alterato – Front Office Ospedaliero e Assistenza Domiciliare;
- attuare una campagna di comunicazione positiva nei confronti del cittadino per promuovere una maggiore collaborazione e rispetto per gli operatori sanitari;
- revisione della procedura aziendale.

Nel 2018 si è inoltre proceduto all'aggiornamento e revisione dei **Documenti Valutazione Rischi (DVR)**:

- da Movimentazione Manuale pazienti per le aree più critiche individuate:
 - UA CHIRURGIE GENERALI CHIRURGIA B OM
 - UA CHIRURGIE GENERALI CHIRURGIA A OM
 - UA GASTROENTEROLOGIA OM
 - UA ORTOPEDIA OM
 - UA ORTOTTICA/AUDIOLOGIA OM
 - UA AREA AMBULATORIALE OCULISTICA OM
 - UA UROLOGIA OM
 - UA CHIRURGIA VASCOLARE
 - UA ALP OM
 - UA INTERNISTICO PNEUMOLOGICA DEGENZA OB
 - UA CARDIOLOGIA OB
 - UA CHIRURGIA POLISPECIALISTICA OB (Orl Maxillo Senologia Chirurgia Plastica)
 - UA DEGENZA MEDICA 9 PIANO ALA LUNGA OM
 - UA DEGENZA MEDICA 12 PIANO ALA LUNGA OM
 - UA DEGENZA STROKE E GERIATRIA 8 PIANO ALA LUNGA OM
 - UA DEGENZA MEDICA 7 PIANO CORPO D OM
 - UA DEGENZA MEDICA 9 PIANO CORPO D OM
 - UA DEGENZA MEDICA 11 PIANO ALA LUNGA OM
 - UA DEGENZA MEDICA 6 piano corpo d OM
 - UA DEGENZA OBI/MEDICINA D'URGENZA OM
 - UA SEMINTENSIVA OM
 - PIASTRA PORRETTA/VERGATO MEDICINA-ORTOPEDIA-LUNGODEGENZA
- strutture territoriali del Distretto di Bologna;
- Centro Stampa Aziendale;
- Anatomie Patologiche aziendali;
- dei materiali Cancerogeni.

Il **Piano di Adeguamento conseguente alla valutazione dei rischi** ha prodotto nel 2018 una serie di interventi tra cui i più significativi sono:

- l'adozione di sistemi a vuoto per la conservazione dei pezzi anatomici in alcune Sale Operatorie e nelle Anatomie Patologiche aziendali al fine di ridurre la manipolazione di formalina (installazione completata tra il 2017 e il 2018);
- ulteriore dotazione di letti elettrici in sostituzione di quelli oleodinamici, che permettono di ridurre il rischio lavorativo da Movimentazione Paziente per il personale ed un miglioramento sostanziale della qualità dell'assistenza. Il piano poliennale prevede la completa sostituzione dei letti oleodinamici entro il 2019, ed è inserito nel più generale piano di miglioramento del rischio da movimentazione pazienti; nel 2018 sono stati sostituiti 108 letti elettrici, 33 letti per dialisi e 31 sollevatori tra i più obsoleti.

L'applicazione del DM 19/03/2015 "Approvazione della regola tecnica di **prevenzione incendi** per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private" si è sostanziata effettuando le seguenti azioni nel corso del 2018:

- revisione della procedura generale di applicazione del Titolo V del DM citato;

La norma citata prevede che siano attuati diversi obblighi così esplicitati:

- Identificazione e valutazione dei pericoli derivanti l'attività;
- Organizzazione del personale;
- Controllo operativo delle successive fasi di adeguamento;
- Gestione delle modifiche;
- Pianificazione dell'emergenza;
- Sicurezza squadre di soccorso;
- Controllo delle prestazioni con riferimento anche al crono programma dei lavori;
- Manutenzione dei sistemi di protezione;
- Controllo e revisione del SGSA.

L'organizzazione dell'Ausl di Bologna prevede che le misure sopra indicate vengano attuate da diverse strutture organizzative. A tal fine è stato aggiornato il Documento Generale di gestione della sicurezza antincendio (delle strutture rientranti nel campo di applicazione del titolo V del DM 19/03/2015) che individua chiaramente gli specifici ambiti di Responsabilità. Il documento è disponibile nella rete intranet Aziendale;

- aggiornamento e revisione dei Sistemi di gestione della Sicurezza Antincendio (SGSA) delle strutture territoriali con superficie maggiore a mq. 1000 (n. 20);
- esecuzione dei sopralluoghi di controllo preventivo con check-list trimestrale nelle strutture territoriali oggetto di SGSA;
- supervisione e controllo delle verifiche mensili a cura degli addetti alle emergenze delle strutture;

aggiornamento degli addetti alla gestione delle emergenze per il 100% delle strutture in ambito di applicazione del SGSA con contestuale simulazione delle emergenze. Le strutture sanitarie coinvolte sono CdS Borgo Reno, Pol. Carpaccio, Pol. Reno, CdS San Donato – San Vitale, Pol. Mengol, Pol. Zanolini, Pol. Montebello, Pol. Mazzacorati, Pol. Saragozza, Pol. Byron, Sede Polifunzionale Cimarosa, Pol. San Lazzaro di Savena, Pol. Castelmaggiore, CdS di Molinella, CdS di S. Pietro in Casale, Pol. Granarolo, CdS di Pieve di Cento, CdS di Castelmaggiore, CdS di S. Giovanni in

Persiceto, SPDC e Consultorio di S. Giovanni in Persiceto, Pol. di Calderara di Reno. Nelle strutture indicate sono stati condotti specifici incontri formativi rivolti agli addetti alla gestione delle emergenze prevedendo inoltre una simulazione di esodo. Insieme al servizio formazione del Servizio Prevenzione e Protezione si sono inoltre attivati corsi di aggiornamento per gli addetti alla gestione delle emergenze (che prevedono anche la parte pratica di spegnimento incendio;

- definizione dell'implementazione degli addetti aggiuntivi antincendio secondo l'algoritmo indicato dalla circolare applicativa dei VVF ed organizzazione della formazione conseguente;
- aggiornamento dei dati dell'Azienda USL di Bologna nello Share point antincendio coordinato dal Servizio strutture, tecnologie e sistemi informativi della Regione Emilia-Romagna;
- controllo delle modifiche di adeguamento strutturale ed impiantistico gestite dal Dipartimento Tecnico Patrimoniale;
- aggiornamento dei Piani di emergenza in base alle modifiche organizzative e gestionali intervenute;
- organizzazione e coordinamento degli Audit (SPP e DTP) di verifica dell'attuazione delle misure di adeguamento antincendio.

Contestualmente alle misure specifiche di cui al DM 19/03/2015, sono state effettuate le misure di gestione e controllo antincendio di tutte le strutture attraverso:

- risposta alle segnalazioni o agli eventi occorsi in materia antincendio. Nel corso dell'anno 2018 si sono verificati 10 eventi riconducibili a principio di incendio nelle strutture Aziendali, SPDC compresi. In due casi, a scopo precauzionale, è stato richiesto l'intervento dei VVF mentre gli altri casi sono stati gestiti dal sistema antincendio interno. Gli operatori hanno effettuato 23 segnalazioni riconducibili a presidi antincendio guasti o con problemi di funzionamento, accumulo improprio di materiale combustibile, fumo non controllato adeguatamente;
- aggiornamento dei Piani di emergenza in base alle modifiche organizzative intervenute;
- organizzazione e formazione per la gestione degli impianti di allarme antincendio;
- aggiornamento dei nominativi degli addetti all'emergenza aziendali.

Si è continuato nell'approfondimento della **indagine di clima interno**, che nel 2018 ha interessato i Dipartimenti Materno Infantile, Oncologico e Servizi.

Nell'ambito del Programma di promozione del "**Benessere Lavorativo**" sono stati sviluppati i seguenti interventi:

- sistema di prenotazione facilitata delle principali prestazioni diagnostiche per gli operatori aziendali. Ad oggi 95 operatori aziendali hanno usufruito della opportunità loro fornita dall'Azienda;
- progetto di telelavoro e smartworking: è stata completata la redazione del regolamento attuativo dal gruppo di lavoro che comprende Comitato Unico di Garanzia, SPP, Amm.ne del Personale, che sarà reso esecutivo e completato in relazione alle modalità specifiche di esecuzione dello smart working. Attualmente, il percorso semistrutturato per il telelavoro è riservato a soggetti che per motivi familiari, di salute o altro possono richiedere di svolgere l'attività lavorativa da casa o in altro luogo concordato. Per ogni singola richiesta, viene condotto un

- sopralluogo specifico con relazione finale per la valutazione degli aspetti di sicurezza collegati all'attività. Nel 2018 sono state attivate 8 nuove attività in telelavoro;
- implementazione dell'offerta di Palestra AUSL su altre strutture aziendali per favorire la pratica dell'attività fisica da parte degli operatori. PalestrAUSL è un progetto dedicato a tutti i dipendenti Aziendali che permette di aderire, gratuitamente ed in orario di lavoro, ad un percorso di sedute (1/settimana per un massimo di 8 ore - le ore eccedenti, qualora il dipendente volesse continuare il percorso, sono considerate fuori orario di lavoro) in palestra coordinata da operatori laureati in scienze motorie. Prevede anche un'attività di rieducazione posturale per contrastare le problematiche dovute alle posture scorrette, attività di notevole importanza in una popolazione lavorativa spesso soggetta a sovraccarico biomeccanico. Le sedi presso cui sono state attivate le sedute sono: Ospedale Maggiore, Ospedale Bellaria, Ex Ospedale San Camillo, Poliambulatorio Montebello, Roncati - S. Isaia, Sede Via Gramsci, Ospedale San Giovanni in Persiceto, Sede Polifunzionale di Casalecchio di Reno. Dal 2017 ad oggi hanno aderito circa 1000 dipendenti.

In tema di **sicurezza degli operatori** l'Azienda USL di Bologna ha realizzato attività formative, che si sostanziano nei seguenti volumi complessivi:

- 28 corsi per un totale di 152 edizioni
- 3.083 operatori formati
- 30.052 ore di formazione/addestramento.

In tema di **promozione del benessere lavorativo** nel 2016 si è costituita la Rete dei Consiglieri di Fiducia di area Metropolitana (CdFM) bolognese, formalizzata con la sottoscrizione di un accordo quadro tra AUSL, AOU, IOR e Comune di Bologna che ha sancito la costituzione di un unico gruppo di 16 Consiglieri di Fiducia incaricati dalle suddette amministrazioni nella misura di 5 per AOU, 5 per AUSL, 2 per IOR e 4 per il Comune di Bologna.

La Rete dei Consiglieri contribuisce alla promozione ed alla tutela della dignità sul lavoro, prevenendo, gestendo e contrastando situazioni di grave conflittualità interpersonale lavorativa, molestia e discriminazione.

La rete dei CdFM invia alle Direzioni Generali un report annuale di sintesi sulle segnalazioni prese in carico specificando, in forma aggregata ed anonima:

- la tipologia di problema segnalato (molestia, aggressione verbale o fisica, discriminazione, ...);
- alcune informazioni circa la struttura nella quale è situato il problema (tipo di servizio, professioni coinvolte);
- gli interventi attuati (colloquio, mediazione tra le parti, invio ad altri specialisti);
- l'esito rilevato alla conclusione della presa in carico.

La rete dei Consiglieri di Fiducia, a conclusione del triennio di mandato, ha rendicontato sulla attività 2016-2018. Le richieste prese in carico nel triennio sono state complessivamente 104, delle quali 78 relative l'Azienda USL.

Il 58% delle segnalazioni proviene dal personale infermieristico, l'11% da quello medico, il 10% dal personale O.S.S. ed il restante 21% è distribuito tra le diverse professioni presenti in azienda (personale tecnico, amministrativo, della riabilitazione, ...).

Il 12% delle segnalazioni riguarda molestie psicologiche, l'8% aggressioni verbali, il 3% comportamenti discriminatori mentre oltre il 65% delle richieste è motivato da disagio lavorativo causato da conflitti tra pari o tra capo e collaboratore.

Alla conclusione della presa in carico dei Consiglieri le persone hanno riferito un miglioramento della condizione lavorativa nel 67% dei casi, una situazione di stallo nel 19%

dei casi ed il 3% ha riferito di un peggioramento delle relazioni. L'11% delle persone segnalanti non ha proseguito la presa in carico con i Consiglieri di Fiducia.

Da questo report il Comitato Unico di Garanzia della AUSL e la Direzione Generale hanno tratto informazioni utili alla progettazione di percorsi di sensibilizzazione e formazione mirati sul tema delle molestie morali e delle molestie sessuali sul lavoro. Percorsi che si realizzeranno nel biennio 2019-2020.

2 Assistenza Territoriale

2.1 Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Nel 2018 i residenti nell'AUSL di Bologna hanno consumato all'interno del territorio regionale 12.721.296 prestazioni in regime SSN (+ 531.092 prestazioni pari al + 4,4% vs. 2017).

	Diagnostica	Laboratorio	Riabilitazione	Terapeutica	Visite	TOTALE
2018	1.250.074	9.635.762	307.856	390.659	1.136.945	12.721.296
Δ Vs 2017	+5.653	+544.415	-16.181	-21.243	+18.448	+531.092

Se si esclude il Laboratorio con 9.635.762 prestazioni (+ 544.415 prestazioni pari al +6,0 % vs. 2017), il 95% delle prestazioni è stato erogato nelle strutture ubicate nel territorio dell'AUSL di Bologna (46% strutture dell'AUSL, 24% all'Azienda Ospedaliera S. Orsola, 26% dal privato accreditato convenzionato, 2% allo IOR).

L'attività è stata erogata su 140 strutture: strutture AUSL bologna (9 Ospedali; 44 Poliambulatori; 41 Consultori); altre strutture pubbliche (AOU Sant'Orsola; IRCS Rizzoli) strutture private accreditate (7 Ospedali; 37 Poliambulatori).

L'accesso è avvenuto tramite CUP/CUP WEB (oltre 6.500 prenotazioni giornaliere), o tramite prenotazione interna (presa in carico del paziente dopo la prima visita per esami di completamento diagnostico o controllo).

Escluse le agende per i prelievi del laboratorio analisi, l'offerta è suddivisa su 5.307 agende, così ripartite per Azienda e tipologia di accesso:

Aziende	Accesso ordinario	Urgenza differibile	Agende interne integrate CUP	TOTALE
AUSL BO	1.055	448	1.436	2.939
Accreditate	1.307	301		1.608
AO SP BO	247	59	368	674
IOR	27	13	46	86
TOTALE	2.636	821	1.850	5.307

L'indice di consumo standardizzato ¹ per 1000 ab. (13.866 x 1000 ab.) è sostanzialmente in linea con quello regionale, con alcune differenze per aggregati di prestazioni: più alto nel Laboratorio, in linea nelle visite e più basso nella diagnostica, nella riabilitazione e nelle terapeutiche.

Azienda USL di residenza	Diagnostica	Laboratorio	Riabilitaz.	Terapeutica	Visite	CODICI EXTRA-RER	TOTALE
PIACENZA	1.216,30	12.793,10	366,3	662,5	1.120,60	25,1	16.183,80
PARMA	1.435,80	9.075,80	441,8	457,5	1.320,50	14,6	12.746,00
REGGIO EM.	1.517,00	9.803,00	437,3	564,4	1.384,60	11	13.717,30
MODENA	1.484,10	11.402,70	287,3	482,1	1.233,80	13,1	14.903,10
BOLOGNA	1.373,40	10.467,70	329,1	417,6	1.258,90	19,5	13.866,20
IMOLA	1.318,00	9.747,30	279,3	531,4	1.144,50	16,6	13.037,30
FERRARA	1.676,30	10.157,80	376,6	497,5	1.401,20	18,1	14.127,70
ROMAGNA	1.387,50	8.243,40	299,9	532,9	1.188,90	12,6	11.665,20

¹ Fonte Banca dati regionale ASA - per la mobilità passiva extra regionale, non essendo ancora disponibile il dato 2018, si è utilizzato il 2017

TOTALE	1.430,10	9.932,50	343,8	503,8	1.256,10	15,5	13.481,70
---------------	-----------------	-----------------	--------------	--------------	-----------------	-------------	------------------

Nel mantenere alta l'attenzione alla garanzia dei tempi di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, l'Azienda ha continuato a garantire lo sviluppo di azioni ed il monitoraggio delle attività volte ad ottimizzare l'utilizzo delle agende di prenotazione e l'appropriatezza prescrittiva.

In particolare, si è proceduto a:

- Ulteriore sviluppo della territorializzazione dell'offerta, al fine di migliorare la distribuzione territoriale delle prestazioni a bassa intensità tecnologica e a domanda elevata con:
 - consolidamento attività urologica e dermatologica, diabetologica ed endocrinologica di AOSP sui distretti Reno-Lavino-Samoggia, San Lazzaro e Bologna;
 - ampliamento offerta diabetologica sui distretti Pianura Est, Ovest e San Lazzaro;
 - attivazione ambulatori di maxillo facciale/odontoiatria su Vergato e Porretta;
 - Riorganizzazione attività pneumologica ospedaliera e territoriale del distretto di Bologna;
 - riorganizzazione geriatria territoriale;
 - estensione attività UO Oculistica ospedaliera su ambulatori territoriali;
 - attivazione sperimentale dello screening per l'ambliopia sul distretto Pianura Est;
 - consolidamento dell'ampliamento dell'attività di gastroenterologia pediatrica OM;
 - estensione del progetto Gastropack su distretto di San Lazzaro che ha portato complessivamente alla presa in carico di 1510 pazienti in ambito aziendale;
 - apertura della Casa della Salute Navile con riorganizzazione delle attività;
 - decentramento dell'attività del privato accreditato dal distretto di Bologna verso gli altri distretti, a isorisorse:
 - attivazione del poliambulatorio San Petronio a Calderara di Reno
 - attivazione del poliambulatorio Marchesini a Funo
 - potenziamento offerta su Anzola (poliambulatorio La Salute e poliambulatorio Marchesini)
 - potenziamento offerta sui distretti Lavino Samoggia Reno e San Lazzaro
- Miglioramento dell'appropriatezza e congruità prescrittiva:
 - revisione del PDTA interaziendale "Persone adulte con diabete mellito";
 - revisione del PDTA aziendale "Paziente affetto da carcinoma colonrettale";
 - predisposizione del PDTA aziendale "Paziente pediatrico affetto da malattie infiammatorie croniche intestinali";
 - predisposizione del PDTA aziendale "Paziente chirurgico bariatrico";
 - predisposizione del percorso interaziendale di accesso alla visita allergologica;
 - aggiornamento del catalogo aziendale delle prestazioni specialistiche sul portale SoLE per le branche: angiologia, chirurgia vascolare, anestesia,

di 30 gg. per le visite e 60 per le prestazioni strumentali anche per le urgenze differibili) ha sempre fatto apparire positivi gli Indici di Performance di tutte le prestazioni.

A ottobre, in seguito alla correzione di questa anomalia, si è evidenziato un IP complessivo annuale per le urgenze differibili dell'82,6%. Si è poi verificato che per garantire il rispetto del tempo massimo di attesa per le urgenze differibili in area metropolitana, dal 2008 era stato impostato un blocco sul sistema di prenotazione CUP per impedire la visualizzazione dell'offerta e la prenotazione con una finestra temporale di 7 giorni lavorativi, mentre il calcolo MAPS corretto è di 7 giorni di calendario.

Non appena evidenziato questo scostamento è stato richiesto l'adeguamento del sistema di prenotazione CUP che però è divenuto operativo solo fra il 19 e il 20 di febbraio 2019. Nonostante questo errore di impostazione non abbia consentito il rispetto degli IP richiesti dagli obiettivi regionali è stato possibile però rispettare i parametri ministeriali che sono fissati a 10 giorni.

Le prestazioni che nel corso del 2018 hanno richiesto più impegno per assicurare i tempi di attesa sono le endocrinologiche, le diabetologiche e le reumatologiche sulle quali è in atto una riorganizzazione dell'offerta, la Tac (addome e torace) per la quale si è ricorsi alla SIMILALP e per la visita neurochirurgica. A questo proposito, da inizio 2019, è stato implementato un percorso per la corretta gestione del paziente con lombalgia, che al momento richiede un rinforzo informativo sui prescrittori, in via di programmazione.

2.2 Le Case della Salute e Medicina di Iniziativa

Nell'ambito delle politiche di sviluppo di modelli organizzativi e di strumenti orientati alla prossimità e alla domiciliarità, le Case della Salute (CdS) assumono un particolare rilievo nel favorire la realizzazione di un modello integrato e multidisciplinare dell'ambito sanitario e sociale, con la valorizzazione delle professioni sanitarie e il coinvolgimento del volontariato. Per l'anno 2018 sono stati identificati i seguenti obiettivi regionali:

- prosecuzione della attivazione delle CdS programmate e individuazione di nuove progettualità, a livello locale, in condivisione con le CTSS;
- consolidamento della implementazione dei contenuti della DGR 2128/2016, con particolare riferimento da un lato al ruolo dei professionisti coinvolti nel coordinamento, dall'altro alla valorizzazione dell'integrazione tra i professionisti, realizzando gli ambulatori infermieristici per la gestione delle cronicità.

Nell'AUSL di Bologna nel corso del 2018 la progettualità sulle CdS. ha seguito il percorso preventivato. L'impegno principale ha riguardato l'avvio della nuova CdS "Navile" a Bologna (marzo 2018) e lo sviluppo/consolidamento delle attività nelle altre CdS aziendali (16 a tutto il 2018) in un contesto in cui sono state sviluppate le comunità professionali e rafforzate le relazioni con le comunità dei cittadini e le associazioni.

Le attività 2018, coerentemente con la DGR 2128/2016, sono state tese a definire e realizzare obiettivi strategici su un modello di **programmazione integrata per livelli di assistenza**, secondo uno stile di lavoro multidisciplinare. Si è concluso il progetto di definizione dell'assetto organizzativo interno/board gestionale e del ruolo per i referenti organizzativi delle CdS.

Indicatori	Target
Numero Case della Salute con referente organizzativo/Numero delle Case delle Salute attive (%) (Fonte: Anagrafe regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% AUSL Bo: attività in corso
Numero Case della Salute hub con board gestionale-organizzativo/Numero delle Case delle Salute hub attive (%) (Fonte: Anagrafe regionale delle strutture sanitarie e socio-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% AUSL Bo: attività in corso

sanitarie)	
Attivazione Case della Salute programmate per il 2018	- 100% AUSL Bo: 100%
Realizzazione degli ambulatori infermieristici (garanzia nelle Case della Salute Hub)	- 2018>2017 AUSL Bo: come da obiettivo RER

Relativamente alla **medicina di iniziativa nelle Case della salute** nel 2018 si è concluso il progetto regionale "La lettura integrata del rischio cardiovascolare nelle Case della Salute". Il progetto, iniziato il 15/10/2012, ha visto la collaborazione dei MMG e del personale infermieristico di 3 Case della Salute (Budrio, Sasso Marconi e Castiglione dei Pepoli) e di 2 NCP San Donato/San Vitale.

Sono stati coinvolti 63 MMG, 16 infermieri e chiamati attivamente 1375 utenti tra uomini e donne rispettivamente di 45 e 55 anni; le Carte del rischio effettuate sono state 341. I dati raccolti dal personale infermieristico sono stati inseriti in una pagina dedicata all'interno della cartella del Progetto Sole a disposizione dei MMG.

Nel 2018 è proseguito l'impegno nella **gestione integrata delle patologie croniche** nel contesto territoriale e in particolare all'interno delle CdS, con un aumento delle ore dedicate alla presa in carico negli ambulatori infermieristici ed una positiva ricaduta assistenziale ed organizzativa sulle cure domiciliari. Sono proseguite le azioni di miglioramento sul percorso scompenso cardiaco, nel 2018 si registrano 1331 segnalazioni da parte del PCAP con 1.343 prese in carico da parte degli ambulatori infermieristici (alcuni pazienti sono in carico su più percorsi). Nel percorso post-IMA i pazienti presi in carico nel 2018 sono stati 540, per lo scompenso 241, per il diabete 461, per il percorso ferite difficili 5.377.

E' stato elaborato e approvato il nuovo **PDTA interaziendale per la gestione del paziente diabetico** e uno dei cardini dell'Accordo Integrativo Locale (AIL) sottoscritto con i MMG è appunto la gestione integrata del diabete con 18.336 pazienti arruolati e 433 MMG aderenti su 571.

Per quanto riguarda la **BPCO**, oltre alla elaborazione del PDTA i Dipartimenti Farmaceutico e Cure Primarie hanno realizzato uno specifico progetto sull' appropriato utilizzo dei farmaci inalatori, coinvolgendo i NCP.

Indicatori	Target
Tasso di ospedalizzazione aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per BPCO (Fonte: Profili NCP)	<valore 2017 AUSL Bo: -31.1% vs 2017
Aderenza aziendale alla terapia farmacologica per i pazienti affetti da BPCO (Fonte: Profili NCP)	Vedi relazione Governo del farmaco paragrafo 6.2.15.2

Infine, per quanto riguarda lo sviluppo di progetti di assistenza primaria in tema di salute mentale, all'interno delle Case della Salute è stato implementato il progetto relativo alla figura dello "**Psicologo della Casa della Salute**" che dedica attenzione non solo al disagio psichico con sintomi psichiatrici, ma anche alle forme di disagio che si esprimono prevalentemente con elevati livelli di sofferenza soggettiva, riduzione del funzionamento e mancato raggiungimento degli obiettivi personali, complicazioni somatiche da stress, adozione di stili di vita disfunzionale. Alcuni dati:

CdS	Sasso Marconi	Vergato	Budrio	Borgo Reno
Prime visite	45	44	18	200

L'esito positivo della sperimentazione indica la necessità di implementarlo in tutte le Case della Salute di riferimento degli ambiti territoriali.

Relativamente al tema della garanzia di presa in carico della fragilità/multimorbilità nell'ambulatorio infermieristico della cronicità, attraverso lo strumento regionale dei "**Profili di Rischio (Risk-ER)**" nella logica di uno stile di lavoro multidisciplinare, per l'AUSL di Bologna anche nel 2018 la programmazione aziendale ha assegnato specifici obiettivi ai Dipartimenti di produzione sul tema. Si è inoltre avviato, in seguito all'A.I.L. sottoscritto con i MMG, il progetto sperimentale "Pazienti fragili" che coinvolge tutti i NCP dell'azienda arrivando a soddisfare il principio di equità fondamentale per una sanità pubblica. Il profilo di rischio ed il PAI diventano gli strumenti per una medicina d'iniziativa multiprofessionale e multidisciplinare. L'Azienda partecipa inoltre al Programma CCM 2017 - Accordo di collaborazione per la realizzazione del progetto "Stratificazione del rischio di fragilità della popolazione: valutazione di impatto e analisi dei modelli organizzativi".

Questo progetto ha visto l'applicazione dello strumento ACIC, questionario per la valutazione del funzionamento dell'equipe nelle patologie croniche, presso il nucleo di cure primarie di Savena 2 e presso la casa della salute di Crevalcore. Alla fine del 2018 i pazienti presi in carico sono stati 150 per tutta l'azienda con un Piano assistenziale individuale frutto della collaborazione di più professionisti. Al 1° aprile 2019 i pazienti in carico sono già 220.

INDICATORE	TARGET	OSSERVATO AUSL BO
Rivalutazione del piano assistenziale dei pazienti fragili, precedentemente presi in carico, alla luce dei nuovi profili di RiskER relativi al rischio 2018 trasmessi dalla Regione	SI	SI
Incremento dell'utilizzo dei profili di rischio	+ 2 Case della Salute VS 2017	Su tutte le Cds e sui Nuclei di cure primarie
utilizzo dei questionari di valutazione per la soddisfazione dei pazienti (PACIC) e dei professionisti (ACIC)	SI	Bologna li ha già in uso, inoltre per progetto CCM lo ripropone nella CdS di Crevalcore e sul NCP di Santo S. Stefano 2 - Bologna

L'AUSL di Bologna assolve sistematicamente ai debiti informativi regionali previsti per l'alimentazione del Sistema informativo delle Case della Salute.

2.3 Ospedali di Comunità

Nell'AUSL di Bologna il 21/05/2018 si sono avviati i **Letti Tecnici di Cure Intermedie ubicati presso l'Ospedale di Vergato**. Essi afferiscono al Dipartimento di Cure Primarie e constano in 10 letti a gestione infermieristica, la cui responsabilità clinica fa capo alla UO Medicina Interna dell'Ospedale di Vergato

Dal 25/06/2018 sono stati attivati **10 posti Letto Tecnici di Cure Intermedie presso l'Ospedale di Loiano** afferenti al Dipartimento Cure Primarie, con responsabilità clinica affidata alla UO Medicina di Loiano, responsabilità organizzativa affidata ad un Coordinatore Infermieristico e responsabilità assistenziale affidata a infermieri e OSS appositamente formati.

E' in fase di realizzazione l'organizzazione dei Team di Cure Intermedie Territoriali che, in integrazione con i PCAP e i servizi sociali territoriali, contribuiranno ad un **ampliamento della attività clinica geriatrica territoriale** che si articolerà gradualmente, in funzione delle risorse mediche in campo, in visite ambulatoriali con carattere di urgenza differita per favorire la dimissione da PS/OBi di pazienti con disturbi cognitivo-comportamentali, ampliamento delle visite domiciliari e consulenze programmate nelle CRA Aziendali nell'ottica di ridurre l'afflusso in ospedale di pazienti anziani che potrebbero essere efficacemente assistiti sul territorio.

INDICATORE	TARGET	OSSERVATO AUSL BO
<i>Indicatori</i> Analisi in ambito aziendale delle strutture identificabili come Ospedali di Comunità	SI	Si
Degenza media in Ospedale di Comunità (Fonte: banca dati SIRCO)	≤20 gg (DM 70/2015)	LOIANO 19.12 VERGATO 15 MEDIA AUSLBO 16.43

2.4 Assistenza protesica

Nel 2018 l'Azienda USL di Bologna ha proceduto ad una disamina dei vincoli e delle opportunità per la definizione di aree specifiche di competenza ai fini della formulazione dell'albo dei prescrittori interaziendale. Al momento si è convenuto di individuare prescrittori nell'ambito della ossigenoterapia e ventiloterapia e nell'ambito dei maggiori PDTA (es. mielolesioni, cerebrolesioni, GDA).

Sono stati avviati gruppi di lavoro multidisciplinari per l'analisi di alcune categorie merceologiche rilevanti al fine di definire competenze e percorsi organizzativi collegati (es. protesi acustiche ed ausili per l'età evolutiva).

Si è inoltre proceduto ad una revisione dei documenti e delle procedure in essere sulla assistenza protesica con particolare riguardo a:

- modalità prescrittive (utilizzo del sistema informatizzato)
- transcodifiche dal vecchio al nuovo DPCM (es cateteri e stomie)
- modalità di riutilizzo degli ausili
- attivazione di percorsi Fast dedicati alle dimissioni da Pronto Soccorso ed a percorsi di dimissione in pazienti con frattura femore (al momento limitato a Bologna Città).

L'andamento della spesa per ausili (esclusi quelli per assorbenza) dal 2013 al 2018 autorizzata dall'Azienda USL di Bologna, indipendentemente dall'azienda di appartenenza del prescrittore, è stato decrescente fino al 2016. Nel 2017 si è registrata un'inversione di tendenza: +6% rispetto all'anno 2016 a causa di un minor utilizzo del magazzino ed all'incremento di richieste di ausili più complessi.

Le azioni avviate nel 2018, nonché l'esito della gara per il nuovo fornitore di magazzino gradualmente subentrato in corso d'anno, hanno consentito di contenere il trend di incremento.

ANNO	spesa protesica in €	diff.% anno precedente	diff.% con l'anno 2013
2013	9.070.793		
2014	8.373.447	-7,7%	-7,7%
2015	7.930.952	-5,3%	-12,6%
2016	7.502.805	-5,4%	-17,3%
2017	7.984.032	6,4%	-12,0%
2018	8.182.913	2,5%	-9,8%

2.5 Cure palliative

Nel 2018 l'Azienda USL di Bologna ha consolidato il lavoro avviato da alcuni anni sulla struttura organizzativa della rete locale di cure palliative, in coerenza con la normativa nazionale e regionale. È in corso di formalizzazione l'istituzione delle Unità di cure palliative domiciliari di base e specialistiche (UCPD) come previsto dalla DGR 560/2017 e DPCM 12 Gennaio 2017.

I seguenti indicatori di esito evidenziano il costante miglioramento del servizio reso.

Indicatori	Valore Osservato 2017	Valore Atteso 2018	Valore Osservato 2018
% ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito, con degenza <= 7 giorni	27.67%	--	23.58%
% numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore	65.6%	≥ 45%	70% (6 mesi)

Ulteriori dati sui volumi di attività erogata nel 2018:

- Assistiti in ADI Oncologica Terminale: 1776
- Assistiti in Hospice: 1069
- attività AMBULATORIALE di CURE PALLIATIVE PRECOCI (dal 2018 con codifica nomenclatore 0.89 di Visita Cure Palliative): presa in carico di NUOVI 1331 pazienti (rispetto ai nuovi 1089 pazienti presi in carico nel 2017).

In continuità con le iniziative formative realizzate dal 2010 al 2017, nel corso del 2018 si è svolta la seguente ulteriore attività:

a) **Formazione specifica per gli operatori della rete**

- Formazione e clinical competence per gli operatori del primo livello della rete: n. 17 partecipanti in 14 incontri per un totale di 30 ore.
- Iniziative di formazione inerente agli aspetti relazionali con gli utenti
 - 1 modulo Rivolto al team multiprofessionale e multidisciplinare metropolitano per i Pazienti affetti da SLA per un totale di n. 50 partecipanti
 - 1 modulo rivolto ai dipendenti dell'Azienda USL in aula magna del Maggiore per un totale di n. 120 partecipanti
- valutazione delle clinical competence e loro aggiornamento in relazione a modifiche organizzative introdotte o innovazioni - Sulla base dell'autovalutazione delle clinical competence attraverso il Core Competence Italiano dell'Infermiere in Cure Palliative (CCIICP) emanata dalla Società Scientifica di Cure Palliative Italiana (SICP ottobre 2018) ed approvato dalla FNOPI, si è provveduto a somministrare il questionario da Loro elaborato e sperimentato che ha contribuito all'evidenziare il fabbisogno formativo specifico per i temi delle cure palliative che verrà elaborato attraverso il PAF del 2019.
- formazione a supporto delle clinical competence valutate necessarie per l'erogazione delle attività
- formazione per l'inserimento del personale nell'articolazione organizzativa

b) **Formazione degli operatori delle strutture invianti alla rete di cure palliative**

- Formazione e clinical competence:

- Corso per Facilitatori in cure palliative (I livello): 44 partecipanti AUSL BO e 50 AOU BO
- Corso per la gestione del fine vita nell'ambito del progetto Rianimazione Area Medica e Cure Palliative per un totale di n. 28 partecipanti.
- Corso per la gestione del fine vita nell'area medica: n. 60 partecipanti
- iniziative di formazione inerente agli aspetti relazionali con gli utenti
 - BIOETICA in ETA' pediatrica (28 marzo, 11 aprile, 16 maggio 2018) con dottoressa Soffritti Cure Palliative Pediatriche
- Progettazione del Corso di Formazione per gli operatori delle CRA (da effettuarsi nel 2019)

c) Programmi di divulgazione e di informazione verso i cittadini ed i professionisti sulle cure palliative e sull'organizzazione della RLCP (anche con il contributo delle associazioni di volontariato e no profit operanti nel settore)

Nel territorio metropolitano bolognese si sono svolte le seguenti iniziative:

- 9 marzo 2018 PIEVE di CENTO CONVEGNO organizzato da ANT: Dall'Ospedale al Territorio Percorsi integrati e personalizzati – introduzione Danila Valenti
- 7 aprile 2018 CONVEGNO organizzato in Regione ER con FADOI - Danila Valenti: Nutrizione e idratazione nel fine vita
- 1 giugno e 6 ottobre 2018 corso sulla Legge 219/17 rivolto ai dipendenti dell'Azienda USL
- 18 ottobre 2018 ROMA XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati. Partecipazione dr.a Danila Valenti: AUDIZIONE presso la XII Commissione (Affari sociali) della Camera dei Deputati relativamente a indagine conoscitiva sull'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, in materia di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore
- Partecipazione come relatori:
 - 2 marzo 2018 BOLOGNA convegno organizzato dall'ASSOCIAZIONE di AVVOCATI MATRIMONIALISTI AMI su "La nuova legge sul Testamento biologico" - Danila Valenti : Riflessioni da Medico sulla legge 219/17;
 - 12 marzo e 5 aprile 2018 BOLOGNA S.Orsola: Il Testamento Biologico - Danila Valenti: Il Palliativista;
 - 10 aprile 2018 INCONTRO con i COMITATI CONSUNTIVI MISTI di San Giovanni in Persiceto - Francesca Mengoli: La legge 219 e le Cure Palliative;
 - 25 ottobre 2018: BORGIO PANIGALE SALOTTO della STAZIONE con the e pasticcini Organizzato da AUSER Bologna - Francesca Mengoli: La legge 219 e le Cure Palliative;
 - 7 e 8 luglio 2018 VERTICALE e SOLIDALE: CONVEGNO organizzato con e per le persone malate di Sclerosi Multipla dell'area Bolognese organizzato dall'Associazione il BENE - Danila Valenti: La legge 219;
 - 15 ottobre 2018 ROMA MONTECITORIO Convegno organizzato dall'Ordine dei Giornalisti di ROMA su FINE VITA e legge 2019 - Danila Valenti: Le Cure Palliative e la legge 219.

2.6 Continuità assistenziale – dimissioni protette

Al fine di migliorare ulteriormente l'assistenza in ambito territoriale e offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati, è necessario potenziare la capacità di presa in carico, in particolare dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità, all'atto della dimissione ospedaliera. L'obiettivo della continuità assistenziale, ovvero la

prosecuzione del trattamento nel luogo di cura più appropriato secondo la complessità e i bisogni del paziente, è perseguito dalla Regione e dalle Aziende sanitarie che insieme hanno individuato e applicato modelli organizzativi che hanno dimostrato la loro efficacia.

L'Azienda USL di Bologna nel primo semestre 2018 ha implementato la funzione dell'**Infermiere di Continuità** (IdC) presso l'Ospedale Maggiore e lo sviluppo della funzione del **Team di Cure Intermedie** (TCI) in ambito ospedaliero. La prima progettualità si inserisce in un disegno più complessivo di sviluppo della rete di continuità e accesso alle cure intermedie attraverso TCI multidisciplinari attivi presso i 12 Punti di Coordinamento dell'Assistenza primaria (PCAP) aziendali. L'IdC, assieme all'Assistente Sociale ospedaliero, costituisce il nucleo base del TCI già attivo presso i reparti di post acuzie degli Ospedali Privati Accreditati del territorio del Distretto di Bologna (7 strutture) e attivo dal 2018 presso l'Ospedale Maggiore di Bologna. Al fine di contrastare il fenomeno dell'iperafflusso in Ospedale, particolarmente a rischio nel periodo estivo a fronte della riduzione dei posti letto, tale funzione è stata estesa al setting di cura di PS - OBI - Medicina di Urgenza per individuare precocemente i pazienti arruolabili in un percorso di domiciliarità, evitando il ricovero ospedaliero. Tale azione ha previsto il contestuale sviluppo ed attivazione di percorsi "fast" di fornitura ausili e presa in carico nella rete socio-sanitaria (CRA temporanea, assistenza domiciliare socio-sanitaria).

Dati rilevati al 31/12/2018:

PS/OBI/Medicina d'Urgenza Ospedale Maggiore

Pazienti valutati: 356

Pazienti dimessi: 261, pari all'73% dei pazienti valutati (assistenza domiciliare socio - sanitaria, CRA temporanea, assistenza domiciliare sanitaria)

Pazienti ricoverati: 95

Degenze

Pazienti valutati: 156

Pazienti dimessi: 64 (41%)

Pazienti trasferiti (postacuzie/Hospice/altro ospedale): 92 (59%)

Sviluppo dei PCAP verso il modello del Team di Cure intermedie. Il potenziamento messo in atto ha riguardato i PCAP di San Lazzaro e Appennino Bolognese a seguito dell'attivazione dei letti di Cure Intermedie presso l'Ospedale di Vergato (maggio) e l'Ospedale di Loiano (giugno), che ha consentito di sviluppare il modello del Team di Cure Intermedie soprattutto rispetto al percorso di accesso del paziente a questi letti.

Di seguito, infine, il dato generale sulle dimissioni protette:

Punti di Coordinamento Assistenza Primaria

Dimissioni Protette	2018	2017	Δ (2018 vs 2017)
segnalazioni	6286	6147	+ 2,21%
utenti	5388	5278	+ 2%

Nel 2018 (marzo) è stata inoltre sviluppata la funzione dell'**Infermiere di Continuità Pediatrica** per la gestione delle dimissioni pediatriche e supporto all'assistenza domiciliare pediatrica dei bambini complessi.

I due Infermieri esperti in assistenza pediatrica assegnati a tale funzione assicurano le seguenti attività:

- gestione delle dimissioni pediatriche: la presa in carico prevede accesso in ospedale per valutazione e raccordo con team segnalante, raccordo con reti locali e attivazione dei percorsi. Tale attività è supportata dal PCAP di competenza. Supporto agli infermieri domiciliari nella prima fase di rientro a domicilio in particolare dei bambini complessi;
- partecipazione alla stesura del PAI e revisioni successive lungo il percorso di presa in carico domiciliare per i bambini complessi in carico al PDTA specifico;
- attività a favore della omogeneizzazione delle attività di presa in carico declinate nel PDTA;
- formazione dei caregiver di pazienti complessi e del personale scolastico in integrazione con Pediatria territoriale;
- formazione e attività di consulenza agli infermieri dell'assistenza domiciliare dei 22 SID aziendali che hanno in carico pazienti pediatriche con gravi disabilità;
- partecipazione alle attività di cure palliative pediatriche (consulenza ai professionisti del territorio e ospedalieri, supporto al caregiver, cambi PEG - SNG -cannula tracheostomica, gestione terapia del dolore, etc).

Dati di attività al 31/12/2018:

- 79 bambini in carico al PDTA
- 15 dimissioni pediatriche
- 18 accessi in ospedale
- 55 accessi a domicilio per assistenza/ consulenza infermieri domiciliari
- 39 accessi con equipe cure palliative
- 19 cambi cannula tracheostomica
- 5 cambi PEG
- 3 cambi SNG

Indicatori	Valore Atteso 2018	Valore Osservato 2018
% di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera	≥ 45%	40,44%
% prese in carico PIC entro 24 ore dalla dimissione ospedaliera / n. PIC aperte entro 30 gg dalla dimissione ospedaliera (rilevazione campionaria)	≥ 45%	13,47%

2.7 Materno-Infantile – Percorso Nascita

Nel 2018 l'AUSL di Bologna ha verificato l'applicazione dei protocolli STAM e STEN attraverso audit strutturati.

L'audit sull'attività di Servizio Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN) relativo all'anno 2018 si è svolto nel mese di dicembre dello stesso anno. Sono stati monitorati e analizzati gli indicatori previsti dalla procedura dipartimentale per lo STEN. L'audit si è formalmente concluso in data 16/1/2019 con una riunione multiprofessionale.

Nel giugno del 2018 si è concluso un ulteriore audit, relativo all'attività complessiva dello STEN nel periodo 2011-2018.

L'audit relativo al Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM), con riferimento alla casistica 2018, si è concluso nel mese di marzo 2019.

È stata garantita **un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio**: l'attività dei Consulenti Familiari nell'ambito del Percorso Nascita prosegue nelle modalità consolidate,

garantendo la presa in carico delle donne in gravidanza che ne fanno richiesta, attraverso un percorso di assistenza affidato prevalentemente alla figura ostetrica per le gravidanze fisiologiche e a quella medica per le gravidanze con aspetti di rischio. E' inoltre stata garantita la programmazione diretta di tutti gli esami strumentali e laboratoristici necessari. Nel 2018, 1766 donne residenti hanno partecipato ai Corsi di accompagnamento alla nascita presso un consultorio familiare o un ospedale pubblico. Gli obiettivi assegnati dalla programmazione regionale ed aziendale sono risultati negli anni in progressivo miglioramento. Anche per il 2018 si osserva il trend in miglioramento.

Materno infantile	VALORE OSSERVATO 2017	VALORE ATTESO 2018	VALORE OSSERVATO 2018
% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza	48,63	≥47%	53,17 (dato provvisorio)
% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita	50,4	≥56%	54,87
% parti cesarei nella classe 1 di Robson (Hub)	5,71	≤9%	6,78
% parti cesarei nella classe 1 di Robson (Spoke)	9,35	≤7%	7,79
Tagli cesarei primari: % di interventi in maternità di II livello o comunque con ≥1000 parti	17,19	<25%	20,09
Tagli cesarei primari: % di interventi in maternità di I livello o comunque con <1000 parti	12,56	<15%	12,37
% di bambini per cui è stato scelto il pediatra entro 2 gg dalla nascita	58,1	≥50%	65,83

2.7.1 Salute riproduttiva

Si consolidano nel 2018 le attività avviate nei consultori nel 2017, in particolare è garantita l'apertura di uno **spazio ad accesso facilitato per i giovani adulti** (età 20-34 anni) per la preservazione della fertilità e lo sviluppo della salute sessuale, in coerenza con quanto previsto anche dalle schede attuative d'intervento nn. 17 e 18 del Piano Sanitario e Sociale regionale 2017-2019.

Nel 2018 si è cercato di potenziare e valorizzare le attività per favorire l'accesso ai consultori familiari degli **adolescenti di età compresa tra i 14 e i 19 anni**, operando soprattutto presso gli istituti scolastici. Nonostante ciò, il risultato 2018 registra è inferiore al valore atteso, perciò nel 2019 si svilupperanno modalità innovative (web, social network, ...) per raggiungere più efficacemente questa fascia di popolazione.

Materno infantile	VALORE OSSERVATO 2017	VALORE ATTESO 2018	VALORE OSSERVATO 2018
% utenti degli spazi giovani/popolazione target (14-19 anni)	3,45	≥7%	4,3

Presso ogni Distretto dell'AUSL di Bologna è presente uno Spazio Giovani ed uno Spazio Giovani Adulti.

2.7.2 Percorso IVG

Nel 2018 l'Azienda ha garantito l'uguaglianza di accesso al percorso IVG ed alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica), con particolare attenzione al rispetto dei tempi di attesa tra il rilascio del certificato e l'intervento chirurgico. Il percorso dell'AUSL di Bologna anche per l'anno 2018 mantiene ottimi risultati a livello regionale.

	VALORE OSSERVATO 2017	MEDIA RER 2017	VALORE ATTESO 2018	VALORE OSSERVATO 2018
% (donne residenti e non residenti) IVG medica sul totale IVG	36,48%	29,92%	>= 27%	41,03%
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	9,24%	28,79%	<= 25%	12,05%

2.8 Contrasto alla violenza di genere

Per l'anno 2018 l'Azienda USL di Bologna è stata impegnata sui seguenti obiettivi regionali correlati all'apertura dei centri Liberiamoci dalla Violenza (LDV) delle AUSL di Bologna e della Romagna:

- realizzazione di un percorso formativo per i professionisti aziendali (AUSL Bologna e Romagna);
- collaborazione alle iniziative messe in campo dal livello regionale in tema di molestie e violenza nei luoghi di lavoro attraverso la sperimentazione di percorsi di ascolto e supporto.

Il Centro LDV dell'AUSL di Bologna è stato avviato a dicembre 2017 come servizio di prevenzione e contrasto della violenza di genere centrato sul trattamento di uomini che hanno agito violenza. Al servizio, ubicato presso la Casa della Salute Navile di Bologna, gli utenti accedono volontariamente e direttamente. Il percorso prevede colloqui individuali settimanali o quindicinali e l'eventuale partecipazione a incontri di gruppo.

Nel corso del 2018 ci sono stati numerosi contatti per richiedere informazioni:

- 23 uomini interessati al percorso hanno chiamato direttamente per avere informazioni e/o richiedere un appuntamento;
- 5 chiamate di familiari o partner per possibile invio al servizio di familiari/compagni/mariti;
- 5 richieste di informazioni da parte di avvocati;
- 47 richieste di informazioni da parte di altri servizi, giornalisti, professionisti, tirocinanti, studenti interessati.

Gli uomini che hanno seguito il percorso sono 8:

- 6 sono ancora in carico al 31/12/18,
- 2 hanno abbandonato dopo circa 6 mesi.

Un caso è stato escluso dopo alcuni incontri per problemi di alcolismo, mentre altri due hanno rinunciato dopo i primi colloqui di presentazione.

Le principali caratteristiche degli uomini che hanno seguito il percorso sono:

- 7 italiani, 1 straniero;
- età media di 40 anni (max 49 min 27);
- scolarità bassa (scuola secondaria di 1° grado);
- 6 uomini con figli;

- 6 uomini con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, di cui 4 di allontanamento dalla famiglia;
- tutti caratterizzati da una cultura bassa, da una visione tradizionale del rapporto uomo-donna, da una storia di deprivazione affettiva e da una scarsa consapevolezza della propria emotività.

La formazione degli operatori è risultata un aspetto fondamentale per lo sviluppo del servizio. Nel corso del 2018 gli operatori del Centro LDV di Bologna hanno partecipato a numerosi momenti seminariali e di formazione, nonché svolto periodica supervisione con gli operatori di LDV di Modena.

2.9 Salute in età pediatrica e adolescenziale

2.9.1 Contrasto al maltrattamento/abuso a bambini e adolescenti

Per il 2018, sono stati definiti i seguenti obiettivi per le Aziende sanitarie:

- accompagnare e sostenere l'implementazione delle linee d'indirizzo (DGR 1677/2013) anche attraverso un programma formativo locale specifico (comprendente il corso di formazione specifica in Medicina generale) e la partecipazione dei professionisti ad eventi formativi regionali. Contribuire al monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni delle linee di indirizzo contrasto violenza bambini e adolescenti e dei quaderni correlati (DGR 771/2015 PRP 2015-2018 progetto 3.7);
- proseguire nella collaborazione con il gruppo di coordinamento regionale, e relativi sottogruppi, alla realizzazione di nuovi quaderni per implementare interventi di prevenzione e cura;
- contribuire al monitoraggio dell'applicazione delle Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio allontanamento (DGR 1102/2014, nuovo PSSR 2017- 19, D.A. n. 120/2017 e DGR 1423/2017 scheda n. 37).

Nell'ambito dell'AUSL di Bologna, il Centro specialistico "Il FARO" garantisce le attività di:

- **prevenzione nelle scuole** di ogni ordine e grado, in collaborazione con l'Associazione Onlus "Isola che c'è". La popolazione raggiunta con questi interventi è stata di **1.280 minori**;
- **consulenza multidisciplinare** agli operatori sanitari, sociali, educativi sui casi complessi. Nel 2018 le consulenze erogate sono state **84**, di cui 61 richieste dall'ETI (Equipe territoriali Integrate), che hanno visto il coinvolgimento di 162 operatori sociosanitari;
- **presa in carico diagnostica e terapeutica dei minori vittime di M/A e delle loro famiglie**. Nel 2018, **70 sono stati i minori presi in carico e 26 le famiglie. 21 gli accessi allo spazio protetto dedicato all'ascolto del minore nel procedimento giudiziario**;
- **formazione in collaborazione con la Regione Emilia-Romagna** alla progettazione e realizzazione di un corso FAD rivolto a tutti gli operatori impegnati nei servizi territoriali e ospedalieri. Sempre in collaborazione con la Regione, ha partecipato alle attività di docenza rivolte ai MMG, nell'ottica di accompagnare e sostenere l'implementazione delle linee d'indirizzo della DGR 1677/2013. Nell'ambito del Coordinamento regionale ha svolto interventi formativi in seminari e congressi

- pubblici e partecipa alla stesura di due Quaderni indirizzati agli operatori (prevenzione e valutazione delle capacità genitoriali) al fine di favorire l'implementazione degli interventi di prevenzione e valutazione del rischio di M/A;
- contribuito alla revisione della procedura interaziendale **“Percorso sanitario integrato in caso di violenza sessuale/sospetto abuso sessuale a carico di minori”** e collaborato alla realizzazione della procedura interna dell'Istituto Ortopedico Rizzoli per la visita dei bambini con fratture da sospetta violenza.

2.9.2 Lotta all'antibioticoresistenza

In tema di lotta all'antibiotico-resistenza l'AUSL di Bologna ha confermato l'impegno per il contenimento del tasso di prescrizione di antibiotici in età pediatrica e per incrementare il rapporto fra le prescrizioni di amoxicillina e amoxicillina-clavulanato.

Tuttavia il valore complessivo aziendale non ha raggiunto il target atteso:

	VALORE OSSERVATO 2017	OSSERVATO RER 2017	VALORE ATTESO 2018	VALORE OSSERVATO 2018
Numero di RAD per PLS	100		≥100 per PLS con +800 assistiti	100
Tasso di prescrizione di antibiotici in età pediatrica	779,38	783,06	≤2017	794,16
Rapporto prescrizioni amoxicillina/amoxicillina-clavulanato	1,15	1,35	>1,5	1,23

Si rilevano però significativi scostamenti da un Distretto all'altro, che indicano le aree su cui focalizzare l'impegno nel 2019:

	Reno Lavino Samoggia	Appennino Bolognese	S.Lazzaro di Savena	Pianura Est	Pianura Ovest	Bologna Città
Tasso di prescrizione di antibiotici in età pediatrica	730,86	650,86	710,92	961,45	811,62	760,87
Rapporto prescrizioni amoxicillina/amoxicillina-clavulanato	1,43	2,18	0,92	0,82	1,61	1,37

Inoltre, a tutti i PLS sono stati distribuiti per il 2018 n° 100 test rapidi (RAD) da utilizzarsi per la conferma diagnostica di faringotonsillite streptooccica nei bambini di età superiore ai due anni che presentino un punteggio pari a 3 o 4 dello score clinico di McIsaac. A tal fine i Pediatri sono tenuti ad utilizzare il gestionale ProBa inserito nelle cartelle cliniche quale supporto all'applicazione dell'algorithmo diagnostico-terapeutico contenuto nelle LL.GG. regionali sulla faringotonsillite in età pediatrica, compilando ed inviando almeno 50 schede l'anno, indipendentemente dall'uso del RAD. L'azienda provvede al monitoraggio degli inserimenti nel gestionale ProBa da parte dei PLS. Per tale attività viene corrisposto mensilmente ai PLS l'incentivo previsto dall'art. 58 lett B, comma 14 dell'ACN, con eventuale conguaglio a fine anno per il recupero di incentivi erogati a PLS che non hanno inviato il numero minimo di schede previste.

2.9.3 Promozione dell'allattamento

Continua l'attività di promozione all'allattamento al seno, anche attraverso iniziative formative secondo il modello regionale, con l'obiettivo di migliorare il sostegno alle donne che vogliono allattare.

Di seguito i valori raggiunti nel 2018, da cui si evince un sostanziale mantenimento dei valori 2017.

	AUSL BO 2017	VALORE ATTESO 2018	VALORE OSSERVATO 2018
% std allattamento completo a 3 mesi	56.96	> 2017	55,93
% std allattamento completo a 5 mesi	44.86	> 2017	44.75
% std di non allattamento a 3 mesi	17.76	< 2017	17.14
% std di non allattamento a 5 mesi	27.38	< 2017	27.35
% schede vaccinali in cui mancano dati allattamento	3.21	≤ 2017	3.3

2.9.4 Promozione della salute in adolescenza

Per il 2018, l'AUSL di Bologna garantisce, a sostegno delle attività di *health literacy*, gli interventi di promozione alla salute, all'affettività e alla sessualità, previsti nel Piano regionale della prevenzione 2015-2018 nel setting "Scuola" e nel setting 4 "Comunità – Programmi per condizione".

Nell'anno 2018 gli Spazi giovani dell'Azienda AUSL di Bologna hanno realizzato interventi di promozione alla salute e alla sessualità rivolti agli adolescenti e agli adulti nelle scuole e in altri contesti, in rete con gli altri Dipartimenti aziendali, Enti Locali e Terzo settore. Nell'anno scolastico 2017-2018 sono stati proposti alle scuole e ai contesti extrascolastici sei Progetti di educazione affettiva e sessuale presenti in modo omogeneo in tutti i Distretti aziendali. Il target è rappresentato dagli studenti delle scuole secondarie di I° e II° grado e dei corsi professionali. Un progetto specifico "L'amore a colori" è stato rivolto ai giovani e agli adulti di origine straniera nei CPIA con l'utilizzo di idonei supporti informativi/formativi (quaderno per gli studenti e manuale per gli insegnanti). Altri progetti sono rivolti agli adulti del contesto, con particolare attenzione ai genitori che sono stati coinvolti in iniziative di diverso tipo: dal ciclo di film e conferenze "Gli adolescenti nel cinema", realizzato a Bologna in collaborazione con il Quartiere Santo Stefano, a diverse iniziative in tutti i Distretti ("L'ora del the" nel Distretto Pianura Ovest, cicli di conferenze a Pianura Est e a San Lazzaro di Savena). La popolazione raggiunta con questi interventi è stata di 8.803 adolescenti e 1.624 adulti del contesto, su una popolazione target di 44.524, pari al 19,77%.

2.10 Formazione specifica in medicina generale

L'Azienda USL di Bologna è sede storica anche per l'attività didattica/teorica presso il Polo Formativo Roncati e nel 2018 ha provveduto all'individuazione della rete dei tutor in collaborazione con i coordinatori delle attività pratiche attraverso:

- la formalizzazione di un percorso di accoglienza e accesso alle attività formative nelle singole strutture aziendali coinvolte (ospedaliera e territoriali);
- la definizione di una rete di tutor per la formazione specifica in medicina generale.

Sono stati reperiti spazi idonei presso la sede Polo Roncati, per lo svolgimento delle attività didattiche teoriche previste dal percorso formativo per consentire il regolare svolgimento della programmazione delle attività. Sono state inoltre garantite le attività per lo svolgimento della parte pratica dei medici iscritti ai corsi all'interno dei reparti e delle unità operative ospedaliere e territoriali e negli ambulatori dei medici di assistenza primaria. A tal fine, particolarmente utile è stata la collaborazione, da tempo consolidata, tra i tutors individuati e i coordinatori delle attività pratiche.

E' attiva una rete strutturata di tutors sia per l'attività teorica sia per l'attività pratica:

- attività teorica: coordinatori MMG, nominati dalla Regione Emilia Romagna e definiti, per ciascun corso, in numero variabile (min. 2 max 4)
- attività pratica: 1 tutor per ogni struttura o area territoriale
- 1 tutor per ogni UO Ospedaliera sede di attività pratica
- 1 tutor MMG per ogni corsista, come da elenco depositato presso la Regione

Il percorso di accoglienza prevede un incontro a inizio corso con consegna della "guida dello studente" e raccolta dati.

Per ogni triennio viene organizzata l'attività formativa con i responsabili sanitari delle strutture territoriali e ospedaliere e formalmente comunicata a ciascun corsista per l'intero corso.

In particolare, viene organizzata l'attività di tirocinio territoriale e ospedaliera anche a favore di corsisti che afferiscono ad altre sedi amministrative della Regione Emilia Romagna. Si precisa che nell'anno 2018 sono attivi tre corsi sull'intero anno, uno con recuperi per astensione obbligatoria per maternità e uno con tesi a sessione straordinaria per scorrimento graduatoria.

ANNO 2018	Triennio 2013 2016	Triennio 2014 2017	Triennio 2015 2018	Triennio 2016 2019	Triennio 2017 2020
N° CORSISTI	2 recuperi per astensione obbligatoria per maternità	6 scorrimento graduatoria (discussione tesi giugno 2018)	12 più 2 solo per tirocinio di area pratica	18	18 più 6 solo per tirocinio di area pratica (altre sedi amm.ve Ferrara – Modena)

2.11 Salute Mentale, Dipendenze Patologiche

2.11.1 Progetto regionale "adolescenza" e "raccomandazioni sui percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e giovani"

L'Azienda USL di Bologna si è impegnata nell'applicazione del progetto regionale "Adolescenza" (DGR 590/2013) e delle raccomandazioni regionali "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti" di cui alla Circolare DG Cura della persona salute e welfare n. 1/2017, **istituendo in ogni Distretto un Coordinamento socio-sanitario.**

Per l'attivazione, nell'ambito dei servizi territoriali, di equipe funzionali per adolescenti con problemi psicopatologici, con l'apporto di professionisti dei Consultori, dei Centri di salute

mentale, della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dei Servizi per le dipendenze patologiche, nel 2018 l'Azienda USL di Bologna ha:

- attivato formazioni specifiche per l'età adolescenziale a valenza trasversale per tutte le articolazioni DSM - anche aperte ad altri servizi - in particolare il progetto formativo per la diagnosi e il trattamento dei Disturbi di Personalità;
- predisposto e presentato in ogni ambito territoriale un protocollo di collaborazione per il trattamento integrato - fra le diverse articolazioni DSM-DP - dei pazienti con disturbo da uso di sostanze e in comorbidità con altri disturbi psicotologici;
- formalizzato un'Istruzione Operativa aziendale per il ricovero dei minori con disturbi psicotologici e una Procedura per la consulenza al PS per tali minori;
- istituito un ambulatorio specialistico per prime visite presso l'UOS PPEE in età adolescenziale.

È inoltre al vaglio della Direzione un progetto per la realizzazione di una RTI per adolescenti e giovani adulti nel territorio aziendale, per contenere la numerosità e durata dei ricoveri in SPDC e integrare l'offerta attuale dei servizi.

2.11.2 Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018

L'attività relativa all'applicazione del Programma Regionale per i Disturbi dello Spettro Autistico (PRI-A) è stata focalizzata alla realizzazione degli impegni previsti dal piano, in particolare si elencano le azioni 2017 e 2018:

- **garantito nella fascia di età 0-6 l'intervento abilitativo psicoeducativo-neuropsicologico per almeno 4 ore/settimana.** A fronte di un ampliamento delle ore educative, è stata organizzata una formazione specifica per gli operatori della Casa del Giardiniere con una docente, BCBA (Board Certified Behavior Analyst) con lunga esperienza sugli interventi precoci nei bambini. Su sua indicazione, da aprile 2017 sono stati progressivamente inseriti i bambini in interventi di 4 ore settimanali. Una psicologa incontra mensilmente la famiglia e cura i rapporti con la scuola.
 - o 36 bambini hanno avuto l'intervento centralizzato presso la Casa del Giardiniere. iniziato con inserimenti progressivi in novembre 2017, con 4 ore settimanali.
 - o 56 bimbi hanno avuto l'intervento del "sistema curante" (4 ore settimanali) i primi mesi, poi decrescenti nel tempo e un intervento scolastico, di "supervisione" agli educatori (3 ore al mese a scuola).
 - o Attualmente i bimbi in lista d'attesa sono 123. L'AUSL Bologna, tramite la predisposizione di programma dedicato, punta a raggiungere l'obiettivo di riportare la lista d'attesa nei tempi accettabili attraverso le seguenti azioni:
 - Mantenimento della centralizzazione del trattamento per il primo anno successivo alla diagnosi presso la Casa del Giardiniere del Polo Roncati;
 - Periferizzazione del trattamento per gli anni successivi e fino al compimento dei sei anni, presso Centri NPJA o addirittura a domicilio;
 - Rivalutazione della intensità del trattamento che in alcuni casi potrebbe essere inferiore alle 4 ore/settimanali previste dal PRIA e comunque non inferiore alle 2/ore settimanali;
 - Avvio tempestivo del parent-training nel periodo immediatamente successivo alla diagnosi;

- incremento delle consulenze scolastiche strutturate, a sostegno dei processi educativi del personale scolastico e dell'Ente Locale.
- **rivalutazione funzionale al 16° anno di età**, con consolidamento delle modalità di passaggio ai Servizi per l'età adulta, in particolare ai Servizi di Salute Mentale adulti, Handicap adulti e Dipartimento di Cure Primarie.
 - Nell'Azienda USL Bologna il 100% di bambini in età uguale o superiore a 16 anni è stata rivalutata funzionalmente in vista del passaggio ai servizi per l'età adulta;
 - 16enni/2018 nr.15: 14/14 effettuate, 1 non effettuata per rinuncia della famiglia;
 - 17enni/2018 nr. 11/11 valutazioni > 100%
 - 18enni: 15/15 valutazioni > 100%; per tutti effettuato il passaggio ai Servizio per gli adulti.
- Individuazione di un referente dei Servizi di salute mentale adulti che cura l'utilizzo del Protocollo Sperimentale Diagnostico per l'età al 100% dei nuovi casi.

2.11.3 Assistenza socio-sanitaria per i pazienti della salute mentale

Le linee di indirizzo regionali (DGR 1554/2015) identificano nel Budget di salute lo strumento integrato, socio-sanitario, a sostegno del progetto di cura personalizzato per soggetti affetti da disturbi mentali gravi attivabile dai Centri di Salute Mentale in collaborazione con i Servizi Sociali in alternativa, o in superamento di trattamenti residenziali non appropriati. Gli indirizzi regionali individuano gli elementi che qualificano lo strumento, la procedura di percorso, la valutazione sanitaria e sociale, il progetto e gli obiettivi di sistema per facilitare l'applicazione del Budget di salute. Consolidare l'utilizzo del Budget di salute con gli elementi qualificanti previsti dalle linee di indirizzo è una delle azioni previste per l'attuazione del Piano Sociale e Sanitario Regionale (DGR 1423/2017).

L'Azienda USL di Bologna ha superato tutte le convenzioni preesistenti e reso disponibile per i progetti individuali con **Budget di salute la somma annua di € 3.606.700**. Al 25/03/2019 sono attivi **684 progetti** individualizzati con tale metodologia.

Per scelta condivisa con la RER, l'Azienda USL Bologna ha deciso nel 2014 di avviare un processo con il quale il Budget di Salute diveniva l'unica modalità di progettazione e collaborazione nei progetti fatti con gli Enti del Terzo Settore, procedendo a coinvolgere gli EE.LL. in un secondo momento. I risultati ottenuti hanno ricevuto apprezzamento dal livello regionale, che ha indicato questa modalità come fortemente positiva, suggerendo di completare il lavoro con il coinvolgimento degli EE.LL. La nota a firma Assessorato ed ANCI del 4.4.2018 ha dato alcune indicazioni su come realizzare la armonizzazione tra la metodologia della UVM e quella del Budget di Salute.

Si è ormai **avviato il processo condiviso con gli EE.LL. per definire una procedura che introduca una valutazione ed una co-progettazione con l'utilizzo dell'UVM per i progetti personalizzati con Budget di Salute**, secondo gli indirizzi regionali del maggio 2018. Sono state effettuate delle riunioni mensili, coordinate dall'Ufficio di Supporto alla CTSSM per la redazione di linee guida metropolitane, ad uso dei 7 Distretti (compresa Imola) e per la realizzazione di focus group distrettuali, condotti dall'Istituzione G.F. Minguzzi e a cui hanno partecipato operatori dei Servizi Sociali comunali, degli Uffici di Piano, del DSM DP (CSM, SerDP) e rappresentanti della Cooperazione Sociale e della Associazioni dei familiari. E' un processo ancora in atto che dovrebbe concludersi a fine maggio 2019.

2.11.4 Percorso di chiusura OPG di Reggio Emilia

A seguito della Legge 81 del 2014, il 2 aprile 2015 è stata aperta a Bologna, in via transitoria, la Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), con 14 posti letto dedicati all'accoglienza di pazienti autori di reato con misura di sicurezza, provenienti dalle AUSL di Area Vasta Emilia Centro, dalla Romagna e le pazienti donne di tutta la Regione.

Nel 2018 sono entrati in REMS Bologna sette pazienti, due dall'AUSL Romagna, due da AUSL Modena, due da AUSL Bologna e uno da AUSL Reggio Emilia; tutti i pazienti hanno avuto il PTRI caricato a SMOP, quattro entro i 45 giorni. I tre pazienti con PTRI caricato oltre i 45 giorni provenivano due dall'AUSL Romagna e uno dall'AUSL Bologna.

2.12 Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza

L'Azienda USL di Bologna assicura il pieno esercizio della funzione di integrazione socio-sanitaria attribuendo tale competenza alla Direzione delle Attività Socio-Sanitarie, articolata a livello distrettuale nelle Unità delle Attività Socio-Sanitarie (UASS), così da promuovere le relazioni con gli Enti titolari della gestione dei Servizi Sociali, e con il sistema di *governance* distrettuale.

Per il 2018 rispetto a quanto richiesto dalla Programmazione regionale, l'Azienda USL di Bologna ha assicurato:

- **il monitoraggio tempestivo dell'utilizzo delle risorse del FRNA, FNA, Fondo del "Dopo di noi" e FSR** per i servizi sociosanitari accreditati, ponendo particolare cura nella realizzazione di attività mirate al monitoraggio dei costi, al loro appropriato utilizzo in termini amministrativo/contabili ed alla massima omogeneizzazione dei rapporti con i Gestori accreditati. Tale attività è in capo ed è svolta dal Dipartimento delle Attività Amministrative Territoriali (DAAT) in stretta connessione con la Direzione Amministrativa, le Direzioni di Distretto, la Direzione Attività Socio-Sanitarie (DASS), il Servizio Unico Metropolitan Contabilità e Finanza (SUMCF). In particolare sono state realizzate le seguenti attività:
 - monitoraggio periodico sull'andamento dei costi al fine di verificare la sostenibilità del sistema socio-sanitario. I dati sintetici di preconsuntivo derivanti dalla verifica sull'andamento della gestione predisposti per la Regione a settembre 2018 sono stati presentati all'Ufficio di Presidenza della CTSS in occasione della approvazione del riparto del FRNA (31/10/2018);
 - rilevazione, a cadenza trimestrale, nell'ambito del Cruscotto socio-sanitario integrato GARSIA e del Cruscotto Aziendale, dell'attività dei servizi socio-sanitari e dell'offerta di servizi accreditati presenti sul territorio. I dati di attività rilevati nell'ambito del Cruscotto GARSIA (utenti in carico, attività UVM, residenzialità e semi-residenzialità accreditata anziani e disabili, ASSDI anziani, assegno di cura anziani e disabili) sono condivisi con gli Uffici di Piano e l'Ufficio di Supporto della CTSS che accedono al medesimo applicativo informatico;
 - in riferimento alla gestione dei contratti di servizio per le strutture Area Anziani (CRA e CDA) è entrato pienamente a regime il sistema informatico di gestione amministrativa condiviso con i Gestori delle strutture. Il sistema sviluppato nell'ambito della piattaforma informatica GARSIA sarà esteso, nel corso del 2019, anche alle strutture Area Disabili (CSRR e CSRD). Esso garantisce la completa e piena omogeneità interpretativa ed applicativa del contratto di servizio per quanto riguarda l'area socio-sanitaria e la gestione della parte variabile del sistema di tariffazione (in particolare causali di assenza). In riferimento all'Area Disabili si è già

provveduto alla presentazione del modulo agli Enti locali che dovranno essere coinvolti per la gestione della quota di loro spettanza come prevista dai LEA;

- condivisione degli esiti dei monitoraggi periodici e delle stime di impatto dei principali atti di indirizzo regionali nell'ambito del Comitato di Committenza e Garanzia (organismo di raccordo e governo di livello aziendale dell'attività territoriale) con il coinvolgimento, quindi, della Direzione Aziendale, dei Direttori di Distretto, dei Direttori DASS e DAAT. I dati di consuntivo 2018 indicano un risultato economico positivo della gestione FRNA in tutti i territori. A livello Distrettuale è stata garantita la massima condivisione periodica dell'andamento dei costi e delle attività in relazione alla programmazione approvata nell'ambito dei Piani di Zona per la Salute ed il Benessere Sociale mediante il costante coinvolgimento degli Uffici di Piano in raccordo con i quali sono stati predisposti incontri specifici nell'ambito dei Comitati di Distretto/Giunte dell'Unione. Per quanto riguarda l'applicazione del sistema di remunerazione nei servizi socio-sanitari accreditati e la gestione dei contratti di servizio è proseguita la forte integrazione e coordinamento tra i committenti pubblici nel rapporto con i Gestori con particolare riferimento, per l'anno 2018, all'applicazione della DGR 1516/2018 che ha modificato, con decorrenza 1/4/2018 e per i Gestori pubblici, le tariffe riconosciute ai sensi della DGR 273/2016. Con particolare riferimento all'utilizzo delle risorse derivanti dal Fondo "Dopo di Noi" è stata garantita continuità nei singoli Distretti alle iniziative ed ai percorsi delineati dal Programma distrettuale di cui alla DGR 733/2017. Allo stesso modo in relazione al Progetto di Vita Indipendente (DGR 156/2018) è stata predisposta la pianificazione distrettuale delle risorse e si è dato avvio alla progettazione distrettuale in modo integrato con gli Uffici di Piano di riferimento.
- **la corretta applicazione del decreto Interministeriale di finanziamento del FNA** che prevede l'utilizzo vincolato del 50% delle risorse per le persone con gravissima disabilità come individuate all'interno del decreto stesso. Ai fini della rendicontazione verso il ministero sarà garantito l'inserimento dei dati dei beneficiari nel casellario dell'assistenza, secondo quanto previsto dallo stesso decreto. L'Azienda è già pronta da un punto di vista informatico e procederà nel momento in cui la Regione invierà le specifiche tecniche sulla gestione del flusso del casellario INPS, in relazione al tracciato record richiesto dal livello nazionale. A fine 2018 si è tuttora in attesa delle suddette indicazioni regionali in materia;
- **la partecipazione e sostegno agli organismi di verifica e controllo dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari in materia di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento socio-sanitario.** Nel corso del 2018 il Dipartimento di Sanità Pubblica ha completato la verifica delle Case Famiglia presenti sul territorio dell'Azienda USL di Bologna. Sono state verificate tutte le strutture, per un totale complessivo di n. 115 Case Famiglia/Gruppi Appartamento, verificando i requisiti attraverso una check list definita a livello regionale. Ad eccezione di alcune situazioni in cui sono stati richiesti provvedimenti straordinari, le criticità complessivamente riscontrate sono risultate sovrapponibili su tutti gli ambiti territoriali. Si tratta di carenze di natura strutturale (assenza in loco di certificazioni di impianti, altezza dei parapetti, assenza di foro di areazione in cucina, etc...) o gestionale (registro degli ospiti, gestione dei farmaci, qualifica e turnistica del personale, assenza di menu definiti per i pasti). In relazione

alle criticità rilevate sono stati individuati criteri di priorità per la prosecuzione della vigilanza nel 2019 e nei prossimi anni.

- **il rafforzamento delle iniziative volte a prevenire episodi di abuso all'interno dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari**, anche valorizzando la relazione con i gestori, i MMG di riferimento, le associazioni di volontariato e le famiglie. Nel 2018 sono proseguite le attività dei due percorsi di Audit (sulla s-contenzione e sulla appropriatezza farmacologica). In particolare, si è proseguito con l'individuazione e la predisposizione di azioni specifiche a supporto degli operatori, sulla base dell'analisi e del confronto sulla "fotografia di re-audit", rispetto all'utilizzo degli ausili di contenzione meccanica e appropriatezza farmacologica/politerapia nelle singole Case Residenza Anziani (CRA). Particolare importanza è stata data alla strutturazione e realizzazione di percorsi formativi, residenziali e on work, rivolti sia a singole figure professionali (fisioterapisti, clinici, animatori) sia ad equipe delle singole strutture, al fine di potenziare e valorizzare l'approccio d'equipe e la personalizzazione degli interventi. In questa direzione è stato progettato e realizzato il percorso formativo "Sviluppo delle terapie non farmacologiche e approccio socio-animativo", frutto delle riflessioni elaborate all'interno del percorso di Audit "Appropriatezza farmacologica nelle CRA". Il corso si è sviluppato in 4 edizioni, ciascuna della durata di 50 ore complessive, di cui 28 in aula e 22 di formazione sul campo. Inizialmente dedicato agli operatori impegnati nelle CRA (coinvolte il 98% delle strutture, 56 su 57) accreditate presenti nei 6 distretti della Azienda USL di Bologna, il progetto formativo è stato, in corso d'opera, aperto anche agli operatori di 31 Centri Diurni Anziani sui 41 presenti sul territorio aziendale. In totale hanno partecipato nelle 4 edizioni n. 228 operatori (tra cui OSS 43%, Infermieri 34%, Animatori 16%, 7% altri profili).
- la qualificazione dell'offerta residenziale di accoglienza temporanea, garantendo il rispetto delle norme regionali (gratuità per i primi 30 giorni) nel caso di dimissioni ospedaliere protette e un'omogenea garanzia delle opportunità di accoglienza temporanea finalizzata al sollievo del caregiver (quote agevolate per i primi 30 giorni). Rispetto all'indicatore regionale sulla % giornate in accoglienza temporanea di sollievo/giornate annue in CRA per il quale è stato previsto un valore atteso $\geq 2\%$ per il 2018, si segnala che l'Azienda USL di Bologna non ha raggiunto il target previsto. In alcuni Distretti permangono situazioni di ricoveri di sollievo in strutture non conteggiati nell'ambito del flusso regionale FAR da cui viene rilevato il dato. L'Azienda ha comunque avviato un confronto con i Distretti che nel 2018 ha permesso un lieve avvicinamento al target assegnato.
- **La partecipazione, in collaborazione con i Comuni, alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore delle persone con grave disabilità** nell'ambito del FRNA (DGR 1230/08), con particolare attenzione a quanto previsto dal nuovo Piano sociale e sanitario regionale e dal Programma regionale di cui alla DGR 733/2017 in merito all'attuazione della L. 112/2016 sul "Dopo di Noi" e al tema della Vita Indipendente. Come indicato dalla Regione, nell'arco del 2018 la Direzione Attività Socio-Sanitarie ha assicurato il coordinamento dei programmi distrettuali attuativi di quanto previsto dalla DGR 733/2017 (in applicazione della L.112/2016 sul "Dopo di Noi"), ed assicurato che una quota di finanziamento, almeno in un Distretto dell'Azienda USL di Bologna, venisse destinata a favore di forme di

intervento propedeutico all'abitare in autonomia, con particolare riferimento a forme di co-housing sociale o forme analoghe. Il Distretto Città di Bologna ha presentato un progetto in merito. A seguire si riporta, in sintesi, la rendicontazione degli interventi attivati con le risorse dell'esercizio finanziario 2016 rendicontati alla Regione, come previsto dalla normativa, a giugno 2018 e suddivisi per tipologia e Distretto.

L.112/2016 - INTERVENTI PER TIPOLOGIA A MAGGIO 2018	Reno Lavino Samoggia	Appennino Bolognese	San Lazzaro	Pianura Est	Pianura Ovest	Bologna Città	TOTALE AUSL
Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione di cui all'art.3 commi 2-3	2	6	4	12	3	13	40
Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'art.3 comma 4	6	10	10	29	8	11	74
Programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile di cui all'art.3 comma 5	2	16	23	16	-	20	77
Tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e della riabilitazione di cui all'art.3 comma 6	3	-	-	-	-	-	3
In via residuale, interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare di cui all'art.3 comma 7	4	-	2	2	1	1	10
TOTALE (possibili più interventi per stesso beneficiario)	17	32	39	59	12	45	204

- **L'attiva partecipazione alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore dei caregiver familiari di persone non autosufficienti** in attuazione della LR 2/2014 (linee d'indirizzo regionali approvate con DGR 858/2017) con particolare attenzione a quanto previsto dal nuovo Piano sociale e sanitario regionale e relativi

indirizzi attuativi (DGR 1423/2017). Nel corso del 2018 l'Azienda ha continuato il lavoro di disseminazione riguardo l'importanza del sostegno ai caregiver (familiari e dipendenti) rivolta agli operatori e a tutta la cittadinanza. In particolare si è provveduto, in accordo con il referente sociale della Città Metropolitana di Bologna, a inserire nel bando di concorso finanziato col FRNA, rivolto alle Associazioni di volontariato che sostengono l'invecchiamento attivo (Bando e-Care), anche i progetti rivolti ai caregiver, affinché questi ultimi siano coinvolti in laboratori di socializzazione, empowerment e adozione di corretti stili di vita. È stata organizzata in data 23 maggio 2018 la "giornata del caregiver", svoltasi a Pieve di Cento nel Distretto Pianura Est, rivolgendo l'attenzione ai giovani caregiver, bambini e adolescenti, coinvolgendo l'istituzione scolastica e tutta la comunità, evidenziando il lavoro di cura svolto all'interno delle famiglie da questa categoria di caregiver che purtroppo spesso rimane invisibile se non sviluppa forme di patologia. L'Azienda, che ha ottenuto un finanziamento regionale per l'attivazione di processi partecipativi, ha indirizzato un terzo delle risorse all'approfondimento di questo tema nell'arco del biennio 2018-2019. In collaborazione con il settore della Medicina del Lavoro del Dipartimento di Sanità Pubblica è stato preparato un corso di formazione rivolto a "badanti" e agli operatori che se ne occupano. Nell'autunno 2018 sono stati allestiti 6 focus group misti, composti da 10 -15 operatori di diversa professionalità impegnati nell'assistenza distrettuale e domiciliare (Educatori professionali, Fisioterapisti, Infermieri, Medici di Medicina Generale, Assistenti Sociali, Psichiatri). Il tema affrontato dai focus group è stato il ruolo e la complessità assistenziale del caregiver e la possibilità di interventi a suo sostegno che l'organizzazione può svolgere. I risultati dei focus group saranno utilizzati per la formazione ECM ed ECS degli operatori nel corso del 2019, dal momento che tutti i Distretti dell'Azienda, dal 2014 ad oggi, hanno messo in campo azioni di formazione e sostegno direttamente rivolte ai caregiver.

2.13 Il Piano regionale demenze (DGR 990/16)

Nel 2018 prosegue il lavoro di consolidamento e sviluppo della rete dei servizi territoriali, anche attraverso il potenziamento di percorsi d'integrazione, finalizzati alla diagnosi e alla cura delle persone con demenza e al sostegno del caregiver, nel pieno rispetto del Piano Regionale Demenze e del suo aggiornamento del 2016 (DGR 990/2016).

Il gruppo di lavoro del PDTA Aziendale Demenze è stato attivato ed è già stato definito un calendario di incontri con la supervisione del Governo Clinico. Si prevede di completare la stesura del PDTA nel 2019, nel frattempo è stato attivato il Programma aziendale delle cure intermedie con nomina del relativo Responsabile e rinforzato l'organico dei Geriatri anche per far fronte ai tempi di attesa delle prime visite per disturbi cognitivi. Si evidenzia come il reclutamento di specialisti geriatri è stato piuttosto difficile per carenza di tali professionalità da assumere.

La rete dei CDCD del territorio della AUSL di Bologna si sta facendo carico della gestione integrata dei BPSD attraverso una serie di azioni concrete:

- **implementazione di posti riservati a visite urgenti** nei CDCD anche attraverso agende informatizzate dedicate con possibilità di prenotazione on-line da parte del PS/OBI degli ospedali, Unità Operative ospedaliere, MMG, CRA. Ciò permette di facilitare i percorsi di dimissione sia da PS/OBI sia da reparti ospedalieri, riducendone i tempi di

degenza ed evitando accessi in PS di pazienti anziani fragili/non autosufficienti con BPSD, che potrebbero esitare in un ricovero evitabile motivato essenzialmente da difficoltà assistenziali e gestionali del care giver principale. **Nel 2018 sono state effettuate 183 visite con carattere di urgenza (urgenza differita);**

- effettuazione di **visite domiciliari prevalentemente dedicate a pazienti affetti da disturbi neurocognitivi maggiori con BPSD e/o anziani fragili dimessi dai PS** della AUSL di Bologna caratterizzati da polipatologie complesse e in politerapia farmacologica. Le visite domiciliari rappresentano l'occasione privilegiata per individuare pazienti fragili a domicilio, le cui difficoltà/criticità assistenziali potranno essere tempestivamente segnalate ai servizi sociali di competenza territoriale per le opportune valutazioni del caso. **146 visite domiciliari effettuate nel 2018 a fronte di 70 effettuate nel 2017.**
- **supporto clinico nelle CRA del territorio della AUSL di Bologna.** Il 6 febbraio 2019 è stato presentato a tutte le CRA accreditate della AUSL di Bologna il progetto di supporto geriatrico-clinico, elaborato in integrazione con geriatri ospedalieri (AOSP e AUSL) e geriatri territoriali. Il progetto verrà avviato nel 2019 in tutti i Distretti dell'Azienda;
- punto di **ascolto telefonico per i famigliari.** Tale supporto, quantificabile per il 2018 in 3828 contatti telefonici (dato parziale relativo ai CDCD di Bologna e dei Distretti di Pianura) rappresenta un prezioso aiuto per le famiglie nella gestione quotidiana dei BPSD a domicilio;
- punto di **ascolto telefonico dedicato ai MMG** presso il CDCD Byron di Bologna attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 14 alle ore 15;
- **formazione dei famigliari/caregivers:** dal 2015 è strutturata su tutti i Distretti della AUSL di Bologna la scuola del care giver per famigliari di pazienti con neo-diagnosi di demenza o BPSD, esperienza che è stata efficacemente realizzata anche nel 2018 (i dati di attività relativi alla scuola del care giver sono in fase di elaborazione all'interno della relazione annuale del Progetto Demenze curata in collaborazione con il DASS). Attraverso incontri strutturati con geriatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali e rappresentanti dei gruppi di auto-mutuo aiuto, i famigliari (care giver) di persone affette da disturbi cognitivi acquisiscono preziose conoscenze sulla evoluzione clinica delle patologie.

	VALORE ATTESO 2018	VALORE OSSERVATO 2018
Stesura ed Implementazione PDTA demenze a livello locale in applicazione PDTA regionale	SI	In corso di stesura
Tasso di ospedalizzazione ordinario aziendale per ricoveri potenzialmente inappropriati per Demenza (DRG 429)	< 2017	-30,56%

2.14 Promozione e Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari

La "Casa di promozione e tutela della salute in carcere" dell'AUSL di Bologna è un sistema integrato di servizi e professionisti che si prende cura dei detenuti, garantendo l'accesso ai programmi di prevenzione ed alle prestazioni sanitarie.

Di seguito gli obiettivi regionali e le azioni realizzate dall'Azienda USL di Bologna nel 2018:

	VALORE ATTESO 2018	VALORE OSSERVATO 2018
Attivazione della funzione del ritorno dei referti specialistici (Fonte: rendicontazione Aziendale)	SI	Attivo ritorno degli esami di Laboratorio. Prossima attivazione referti di Radiologia, specialistica, lettere di dimissione, referti di PS
Numero nuove persone detenute nell'anno per ≥ 14 giorni screenate per HIV/Numero nuovi ingressi nell'anno detenuti per ≥ 14 giorni (Fonte: SISPER)	>90%	86.8%
Sezioni con attivazione di almeno un gruppo di info/educazione alla salute/Numero totale sezioni (%) (Fonte: rendicontazione Aziendale)	100%	Promotori della salute in attività da ottobre 2018, hanno tenuto 8 gruppi di info/educazione alla salute a fronte di 6 Sezioni Detentive

2.15 Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

2.15.1 Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2018

In merito agli obiettivi sulla spesa farmaceutica convenzionata per l'AUSL di Bologna la riduzione di spesa relativa all'anno 2018 rispetto al 2017 è stata di -5,5% (-6.000.000 €), a fronte di un obiettivo regionale per AUSL Bologna del - 2%. Il trend di spesa registrato conferma il pieno raggiungimento e superamento dell'obiettivo 2018.

L'obiettivo regionale di spesa per l'acquisto ospedaliero dei farmaci (esclusa la spesa per i farmaci innovativi non oncologici e fondo oncologici finanziati), comprensiva della spesa per vaccini batterici e virali, era fissata per l'AUSL di Bologna a + 5,7% rispetto al 2017 (pari a + 5.480.000 €).

L'incremento che si è realizzato a fine 2018 pari a +3,6%, uguale all'aumento medio regionale è dovuto alla diversa spesa riscontrata per gli oncologici infusivi non rientranti nei fondi vincolati per gli innovativi, per il minor costo di alcuni farmaci legato a nuovi contratti attivati nell'ultima parte dell'anno ed al minor incremento previsto per alcune tipologie di vaccini (es: antimeningococcici). Si ricorda inoltre il riconoscimento avvenuto a fine anno della spesa eccedente il fondo finanziato per gli oncologici del gruppo A e B. Si ritiene di poter confermare il raggiungimento dell'obiettivo assegnato.

La spesa 2018 per i farmaci innovativi non oncologici AIFA a livello regionale è stata stimata pari a circa 36 milioni di euro. Per quanto riguarda l'AUSL di Bologna sono stati finanziati 2.804.000 €. La spesa a chiusura anno è stata di 3.263.000 €.

La spesa nell'anno 2018 per i Farmaci oncologici innovativi AIFA (gruppo A) e oncologici ad alto costo (gruppo B) era stimata a livello regionale in un valore pari a 74,5 milioni di euro, di cui 49,5 milioni per i farmaci oncologici innovativi gruppo A e 25 milioni di euro per i farmaci oncologici ad alto costo. Per quanto riguarda l'AUSL di Bologna sono stati finanziati 2.262.572€. A consuntivo la spesa è stata pari a 3.879.845€, ossia il +72% corrispondente a

+1.617.595€ rispetto al fondo. La differenza è stata successivamente finanziata con DGR 2181/2018.

	AUSL BO 2017	AUSL BO 2018	RER 2018
Spesa farmaceutica convenzionata pro-capite	116.72	110.23	104.16
Variazione della spesa per farmaci ad acquisto ospedaliero rispetto all'anno precedente	9.78	5.08	3.83

2.15.2 Obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica

Per quanto riguarda l'indicazione regionale di aumentare il ricorso ai farmaci generici ed in particolare di promuovere la prescrizione, tra i farmaci privi di copertura brevettuale, dei cosiddetti "generici puri", il dato relativo al 2018, disponibile su InSIDER conferma un sostanziale allineamento dell'AUSL di Bologna con la Media Regionale (AUSL 85.95% e RER 85.63%).

Con riferimento al Consumo giornaliero di farmaci inibitori di pompa protonica (PPI) x 1.000 residenti nel 2018 l'area Bologna è leggermente inferiore alla media RER (AUSL BO 50.91 e RER 53.5).

In riferimento all'obiettivo sulla promozione dell'uso appropriato delle risorse nella **terapia topica della BPCO** nel rispetto degli strumenti prescrittivi esistenti, a 10 mesi 2018 i consumi pro-capite dei farmaci inalatori R03 accolgono una riduzione del -1% vs pari periodo 2017, tuttavia va rilevata un'esposizione della popolazione bolognese al trattamento significativamente più elevata rispetto alla media regionale (+13%), con picchi di sovra utilizzo per gli anticolinergici LAMA (+25%) e per le associazioni precostituite LABA+ICS (+14%). A ottobre 2018 è stato avviato un progetto interaziendale di appropriatezza sul tema BPCO che coinvolge sia i clinici ospedalieri che i MMG.

Rispetto all'ottimizzazione **delle terapie ipolipemizzanti a base di statine**, per l'AUSL Bologna a 10 mesi 2018 i consumi pro-capite totali di ipolipemizzanti orali (convenzionata + erogazione diretta) rilevano un incremento del + 6% vs anno 2017, pur tuttavia mostrando un trend decrementale del - 2% vs il dato medio regionale. Ciò conferma che, indipendentemente dalle strategie distributive adottate dalle altre aziende regionali, AUSL BO mantiene un'esposizione ai trattamenti ipolipemizzanti comunque inferiore vs media regionale. La spesa pro-capite della classe ha accolto a 10 mesi un calo del - 24,2% vs pari periodo 2017, anche e soprattutto in virtù della ricontrattazione AIFA dei prezzi di riferimento a seguito delle scadenze brevettuali sopra richiamate. L'incremento dei consumi vs 2017 va contestualizzato anche tenendo conto della recente introduzione in Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) dei farmaci biologici i-PCSK-9, nonché delle relative linee di indirizzo regionale che raccomandano l'uso delle statine in 1° e 2° linea, al fine di riservare l'utilizzo dei farmaci innovativi ai soli pazienti non responder agli ipolipemizzanti tradizionali. Sull'adesione alle raccomandazioni formulate a livello regionale sui farmaci **incretinomimetici e gliflozine** nei pazienti affetti da diabete di tipo 2, il dato è monitorato direttamente dalla Regione tramite i flussi informativi. L'AUSL di Bologna è sempre risultata aderente alle raccomandazioni formulate dal documento di indirizzo regionale.

Sul contenimento della spesa per i nuovi **anticoagulanti orali (NAO)** prescritti a pazienti di nuova diagnosi o in seguito a switch si rileva che nel 2018 l'incidenza dei pazienti in trattamento con NAO (naive + switch da AVK) per 1000 ab. res. è pari a 4.64 (target 2.2) a fronte di un valore RER pari a 4.57.

In relazione al farmaco **sacubitril+valsartan** per il trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica, nell'AUSL Bologna viene erogato esclusivamente su PT AIFA cartaceo anticipando la registrazione della scheda anagrafica sulla piattaforma web di AIFA ricavandone il codice identificativo univoco del paziente. E' stato inoltre richiesto l'inserimento del tema "audit Entresto" all'OdG della Segreteria della CF AVEC per consentire lo sviluppo di strumenti condivisi ottimizzando così tempi e risorse.

Relativamente al contenimento del consumo complessivo degli **antibiotici sistemici** si riportano gli indicatori monitorati all'anno 2018:

	AUSL BO 2017	TARGET	AUSL BO 2018	RER 2018
Consumo giornaliero di farmaci antibiotici x 1.000 residenti	15.94	≤ 2017	16.46	17.18
Consumo giornaliero di fluorochinoloni in donne di età 20-59 anni x 1000 residenti	1.11	≤ 2017	1.07	1.24

Sull'adesione alle **raccomandazioni regionali sui farmaci oncologici adottate dalla Commissione regionale del farmaco** l'AUSL Bologna ha individuato le linee di indirizzo per il Carcinoma del Polmone e del Rene quali ambiti di monitoraggio per l'impatto sulla spesa. Rispetto all'adozione dei modelli organizzativi comuni e soluzioni condivise per l'**ottimizzazione degli allestimenti delle terapie antitumorali** la centrale dell'AUSL di Bologna è organizzata per drug-day, drug-month, dose-banding con aggiustamento di dose previamente condivisi con i clinici.

Rispetto all'adesione all'impiego dei **farmaci biologici, in presenza di un biosimilare nella classe**, secondo i seguenti obiettivi:

	TARGET	AUSL BO 2018	RER 2018
% di consumo di eritropoietine biosimilari	90	77,08	82,86
% di consumo di ormone della crescita biosimilare	80	36,81	45,14
% di consumo di infliximab biosimilare		69,61	71,02
% di consumo di etanercept biosimilare	60	24,52	26,55
% di consumo di follitropina biosimilare	60	3,15	8,14
% rituximab biosimilare sul consumo totale di rituximab endovena		70,38	61,45

- per le **epoetine**, complessivamente l'utilizzo in AUSL dei biosimilari è cresciuto in un anno dal 56,27% del 2017 al 77,08% del 2018. Nonostante il trend positivo, l'innalzamento nel 2018 del target al 90% ci allontana dal raggiungimento dell'obiettivo. La criticità si concentra soprattutto in Nefrologia dove permangono modalità prescrittive non omogenee;
- per l'ormone della crescita, Bologna riporta percentuali inferiori all'obiettivo. Il raggiungimento dell'obiettivo sui casi incidenti e prevalenti richiede una strategia condivisa con l'AOU di Bologna prevista in CFAVEC;
- per gli anti TNF alfa:
 - per **infliximab** la prescrizione dovrà avvenire nel rispetto dei risultati della gara in accordo quadro e per le quote di fabbisogno previsto. Bologna: il dato 2018 è pari al 69,61% e rispetto all'anno precedente risulta in incremento (2017=54,19). La

Pediatria mostra un consumo al 100% di biosimilare. Il 35% di infliximab brand è tutto associato al Programma Reumatologia che fino ad ora ha trattato con il biosimilare solo i pazienti naive. Si prevede un diverso approccio sui pazienti experienced da verificare nei prossimi mesi.

-per **etanercept** Bologna nel 2018 mostra un dato complessivamente lontano dall'obiettivo regionale (24,52%). Nello specifico però si conferma il raggiungimento dell'obiettivo per i casi incidenti (tutti i pazienti naive a etanercept sono avviati al trattamento con il biosimilare). Per i casi prevalenti l'obiettivo non appare raggiungibile (entro l'autunno, termine di scadenza della gara), considerato che il Programma Reumatologia fino ad ora non ha operato switch da brand a biosimilare e tenuto conto dell'alto numero di pazienti già in trattamento. Si prevede un diverso approccio sui pazienti experienced da verificare nei prossimi mesi;

- per la **follitropina**, la nuova gara farmaci è stata recentemente conclusa e si è in attesa dei contratti necessari all'acquisto del prodotto aggiudicato. L'ultima gara AVEC era invece stata aggiudicata la specialità brand;
- per la prescrizione di **rituximab endovena**, il dato Aziendale si attesta al 70,38% (RER 61,45%) e risente del fatto che il biosimilare è stato introdotto a marzo pertanto, il brand è utilizzato nei primi 2 mesi 2018.

Nell'ambito delle **quattro insuline basali**, per Bologna il consumo espresso in % di UI di insuline basali a minor costo è pari al 61,7% (RER 79,42%) e prevale la prescrizione di Tresiba, l'insulina più costosa. Se si analizzano le % di UI nel Dipartimento Medico, si osserva che l'obiettivo è raggiunto. I dati mostrano il diverso approccio prescrittivo tra setting ospedaliero e territoriale. Per il raggiungimento dell'obiettivo si rende necessario un intervento specifico e coordinato con AOU e sui Centri diabetologici convenzionati sul territorio.

Nell'ambito della terapia con **farmaci antiretrovirali**, rispetto al mantenimento di livelli di viremia <40 copie/mL in più del 90% dei pazienti trattati (<5% di fallimenti virologici/anno) e all'aumento per ogni singola realtà (>10%) del ricorso al farmaco generico nel trattamento dell'HIV in seconda linea (indicatore: n° piani terapeutici con farmaco generico in seconda linea / totale piani terapeutici in seconda linea dell'ambito considerato) rispetto all'anno precedente, non si dispone al momento dei dati clinici per rendicontare gli indicatori, ma è in atto una raccolta dati per l'analisi consuntiva annuale.

Per i **farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica**, l'AUSL Bologna ha in trattamento 176 pazienti nel 2018. L'obiettivo è raggiunto in quanto i professionisti clinici prescrivono valutando i diversi costi terapia. Il Maviret è tra i farmaci disponibili attualmente il meno costoso. I nuovi pazienti sono stati trattati tenendo conto, ove possibile, del miglior rapporto costo/beneficio.

Nell'utilizzo dei farmaci antiVEGF per uso intravitreale, l'AUSL Bologna impiega quelli a minor costo. A seguito della recente riorganizzazione del monitoraggio AIFA del *bevacizumab*, tra Dipartimento Farmaceutico e UO Oculistica OM si sta provvedendo all'inserimento delle schede su registro AIFA.

Relativamente alla promozione e applicazione delle **Raccomandazioni d'uso elaborate dal gruppo di lavoro regionale sui farmaci neurologici** (farmaci per il morbo di Parkinson e per la sclerosi multipla), l'AUSL Bologna prosegue il monitoraggio dei farmaci per trattamento SM. Sono state inoltre aggiornate le raccomandazioni per i farmaci di prima linea orali. Il consumo appare coerente.

Rispetto all'**adesione agli esiti delle gare regionali per i farmaci** l'AUSL Bologna ne ha sempre garantito l'adesione.

2.15.3 Rimodulazione canali distributivi dei farmaci - Intesa sulla Distribuzione per Conto

Le indicazioni regionali prevedono che le Aziende sanitarie proseguano nell'applicazione dei contenuti dell'Intesa sull'attività di distribuzione per conto (DGR n. 327/2017). Si prevede che la rimodulazione dei canali distributivi per la fornitura dei farmaci (convenzionata, distribuzione per conto e distribuzione diretta) sia valutata monitorando il trasferimento dei farmaci dalla presa in carico alla DPC e alla convenzionata, fino al raggiungimento della quota fissata a livello regionale e per ciascuna singola realtà. **Da marzo 2018, l'AUSL di Bologna ha pienamente conseguito l'obiettivo** (n° 767.014 pezzi distribuiti nel 2018 ed un delta vs 2017 del +7%).

2.15.4 Adozione di strumenti di governo clinico

Al fine di contenere fenomeni di induzione sulla prescrizione territoriale occorre utilizzare, per la continuità ospedale/territorio (dimissione, distribuzione diretta e per conto, visita specialistica ambulatoriale) esclusivamente i principi attivi presenti nel Prontuario della propria Area Vasta.

Sono stati individuati i seguenti indicatori in corrispondenza dei quali viene indicato il relativo stato di avanzamento in AUSL Bologna.

E' rilevante la compilazione da parte dei medici prescrittori:

indicatore RER	Osservato AUSL Bologna
del 100% dei piani terapeutici regionali disponibili sulla piattaforma SOLE. In particolare, per i farmaci antivirali per l'epatite C, per le Aziende che hanno già raggiunto il 100% di compilazione dei follow up relativi ai trattamenti chiusi l'obiettivo è rappresentato dal mantenimento di tale valore, mentre per le rimanenti Aziende dovrà essere raggiunto l'obiettivo del 100% di compilazione del follow up	il 100% delle prescrizioni avviene sia su Registro AIFA, sia su registro SOLE. Risulta inserito il 100% dei follow-up inseribili. L'obiettivo risulta aggiunto
dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA, compresi quelli relativi ai farmaci innovativi che fanno capo agli specifici fondi e che prevedono meccanismi di pay back; al fine della gestione dei rimborsi di condivisione del rischio (es. payment by results, cost sharing...) la percentuale dei trattamenti chiusi già inseriti in una richiesta di rimborso dovrà essere superiore al 95% dei trattamenti chiusi	si conferma il raggiungimento del target richiesto
del data base regionale delle eccezioni prescrittive , che traccia l'uso dei farmaci off-label, farmaci Cnn e fuori prontuario	
della prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici , per una corretta e completa alimentazione del database oncologico regionale, rendendo possibile il monitoraggio sia dei farmaci oncologici parenterali sia di quelli orali	Inserimento del 100% delle terapie endovenose e circa il 50% delle terapie orali

L'AUSL di Bologna, ha inoltre assicurato la **costante presenza di una rappresentanza a tutte le riunioni di coordinamento regionale delle Commissioni del farmaco**. L'aggiornamento del Prontuario e dei relativi documenti allegati, vengono diffusi regolarmente attraverso i Direttori di Dipartimento. Sono inoltre inviate ai clinici coinvolti comunicazioni specifiche di aggiornamento. Negli incontri con i clinici vengono inoltre affrontati temi specifici oggetto di criticità anche in relazione alle indicazioni regionali.

Relativamente agli **obiettivi stabiliti nell'ambito del governo clinico** l'AUSL di Bologna sta sviluppando azioni sia in ambito ospedaliero che territoriale. Il tema della sicurezza delle terapie farmacologiche è stato affrontato sviluppando iniziative sui pazienti anziani (≥ 75 anni), politrattati (con ≥ 7 o ≥ 10 farmaci). Nelle 57 CRA sono stati presentati ai Coordinatori i risultati parziali dell'audit in corso sull'appropriatezza farmacologica nelle CRA. Si stanno avviando nuove attività per intensificare gli interventi sulla ricognizione e riconciliazione, introducendo l'utilizzo dell'applicativo InterCheck sviluppato dall'Istituto Mario Negri. A tal proposito, sono stati abilitati all'utilizzo di InterCheck circa 40 professionisti tra medici e infermieri delle CRA per avviare, con la formazione svolta e l'applicativo, l'esercizio di de-prescrizione. È infine in corso il re-audit. L'ultima rilevazione ha avuto luogo il 4 luglio u.s. è in corso l'analisi dei dati.

In ambito ospedaliero il Dipartimento Farmaceutico, in collaborazione con l'UO Governo Clinico ed il Dipartimento Medico ha organizzato il progetto formativo multidisciplinare "La politerapia nel paziente anziano in dimissione da un reparto per acuti del Dip.to Medico". Sono stati condotti in totale n.6 incontri incentrati su casi clinici di pazienti ≥ 75 anni dimessi con ≥ 10 farmaci, analizzati in un'ottica di appropriatezza prescrittiva, continuità terapeutica H-T, con analisi delle potenziali interazioni associate alla terapia, valutazione di eventuali interventi di deprescribing, adottando come supporto **l'applicativo** web-based Intercheck sviluppato dall'Istituto Mario Negri di Milano. Gli incontri hanno visto la partecipazione attiva di circa 60 professionisti fra medici ospedalieri Dip. Medico, MMG, farmacisti, medici e infermieri di CRA. In questa cornice si è sviluppato un dialogo proficuo tra professionisti dei diversi setting assistenziali su singoli pazienti dimessi nel corso del 2018.

Infine è stato organizzato a novembre 2018 un convegno dal titolo "Non un'altra pillola: riflessione sull'uso appropriato dei farmaci e terapie non farmacologiche". L'iniziativa era rivolta ai clinici e operatori sanitari dell'ambito ospedaliero e territoriale per condividere approcci e linee di indirizzo comuni sul tema della politerapia e del de-prescribing.

2.15.5 Attività di informazione scientifica nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale

L'AUSL di Bologna, con delibera aziendale nr. 222/17 ha recepito le direttive regionali in materia di informazione scientifica ai sensi della DGR 2309/2016 e introdotte le LL.GG. aziendali per l'accesso alle strutture SSR da parte dei professionisti che svolgono attività di informazione tecnico-scientifica. Si ritiene pertanto confermato il conseguimento dell'obiettivo regionale in termini di adozione di strumenti di trasparenza relativi allo svolgimento dell'attività di informazione scientifica all'interno delle strutture SSR.

Oltre alle azioni sopra descritte, è stata predisposta una specifica pagina web contenente le modalità di accesso degli informatori scientifici alle strutture aziendali (<https://www.ausl.bologna.it/asl-bologna/staff/anticorruzione-trasparenza-e-privacy/informatori-scientifici>) e relativo software costituito da due moduli: un primo modulo, pubblicato nel sito aziendale, da compilarsi a cura degli informatori scientifici e un secondo modulo, pubblicato nella intranet, da compilarsi a cura dei professionisti dell'AUSL di Bologna. Nella pagina dedicata è presente un video tutorial per il corretto utilizzo del software. Attualmente è in corso la

sperimentazione del software presso tutte le Unità Operative del Dipartimento Medico (circa 220 medici coinvolti). Terminata la fase sperimentale l'utilizzo del software verrà esteso a tutta l'Azienda. E' stata già richiesta alla RER collaborazione per la diffusione della notizia agli informatori scientifici registrati nella piattaforma regionale, quando il sistema sarà operativo.

2.15.6 Farmacovigilanza

Sono state realizzate tutte le attività di vigilanza previste e i progetti regionali e multi regionali di Farmacovigilanza avviati.

Nell'anno 2018, la quota percentuale di n° ADR inserite sulla piattaforma web VigiFarmaco / n° totale delle segnalazioni aziendali è pari al 58,22% vs 15,37% nel 2017. Tale esito conferma il conseguimento dell'obiettivo per l'anno in corso. Nel 2018 sono state inserite in totale n° 584 segnalazioni ADR (+ 3% vs 2017).

2.15.7 Dispositivi medici

Al fine di migliorare la **sensibilizzazione del personale sanitario verso il tema della sicurezza dei dispositivi medici e verso gli obblighi di segnalazione degli incidenti**, l'AUSL di Bologna, già nel 2017 ha realizzato un corso FAD riservato al personale addetto (Ingegneria Clinica e Farmacia) al quale ha partecipato il 55% degli operatori.

Nel 2018 i servizi di Ingegneria clinica e Farmacia hanno proposto l'attivazione nell'offerta formativa aziendale del corso FAD "Vigilanza sui dispositivi medici" su piattaforma Self-PA, in ottemperanza all'obiettivo RER per il biennio 2017-2018 di sensibilizzazione e formazione di tutto il personale sanitario verso il tema della sicurezza nell'utilizzo dei dispositivi medici e verso gli obblighi di segnalazione degli incidenti. Una nuova edizione del corso FAD già realizzato nel 2017 è stata attivata in novembre 2018 per numerosi operatori sanitari di vari ambiti professionali (medici, infermieri, farmacisti, ingegneri) ed è tuttora fruibile, entro il termine del 28/02/2019 eventualmente prorogabile sulla base dei dati di partecipazione.

	VALORE ATTESO 2018	VALORE OSSERVATO 2018
N° eventi formativi obbligatori (residenziali o FAD) in tema di vigilanza sui DM inserito nel programma formativo (2017-2018)	>= 1 evento	Bologna 1 evento 2017 e attivazione nuova edizione III trim 2018
N° Operatori che hanno partecipato all'evento (biennio 2017 2018) / totale operatori sanitari coinvolti nell'impiego dei DM	Target >= 50%	anno 2017 = 55%; anno 2018= edizione con chiusura a febbraio 2019

2.16 Acquisto SSN dei dispositivi medici

Al fine di garantire l'uso appropriato dei dispositivi Medici, nel 2018 la CDM AVEC ha messo in atto i percorsi organizzativi, cui la AUSL di Bologna aderisce, che prevedono: apposita modulistica relativa all'espletamento dell'istruttoria, specifico modulo per affiancamento tecnologico, sviluppo del sito web e documento su prodotti infungibili ed esclusivi. Ha valutato nel periodo 110 richieste di inserimento di cui 32 con parere favorevole, 10 parere sospensivo e 15 con parere negativo. Da marzo 2018 tutte le richieste di valutazione di nuovo dispositivo sono state formulate mediante SCHEDE WEB. In febbraio 2018 sono state organizzati incontri di formazione all'uso dell'applicativo aperti a tutti gli operatori sanitari. La spesa regionale dei dispositivi medici è rilevata nel flusso DiMe la cui completezza, valutata rispetto al valore rendicontato nei conti economici dedicati (al netto della spesa per le attrezzature sanitarie), è negli anni incrementata e a livello regionale assestata su

valori superiori al 95%. Per il 2018 sono individuati gli indicatori e obiettivi riportati in tabella, con il relativo stato di avanzamento dell'AUSL di Bologna.

	VALORE ATTESO 2018	VALORE OSSERVATO 2018
Tasso di copertura del flusso consumi DiMe sul conto economico	>= 95%	89% (9 mesi) A causa di quota non tracciabile nel DiME delle forniture in SERVICE (procedure neuroradiologia e Custom Kit)
Tasso di copertura del flusso consumi DiMe (IVD) sul conto economico	>= 25%	111% (9 mesi)

Per i prodotti di integrativa e protesica di competenza del Servizio Farmaceutico si è provveduto a dare applicazione delle nuove modalità di cui alla Circolare RER 4/2018, verificando in particolare la corretta allocazione dei consumi rispetto alle attività.

2.17 Attuazione della LR n. 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali"

Con riferimento agli obiettivi regionali, per l'AUSL di Bologna si conferma il rispetto degli adempimenti previsti, con particolare riferimento a: revisione della Pianta Organica, apertura delle nuove farmacie assegnate attraverso il concorso straordinario, erogazione dei contributi regionali concessi alle farmacie rurali, supporto alla R-ER nel procedimento volto all'istituzione delle farmacie nei luoghi ad alto transito.

2.18 Iniziative di Health Literacy

Dal 2017 era attivo un gruppo di lavoro composto da professionisti sanitari, sociali, da rappresentanti dell'associazionismo e dell'ASP di Bologna che aveva l'obiettivo di produrre un documento di scrittura collettiva che riportasse storie di assistenza, esperienze lavorative, lessico e glossari propri di assistenti, assistiti e caregiver. Tale documento, organizzato in forma di manuale di pratica professionale è stato pubblicato in novembre 2018 col titolo: "Storie, parole, esperienze per condividere la cura delle persone fragili (ed. Maggioli), Sempre nel novembre 2018 è stata condotta un'iniziativa accreditata ECM ed ECS con la presentazione del libro a professionisti e associazioni di volontariato per avviare le riflessioni aziendali sull'alfabetizzazione in sanità. Da questa esperienza è derivata la costituzione di un nuovo Gruppo di Lavoro che si è dato il compito di identificare la terminologia usata in referti, ricette, lettere di dimissione per la definizione di un glossario che riporti sigle, acronimi, abbreviazioni, termini inglesi, termini tecnici al fine di rendere più comprensibile il contenuto di tali documenti. Per questo sono stati coinvolti i Comitati consultivi misti, l'UO Comunicazione, l'UO Governo Clinico e l'UO Qualità e Accreditamento.

	TARGET 2018	VALORE OSSERVATO 2018
Realizzare almeno un evento formativo a livello aziendale	SI	14/11/ 2018 IMPARARE LA SALUTE evento accreditato
Produzione in modo partecipato con pazienti e caregiver di almeno un materiale informativo	SI	Pubblicazione libro a cura di C.Malvi, AAVV "Storie, parole, esperienze per condividere la cura delle persone fragili" (ed. Maggioli)

3. Assistenza Ospedaliera

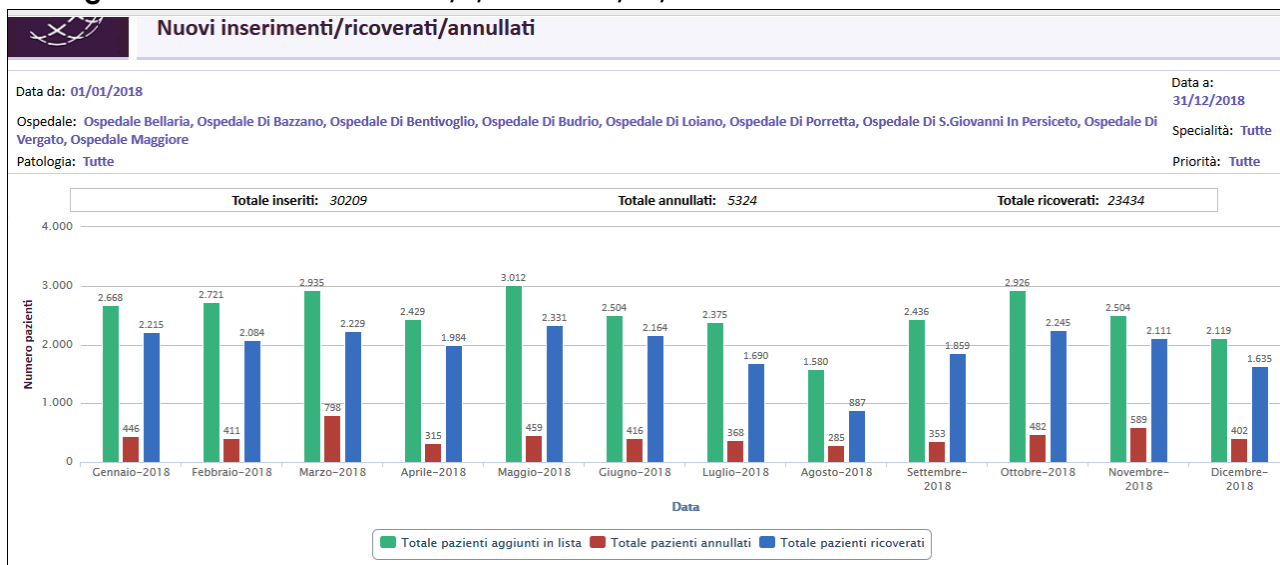
3.1 Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero

In linea con la DGR 272/2017, che ha fissato obiettivi e scadenze finalizzati alla riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna, la Azienda USL di Bologna nel 2018 ha provveduto a:

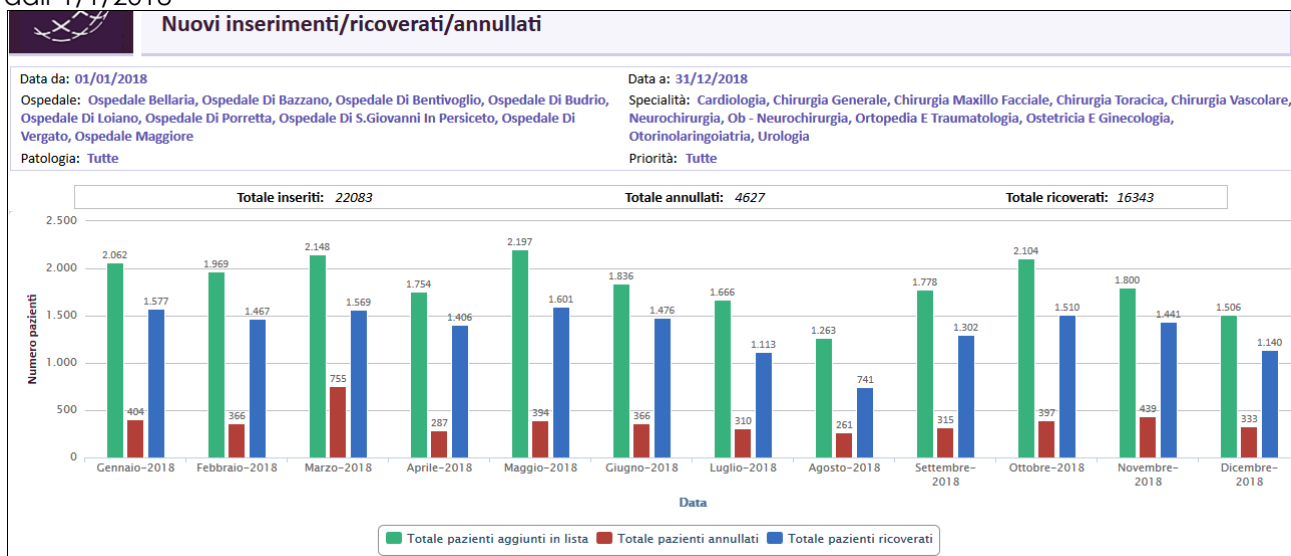
- far sì che Il Referente Unico aziendale e di area metropolitana provvedesse a predisporre regole condivise per l'inserimento del paziente in lista di attesa chirurgica secondo il Regolamento sottoscritto dai Direttori Sanitari delle quattro Aziende dell'Area Metropolitana e condiviso con i Direttori Generali delle medesime Aziende in sede di Unità Tecnica di Missione;
- modificare la lista di attesa aziendale secondo le indicazioni regionali come da linee di indirizzo;
- modificare l'informativa ai pazienti in modo che i medesimi fossero informati su come contattare l'ufficio preoperatorio centralizzato, su come e quando richiedere la sospensione o la cancellazione dalla lista d'attesa;
- garantire a tutti i pazienti oncologici l'inserimento in lista d'attesa dopo discussione al team multidisciplinare;
- centralizzare, nel 2017, l'attività chirurgica in due centri Hub e altri centri Spoke a seconda della complessità clinica e assistenziale della casistica. Nell'anno 2018, per il percorso delle patologie epato-bilio-pancreatiche, che già aveva sede presso l'Ospedale Maggiore di Bologna, è stato individuato un Professionista responsabile del coordinamento del relativo Team multidisciplinare. Analogamente è stato individuato il Responsabile dell'ambulatorio multiprofessionale (chirurgico-gastroenterologico) dedicato alla valutazione congiunta di tali patologie;
- Formalizzare due Programmi dipartimentali dedicati il primo alla medio bassa complessità chirurgica ed il secondo alla chirurgia bariatrica (progetto di sviluppo per realizzare recupero di mobilità passiva in collaborazione con AOU Bologna);
- Inserire i pazienti nel nuovo nomenclatore SIGLA fin dal 1° gennaio 2018 in tutta l'Azienda.

In merito alla corretta alimentazione del nuovo flusso informativo (nuovo tracciato record e nuovo nomenclatore dal 01/01/2018) del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa (SIGLA), il grafico che segue rappresenta l'andamento della lista d'attesa dell'azienda per tutte le discipline presenti (SIGLA e non SIGLA) a far data dal 01/01/2018. Nello stesso periodo sono stati inseriti 30.209, casi di cui 23.454 ricoverati e 5.324 annullati. Quanto rappresentato permette di definire la nuova lista d'attesa in equilibrio.

Patologie SIGLA e NON SIGLA da 1/1/2018 al 31/12/2018



Il grafico seguente rappresenta solo le patologie SIGLA a tutto il 31.12.2018 a far data dall'1/1/2018



Per quanto riguarda il rispetto dei tempi d'attesa (TdA dai dati retrospettivi della SDO) per le patologie oggetto di monitoraggio Regionale e Ministeriale, i risultati sono rappresentati nella tabella che segue:

	Valore atteso	% casi trattati entro la classe prevista	
		Anno 2017	Situazione al 31 dicembre 2018
Tumori maligni mammella	>90%	86,4	97,3
Tumori maligni Polmone	>90%	92	98,8
Tumori maligni Colon	>90%	89	93,9
Tumori maligni del Retto	>90%	NV	92,3
Tumori maligni Prostata (2)	>90%	18,5	75,4
Tumori maligni dell'utero	>90%	79,2	94,7

² 4 tumori prostata inseriti come da linee di indirizzo RER in classe B, uno di questi oltre tempo

	Valore atteso	% casi trattati entro la classe	
		Anno 2017	Situazione al 31 dicembre 2018
Carotidi ³	>90%	50,2	29,1
Protesi anca entro 180 giorni	>90%	78	88,9
Ernia inguinale	>90%	58	94,7
Emorroidi	>90%	72	91,9
Tonsille	>90%	76,5	71,4
Coronarografia	>90%	90,4	99,4

I dati relativi all'anno 2018 dimostrano un netto miglioramento se confrontati con il primo semestre 2017. Restano ancora critiche alcune patologie di cui quelle più rilevanti sono rappresentate dai tumori della prostata e dalle patologie ostruttive delle carotidi, per le quali è in corso lo sviluppo del Progetto Interaziendale. Notevole miglioramento si è invece ottenuto incrementando l'attività per ernie ed emorroidi negli ospedali Spoke, soprattutto attraverso l'attivazione del programma medio bassa complessità chirurgica.

Nella tabella seguente sono riportati i tempi medi d'attesa per l'anno 2018 per i pazienti ricoverati per patologie oncologiche oggetto di monitoraggio regionale e ministeriale:

PATOLOGIA		Classe A	Classe B	Totale
		Numero	180	
TUMORI MALIGNI COLON	Tempo medio attesa (gg)	15,1		15,1
	Numero	38	4	42
TUMORI MALIGNI CORPO DELL'UTERO	Tempo medio attesa (gg)	23,7	45,3	24
	Numero	746	11	757
TUMORI MALIGNI MAMMELLA DELLA DONNA	Tempo medio attesa (gg)	18,5	41,8	23
	Numero	61	4	65
TUMORI MALIGNI PROSTATA	Tempo medio attesa (gg)	26,9	65	28
	Numero	168		168
TUMORI MALIGNI TRACHEA, BRONCHI E POLMONI	Tempo medio attesa (gg)	14,2		12,02
	Nr. totale	1258	21	1279
Tempo medio di attesa (gg)		19,3	47	20,68

Si segnala inoltre che il miglioramento sui tempi si registra anche sulle restanti patologie Oncologiche, fanno eccezione alcune patologie in ambito urologico riconducibili a papillomi/uroteliomi vescicali.

La tabella sotto riportata rappresenta i tempi d'attesa per le patologie non oncologiche trattate nell'anno 2018 oggetto di monitoraggio regionale e ministeriale. Nel corso del 2018 l'Azienda ha scelto di associare a tali patologie anche le colecistectomie.

³ Dal giorno 1/10/2018 la SC di Chirurgia vascolare è Interaziendale con Azienda capofila la AOU di Bologna.

GRUPPO_PATOLOGIA	CLASSE A		CLASSE B		CLASSE C		CLASSE D	
	N°	ATTESA MEDIA	N°	ATTESA MEDIA	N°	ATTESA MEDIA	N°	ATTESA MEDIA
ARTROSI LOCALIZZATA PRIMARIA, ANCA			3	57,7	32	78,9		
ARTROSI LOCALIZZATA SECONDARIA, ANCA	1	33,0	4	45,5	3	118,3	1	93,0
ARTROSI NON SPECIFICATA SE GENERALIZZATA O LOCALIZZATA, ANCA					1	279,0		
COLELITIASI	5	30,8	170	53,8	298	84,4	7	81,9
CORONAROGRAFIA	241	13,5	258	27,4	22	59,5	1	255,0
EMORROIDI	2	19,5	39	50,7	100	77,2	8	92,8
ERNIA INGUINALE			113	46,8	676	67,5	16	102,9
MALATTIE CRONICHE DELLE TONSILLE E DELLE ADENOIDI	4	17,0	86	47,7	232	115,5	3	104,3
OCCLUSIONE E STENOSI DELLE ARTERIE PRECEREBRALI	101	54,6	12	88,2	4	101,8		
Totale	354	28,1	685	52,2	1368	109,1	36	121

Complessivamente i dati sono soddisfacenti, soprattutto per quanto riguarda le patologie non oncologiche cui è stata assegnata dai professionisti la classe di priorità massima (classe A).

3.2 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

In coerenza con il lavoro avviato dal 2015, anche nell'anno 2018 particolarmente intensa è stata l'attività in tema di revisione della architettura dei servizi. Le azioni hanno riguardato il completamento del riordino della rete ospedaliera, in coerenza con la DGR 2040/2015, con il documento sulla "Programmazione dell'Assistenza Territoriale e della Rete Ospedaliera nell'Area Metropolitana Bolognese (PATRO/2016)" e con i Documenti di programmazione presentati nel dicembre 2017 alla Conferenza Socio Sanitaria Territoriale Metropolitana.

Nelle more del completamento dei lavori affidati al Nucleo Tecnico di Progetto (costituito da Conferenza Territoriale Socio Sanitaria Metropolitana, Regione Emilia Romagna e Alma Mater Studiorum Università di Bologna oltre che dalle Direzioni Generali delle quattro Aziende di area metropolitana), anche per l'anno 2018 il tema delle integrazioni ed unificazioni in ambito metropolitano ha rivestito un ruolo da protagonista nella gestione aziendale. Le attività hanno riguardato i seguenti ambiti:

Progetto	Ambito attività	Istituto giuridico utilizzato per la creazione	Aziende coinvolte	Azienda Capofila	Stato avanzamento progetto
Dipartimento interaziendale di Anatomia Patologica (ad attività integrata)	Funzioni cliniche/di supporto	Dipartimento interaziendale	AUSL Bologna AOU Bologna IOR AUSL Imola	-	Esecutivo in fase sperimentale

Progetto	Ambito attività	Istituto giuridico utilizzato per la creazione	Aziende coinvolte	Azienda Capofila	Stato avanzamento progetto
- Patologia molecolare	Clinica/di supporto	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU Bologna	-	Fase progettuale
- Allestimenti istologici	Clinica	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AUSL Imola	AUSL Bologna	Esecutivo
- Allestimenti citologici	Clinica	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AUSL Imola	AUSL Imola	Esecutivo
Chirurgia bariatrica	Funzione clinica	Convenzione per affitto piattaforma Bentivoglio da parte di equipe AOU	AUSL Bologna AOU Bologna	-	Esecutivo
Chirurgia Toracica	Funzioni cliniche	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU Bologna	AUSL Bologna	Attivata convenzione per coordinamento nelle more del completamento della fase progettuale.
Chirurgia generale (rinnovo)	Funzioni cliniche	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AUSL Imola	AUSL Bologna	Esecutivo
Neurochirurgia pediatrica	Funzioni cliniche	Da definire	AUSL Bologna AOU Bologna	AUSL BO/ISNB	Attivata convenzione per coordinamento nelle more del completamento della fase progettuale.

3.2.1 Appropriately ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto

La riduzione dell'ospedalizzazione per DRG ad alto rischio d'inappropriatezza è stato uno degli obiettivi prioritari nella programmazione 2018 dell'Azienda USL di Bologna.

L'indicatore che misura il rapporto tra DRG ad alto rischio d'inappropriatezza e DRG appropriati, registra sui dimessi dalle strutture pubbliche un miglioramento della performance dal 2017 al 2018 ed in entrambi gli anni l'obiettivo è stato raggiunto. L'indicatore migliora se si considerano solo i dimessi residenti.

Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappr. e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappr. in regime ordinario - GRIGLIA LEA	anno 2017	anno 2018	VALORE ATTESO 2018
AUSL BO strutture pubbliche	0.13	0.12	< 0.19
AUSL BO -strutture pubbliche – dimessi residenti	0.12	0.11	

Nel corso del 2018 l'Azienda si è impegnata nel potenziamento delle cure intermedie come sede di gestione delle fasi a rischio di riacutizzazione delle malattie croniche con l'attivazione di percorsi alternativi al ricovero, prevalentemente rivolti a fragili e polipatologici e nello sviluppo di azioni interaziendali volte a recuperare appropriatezza per i DRG medici. In particolare, con l'AUO di Bologna:

- è stata attivata la revisione del PDTA BPCO interaziendale, strutturando percorsi atti a ridurre gli episodi di ricovero (DRG088 "Malattia polmonare cronica ostruttiva");
- è stata attivato un gruppo di lavoro interaziendale con il mandato di identificare soluzioni alternative al ricovero (DRG049 "Disturbi organici e ritardo mentale).

Nella tabella che segue, rispetto alla produzione aziendale si registra un considerevole trend in calo che vede il raggiungimento dell'obiettivo per il DRG 429 e una rilevante riduzione del n° dei ricoveri per il DRG 088 si passa infatti da -14% (2017-2016), a -30% (2018-2017).

Indicatori e target RER	2017-2016	2018-2017	VALORE ATTESO 2018
Diff. % dei casi rispetto al periodo precedente	AUSL BO Pubb.	AUSL BO Pubb.	
DRG 088 M Malattia polmonare cronica ostruttiva	-14.08%	- 30%	Riduzione del n° ricoveri > 50%
DRG 429 M Disturbi organici e ritardo mentale	-5.53%	-33%	Riduzione del n° ricoveri > 30 %

Per la riduzione dei DRG chirurgici potenzialmente inappropriati, l'Azienda USL di Bologna nel 2018, prosegue l'impegno al trasferimento dal regime ordinario verso setting più appropriati (day-hospital o ambulatoriale). Come si evince dalla tabella in calce, già nel 2018 si registra un miglioramento ad eccezione dei DRG 008 e 538.

Diff. % dei casi rispetto all'anno precedente	AUSL BO Pubb.+Priv.	VALORE ATTESO 2018
DRG 008 C Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC, con esclusione dei pazienti sottoposti a Gamma Knife;	13%	Riduzione del n° ricoveri > 25%
DRG 158 C Interventi su ano e stoma senza CC	-20%	Riduzione del n° ricoveri > 25%
DRG 160 C Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	-4%	Riduzione del n° ricoveri > 25%
DRG 503 C Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	-22%	Riduzione del n° ricoveri > 25%
DRG 538 C Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	34%	Riduzione del n° ricoveri > 25%

3.2.2 Reti di rilievo regionale

Sulle reti di rilievo Regionale l'Azienda USL di Bologna garantisce la collaborazione alle attività della Cabina di Regia regionale (DGR 1907-29/11/2017) e si impegna nel raggiungimento degli obiettivi specifici assegnati per le singole reti.

➤ 3.2.2.1 Rete dei Centri Senologia

La DGR nr. 345/12-2-2018 ha istituito la Rete disegnando un sistema organico di presa in carico delle donne in tutte le fasi del percorso, dalla prevenzione alla terapia, al follow-up e alla riabilitazione.

Il Centro di Senologia dell'AUSL di Bologna, facente parte della *Rete dei Centri Senologia* che ne conta 12 nella Regione Emilia-Romagna e 3 sull'area Metropolitana di Bologna è collocato all'Ospedale Bellaria e ha continuato e consolidato l'impegno, anche nel 2018, nell'uniformare l'organizzazione e il funzionamento del Centro di Senologia al modello regionale di riferimento, assicurando il monitoraggio dei livelli di assistenza richiesti.

La chirurgia senologica nell'AUSL di Bologna è da anni concentrata presso l'Ospedale Bellaria dove nel 2018 sono stati eseguiti 708 interventi, pari al 99,8 % di interventi in reparti sopra soglia. La stessa equipe esegue interventi anche presso l'Ospedale Maggiore: nel 2018 ne sono stati effettuati 54, pertanto anche questi devono essere sommati a quelli dello stabilimento Bellaria, portando al 99.7 la percentuale sopra soglia a livello Aziendale.

➤ 3.2.2.2 Rete Malattie Rare

L'Azienda USL di Bologna è sede dei seguenti Centri di riferimento regionale:

- Clinica Neurologica
- Neurologia OB
- Neuropsichiatria Infantile
- Endocrinologia
- Programma Reumatologia
- Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale
- Ambulatorio di Angiologia (riconoscimento ottenuto a settembre 2017)
- Oculistica

Nel corso del 2018 è stato condiviso con tutti i Centri riconosciuti per la diagnosi e il trattamento di malattie rare un piano di azioni come previsto dalle linee di indirizzo regionali.

Di seguito per ciascun Centro il report 2018 sui relativi indicatori regionali:

ANNO 2018	IRCCS U.O. Neurologia OB U.O. Clinica Neurologica U.O. Neuropsichiatria Infantile
Tempistiche primo accesso	U.O. Neurologia: 68 giorni U.O. Clinica Neurologica: 23 giorni U.O. Neuropsichiatria Infantile: 22 giorni A fronte della rilevata variabilità nei tempi medi di attesa delle prestazioni (prima visita) tra i diversi Centri e all'interno dei singoli Centri per le diverse malattie rare si è stabilito un piano di azioni di miglioramento ed implementazione delle disponibilità di prima visita.
Tempistiche	U.O. Neurologia: 47 giorni U.O. Clinica Neurologica: 135 giorni

visite di follow up	U.O. Neuropsichiatria Infantile: 51 giorni
Counselling genetico (modalità e tempi)	E' stata attivata da alcuni anni una specifica convenzione con l'AOU di Bologna (UO di Genetica Medica) al fine di garantire il counselling genetico entro 15 giorni dalla richiesta. L'offerta prevede 2 visite genetiche/a settimane alterne per gli adulti e 3 visite/settimana per i bambini; nel corso del 2018 sono state erogate 46 visite genetiche pediatriche e 2 visite genetiche per adulti.
Counselling di assistenza psicologica (modalità e tempi*)	Per l'ISNB è previsto il supporto psicologico per i pazienti affetti da Corea di Huntington e per i loro familiari da parte dell'UOC Psicologia Clinica Ospedaliera del presidio; Per i pazienti in carico all'UOC Neuropsichiatria Infantile ci si avvale degli psicologi della neuropsichiatria infantile territoriale del Dipartimento Salute Mentale dell'Ausl Bologna che garantiscono la visita entro 30 giorni dalla diagnosi o con modalità personalizzate a seconda dei bisogni oppure della figura dello psicologo/psicoterapeuta che conduce valutazioni neuropsicologiche in particolare per le epilessie rare o le malattie neuromuscolari rare.

* Tempi attesa colloquio psicologico anno 2018:	UOC CLINICA NEUROLOGICA		UOC NEUROLOGIA OB	
	n°. Casi	tempo medio	n°. Casi	tempo medio
Colloquio Psicologico Clinico	7	134	2	0

Rispetto all'individuazione di percorsi di **transizione dall'età pediatrica all'età adulta** (UO coordinatrice e percorso): per alcune patologie i percorsi sono codificati all'interno di specifici PDTA aziendali (PDTA malattie neuromuscolari e PDTA epilessia).

ANNO 2018	U.O. Endocrinologia
Tempistiche primo accesso	L'accesso avviene mediante invio, tramite contatto telefonico, da altri centri endocrinologici aziendali o provinciali con tempi di attesa medi di circa 20 giorni.
Tempistiche visite di follow up	Il follow-up viene seguito direttamente presso il Centro negli ambulatori dedicati alla patologia, come l'Ambulatorio dei Tumori Endocrini per quanto attiene le MEN, l'Ambulatorio dedicato al Diabete mellito tipo 1 per quanto riguarda la prevalenza delle poliendocrinopatie autoimmuni, l'ambulatorio Andrologico per gli ipogonadismi ipogonadotropi congeniti. Le altre patologie vengono seguite presso l'ambulatorio Endocrinologico in stretta relazione con il referente della Patologie rare (Dott.ssa Erica Solaroli). Per definizione il follow-up prevede la presa in carico del paziente attraverso una prenotazione diretta da parte del medico su agende dedicate CUP-integrate (l'invio al CUP dei follow-up è inappropriato per disposizione aziendale). Le tempistiche dei follow-up, nelle macro patologie rare di pertinenza, variano a seconda della problematica prevalente della patologia esaminata. Nello specifico: ➤ Sindromi da Neoplasie Endocrine Multiple: I pazienti con MEN1 richiedono un follow-up medio ogni 6 mesi per la frequente presenza di neoplasie neuroendocrine del tratto gastroenteropancreatico e del polmone.

	<p>Qualora la malattia presenti metastatizzazione epatica il follow-up viene effettuato ogni 3-4 mesi. Nei familiari portatori della sola mutazione MEN 1, in assenza di manifestazioni patologiche, il follow-up laboratoristico e strumentale viene effettuato a cadenza annuale.</p> <p>Nei pazienti con MEN 2 A il follow-up viene effettuato ogni 12 mesi nei periodi di remissione strumentale e laboratoristica della malattia e ogni 6 mesi in caso di persistenza di malattia.</p> <p>Nei familiari portatori della sola mutazione MEN 2, in assenza di manifestazioni patologiche, il follow-up laboratoristico e strumentale viene effettuato a cadenza annuale.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ipogonadismo ipogonadotropo congenito, Sindrome di Kallmann e Sindrome di Refestain: <p>Visite ogni 4 mesi il primo anno e 1 volta anno nei mesi successivi in assenza di complicanze</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Poliendocrinopatie autoimmuni: <p>Il follow-up dipende dall'evoluzione della patologia prevalente nella poliendocrinopatia. Nei casi associati a Diabete mellito tipo 1 in buon compenso metabolico e senza complicanze evolutive, il follow-up viene effettuato ogni 4-6 mesi. In presenza di scarso compenso metabolico o complicanze evolutive, il follow-up può variare fra 1-3 mesi fino a stabilizzazione del compenso o della complicanza.</p> <p>Qualora la patologia prevalente sia caratterizzata da M.di Addison, il follow-up può variare fra 3-6 mesi durante il primo anno dalla diagnosi e diventare annuale, a compenso e autogestione della malattia stabilizzati.</p>
Counselling genetico (modalità e tempi)	<p>Per il counselling genetico sono stati attivati percorsi specifici per le patologie che lo richiedono ed in particolare per:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ MEN 2 e deficit 21 idrossilasi = Genetica - ospedale S.Orsola ➤ MEN 1 = Genetica - ospedale Carreggi di Firenze ➤ S. di Kallmann - Istituto Auxologico di Milano
Counselling di assistenza psicologica (modalità e tempi)	<p>Per quanto riguarda l'assistenza psicologica è in corso di definizione un percorso con l'UOC di Psicologia Clinica Ospedaliera dell'Ospedale Bellaria.</p>

Di seguito si riporta l'attuale casistica, distinta per casi certificati prima del 2018 e casi certificati nel corso del 2018:

Patologia Rara	2018	pre-2018
Deficit di ACTH	1	9
S. di Kallmann	-	5
Iperaldosteronismi primitivi	2	12
Sindromi adrenogenitali congenite	1	8
Poliendocrinopatie autoimmuni	12	66
Alterazioni congenite del metabolismo delle lipoproteine	-	-
Sindrome di Reifenstein	-	2
Ipogonadismo ipogonadotropo congenito	4*	-
Sindromi da neoplasie endocrine multiple	15	-
Tubulopatie primitive	-	1
Totale per anno	35	103
Totale complessivo	138	

Nel corso del 2018 sono stati certificati 31 nuovi casi di patologia rara endocrinologica con prevalenza di Sindromi da neoplasie endocrine multiple, patologia che ha acquisito solo con i LEA 2017 i criteri di patologia rara e di Poliendocrinopatie autoimmuni.

Per quanto riguarda i quattro casi di Ipogonadismo Ipogonadotropo congenito, sono stati inseriti come pazienti de novo in quanto si riferiscono a persone che avevano già ricevuto una certificazione presso altre sedi italiane ma che hanno richiesto di essere prese in carico presso il nostro centro nel corso del 2018.

Trattasi di diagnosi che, nel nostro caso, si riferiscono ad una popolazione di adulti.

Complessivamente pertanto il Centro di Endocrinologia dell'Ospedale Maggiore ha in carico 138 pazienti con patologia rara di interesse endocrinologico.

ANNO 2018	U.O. Neonatologia e TIN
Tempistiche primo accesso	Entro 15-18 giorni
Tempistiche visite di follow up	Ogni 3 mesi (1° anno di vita), ogni 6 mesi (successivamente) assieme al pannello di genetisti diretto dal Prof Seri (Genetica Medica Policlinico S.Orsola Malpighi). Le visite di follow-up vengono modulate individualmente, in base alla situazione clinica del Paziente, all'età, alla compliance familiare ed alla disponibilità dei referti, ad esempio, di esami genetici e strumentali. Tali visite vengono spesso organizzate contestualmente a valutazioni neuromotorie nell'ambito del Follow-up del neonato a rischio.
Conselling genetico (modalità e tempi)	Le visite genetiche si svolgono il venerdì pomeriggio presso l'ambulatorio di Neonatologia (piano terra-palazzina Maternità). L'equipe è composta dal Prof. Seri, Genetista (o da un suo collaboratore), due Medici in formazione specialistica della scuola di Genetica, dott.ssa Alessandra Vancini (neonatologa), un medico in formazione specialistica della scuola di Pediatria. I tempi di attesa con superano i 25-30 gg.
Conselling di assistenza psicologica (modalità e tempi)	L'ambulatorio MR presso l'UTIN OM, è anche dedicato alla costruzione di percorsi diagnostici ed assistenziali in epoca Neonatale e post-natale, sino alla formulazione della diagnosi e, comunque, alla presa in carico da parte dei diversi centri HUB: ambulatorio Malattie rare policlinico S.Orsola, Centro Regionale delle disabilità Linguistiche e Cognitive, Centro Medicina Riabilitativa infantile "Michele Bottos". Il rapporto stretto con la Neuropsichiatria infantile territoriale, rende possibile poi la transizione e la presa in carico futura dei nostri pazienti.

ANNO 2018	Programma Reumatologia
Tempistiche primo accesso	È possibile il contatto e la prenotazione della visita e successiva presa in carico se necessita, tramite contatto telefonico diretto al Centro di Reumatologia dell'OM da parte di specialista di altro Centro spoke, di specialista di altra Specialità o MMG. Tali pazienti vengono prenotati su agenda dedicata, con un tempo di attesa medio di 8-10 giorni, ma che può anche essere inferiore qualora siano presenti le opportune caratteristiche di gravità.

	<p>Esiste un PDTA Reumatologico Inter-Aziendale che prevede che coloro che dovessero accedere con richiesta SSN del curante tramite prenotazione CUP accedano entro 8 giorni (Urgenza B).</p> <p>Il paziente con sospetto di malattia reumatologica rara viene valutato in ambulatorio reumatologico e preso in carico con eventuali valutazioni diagnostiche reumatologiche (condotte c/o ns Centro) o multispecialistiche se necessitano (alcune delle quali prenotate su agende dedicate che salvaguardano la tempestività e la qualità della prestazione) e con successivo percorso di cura e follow-up.</p>
Tempistiche visite di follow up	<p>Per quanto riguarda le visite di follow up sono prenotate direttamente dal ns Centro su agenda dedicata, in ottemperanza al suddetto PDTA che prevede la presa in carico del paziente reumatologico con malattia rara e/o malattia compresa sempre nel PDTA stesso.</p> <p>Le tempistiche sono in funzione della patologia e dello stato di gravità del paziente, normalmente comprese in un range tra 3 e 6 mesi.</p> <p>È peraltro in atto una collaborazione anche alcuni Centri Reumatologici Spoke che prevede una stretta collaborazione per il follow-up c/o questi Centri, soprattutto se non a Bologna, per i malati meno severi, stabili anche in funzione delle competenze e delle effettive possibilità di cura dei malati stessi. Esistono già alcuni percorsi multidisciplinari su alcune patologie reumatologiche rare (es: dermatologo per la dermatomiosite) che sono in via di ampliamento su varie specialistiche</p>
Conselling genetico (modalità e tempi)	<p>Al momento non è stato predisposto uno strutturato counselling genetico in quanto le patologie reumatologiche rare per le quali siamo Centro di riferimento non hanno una chiara etiologia genetica.</p>
Conselling di assistenza psicologica (modalità e tempi)	<p>In caso di necessità di assistenza psicologica i pazienti vengono avviati al servizio di Psicologia Clinica Ospedaliera dell'Ospedale Bellaria (Direttore Dr. Pagliaro). Non è prevista un'agenda dedicata ed i rapporti con il Centro si sviluppano telefonicamente con tempistiche mirate allo stato del paziente.</p>

Percorsi con Pediatria:

Al momento non è stato predisposto un percorso strutturato con la Pediatria in quanto le patologie reumatologiche rare di cui il Programma è riferimento sono per lo più patologie dell'adulto. Ciò nonostante è in atto con la Pediatria, pur ancora in via di ampliamento, una collaborazione che riguarda alcuni accertamenti diagnostici e di consulenza (al momento molto rare) per pazienti pediatriche reumatologiche.

Prospettive Organizzative nel breve-medio periodo:

- Creazione di una Rete Reumatologica Metropolitana che possa con maggior efficienza e tempestività porre il sospetto di malattia reumatologica rara e quindi intervenire precocemente per un più rapido accesso ai Centri di Riferimento.
- Adeguamento del Centro Reumatologico Hub c/o l'Ospedale Maggiore con un aumento delle risorse sia professionali che logistico/strumentali al fine di migliorare la quantità e la qualità dell'assistenza specialistica, organizzando anche un Ambulatorio dedicato alla diagnosi e cura dei malati reumatologici di malattia rara.
- Aggiornamento in corso del PDTA inter-aziendale per le malattie reumatologiche a prognosi severa.
- Ampliamento di una Rete Multidisciplinare Polispecialistica per un più rapido accesso, ed una più competente attività di counselling e cura specialistica per i pazienti affetti dalle patologie reumatologiche rare di riferimento.

ANNO 2018	Ambulatorio di Angiologia UOC Cure Primarie Area Bologna Est
Tempistiche primo accesso	Il tempo di attesa medio è di 38 giorni.
Tempistiche visite di follow up	Le visite di follow-up sono prenotate direttamente dai pazienti presso i punti CUP, con tempi di attesa in linea con quelli aziendali per la visita angiologica (< 60 gg)
Conselling genetico (modalità e tempi)	Da settembre 2018 è stato attivato un rapporto di collaborazione con l'Istituto di Genetica Medica dell'Ospedale S. Orsola (rif. prof.ssa Turchetti) per le consulenze genetiche ed i successivi test di laboratorio; sempre da settembre 2018 tutti i nuovi pazienti certificati e tutti coloro che si presentano a visita di follow-up che non l'avessero precedentemente eseguita, vengono inviati per tale consulenza con prenotazione diretta presso l'Istituto di Genetica.
Conselling di assistenza psicologica (modalità e tempi)	In caso di necessità di assistenza psicologica i pazienti vengono avviati al servizio di Psicologia Clinica Ospedaliera dell'Ospedale Bellaria, con prenotazione diretta.

Il Centro è stato riconosciuto di riferimento per i Linfedemi primari a settembre 2017. Sono stati fino ad oggi certificati **32 pazienti** di cui 29 femmine (90,6%) e 3 maschi (9,4%), di età media alla data di certificazione di 40 anni (compresa tra i 13 anni e i 68 anni)

Percorsi con Pediatria: da settembre 2018 è stato attivato un rapporto di collaborazione con l'Istituto di Pediatria dell'Ospedale S. Orsola (Ambulatorio Malattie Rare Pediatriche e Ambulatorio Auxologico); la prenotazione della visita avviene tramite invio di mail con richiesta dall'Ambulatorio Pediatrico all'Ambulatorio di Angiologia e prenotazione diretta su agenda dedicata entro 2 settimane.

Nel corso del 2018 è stata consolidata la collaborazione con il Servizio interaziendale di Medicina Nucleare AUSL-AOU Bologna (Direttore Prof. Fanti), con il quale è stato rivisto e definito un protocollo di esecuzione dell'indagine linfoscintigrafica, necessaria ai fini diagnostici, con adeguamento alle procedure validate a livello nazionale. Da ottobre è stato anche definito uno specifico protocollo di esame per pazienti pediatrici di età inferiore ai 3 anni.

Manca, al momento, uno specifico percorso riabilitativo dedicato al paziente pediatrico affetto da linfedema congenito.

ANNO 2018	UO Oculistica
Tempistiche primo accesso	Media <30 giorni sugli ambulatori dedicati alla patologia presso l'ambulatorio di II livello dell'Ospedale Maggiore in base al tipo di patologia (retina, cornea, pediatrica) su richiesta del MMG o PLS, specialista esterno o specialista interno con prenotazione, PDTA oftalmologia pediatrica
Tempistiche visite di follow up	Tempistica sulla base delle condizioni cliniche valutate al primo accesso presso ambulatorio di II livello dell'Ospedale Maggiore ed in base al tipo di

	patologia (retina, cornea, pediatrica) con modalità di invio/gestione interna al Centro
Counselling genetico (modalità e tempi)	< 0 giorni dal contatto attraverso il filtro del neonatologo. Counselling attivabile per l'età pediatrica tramite la Neonatologia (entro 30 gg) nell'ambito del PDTA Oftalmologia Pediatrica con modalità di invio/gestione interna al PDTA stesso
Counselling di assistenza psicologica (modalità e tempi*)	Per gli adulti non sussistono al momento percorsi. Per l'età pediatrica è attivabile (entro 30 gg) la consulenza della Neuropsichiatria Infantile e della Psicologia Clinica Ospedaliera nell'ambito del PDTA Oftalmologia pediatrica con modalità di invio/gestione interna al PDTA stesso

Rispetto all'individuazione di percorsi di **transizione dall'età pediatrica all'età adulta** (UO coordinatrice e percorso): UO Oculistica OM sezione adulti presso l'Ospedale Maggiore. Modalità di invio: tramite specialisti dell'ASL che hanno accesso alle agende di secondo livello (no agende CUP) e documentazione già disponibile presso il nostro Centro di riferimento.

➤ **3.2.2.3 Rete per la Terapia del dolore**

Nel corso del 2018 è stata inaugurata presso l'Ospedale Bellaria la nuova sede degli ambulatori della Rete per la Terapia del dolore. La Rete ha ambulatori anche presso gli ospedali di Bentivoglio, S. Giovanni in Persiceto e Vergato.

I volumi complessivi di attività 2018 sono:

- 3.000 visite antalgiche
- 1.600 procedure interventistiche (compreso procedure ambulatorio interventistico IRCCS)
- 1.700 prestazioni di agopuntura antalgica in regime istituzionale.

Nel maggio 2018 è stato formalmente ricostituito il Comitato Ospedale Territorio Senza Dolore (COTSD) dell'AUSL di Bologna, che nello stesso anno si è riunito due volte definendo il piano formativo trasversale che prevede iniziative da intraprendere nel 2019 nell'ambito del dolore in dialisi, nelle cure di fine vita nelle CRA ed un programma di formazione per i MMG.

Rispetto all'obiettivo di rilevazione del dolore in corso di ricovero, la sensibilizzazione della componente ospedaliera ha portato ad un risultato in netto miglioramento vs l'anno 2017, ma non ancora sufficiente a raggiungere il target atteso dalla RER. I dati AUSL sono comunque in linea con il risultato medio regionale (84.15% nel 2018).

	AUSL BO 2017	VALORE ATTESO 2018	VALORE OSSERVATO 2018
% casi con almeno una rilevazione del dolore in corso di ricovero (rilevazione da SDO)	76.42%	95%	84.57%

➤ **3.2.2.4 Rete delle cure palliative pediatriche**

L'AUSL di Bologna nel 2018 ha dedicato sostegno e attenzione all'evoluzione della rete assistenziale delle cure palliative pediatriche. In particolare:

- Partecipazione diretta alla stesura del documento di Rete Cure Palliative Pediatriche Regione Emilia-Romagna;

- Assegnazione alla assistenza dei pazienti con Condizione Cronica Complessa e al PDTA bambino cronico di due infermieri di Continuità Pediatrica (IdCP) esperti in assistenza pediatrica per assicurare:
 - gestione delle dimissioni pediatriche attraverso:
 - accesso in Ospedale per valutazione e raccordo con team segnalante;
 - raccordo con PCAP per attivazione di servizi e percorsi di fornitura presidi/ausili;
 - relazione diretta con professionisti del territorio;
 - partecipazione al PAI di norma elaborato prima della dimissione;
 - supporto agli infermieri domiciliari nella prima fase di rientro a domicilio del piccolo paziente;
 - partecipazione alla stesura del PAI e revisioni successive lungo l'intero percorso di presa in carico domiciliare;
 - attività di collegamento e supporto a favore della omogeneizzazione delle attività di presa in carico declinate nel PDTA;
 - partecipazione, in integrazione con Pediatria territoriale, allo sviluppo di progetti di inserimento scolastico e formazione del personale scolastico;
 - formazione dei caregiver coinvolti nell'assistenza domiciliare;
 - formazione e attività di consulenza agli infermieri dell'assistenza domiciliare dei 22 SID.
- Formazione di un team multidisciplinare di Cure Palliative Pediatriche (C.P.P) costituito da medici, infermieri (tra cui le due IdCP sopra citate), fisioterapisti, logopedisti esperti in CPP, che assicura le seguenti attività:
 - consulenza ai professionisti del territorio
 - supporto al caregiver
 - cambi PEG - SNG - cannula tracheostomica
 - gestione terapia del dolore
 - supporto ai colleghi dei reparti pediatrici in caso di ricovero ospedaliero per riacutizzazione
 - supporto alla stesura e revisione dei PAI dei casi a maggiore complessità
 - consulenze telefoniche nei giorni feriali dalle ore 7,00 – 19,00
 - consulenze specialistiche ambulatoriali e domiciliari
 - consulenze specialistiche presso l'Ambulatorio Disfagia dell'Età Evolutiva
 - ricerca e formazione continua in CPP
 - coordinamento con la Rete Regionale CPP
 - supporto ai professionisti e alla famiglia durante la fase di elaborazione del lutto.
- Assegnazione di una figura infermieristica dedicata e specializzata all'Ambulatorio Disabilità Disfagia che assicura:
 - accoglienza e presa in carico dell'assistito all'interno del percorso ambulatoriale
 - assistenza nelle procedure diagnostiche terapeutiche in regime ambulatoriale, di Day Hospital e di Day Service
 - programmazione di esami diagnostici e consulenze specialistiche Intra ed Extra Ospedalieri
 - pronta disponibilità telefonica 7.30 - 13.30 dal lunedì al venerdì
 - raccordo con PCAP di competenza per attivazione di servizi e percorsi di fornitura presidi/ausili.

All'interno dell'Unità di terapia Intensiva Neonatale dell'ospedale Maggiore è stato creato un pool infermieristico di tre unità specializzate, che gestisce le dimissioni protette degli assistiti afferenti al PDTA e mantiene i rapporti per la continuità assistenziale con il PCAP.

Nel 2018 è stata inoltre svolta la seguente attività formativa:

- marzo 2018 realizzazione del corso multidisciplinare di 10 ore "Bioetica in età pediatrica" (45 professionisti dell'Ospedale e del Territorio);
- gennaio – novembre 2018 formazione a 10 infermieri dell'assistenza domiciliare sulla gestione dei bambini cronici complessi e CPP;
- ottobre 2018 partecipazione di tutta l'equipe e presentazione lavori al 4th Global Gathering - The Maruzza Congress on Paediatric Palliative Care, Roma Congresso Internazionale sulle CPP;
- novembre 2018 organizzazione del secondo corso Disfagia: 'O MANGI QUESTA MINISTRA...un anno dopo'. Aula Magna, Ospedale Maggiore.

➤ **3.2.2.5 Reti per le patologie tempo-dipendenti**

Alla luce delle indicazioni della DGR 2040/2015 e dell'Accordo Stato Regioni del 24 gennaio 2018, nel 2018 si è posto particolare impegno per il raggiungimento dei valori attesi per gli indicatori di volume e di esito previsti dai sistemi di rilevazione nazionali e regionali.

Per la casistica IMA nel 2018, nei due stabilimenti di riferimento, si sono rilevati 590 casi presso l'ospedale Maggiore e 219 presso l'ospedale di Bentivoglio (standard previsto ≥ 100 casi/anno). Questi rappresentano l'86% della casistica a livello Aziendale.

Tutte le procedure di angioplastica (n. 1154 procedure) vengono effettuate presso l'UO Cardiologia dell'Ospedale Maggiore, la quota di procedure primarie è pari al 26.78%(target minimo 30%). La proporzione di PTCA effettuate entro 0/1 giorno dall'episodio di STEMI è pari, presso l'ospedale Maggiore al 90.49% (target minimo 65%).

Per la rete stroke l'ospedale Maggiore è Hub metropolitano per la terapia ripervasiva in fase acuta; il modello si completa con gli snodi spoke attivi presso gli ospedali S.Orsola, Bentivoglio, Porretta Terme e San Giovanni in Persiceto, oltre ai contesti riabilitativi AUSL, AOU e Privato Accreditato. Il dato 2018 indica una percentuale di centralizzazione, compresa l'AOU di Bologna del 67,7% (standard > 75%, valore 2017=62%), con una percentuale di trombolisi pari al 34,7% (standard > 12%).

➤ **3.2.2.6 Centri di riferimento regionali**

I centri di riferimento regionali di cui l'AUSL di Bologna è titolare sono:

Neurochirurgia pediatrica

Dal 2017 è stato definito e strutturato con convenzione (Deliberazione AUSL Bologna nr.104 del 13/4/2018) un percorso di collaborazione con l'AOU di Bologna in virtù del quale l'AUSL-IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna (ISNB) assicura all'AOU prestazioni medico-chirurgiche di neurochirurgia pediatrica a favore di pazienti ricoverati presso le UU.OO. del Dipartimento Pediatrico dell'AOU e, da parte sua, la AOU rende disponibili le proprie piattaforme/servizi per l'effettuazione di alcune tipologie di interventi neurochirurgici in pazienti molto piccoli e/o con importanti bisogni assistenziali plurispecialistici in carico all'AUSL-IRCCS ISNB. Il progetto mira ad incrementare la sinergia tra AUSL/IRCCS-ISNB e AOU al fine di garantire un percorso strutturato e integrato e la piena operatività al Centro di Neurochirurgia Pediatrica anche a garanzia della massima qualità e sicurezza delle cure

offerte. Nel 2018 sono stati eseguiti 44 interventi di neurochirurgia, urgenti e di elezione, presso AOU e 126 presso la sede dell'ISNB.

A fine 2018 è stato riqualificato il Programma di Neurochirurgia Pediatrica afferente all'IRCCS ISNB, rendendolo a valenza interaziendale con l'Azienda Ospedaliera Universitaria S.Orsola Malpighi (AOU) in modo da permettere un'attività chirurgica di eccellenza all'interno di un contesto pediatrico di alta specializzazione in grado di fornire il massimo supporto multidisciplinare con figure specializzate (pediatri, anestesisti e rianimatori pediatrici, psicologi, ecc). Il progetto, che sarà attuato appieno a partire dal 2019, prevede una graduale redistribuzione delle attività che, a regime, vedrà il 70% della casistica chirurgica svolta presso AOU S.Orsola-Malpighi per i bambini di età 0-4 anni con pluripatologie e il 30% presso l'ISNB. Per il progetto è già stato ottenuto dall'IRCCS un finanziamento a funzione da parte della Regione per l'anno 2018 (richiesta personale ed attrezzature); inoltre è stato richiesto alla Regione, congiuntamente con AOU, il finanziamento per il triennio 2019-2021.

Neurochirurgia dell'ipofisi

Il Centro per la diagnosi e cura delle patologie ipotalamo-ipofisarie e chirurgia endoscopica della base cranica (Pituitary Unit) è Centro Hub regionale dal 2017. E' stata strutturata la rete tra gli specialisti delle discipline di endocrinologia, neurochirurgia e neuroradiologia delle Aziende Sanitarie regionali, ed attualmente gli specialisti del Centro Spoke concordano una visita congiunta neurochirurgica - endocrinologica presso l'IRCCS-ISNB tramite contatto diretto con i colleghi del Centro Hub. Il Centro Hub è dotato di tutte le tecnologie necessarie sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico ed inoltre è sede degli incontri settimanali di audit con gli Specialisti coinvolti (endocrinologia, neurochirurgia, neuroradiologia, otorinolaringoiatria e, se necessaria, oncologia). L'attività annua di interventi di neurochirurgia dell'ipofisi, urgenti o in elezione, è in crescita, ed è passata da 120 nel 2017 a 159 nell'anno 2018 (+33%).

Relativamente all'attività ambulatoriale di neuroendocrinologia, nell'anno 2018 sono state effettuate 636 visite (di cui 451 per ambulantanti e 185 per degenti), con un incremento complessivo del 47,2% rispetto all'anno precedente. A livello formativo sono stati effettuati e saranno previsti corsi nazionali ed internazionali per gli specialisti delle discipline coinvolte; per quanto concerne l'attività scientifica, sono stati pubblicati numerosi lavori su riviste indicizzate in lingua inglese e sono attive collaborazioni e trials con diversi gruppi multidisciplinari a livello internazionale.

Chirurgia dell'epilessia

Con la DGR 1172/2018 è stato formalizzato dalla Regione Emilia Romagna un percorso assistenziale per la selezione dei pazienti affetti da epilessia e farmaco resistenti, da sottoporre a chirurgia curativa.

La Regione ha individuato un Centro Hub con 2 sedi di riferimento, l'IRCCS-ISNB di Bologna e l'OCSAE dell'AOU di Modena alle quali le Aziende Spoke potranno inviare, secondo un criterio logistico di afferenza, i pazienti potenzialmente eleggibili alla terapia chirurgica. Le Aziende Spoke dell'Area Vasta Emilia Centro (AVEC) e della Romagna (AVER) dovranno fare riferimento all'IRCCS-ISNB di Bologna, mentre le Aziende Spoke dell'Area Vasta Emilia Nord (AVEN) si dovranno rivolgere all'OCSAE di Modena.

Entrambe le sedi hub hanno predisposto protocolli e percorsi condivisi. Effettuati gli accertamenti necessari presso una delle due sedi HUB, la decisione sulla presa in carico del paziente inviato dagli spoke è concordata nel corso di riunioni collegiali, tenute con

cadenza bimensile, alla presenza dei responsabili delle due sedi e di tutti i professionisti coinvolti nel percorso (neurochirurghi, neurologi, neuroradiologi, neuropsicologi, neuro pediatri, ...) delle Aziende hub e delle Aziende spoke.

A partire da settembre 2018 sono state poste le basi per l'avvio del percorso, in particolare:

- sono stati identificati e messi a punto i protocolli comuni,
- sono state definite le modalità per gli incontri collegiali,
- è stato pianificato il corso formativo con ECM per i professionisti coinvolti delle Aziende hub e spoke
- è stata definita la strategia di promozione della visibilità del percorso,
- è stata predisposta ed inviata la richiesta alla regione per il finanziamento a funzione del percorso,
- è stata redatta la convenzione tra le due Aziende hub per normare l'attività chirurgica e di incontro collegiale svolta in orario di lavoro dai professionisti di un'Azienda a favore dell'altra.

3.2.3 Emergenza ospedaliera

Nel 2018 il piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso (PEIMAF), specificatamente per l'**iperafflusso** dei feriti, ha visto proseguire l'impegno di un lavoro multi-professionale.

È stato condiviso un piano omogeneo per i PS dell'Azienda e si è conclusa l'integrazione delle interfacce, in particolare con i sistemi applicativi di UO dell'Ospedale, per accedere in modo semplificato soprattutto alla diagnostica per immagini e al laboratorio.

Si è inoltre concretizzato il Piano di Gestione del Sovraffollamento (PGS) predisposto nel 2017, in relazione agli obiettivi contenuti nelle Linee di indirizzo Regionale, in particolare sui tempi standard cui tendere. Si è teso a **migliorare il throughput**: fast-track, consulenze e diagnostica per immagini.

È stata predisposta la rilevazione dell'indicatore:

N° di pz. con tempo di permanenza in PS entro 6h (tempo dall'accettazione in triage alla dimissione/ricovero escluso i pz ricoverati in OBI/totale pz che accedono in PS al fine di completare le nuove richieste di monitoraggio regionale.

Rispetto al **tempo di permanenza in PS** (vedi tabella seguente) le mediane calcolate sul sull'anno 2018 dimostrano un tendenziale peggioramento rispetto all'anno 2017 degli ospedali Hub (Bentivoglio e Maggiore) a fronte di un incremento degli accessi. Negli altri ospedali si registra invece un trend di miglioramento o stabilità del tempo di permanenza.

	ANNO 2017	Anno 2018
PS Bentivoglio	177	185
PS Maggiore	227	249
PPI Loiano	69	66
PS Vergato	130	113
PS S.Giovanni	204	206
PS Bazzano	148	134
PS Porretta	109	111
PS Budrio	138	142

Mediana espressa in minuti

Il sistema informatico aziendale supporta la rilevazione di tutte le informazioni necessarie al **monitoraggio corrente dei tempi di attesa e di quelli di processo per l'elaborazione del set di indicatori semplici e composti (NEDOCS)**, previsti dalle linee di indirizzo, scelti per ogni stabilimento Ospedaliero.

Sono monitorati costantemente gli Ospedali Maggiore (PS generale, ortopedico, pediatrico e PPI ostetrico ginecologico) e Bentivoglio (PS generale).

Anno:

2018 PS Generale OM

	SCORE
gennaio	107,43
febbraio	87,27
marzo	107,69
aprile	106,83
maggio	95,34
giugno	94,63
luglio	83,70
agosto	81,76
settembre	99,41
ottobre	112,16
novembre	99,42
dicembre	98,11

Anno: 2018

	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
gennaio	98,33	96,96	90,04	86,97	80,86	80,30	73,43	72,75	70,85	92,99	111,86	130,00	136,24	137,38	129,29	134,58	137,59	133,73	125,95	117,42	102,82	110,95	115,83	111,29
febbraio	93,28	87,48	72,46	63,36	57,32	54,66	49,52	48,65	51,66	60,41	79,31	100,62	113,81	119,88	113,43	119,47	117,92	114,46	106,71	96,41	90,35	93,52	96,13	93,61
marzo	104,40	97,28	87,56	86,35	79,32	75,32	73,96	72,38	70,23	87,35	105,90	129,80	132,50	134,36	125,24	131,44	134,60	132,03	129,45	120,83	109,70	118,34	126,72	119,47
aprile	107,94	98,80	98,42	91,11	85,32	81,29	75,42	71,81	69,23	84,64	101,40	117,91	123,97	128,92	124,22	130,70	137,44	134,95	126,10	120,11	106,80	114,02	118,26	115,46
maggio	103,58	89,39	87,44	80,20	72,39	62,64	56,69	55,63	50,32	68,77	91,14	115,60	124,69	124,40	105,85	115,48	121,09	118,67	114,40	108,28	95,30	105,91	111,27	108,95
giugno	93,24	86,98	83,56	77,38	76,57	69,91	64,38	60,35	63,00	80,14	98,01	110,63	113,78	116,92	108,34	118,68	117,40	123,16	116,38	105,12	96,00	96,98	97,40	96,90
luglio	86,74	76,84	78,12	67,08	61,39	54,89	51,57	49,99	54,08	71,49	89,49	104,88	103,62	101,05	90,88	96,98	103,74	109,60	101,05	93,03	88,03	92,43	93,38	88,38
agosto	79,71	74,67	67,33	57,67	54,35	49,43	46,37	44,29	45,03	65,37	78,50	90,09	103,54	113,45	106,51	114,90	112,90	110,23	101,87	99,34	84,47	89,88	88,74	83,74
settembre	97,43	93,32	83,97	77,13	75,70	70,87	68,38	68,65	63,40	85,24	100,50	116,59	122,60	119,48	115,21	119,54	124,30	123,84	117,58	111,76	103,26	106,27	112,16	108,66
ottobre	105,01	97,47	91,80	92,06	88,09	82,61	76,45	78,97	82,52	96,96	117,85	138,37	146,76	141,22	136,97	144,21	143,09	137,05	129,03	121,10	105,98	110,57	114,36	113,42
novembre	90,10	87,64	81,04	74,34	73,84	71,72	69,15	65,81	64,28	84,20	97,06	117,28	128,11	128,34	117,16	130,14	127,96	130,45	124,72	113,36	102,23	102,62	103,04	101,45
dicembre	92,60	85,36	83,71	76,57	74,70	71,95	69,98	66,83	67,14	84,20	99,69	118,70	128,19	127,15	115,44	124,39	123,91	121,63	110,17	100,99	92,18	105,82	107,42	105,90

Legenda

0-20	
21-60	
61-100	
101-140	
141-180	
>180	

Anno:

2018 PS Bentivoglio

	SCORE
gennaio	95,84
febbraio	76,91
marzo	92,23
aprile	96,12
maggio	90,38
giugno	84,96
luglio	85,95

agosto	82,05																						
settembre	77,96																						
ottobre	105,09																						
novembre	92,54																						
dicembre	97,23																						

Anno:	2018																							
	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
gennaio	77,70	58,03	44,95	35,27	29,35	21,81	18,60	21,10	32,82	58,53	87,94	112,63	128,86	140,80	158,71	175,70	172,23	162,69	149,91	138,06	124,24	127,83	118,55	103,82
febbraio	43,72	35,23	29,63	22,77	20,16	18,19	13,11	12,97	26,59	58,98	94,79	118,13	129,07	133,70	140,45	144,27	137,96	134,47	128,41	104,87	83,22	78,54	74,94	61,58
marzo	65,87	52,11	36,09	30,46	22,07	16,53	12,89	17,20	28,25	62,79	101,22	132,66	147,89	154,52	162,84	168,52	170,51	154,33	143,47	126,66	107,93	109,35	100,74	88,53
aprile	76,09	60,97	42,49	34,35	26,04	19,99	17,34	18,81	28,01	59,86	97,27	120,80	138,84	140,53	146,43	173,78	173,66	159,80	151,88	145,39	124,30	127,01	119,39	101,77
maggio	63,68	47,93	34,36	26,62	20,19	16,04	15,72	16,47	28,66	58,46	95,10	123,34	143,41	152,36	159,48	171,04	171,48	159,33	146,35	126,97	104,84	98,20	100,85	88,21
giugno	69,30	52,20	41,44	33,36	26,44	17,67	16,16	14,45	25,80	58,87	87,29	115,67	132,97	134,73	145,19	157,09	153,58	142,18	131,30	108,65	95,64	98,36	99,35	81,35
luglio	68,99	52,31	38,04	28,00	22,88	19,34	12,65	16,28	31,43	67,33	93,92	111,59	133,62	136,51	140,19	159,38	156,29	149,28	125,91	114,50	101,00	104,17	94,97	84,33
agosto	57,57	43,92	31,88	28,25	20,73	15,52	15,14	12,12	24,13	51,52	87,23	121,77	135,88	135,40	146,38	156,39	162,34	140,32	130,24	111,03	93,30	85,64	86,78	75,67
settembre	50,13	43,14	30,47	19,05	13,18	10,72	8,57	11,22	26,11	54,69	81,60	105,62	119,69	131,16	147,39	156,69	151,96	134,25	117,86	104,30	92,75	95,50	88,01	77,03
ottobre	64,01	50,63	31,93	25,62	19,51	18,73	16,34	17,87	30,57	65,01	108,11	148,04	169,09	175,32	168,67	206,97	204,37	196,63	174,45	146,81	130,26	124,39	113,42	91,98
novembre	51,93	43,67	34,94	31,17	27,06	21,15	19,54	20,34	26,11	57,86	95,91	122,09	145,38	159,03	157,79	163,16	162,00	164,95	144,81	130,94	115,30	106,68	98,31	80,80
dicembre	75,31	62,99	50,87	40,22	34,79	31,59	28,73	24,24	31,83	61,76	87,95	118,11	141,59	154,32	158,05	173,55	175,31	163,95	151,28	135,29	112,65	113,42	107,61	98,10

Legenda	
0-20	
21-60	
61-100	
101-140	
141-180	
>180	

I risultati di tale monitoraggio consentiranno specifici interventi sulle risorse e/o sull'organizzazione.

Il flusso informativo del Pronto Soccorso nell'Azienda USL ha una buona completezza, sia come record inviati in Regione che come scarti a livello regionale.

Nel 2018 è stato concretizzato il **collegamento (avviato nel 2017) tra il flusso del Pronto Soccorso e quello dell'Emergenza Territoriale**, che si concluderà nel corso del 2019. Nei primi mesi 2019 è stata predisposta la nuova funzionalità che consente al triagista del PS di registrare a quale missione del 118 si riferisce l'accesso.

Da aprile 2019 partirà inoltre la sperimentazione sui PS Bentivoglio e Maggiore, dopo valutazione effettuata durante il 2018 da gruppo di lavoro multi-professionale, di un **"triage dinamico" orientato alla "presa in carico per profili"**: Il paziente che rientra nei criteri di inclusione, anticipa in triage gli esami specifici (condivisi a monte e avallati dall'UO). Il progetto tiene conto delle esperienze più accreditate e della letteratura più recente.

In Area Spoke sono stati implementati in ambito distrettuale percorsi di interfaccia con il territorio: Il PS interviene in sinergia con il team di cure intermedie per una dimissione sicura sul territorio del paziente con bisogni sociali o socio-sanitari che non necessitano di ricovero ospedaliero.

La funzione di bed management si è consolidata durante il 2018 presso gli Ospedali di pianura (Bentivoglio, Budrio e San Giovanni in Persiceto) e presso l'Ospedale di Bazzano.

Durante il 2018 sono stati formati (attraverso gli specifici corsi RER) referenti di area per la diffusione degli **strumenti di gestione delle vittime di violenza di genere**.

INDICATORI FLUSSO PS:	anno 2017		Valore Atteso 2018
	AUSL BO	RER	
Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza	99.26%	99.49%	≥ 95%
Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate	0.22%	4.83%	< 15%

3.2.4 Centrali Operative e 118

Al fine di sviluppare e mantenere le competenze necessarie per la gestione delle emergenze e di garantire la funzione di interoperabilità delle Centrali 118, l'Azienda USL di Bologna nel 2018 si è impegnata per il conseguimento dei seguenti obiettivi regionali:

- **Interoperabilità delle centrali RER:** ottenuta la omogeneizzazione della piattaforma tecnologica delle Centrali 118 RER, è proseguita la realizzazione della Interoperabilità gestionale della centrale 118 AO EE con le altre due centrali RER di Romagna ed Emilia Ovest. In particolare, è stata programmata la presenza di almeno il 25% degli operatori di altra Centrale con l'obiettivo di far loro acquisire la conoscenza del territorio e delle modalità di gestione dei mezzi della Centrale da vicariare in caso di fault. A partire da ottobre 2018 è stato possibile inviare 8 operatori (18%) presso le CO Parma e Romagna per implementare le conoscenze e competenze delle altre centrali operative regionali;
- **messa a disposizione del personale sanitario al servizio di elisoccorso notturno:** a partire dal 15 agosto 2018 è stato implementato il servizio di elisoccorso notturno mediante l'identificazione su tutto il territorio regionale di siti specifici di atterraggio non illuminati (siti NVG) e l'utilizzo dei visori NVG, dispositivi per la visione notturna ad uso individuale. Il personale infermieristico è stato messo a disposizione dalle 3 Centrali Operative. Fino a settembre la componente medica apparteneva alle 3 basi di elisoccorso RER, mentre da ottobre 2018 i medici appartengono alla base elisoccorso di Bologna;
- L'Azienda USL di Bologna ha comunicato alla Regione la propria **disponibilità ad effettuare le verifiche sul campo dei corsi BLSD accreditati:** non è stata disponibile nel 2018 la lista dei Centri di Formazione accreditati a somministrare i corsi BLSD Laici sul territorio regionale. La procedura di accreditamento regionale, con termine per la presentazione della richiesta entro il 30/11/2018 si è conclusa all'inizio del 2019. Le verifiche sul campo saranno pertanto svolte a partire dal 2019;
- **registro informatizzato dei DAE:** i DAE presenti sul territorio della AUSL di Bologna di cui è giunta comunicazione da parte dei soggetti detentori sono stati tutti validati ed inseriti nel registro informatizzato nel 100% dei casi.

3.2.5 Attività trasfusionale

Autosufficienza - Nel corso dell'anno 2018 si è raggiunta l'autosufficienza regionale con la collaborazione delle Associazioni e Federazioni di donatori di sangue assicurando, inoltre, un contributo all'Autosufficienza nazionale, come declinato sia dal Programma Regionale annuale per l'Autosufficienza del sangue e dei suoi prodotti 2018, sia dal Programma Nazionale per l'Autosufficienza. A tale scopo è stato ampliato l'orario di apertura presso il Centro di Raccolta di Bologna nei pomeriggi del martedì e del giovedì, inoltre presso la sede di Imola è stata attivata la raccolta straordinaria aprendo il servizio ai donatori per una domenica al mese a garanzia della terapia trasfusionale per l'area metropolitana.

Patient Blood Management (PBM) - A livello aziendale, il PBM è già stato avviato con il supporto di professionisti impegnati in diverse discipline e si conferma l'approccio multidisciplinare che sottende alla presa in carico del paziente nell'ambito della chirurgia elettiva. Ove possibile, si prevede l'individuazione di tale percorso anche per i pazienti candidati ad intervento chirurgico di elezione presso le case di cura private.

Al fine del raggiungimento dell'obiettivo di corretta gestione della risorsa sangue, è stato costituito un gruppo di lavoro regionale, coordinato dal Centro Regionale Sangue, per la produzione di linee d'indirizzo regionali per l'applicazione del PBM.

Nel mese di ottobre 2018 è stato organizzato dal Centro Regionale Sangue un convegno, con il patrocinio della Società Italiana Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMTI), dal titolo "PBM gestire la risorsa sangue del paziente".

Convenzioni - La Direzione del Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale di area metropolitana Bologna (SIMT AMBO) sta provvedendo al censimento delle richieste a livello metropolitano, con particolare riguardo all'osservanza di quanto declinato dalle **Linee di indirizzo regionali per la produzione e l'utilizzo di emocomponenti per uso non trasfusionale**, di cui alla DGR 865/2016. Le Convenzioni saranno stipulate solo successivamente alla stesura di un Protocollo operativo per le attività di produzione, applicazione, controllo di efficacia ed emovigilanza degli emocomponenti per uso topico di origine autologa svolte all'interno della struttura sanitaria pubblica o privata richiedente. Le convenzioni potranno essere pertanto stipulate a seguito di una richiesta formale trasmessa dalle strutture interessate alla Direzione Aziendale dell'AUSL Bologna quale sede di riferimento del Servizio Trasfusionale; con tale richiesta dovranno rendersi disponibili ad ottemperare alle indicazioni operative di cui alla DGR 865/2016, nelle more di quanto sarà stabilito nell'emanando documento del CNS in applicazione dell'art. 20 del DM 2/11/2015. Nel 2018 non è stata perfezionata nessuna convenzione con strutture private in quanto non sono pervenute richieste formalizzate secondo la procedura indicata.

Per quanto riguarda le attività di **medicina rigenerativa** svolte presso **l'Istituto ortopedico Rizzoli** (raccolta, validazione biologica, conservazione, distribuzione di emocomponenti ad uso non trasfusionale, cosiddetto "uso topico", autologhi ed omologhi), queste sono state svolte regolarmente secondo i protocolli di ricerca approvati dal Comitato Etico, come richiesto nel decreto 2 novembre 2015; è stato avviato il percorso che porterà a definire la sede IOR come Centro HUB di riferimento territoriale per l'area metropolitana per tutte le attività di medicina rigenerativa.

Concentrazione - La Direzione del SIMT-AMBO ha partecipato ai lavori del gruppo individuato dal CRS con i suoi professionisti. Si tratta di un obiettivo qualificante necessario per dare piena attuazione a quanto indicato nella DGR 2040/2015 "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla legge 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal DM Salute 70/2015".

Il tavolo di lavoro ha formulato una proposta di percorso per l'attuazione del processo di concentrazione delle attività di qualificazione biologica e di lavorazione degli emocomponenti, ora al vaglio dei servizi regionali competenti.

Progetto Talassemici - Il SIMT-AMBO ha svolto attività di coordinamento dei SIMT regionali per il soddisfacimento di tutte le richieste pervenute dal DH Talassemici di Ferrara, secondo quanto stabilito nel Progetto regionale. Sono state evase tutte le richieste pervenute.

Rete informatica regionale - Il SIMT-AMBO partecipa alla realizzazione della rete informatica unica per il sistema sangue. In seguito all'aggiudicazione della gara per l'acquisizione di un Sistema gestionale informatizzato unico per tutta la rete trasfusionale regionale, è stato istituito, con determinazione del Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare n. 9902 del 26.6.2018 il Gruppo tecnico regionale di coordinamento del progetto di definizione, adozione ed implementazione del nuovo Sistema Informativo Regionale per le attività trasfusionali ai sensi dell'Art. 40 DELLA L.R. 43/2001.

Sono stati terminati nel corso del 2018 tutti gli incontri di analisi dei processi del GRUPPO TECNICO REGIONALE. E' stato redatto e approvato il progetto esecutivo della ditta Mak System che ha formalizzato la definizione delle tempistiche di attuazione dei diversi step (Piano di progetto iniziale per l'implementazione del gestionale articolato su 3 anni in tutta la Regione Emilia Romagna). Nel 2019 si partirà con l'informatizzazione dell'Area Vasta Emilia-Centro e di Modena.

Centri per la cura delle talassemie e delle emoglobinopatie e dei Centri di diagnosi e cura dell'emofilia e delle altre malattie emorragiche congenite - Nell'ambito del SIMT-AMBO è stato individuato un ambulatorio di riferimento presso l'AOU Bologna per la cura delle talassemie ed emoglobinopatie.

Promozione del dono - il SIMT-AMBO ha aderito e partecipato attivamente, in collaborazione con le Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue alla campagna regionale estiva "**Chi dona sangue inizia un nuovo racconto**", la cui presentazione è avvenuta nel corso della conferenza stampa del 12 giugno 2018; inoltre, è già stata realizzata anche la "campagna invernale" e quella sui comportamenti e abitudini sessuali, per incentivare e sensibilizzare il corretto comportamento sessuale dei donatori.

COBUS - Presso le Aziende Sanitarie e lo IOR sono state effettuate le riunioni dei COBUS che fanno capo al SIMT AMBO e che hanno valenza per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private afferenti al SIMT AMBO. E' stata quindi svolta la funzione strategica di valutazione della qualità e dell'appropriatezza delle cure nell'ambito della Medicina Trasfusionale, come previsto dall'articolo 3 del D.M.2/11/2015. L'attività svolta dai COBUS del SIMT-AMBO è stata oggetto di monitoraggio da parte del CRS. Negli incontri dei COBUS sono stati trattati i temi dell'appropriatezza in chirurgia, del PBM, dell'aggiornamento delle procedure aziendali e del Risk management e sono stati analizzati i dati di attività riferiti ai consumi di emocomponenti e medicinali plasma derivati. Sono state effettuate tutte le sedute previste dalla normativa, nelle more di una revisione della composizione del Comitato alla luce di quanto indicato dall'Accordo Stato Regioni del 21 dicembre 2017 (rep.atti n.251/CSR) e dell'intervenuta cessione del ramo d'azienda tra IOR e AUSL BO per l'attività trasfusionale.

Monitoraggio degli indicatori regionali di esito della programmazione:

Indicatori	Target	OSSERVATO 2018
Predisposizione e invio di report trimestrali sui dati di attività	>=80%	Report pubblicati e trasmessi periodicamente 100%
definizione entro dicembre 2018 delle convenzioni relative all'utilizzo di emocomponenti ad uso non trasfusionale laddove siano pervenute richieste conformi a quanto previsto dalla DGR 865/2016	si	non sono pervenute richieste formalizzate secondo la procedura sopra descritta
adozione di un programma di PBM aziendale.	Si	Si come sopra descritto

3.2.6 Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule

Nel corso del 2018 è stato potenziato l'Ufficio di Coordinamento con la presenza di una risorsa infermieristica dedicata a tempo pieno, come da raccomandazioni dell'Accordo Stato-Regioni del 14 dicembre 2017 che ha recepito il programma Nazionale Donazione Organi 2018-2020

È stato avviato il percorso per l'individuazione e il ricovero in ambiente intensivo a scopo donativo di pazienti affetti da grave neuro-lesione, senza opportunità terapeutiche, direttamente da PS o ricoverati inizialmente in reparti non intensivi. L'attività di monitoraggio standardizzato e informatizzato come previsto dalla procedura in via di ultimazione non è

stata ancora resa pienamente operativa, a differenza dell'attività clinica di segnalazione da parte del PS e dei reparti di ricovero di questo tipo di potenziali donatori. Questo ha portato a un incremento significativo dell'attività di donazione di organi e tessuti (vedi sotto). La creazione della Rete Stroke Metropolitana con centralizzazione presso l'Ospedale Maggiore di tutta la patologia ischemica e di gran parte della patologia emorragica (oltre alla già consolidata centralizzazione di quella traumatica), ha fortemente contribuito a questo risultato. A tale proposito due sono stati i punti di intervento che hanno consentito l'individuazione precoce di questi pazienti: da un lato la creazione nel 2017 del PDTA Stroke con il coinvolgimento fin dall'inizio del percorso dell'anestesista- rianimatore, dall'altro la proficua relazione intessuta nel corso del 2018 con i reparti di Medicina d'Urgenza, Neurologia-Stroke e Geriatria che ha esitato in diverse segnalazioni di pazienti affetti da grave cerebrolesione ricoverati in quei reparti di degenza. La procedura aziendale che descrive quest'ultimo percorso, arricchita del contributo dei professionisti sanitari dei reparti di medicina, è in via di ultimazione con il contributo di numerosi professionisti afferenti a varie discipline e la sua diffusione verrà accompagnata da un percorso formativo ad-hoc per i sanitari coinvolti nei vari step.

Donazioni multiorgano e multitessuto a cuore battente - Nel 2018, presso la Rianimazione dell'ospedale Maggiore, sono stati effettuati 33 accertamenti di morte encefalica da cui sono esitati 18 donatori multiorgano-multitessuto effettivi. Presso la Rianimazione dell'Ospedale Bellaria sono stati effettuati 6 accertamenti di morte encefalica, dei quali 3 sono esitati in donatori effettivi. L'indice di opposizioni, rispettivamente del 30% e 20% nei due Ospedali, è risultato inferiore al limite convenzionalmente stabilito, in base alla letteratura internazionale, del 33,3%.

L'indicatore PROC 2 (accertamenti di morte / decessi con patologia cerebrale, obiettivo CRT >60%) è risultato 52,4% per l'Ospedale Maggiore e 60% per il Bellaria. Il dato dell'Ospedale Maggiore riflette l'aumento di ricoveri a scopo donativo di pazienti con grave neuro-lesione senza opportunità terapeutiche, che inevitabilmente comporta il rischio di ricoverare pazienti che poi non evolvono verso la morte encefalica ma comunque decedono in Rianimazione per complicanze cardio-respiratorie, che quindi aumentano il denominatore dell'indicatore.

Donazioni di tessuti a cuore fermo - Multitessuto: nessun prelievo nel 2018. Per il 2019 è stato concordato con il CRT di ridurre l'obiettivo a 4 donazioni. Verranno messe in atto misure correttive per ampliare i criteri di arruolamento nella procedura.

Donazioni di cornee

	H MAGGIORE	H BELLARIA	TOTALE	TARGET
A - DONAZIONI	96	28	124	
B - DECESSI ANNO 2017 (3-80aa)	422	66	488	
N. DONAZIONI CORNEE/N. DECESSI (A/B)	23%	42%	25%	≥17%

Nel mese di ottobre 2018 è stata completata da parte dell'Ufficio di Coordinamento la formazione alla donazione di cornee da cadavere a cuore fermo per il personale medico e infermieristico della terapia Intensiva dell'Ospedale di Bentivoglio, nonché l'organizzazione logistica e la dotazione informatica necessarie. Non sono ancora risultate donazioni di cornee per inidoneità dei donatori o dei tessuti finora valutati. Verrà formato anche il personale dei reparti non intensivi, in modo da aumentare il numero dei potenziali donatori.

L'AUSL di Bologna ha inoltre aderito al progetto di riorganizzazione della **Banca delle Cornee dell'Emilia Romagna**, che si implementerà nel corso del 2019.

3.2.7 Volumi-esiti

L'Azienda USL di Bologna nel 2018 continua a porre particolare attenzione agli obiettivi previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015 in relazione ai valori soglia previsti dagli indicatori su volumi ed esiti.

Tutte le fratture di femore vengono trattate da equipe che effettuano ben oltre 75 interventi annui (104 presso l'ospedale di Porretta e 566 presso l'Ospedale Maggiore), il trattamento delle fratture di femore entro 48 ore (standard 70%) presso l'Ospedale Maggiore avviene nel 70% mentre presso l'Ospedale di Porretta nel 49% dei casi (in calo rispetto al 2017 che era al 61%). Si specifica che ad aprile 2018 è stata rimodulata l'attività ortopedica di ricovero, day-surgery e specialistica ambulatoriale nelle sedi degli ospedali di Vergato e Porretta. Nella prima sede è garantita l'attività di chirurgia ambulatoriale, nella seconda sono concentrate le attività chirurgiche e di ricovero. Anche al fine di risolvere tale criticità, si è proceduto alla nomina di Direttore di UOC evidenziando, nel mandato, la ricerca di soluzioni al problema.

Tutte le colecistectomie laparoscopiche vengono trattate da equipe che effettuano almeno 100 interventi annui, inoltre le Colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria < 3 giorni raggiungono nelle strutture pubbliche Aziendali una media dell'82% (standard richiesto dalla RER ≥75%).

Rispetto all'adeguatezza dei volumi per struttura degli interventi per tumore della mammella e delle PTCA si è già trattato rispettivamente nei paragrafi 3.2.2.1 e 3.2.2.5.

3.3 Screening oftalmologico neonatale

In Azienda USL di Bologna lo screening oftalmologico neonatale, avviato nel 2017, è pienamente attivo dall'inizio del 2018 su tutti i neonati dei Punti Nascita Aziendali. E' effettuato dai Neonatologi all'Ospedale Maggiore e dai Pediatri all'Ospedale di Bentivoglio. La specifica Istruzione Operativa è stata pubblicata nel maggio del 2018.

Indicatore	Target
% di Punti Nascita della Regione in cui è stato attivato lo screening entro il 2018	100% AUSL Bo: 100%

3.4 Sicurezza delle cure

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" dispone una serie di adempimenti che l'AUSL ha dovuto garantire nel corso del 2018. In particolare:

- in ottemperanza all'art.2 comma 5 L.24/2017, è stata elaborata e pubblicata nel mese di maggio 2018 la relazione annuale consuntiva sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e alle relative azioni di miglioramento in un'ottica di gestione integrata delle diverse "sicurezze" aziendali. Tale relazione è accessibile all'utenza esterna e interna nel sito aziendale Amministrazione trasparente;
- è stato redatto e deliberato il Piano Programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC) comprensivo del Piano Programma triennale per la prevenzione e gestione del rischio caduta del paziente. L'assetto organizzativo aziendale per la gestione del rischio e la sicurezza delle cure è stato deliberato in data 08/11/2018 (Deliberazione

n.342). Nel mese di febbraio 2018 è stato elaborato il report di attuazione delle attività previste dal PPSC nonché aggiornamento del Piano Aziendale per la prevenzione delle Cadute del paziente in ospedale (PAPC) 2018-2019 con elaborazione e diffusione della procedura aziendale P07 e focus aggiuntivo su setting territoriale. La verifica degli obiettivi è stata effettuata sia attraverso specifiche modalità informative (flussi informativi e sistemi di segnalazione) e sia attraverso la realizzazione di specifici percorsi/progetti di miglioramento;

- è stata elaborata nel mese di aprile 2018 la procedura P156 "Gestione degli eventi avversi e quasi eventi nello svolgimento delle attività clini co-assistenziali". corredata di una scheda di segnalazione degli eventi/quasi eventi e di una scheda di analisi. Il sistema di Incident Reporting è in essere dal 2010 e prevede la raccolta sistematica delle segnalazioni di evento avverso/quasi evento nonché il monitoraggio della implementazione delle azioni di miglioramento anche mediante specifico obiettivo di budget assegnato ai Dipartimenti e formazione nelle Unità Operative scarsamente segnalanti negli anni precedenti. È stato inoltre progettato ed implementato il sistema informatizzato di Incident Reporting in diagnostica rispetto al quale è stata effettuata formazione nell'ambito radiologico del Dipartimento dei Servizi. Nel 2018, anche a progetti formativi, è stata richiesta una maggiore partecipazione al sistema di segnalazione da parte di tre U.O. con numero esiguo/nullo di segnalazioni nel 2017 (UO Radiodiagnostica, Pediatria e Oncologia).

In particolare, complessivamente nel 2018 la segnalazione risulta essere ancora scarsa in Oncologia, ma la formazione effettuata nel IV trimestre ha dato subito risultati (25 segnalazioni in settembre, 31 in ottobre e 13 in novembre). Per la Radiodiagnostica l'implementazione del sistema informatizzato di Incident Reporting ha fatto registrare un aumento del numero di segnalazioni, da un valore quasi nullo negli anni precedenti a 16 nel 2018 riconducibili a errori in fase pre-indagine, durante l'indagine e in fase post-indagine e analizzate anche in corso di formazione. La tipologia di errori più frequente è stata l'identificazione del paziente, lo stravasato del mezzo di contrasto, i trasporti del paziente, la caduta. Le principali azioni di miglioramento proposte a seguito dell'analisi delle segnalazioni hanno riguardato il trattamento dello stravasato di mezzo di contrasto in radiologia con diffusione mediante formazione specifica della procedura di gestione dello stravasato di mdc anche per il personale infermieristico dell'area radiologica, corsi di formazione (movimentazione in sicurezza del paziente per prevenire il rischio caduta, gestione della comunicazione con il paziente), monitoraggio della rilevazione braccialetto identificativo per la corretta identificazione del paziente che accede alla Radiologia dai PS e dai reparti mediante apposita scheda. Per quanto riguarda la Pediatria, nel 2018 è stato evidenziato un incremento delle segnalazioni grazie ad un progetto formativo che ha coinvolto due gruppi di professionisti sanitari della medesima UO, rappresentati da Medici e Infermieri che con il coinvolgimento di tutor appartenenti alla UO Medicina Legale e Risk Management, Direzione DATeR e Direzione della UO di Pediatria, hanno identificato e analizzato in incontri periodici e con metodologia strutturata eventi avversi accaduti nella stessa UO nell'anno 2018. La tipologia di errori più frequente ha riguardato: errori nella gestione della terapia farmacologica, errori nella gestione dei dispositivi elettromedicali, errori nel rispetto dei requisiti formali e sostanziali della documentazione sanitaria, errori nella gestione multidisciplinare della presa in carico (scambio/condivisione delle informazioni sui singoli pazienti specie nel trasferimento

dal PS al reparto di degenza). Le azioni di miglioramento proposte e implementate sono state la formazione sulla corretta tenuta della documentazione clinico-assistenziale e sui risvolti in termini di responsabilità professionale sanitaria, la codifica di una comunicazione standardizzata mediante momenti di scambio e condivisione delle informazioni sui singoli pazienti (specie nel trasferimento dal Pronto Soccorso Pediatrico al reparto di degenza) e con valutazione prioritaria dei pazienti ad alta intensità assistenziale nella visita dei sanitari prevista al mattino, miglioramento delle competenze specifiche per i neo-assunti, formazione/addestramento anche mediante simulazione per le tematiche/situazioni critiche, mantenimento della turnistica combinata, formazione sulla procedura aziendale relativa alla corretta gestione dei farmaci, identificazione /condivisione di un sistema ALERT per farmaci nuovi /meno conosciuti, realizzazione e implementazione del Foglio Unico Terapia per la gestione del farmaco in area pediatrica e introduzione controllo giornaliero della terapia, stesura istruzione operativa per diluizione e somministrazione dei farmaci, redazione di un prontuario terapeutico di reparto organizzato per principio attivo e patologia destinato all'uso incrociato dei pediatri ed infermieri e basato sulla selezione dei farmaci in uso nella UO di pediatria, momento formativo volto a standardizzare i comportamenti sul corretto uso degli elettromedicali (pompa siringa /pompa infusione).

- è stato assolto il debito informativo previsto dalla Circolare Regionale n. 18/2016 - Specifiche per la gestione della Checklist di Sala Operatoria (Surgical Safety Checklist - SSCL) e Infezione del sito chirurgico (SICHER) – Anno 2018 - attraverso la compilazione della checklist di sala operatoria nella scheda di dimissione ospedaliera, collegando quest'ultima anche alla scheda per il controllo delle infezioni del sito chirurgico per alcune patologie ed al Codice Fiscale del Chirurgo. Risultano soddisfatti i target previsti (copertura SDO su procedure AHRQ4=97.31%, target $\geq 90\%$ e Linkage SDO SSCL=92.64% target $\geq 75\%$). Nell'anno 2017 si è estesa l'informatizzazione ad altri 2 blocchi operatori (per un totale di 7 blocchi informatizzati su 9), che ha favorito la raccolta dei dati ed attenzionato ulteriormente gli operatori, anche in virtù del collegamento con la scheda SDO;
- nel 2018 sono state effettuate le Visite per la Sicurezza (Strumento Vi.Si.T.A.RE) per la verifica delle raccomandazioni con riferimento all'utilizzo del Foglio Unico di Terapia (FUT) e alla ricognizione e riconciliazione farmacologica in quattro ambiti clinici afferenti al Dipartimento Oncologico (Oncologia Ospedali di Budrio, Bentivoglio, Vergato, San Giovanni in Persiceto). È in corso il progetto in due UU.OO. afferenti al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche: Centro Salute Mentale (CSM) Poliambulatorio Carpaccio e SERT Poliambulatorio Zanolini ove è stato progettato il piano di miglioramento ed è in corso la sua implementazione;
- sono stati individuati i referenti del progetto ISS "Near miss ostetrici in Italia: la sepsi, l'eclampsia, l'embolia di liquido amniotico e l'emoperitoneo spontaneo in gravidanza". Nel 2018 è stato segnalato nel portale ISS un caso di eclampsia (Dicembre2018) analizzato mediante la metodologia SEA;
- l'AUSL di Bologna ha aderito nel primo trimestre 2017 al "progetto regionale OssERvare" avente come scopo la valutazione della corretta compilazione della SSCL di sala operatoria, prendendo come campione 35 interventi di chirurgia generale e 15 di ortopedia. In relazione ai risultati ottenuti è stato definito un progetto di miglioramento finalizzato alla prevenzione dei rischi in sala operatoria, sottesi

all'adozione della scheda, che coinvolge tutte e tre le figure componenti l'équipe di Sala Operatoria, chirurghi di tutte le specialità, anestesisti e infermieri. Il progetto di miglioramento prevede inoltre il coinvolgimento delle degenze chirurgiche, in quanto il sito chirurgico deve essere contrassegnato prima dell'invio del paziente al blocco operatorio. Nel mese di settembre 2018 si è svolta la seconda rilevazione. Analogamente alla prima osservazione, anche nella seconda il campione di riferimento ha riguardato 35 interventi di chirurgia generale e 15 di ortopedia. I risultati della valutazione hanno confermato a livello aziendale, in linea con quello regionale, le non conformità in precedenza rilevate (prima dell'invio del paziente nel blocco operatorio: sito non marcato, assenza di un componente dell'équipe in alcune fasi della compilazione, consensi non firmati, e soprattutto la scarsa attenzione evidenziata nel 33% del campione di riferimento) e la necessità di effettuare audit report e formazione specifica sulla corretta compilazione della SSCL per sensibilizzare le équipe di Sala Operatoria ovvero chirurghi di tutte le specialità, anestesisti e infermieri, così come previsto dal progetto di miglioramento;

- tutte le Unità Operative di degenza e il Pronto Soccorso hanno ricevuto l'indicazione di applicare il braccialetto identificativo ai pazienti ricoverati. In data 14 ottobre 2018 si è proceduto alla rilevazione dell'indicatore n. 3 previsto nella procedura P007 - "Riconoscimento anagrafico e identificazione della persona assistita per l'erogazione di prestazioni sanitarie". La rilevazione ha riguardato tutti gli Ospedali aziendali ed in particolare i PS/PPI, i Reparti di Degenza, le Sale Operatorie, le Sale Radiologiche. L'obiettivo che ci si è posti è stato quello di verificare che i pazienti, nei vari contesti citati, avessero al polso il braccialetto identificativo aziendale contenente i dati anagrafici ed il numero univoco di accettazione/ricovero corretto, come previsto nella Procedura. Si riportano di seguito i risultati del monitoraggio effettuati nei vari setting assistenziali:
 - *Reparti di Degenza:* sono stati verificati tutti i reparti dell'AUSL, per un totale di 1017 pazienti presenti il giorno della rilevazione, di questi 912 (pari al 89,68%) erano dotati di braccialetto e 95 ne erano privi (pari al 10,4%). Le segnalazioni pervenute sono: in alcuni casi il braccialetto era sul comodino del paziente, in qualche caso il braccialetto è stato tolto in S.O., in altri casi il braccialetto risulta stampato e si presume siano stato rimosso dal paziente e buttato o conservato sul comodino. Un reparto ha fatto un controllo ulteriore rispetto a quelli previsti, andando a verificare anche la presenza della copia del documento di identità in cartella; su 65 pazienti il documento era presente nel 71% dei casi;
 - *Ricovero da PS/PPI:* nel giorno della rilevazione, su un totale di 63 pazienti 56 (pari al 88,89%) erano provvisti del braccialetto e 7 no (pari al 11,11%). In questa tipologia non è stato previsto il controllo degli eventuali ricoveri urgenti non transitati da PS, che seppure non rilevanti, potranno essere considerati in una futura rilevazione. L'indicatore riportato in Procedura prevede come valore a cui tendere una percentuale >98%;
 - *Accesso in Sala Operatoria:* in totale sono stati controllati 110 pazienti. Di questi 109 (pari al 99,1%) avevano il braccialetto e 1 no. Vi sono state alcune segnalazioni, in particolare 17 pazienti avevano un solo braccialetto, anziché i 2 previsti dalla Procedura;
 - *Accesso alle Sale Radiologiche:* sono stati controllati pazienti che sono stati sottoposti ad accertamenti radiologici inviati sia dai PS/PPI sia dai reparti di

degenza. Sono stati verificati 228 pazienti inviati da PS/PPI: di questi l'82% era dotato del braccialetto identificativo. Per i 98 pazienti inviati dai Reparti di Degenza il braccialetto era presente nel 77,6%;

- rispetto all'adesione alla formazione FAD prevista entro il mese di dicembre 2018 per tutte le UU.OO. di degenza aziendali sulle linee di indirizzo delle cadute in ospedale, il 50% dei professionisti sanitari afferenti al Dipartimento Chirurgico e il 74% dei professionisti sanitari afferenti al Dipartimento Medico hanno completato il corso FAD regionale. Il 71.64% dei professionisti appartenenti al DATeR di area chirurgica e il 76.81% di quelli appartenenti alla UO Medica hanno completato il corso FAD regionale. Nel 2018 il corso FAD è stato esteso anche ad altre macro-articolazioni aziendali con un tasso di adesione variabile nei vari Dipartimenti. Il 74,55% dei professionisti sanitari ha completato il corso FAD e ciò nel pieno rispetto dell'indicatore regionale;
- è stato organizzato l'evento "Open Safety Day" nella giornata del 17.09.2018 in concomitanza con la giornata globale WHO per la sicurezza dei pazienti. L'azienda ha inoltre aderito alla campagna regionale "Sicuriinsieme".

Di seguito tabella di sintesi sul livello di raggiungimento degli indicatori regionali:

INDICATORE	TARGET	OSSERVATO AUSL
Elaborazione e pubblicazione sul sito aziendale della relazione annuale consuntiva prevista dalla legge 24/2017 sugli incidenti verificatisi, sulle cause che li hanno prodotti e sulle azioni di miglioramento messe in atto	Si	Si
Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure (PPSC): report di attuazione delle attività previste dal PPSC per l'anno 2018 con aggiornamento delle attività previste per il 2019	Si	Si
Funzionalità del sistema di Incident Reporting attraverso modalità sistematiche di raccolta, analisi e valutazione dei dati ed evidenza di azioni di miglioramento su Unità Operative non segnalanti nel 2017;	evidenza di partecipazione al sistema di segnalazione da parte di almeno 3 strutture non segnalanti nel 2017	Partecipazione di 3 UUOO non segnalanti nel 2017
assolvimento del debito informativo previsto da circolare 18/2016; effettuazione check list di sala operatoria:	>= 90%	97.31%
copertura SDO su procedure AHRQ4 linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4	>= 75%	92.64%
Ripetizione delle osservazioni in sala operatoria (progetto OssERvare) per verifica efficacia dei piani di miglioramento;	si	Si
Adozione braccialetto identificativo	copertura 95% Unità Operative di degenza	Adottato in tutte le UUOO, esiti verifica sul corretto utilizzo relazionati sopra
Evidenza di effettuazione di significant event audit strutturati su casi significativi per la sicurezza delle cure in ostetricia	100% dei casi di esito grave e di eventi previsti dal progetto near miss ostetrici-maternali	100%

Effettuazione di Visite per la Sicurezza (Strumento Vi.Si.T.A.RE) per la verifica delle raccomandazioni con riferimento all'utilizzo del Foglio Unico di Terapia (FUT) e alla ricognizione e riconciliazione farmacologica	Almeno 1 Unità Operativa	Si
Formazione di operatori sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti) dell'area di degenza medica e chirurgica sulle linee di indirizzo delle cadute in ospedale attraverso corso FAD	Partecipazione di almeno il 50% degli operatori sanitari delle suddette aree	Si

3.5 Accredimento

L'AUSL di Bologna ha presentato domanda di rinnovo dell'Accreditamento in data 31/01/2018, ai sensi della DGR 1943/2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie". In data 31/07/2018 è pervenuta dalla Regione Emilia Romagna comunicazione di validità formale della domanda.

Al momento della presentazione della domanda, l'AUSL di Bologna era in possesso di tutti i requisiti generali (SI e si).

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

3.6 Lesioni da pressione

Le lesioni da pressione rappresentano uno dei problemi assistenziali più frequenti sia in ambito ospedaliero che territoriale e anche a livello internazionale costituiscono un evento riconosciuto come indicatore di qualità delle cure. Il ruolo della prevenzione è fondamentale per evitare l'insorgenza o l'aggravamento di una lesione.

Nel corso del 2018 l'AUSL di Bologna ha partecipato al gruppo regionale di stesura delle Linee di indirizzo regionali sulla Prevenzione delle Lesioni da Pressione (LdP) e identificato i referenti aziendali del progetto regionale (un medico e un infermiere esperti in wound care). I referenti individuati hanno partecipato agli eventi formativi regionali di ottobre/novembre 2018. Al fine di produrre un protocollo interaziendale sulle LdP, è stata inoltre intrapresa una collaborazione con il Governo Clinico dell'AOU Bologna.

Al fine di verificare l'adesione alle pratiche assistenziali di prevenzione delle LdP, sono state identificate le degenze mediche e chirurgiche da coinvolgere nel progetto. Nel maggio 2018 si è svolta inoltre la "Educational outreach visit", confronto sul campo tra gli infermieri delle degenze e gli infermieri esperti/specialisti in wound care, al letto dei pazienti a rischio di LdP e di tutte le altre lesioni cutanee.

Tramite l'AUDIT WOUND CARE svolto in maggio 2018 (condotto sulle degenze con esclusione delle Chirurgie Generali e Specialistiche, comprese Chirurgia Vascolare e Ortopedia OM) si è rilevata una prevalenza 2018 del 15,5% (+1,8% vs 2017), dato comunque inferiore al valore nazionale (fonte AISLEC 18%). Tra novembre e dicembre 2018 è stato condotto un audit di esito (incidenza) e di processo i cui dati sono in corso di elaborazione.

Nel 2019 si procederà alla revisione del "Manuale di Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione" in coerenza con le Linee di indirizzo RER pubblicate sul BURER n°363 del 15.11.2018, in collaborazione con l'AOU Bologna.

Nella revisione del PDTA “Ferite difficili” avvenuta nel 2018 e nella “Guida alla scelta della medicazione” è presente una sezione dedicata al trattamento delle LdP.

Indicatori	Target	Osservato
Aggiornamento della procedura aziendale sulla prevenzione delle lesioni da pressione	100%	Previsto nel 2019
Adesione alle pratiche assistenziali di prevenzione delle lesioni da pressione come da procedura aziendale (aggiornata secondo linee di indirizzo regionali)	Realizzazione di un audit clinico-assistenziale (di processo) in 4 unità operative di area medica e 2 unità operative in ambito chirurgico	Svolto audit in area medica in nov./dic.2018. Individuate 4 UO di area medica e 2 di area chirurgica sulle quali condurre l'audit sulla base della procedura aziendale aggiornata.

4 GARANTIRE LA SOSTENIBILITÀ ECONOMICA E PROMUOVERE L'EFFICIENZA OPERATIVA

4.1 Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA

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

- al costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, effettuato trimestralmente in via ordinaria ed in via straordinaria secondo la tempistica definita dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare. La CTSSM è stata informata degli esiti delle verifiche straordinarie;
- alla presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato.

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

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

➤ 4.1.1 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

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

In continuità con le azioni avviate negli anni precedenti, durante il 2018 l'Azienda è stata impegnata:

- a rimuovere gli ostacoli alla tempestività dei pagamenti dovuti a percorsi organizzativi inefficienti o ad inadempienze nelle fasi di registrazione, liquidazione o pagamento delle fatture, favorendo l'introduzione di innovazioni tecnologiche finalizzate a uniformare, snellire e velocizzare il processo;
- a proseguire nel progetto di dematerializzazione dei processi di liquidazione anche in vista dell'attivazione del nuovo software gestionale per l'area amministrativo contabile (GAAC);
- ad estendere l'utilizzo della procedura informatica ordini a tutto il volume degli acquisti di beni e servizi rendendo univoci i percorsi organizzativi;
- ad estendere l'utilizzo dell'ordine e del documento di trasporto dematerializzato;

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

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

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

Il valore dell'**indice tempestività di pagamento per l'esercizio 2018 è stato pari a -20,78 giorni (target regionale di riferimento ≤0)**.

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

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

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

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

➤ 4.1.2 Il miglioramento del sistema informativo contabile

Nel corso del 2018 l'Azienda, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, ha garantito l'omogeneità, la confrontabilità e l'aggregabilità dei bilanci delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale nel rispetto dei target definiti attraverso:

- un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario) rispettando il target di riferimento previsto;
- 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 e LA.

Nel corso del 2018 è stata inoltre 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 sia tra Aziende sanitarie sia tra Aziende sanitarie e GSA (Gestione Sanitaria Accentrata), attraverso l'utilizzo della Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali messa a disposizione dalla Regione Emilia-Romagna.

L'Azienda ha garantito la corretta e tempestiva alimentazione della Piattaforma web in tutte le sessioni previste e alle scadenze prestabilite rispettando il target di riferimento atteso.

➤ **4.1.3 Attuazione e proseguimento del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie**

Nel corso del 2018, in continuità con gli anni precedenti, l'Azienda è stata impegnata 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 e a proseguire il percorso per il superamento delle criticità emerse nelle Revisioni stesse;
- aderire alle attività formative organizzate a livello regionale.

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

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

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

Il target di riferimento riscontrato, riguardo l'istituzione del Sistema di Audit interno e target di riferimento per il 2018, è pari al 100 %.

➤ **4.1.4 Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile**

Nel corso del 2018 l'Azienda è stata impegnata:

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

- a garantire la partecipazione dei collaboratori di cui alla determina regionale n. 4706 del 28/03/2017 al Tavolo di coordinamento e governo GAAC (d'ora in poi Tavolo GAAC);
- ad assicurare al Tavolo GAAC, alla Raggruppamento Temporaneo d'Impresa (RTI) e al Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC) la massima collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema anche attraverso un supporto logistico e organizzativo al progetto garantito dal Servizio Unico 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.

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

Il software unico regionale dell'area amministrativo contabile (GAAC) prevede la gestione centralizzata delle anagrafiche, tra cui quelle di beni e servizi.

La Regione Emilia Romagna ha affidato il coordinamento di queste anagrafiche ad alcune aziende sanitarie, ed all'Azienda Usl di Bologna ha assegnato la gestione dei prodotti sanitari.

Vista l'eterogeneità dei servizi sanitari, si è deciso di suddividere i prodotti nelle seguenti aree tematiche:

- Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA);
- Servizi sanitari non FRNA;
 - Psichiatria;
 - Ospedali Privati;
 - Convenzioni Nazionali (MMG e PLS);
 - Farmaceutica;
 - Specialistica da pubblico;
 - Degenza da pubblico;
 - Integrativa;
 - Protesica;
 - Ossigenoterapia;
 - Altri servizi sanitari;
 - Risorse umane.

Per ciascuna delle aree tematiche definite, ogni azienda sanitaria della Regione ha nominato propri referenti competenti in materia, i quali hanno partecipato a specifici incontri finalizzati alla creazione delle anagrafiche centralizzate; tali incontri sono stati coordinati dai referenti regionali e di Azienda Usl di Bologna.

In una prima fase si è proceduto alla ricognizione delle anagrafiche prodotti in uso presso le singole aziende e, sulla base di quelle, alla definizione congiunta della nuova anagrafica centralizzata GAAC.

Successivamente, per ciascun prodotto creato, sono stati definiti i collegamenti con i corrispondenti articoli in uso presso le singole aziende. Ciò allo scopo di consentire, in

fase di avvio GAAC, una corretta migrazione dati dai software in disuso verso quello entrante.

Per consentire l'inserimento di nuove anagrafiche centralizzate, in seguito all'avvio del GAAC, è stato richiesto ed implementato uno strumento apposito che consente agli utenti abilitati, operanti nelle diverse aziende sanitarie regionali, di proporre candidature di nuovi articoli. Questi ultimi saranno valutati dai referenti competenti per ciascun'area tematica, appositamente abilitati al ruolo di approvatori.

Relativamente ai prodotti sanitari, tale ruolo di coordinamento e approvazione è ricoperto dai referenti dell'Azienda Usl di Bologna che hanno garantito le attività di polo di governo per il popolamento e la gestione delle anagrafiche dei servizi sanitari.

La gestione centralizzata delle anagrafiche di beni e servizi garantirà, a livello regionale, l'allineamento di tutti gli articoli ai medesimi fattori produttivi e conti economici di contabilità generale, nel pieno rispetto del percorso attuativo di certificabilità in atto.

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

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

- indicazione del Codice AIC all'interno delle fatture elettroniche emesse nei confronti degli enti del SSN, che prevede il divieto di pagamento delle fatture relative a acquisti di prodotti farmaceutici che non riportano correttamente l'indicazione dello stesso codice;
- monitoraggio completo dell'intero ciclo acquisti, che prevede per il 2018 l'avvio del sistema SIOPE+, di cui al DM 25 settembre 2017, in grado sia di rilevare automaticamente i pagamenti eseguiti dalle amministrazioni pubbliche e di collegarli alle rispettive fatture e il nodo di smistamento degli ordini di acquisto (NSO), sia di rilevare automaticamente gli ordini di acquisto, collegandoli ai contratti di origine e ai documenti emessi nelle fasi successive (fatture, bolle di accompagnamento dei beni, stati di avanzamento dei lavori, eccetera).

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

4.2 Il Governo dei processi di acquisto di Beni e Servizi

Il percorso di evoluzione del sistema regionale di acquisizione di beni e servizi, che ha visto il continuo accentramento delle procedure di gara a livello regionale e di Area Vasta, è proseguito anche nel corso dell'anno 2018 rafforzando la collaborazione tra le Aziende sanitarie e l'Agenzia *Intercent-ER*, lo sviluppo dell'*e-procurement* e la dematerializzazione del ciclo passivo.

Integrazione organizzativa fra Intercent-ER e le Aziende Sanitarie

Nel 2018 è stato ulteriormente implementato il sistema di *governance* degli acquisti attraverso:

- il coinvolgimento più pregnante delle Direzioni nelle scelte strategiche legate alla pianificazione e al monitoraggio degli acquisti, infatti a cadenza trimestrale il Direttore dell'Agenzia Intercent-ER incontra i Direttori Sanitari e i Direttori Amministrativi dell'Area Vasta per un aggiornamento sull'attività in corso, sugli esiti delle procedure, sulle modalità di coordinamento delle attività, su eventuali criticità in fase di predisposizione degli atti di gara o di valutazione delle offerte;
- una più strutturata definizione dei meccanismi e dei livelli di coordinamento, coinvolgendo nelle diverse attività le risorse più idonee;
- un più intenso e diretto presidio del territorio, con riferimento sia alle strutture deputate agli acquisti sia con gli utilizzatori dei beni e servizi, anche per verificare e risolvere tempestivamente eventuali criticità.

In relazione allo sviluppo dell'e-procurement, il Servizio Acquisti Metropolitan, che opera per le 4 Aziende Sanitarie della Provincia di Bologna, espleta tutte le procedure di gara attraverso la piattaforma telematica SATER messa a disposizione da Intercent-ER. Durante l'anno 2018 sono state espletate complessivamente, mediante utilizzo della piattaforma, n. 88 procedure sotto soglia (inferiori a euro 221.000) e n. 38 procedure sopra soglia, oltre n. 111 acquisti diretti previa, per la maggior parte, indagine di mercato per la conferma dell'infungibilità.

Il livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) di ciascuna Azienda Sanitaria, pari ad almeno l'82% del totale degli acquisti di beni e servizi, era già stato raggiunto durante l'anno 2017 e, compatibilmente con le convenzioni che sono pubblicate e la programmazione degli acquisti approvata da ciascun'Azienda, si conferma anche per l'anno 2018.

La clausola che prevede l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini ed inviare documenti di trasporto elettronici, attraverso il NoTI-ER prevista dalla DGR 287/2015, è presente nei disciplinari fin dall'emanazione della richiesta da parte della Regione Emilia Romagna.

In merito agli ordini inviati elettronicamente tramite il NoTI-ER, si è passati da un valore medio pari al 53% del 2017 ad un valore medio, per l'anno 2018, pari al 62% (indicatore pari al 68% per i beni di farmacia e al 73% per i beni economici).

4.3 Il Governo delle Risorse Umane

Si rimanda al capitolo 5.2.

4.4 Programma regionale gestione diretta dei sinistri

Attualmente l'Azienda USL di Bologna opera secondo una duplice modalità di gestione sinistri; per i sinistri aperti fino al 30/04/2016 è operante una co-gestione c.d. "assicurativa" in collaborazione con le Compagnie di Assicurazione contraenti di polizze a copertura della responsabilità civile verso terzi (polizza RCT/RCO).

In linea alle indicazioni programmatiche trasmesse dalla Regione Emilia Romagna a tutte le Aziende ed Enti del SSR per l'anno 2018 (DGR n. 919/2018), l'UO Affari Generali e Legali ha provveduto, entro il 30/06/2018, a predisporre un Piano aziendale di chiusura dei sinistri ancora pendenti anteriori all'avvio del Programma regionale di gestione diretta, attraverso la rilevazione dei contratti assicurativi con franchigia ancora attivi, del numero dei casi in trattazione afferenti alla singola Compagnia, di quelli esaminati in Comitato Valutazione Sinistri (CVS) nonché dei procedimenti giudiziari in corso.

Il Piano ha previsto e delineato un periodo temporale di circa un anno entro il quale si prevede lo smaltimento dei sinistri pregressi, a cominciare dallo stralcio entro il 31/12/2018 dei sinistri dichiarati dalle Compagnie "senza seguito" (senza impulso attivo da controparte, di norma, da 5 anni). Il Piano di smaltimento è stato formalmente inviato alla Regione con nota del Direttore Generale prot.n. 82562 del 28/06/2018.

Alla gestione dei sinistri, congiuntamente alle Compagnie di Assicurazione, si affianca la c.d. "gestione diretta" per i sinistri aperti dal 1° maggio 2016 al termine della fase sperimentale del Programma regionale di gestione diretta dei sinistri in Sanità. Essendo in corso la fase c.d. valutativa avviata fino al 31/12/2019 allo scopo di verificare l'impatto organizzativo ed applicativo del nuovo modello gestionale, la UO Affari Generali e Legali (Ufficio Assicurativo), sulla scorta delle linee di indirizzo e delle indicazioni operative emanate dalla Regione Emilia Romagna, ha provveduto ad adottare una apposita procedura interna aziendale per la definizione di modalità, competenze e responsabilità del processo gestionale dei sinistri all'interno dell'Azienda USL.

La procedura aziendale "Gestione diretta dei sinistri" ha, da un lato, consolidato il modello organizzativo, attuato a decorrere dall'adesione al Programma regionale, delineandone le relative fasi (*apertura sinistro, istruttoria, decisoria e definizione*) nonché le specifiche attività svolte nell'ambito di ciascuna, dall'altro, ha recepito e sviluppato gli ambiti più innovativi previsti dalla L. 8/03/2017 n. 24 "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*" (c.d. Legge Gelli-Bianco), così come modificata dall'art. 11 L. n. 3/2018. Si veda in particolare l'istituto della comunicazione, agli esercenti la professione sanitaria interessati/coINVOLTI, circa l'instaurazione di un giudizio nei confronti dell'Azienda e/o l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato per il componimento del sinistro, dove si è proceduto uniformandosi, in tal senso, alle indicazioni operative già fornite dalla Regione.

La procedura aziendale ha definito inoltre, in maniera sistematica, la matrice di responsabilità delle singole attività ed i tempi certi del processo gestionale, sia in ambito stragiudiziale che giudiziale, con riferimento alla presa in carico del sinistro, all'istruttoria, alla trasmissione obbligatoria della documentazione al Nucleo Regionale di Valutazione per i sinistri di "seconda fascia" ($\geq \text{€ } 250.000,00$) affinché tale organismo possa esercitare ogni funzione di propria diretta spettanza, nonché alla determinazione del caso in sede di CVS aziendale.

L'intero processo di gestione sinistri è descritto e rilevato nel sistema informativo regionale, attraverso un sistema di reportistica alimentato dall'Ufficio Assicurativo che, per la parte di propria competenza, garantisce il caricamento dei dati in tempo reale. Il database regionale è altresì alimentato con l'inserimento, da parte dell'UO Medicina Legale, delle informazioni riguardo le fasi del processo di gestione del sinistro di propria spettanza. Il database regionale è perciò alimentato sia dall'Ufficio Assicurativo, sia dalla Medicina Legale, in modo tale che il 100% dei casi aperti nell'anno siano sempre caricati entro il 31 gennaio dell'anno successivo.

Il sistema informativo rappresenta quindi un utile strumento per il monitoraggio del contenzioso da responsabilità civile professionale. Tale sistema di reportistica consente in particolare il rilevamento del rispetto dei tempi di processo in relazione all'indicatore atteso "*% sinistri aperti nell'anno con valutazione medico-legale e determinazione del CVS entro il 31/12; target: \geq media regionale*".

Nell'anno 2018, l'Azienda USL ha raggiunto, raggiugliandolo, il valore corrispondente alla media regionale rilevata pari al 67,30%.

4.5 Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza

Adozione Codice di comportamento

L'Azienda Usl di Bologna, a seguito dell'approvazione della DGR n. 96/2018, con cui è stata formalizzata l'approvazione dello schema tipo del "Codice di Comportamento per il Personale operante presso le Aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna", ha gestito la fase di consultazione pubblica rendendo disponibile sul sito aziendale la bozza del nuovo Codice di Comportamento unitamente alla modulistica online appositamente predisposta per raccogliere contributi e suggerimenti da parte di tutti gli stakeholders. Inoltre, ai fini dell'adozione del nuovo Codice, l'UO Anticorruzione, Trasparenza e Privacy (ATP) ha assicurato i passaggi propedeutici necessari alla sua approvazione attraverso la richiesta di parere obbligatorio all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), previo invio della bozza del Codice, della relazione illustrativa unitamente alla check-list di istruttoria debitamente firmata dal coordinatore Organismo Aziendale di Supporto (OAS) e dal Responsabile della Prevenzione Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

Il Codice di Comportamento è stato in seguito recepito con delibera n. 166 del 29/05/2018, e pubblicato nell'area "Amministrazione Trasparente", contestualmente alla news che ne dava opportuna informazione, individuando le principali novità introdotte.

Con l'obiettivo di diffondere in modo capillare e continuativo i contenuti del nuovo Codice di comportamento, è stato costituito un tavolo di regia (Prot. n. 79117 del 21/9/2018) composto dai rappresentanti delle quattro aziende sanitarie dell'area metropolitana.

Per perseguire queste finalità è stato predisposto uno specifico piano di comunicazione che prevede come azioni prioritarie:

- la realizzazione di una linea grafica dedicata che rendesse di facile riconoscimento le pubblicazioni sul codice di comportamento;
- la pubblicazione periodica sul sito Internet aziendale di "pillole informative", rilanciate da news tematiche, dedicate alle principali novità contenute nel Codice, garantendone la fruizione anche al di fuori delle sedi aziendali, a beneficio sia dei dipendenti che degli altri stakeholders esterni;
- la realizzazione di un'area web interaziendale dedicata con una sezione di risposte ai quesiti più frequenti costantemente aggiornata e di facile consultazione;
- l'utilizzo delle funzioni informative del Portale del Dipendente (GRU), attivando periodicamente i pop up di avviso visualizzati al momento del login per sensibilizzare maggiormente il personale aziendale.

Raccolta dichiarazioni assenza conflitto di interessi

In adempimento al Codice di Comportamento, nel corso del 2018 è proseguita la raccolta delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi, estendendola a tutto il personale e introducendo la raccolta informatizzata attraverso le nuove funzionalità del Portale del Dipendente (GRU), utilizzabili anche al di fuori della rete intranet aziendale.

Per favorire il raggiungimento del target del 15%, individuato dall'obiettivo regionale sulla raccolta delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi presso le Aziende sanitarie del

SSR, l'Azienda ha messo in campo una pluralità di azioni comunicative, informative e di supporto, come di seguito elencato:

- realizzazione Area web dedicata contenente istruzioni operative sulla compilazione, area FAQ e approfondimenti in pillole sul tema;
- organizzazione e svolgimento di una giornata formativa per la rete dei facilitatori incaricati di fornire supporto al personale dipendente nella compilazione delle dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse previste dal Codice di Comportamento Aziendale;
- supporto telefonico ai facilitatori e al personale chiamato alla compilazione;
- divulgazione e presentazione della nuova modulistica disponibile nel Portale del Dipendente (GRU) in occasione dei Comitati di Dipartimenti ospedalieri;
- collaborazione con la UO Tecnologie Informatiche e di Comunicazione nella predisposizione di un cruscotto di monitoraggio;
- elaborazione dei dati di adempimento/inadempimento e trasmissione degli stessi ai direttori di struttura per monitorare il deposito delle dichiarazioni del personale di afferenza.

Alla data del 31 dicembre 2018 l'obiettivo regionale era ampiamente raggiunto con una percentuale di adempimento di circa il 65%.

4.6 Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali

L'Azienda Usl di Bologna, con nota prot. n. 61715 del 16/05/2018, ha individuato in via provvisoria il Responsabile della Protezione dei dati (DPO), nelle more dell'espletamento della procedura per il conferimento del medesimo incarico per le aziende dell'area metropolitana e di Montecatone Rehabilitation Institute spa. Successivamente, con deliberazione n. 242 del 29/06/2018, in esito alla citata selezione, è stato nominato il DPO, con effetto dal 01/07/2018 al 30/06/2021.

Con nota prot n.66887 del 25/05/2018 è stato adottato il Registro aziendale delle attività di trattamento svolte sotto la responsabilità del Titolare, nel rispetto delle prescrizioni di cui al Regolamento (UE) 2016/679 e delle indicazioni di struttura fornite dal Tavolo regionale. Il Registro è in formato elettronico.

Inoltre, con deliberazione aziendale n.11 del 14.01.2019, è stato approvato, nel rispetto delle scelte organizzative in precedenza assunte dall'Azienda e delle nuove indicazioni normative, il nuovo organigramma delle responsabilità privacy aziendali.

L'organigramma ha previsto:

- il recepimento della deliberazione aziendale n. 220/2018 di designazione del Responsabile della Protezione dei dati, con funzioni e compiti;
- l'individuazione dei Referenti privacy, in luogo dei precedenti Responsabili interni di trattamento, sulla base di appositi criteri organizzativi e con conseguente attribuzione di compiti, funzioni e poteri;
- l'istituzione del Gruppo Aziendale Privacy, quale gruppo multidisciplinare di professionisti con il mandato di assicurare un presidio aziendale e fornire supporto nello svolgimento degli adempimenti organizzativi e procedurali;
- l'individuazione dei soggetti autorizzati al trattamento, in luogo degli incaricati di trattamento, e relativi criteri e modalità di autorizzazione ed istruzione.

Si precisa che i lavori di adeguamento e applicazione della nuova regolamentazione sono stati realizzati, specie dopo il completamento del contesto normativo a seguito del D. Lgs. 101/2018 entrato in vigore il 19/09/2018, con il coordinamento del DPO unitamente alle altre

Aziende dell'area metropolitana in una logica di integrazione e di uniformità (fatte salve le specificità aziendali). Con tale modalità sono, per esempio, state aggiornate in modo omogeneo le diverse tipologie di informative e gli atti di nomina dei Responsabili di trattamento.

Il collegamento con il livello regionale è garantito dal DPO che partecipa ai lavori del Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di protezione dei dati personali delle Aziende e degli Enti del SSR istituito con determinazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, n. 15305 del 25/09/2018, dallo stesso DPO coordinato.

4.7 Disposizioni Anticipate di Volontà nei Trattamenti Sanitari (DAT)

In merito alle Norme in materia di consenso informato e di Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), l'Ausl di Bologna, nel corso del secondo semestre del 2018, ha organizzato con continuità corsi di formazione specifici rivolti al proprio personale (nell'ambito del progetto Rianimazione Area Medica e Cure Palliative e del team multi-professionale e multi-disciplinare metropolitano per i pazienti affetti da SLA).

Al fine di ampliare la conoscenza sulle DAT, è stata garantita la partecipazione di alcuni professionisti aziendali in qualità di relatori ad alcuni eventi sia in ambito metropolitano, sia a livello nazionale (Convegno organizzato dall'Ordine dei Giornalisti di Roma a Palazzo Montecitorio su Fine Vita e Legge 2019) ed è stata inoltre intensificata l'attività di promozione e comunicazione verso i cittadini.

In relazione all'istituzione del Portale DAT, stabilita dall'art. 24 della L.R. del 27 dicembre 2018, n. 24, l'Azienda ha rispettato la tempistica di progetto definita dalla Regione. Si specifica, inoltre, che la tempistica di integrazione con il Portale è stata posticipata da indicazioni regionali, dovendo uniformarsi alle specifiche a livello nazionale.

4.8 Piattaforme logistiche ed informatiche più forti

Information Communication Technology (ICT)

Cartella SOLE

L'anno 2018 è stato caratterizzato dall'impegno dell'Azienda USL di Bologna nel promuovere il percorso di diffusione della cartella SOLE, anche a seguito dell'intesa siglata in aprile 2017 tra la Regione Emilia-Romagna e le organizzazioni sindacali della medicina generale.

Per quanto riguarda l'adesione alla cartella SOLE si può affermare, con riferimento al 31/12/2018, quanto segue:

- 184 medici attivi sulla cartella SOLE;
- 243 medici che avevano dato un'iniziale adesione;
- 203 medici effettivamente migrati alla cartella SOLE.

Si può dunque concludere che la percentuale di medici migrati sugli aderenti è pari a circa 84%.

Si precisa che la differenza, in termini numerici, tra Medici *Attivi* e *Migrati* è dovuta sia agli "abbandoni" (MMG che riutilizzano il sistema ACC), sia per la conclusione dei contratti temporanei (MMG incaricati provvisori e MMG sostituiti).

Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile (GAAC)

Con riferimento al progetto GAAC, durante l'anno 2018 sono stati sviluppati numerosi interventi volti a garantire sia la migrazione dati sia l'integrazione con gli altri applicativi Aziendali, seppur l'iniziale avvio del GAAC, previsto a far seguito dalla data del 01/01/2019, per l'Ausl di Bologna, sia stata posticipato di un anno.

In termini più specifici, si può affermare che le attività dell'Azienda USL nel corso dell'anno 2018, con riferimento al progetto GAAC, si sono sempre mantenute in linea con quanto previsto dalla pianificazione regionale. In particolare, l'Azienda:

- ha assicurato la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;
- ha garantito la partecipazione dei collaboratori di cui alla determina regionale n. 4548 del 28/03/2017 al Tavolo GAAC, alla RTI e al DEC la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema;
- ha condotto tutte le attività tecniche richieste fino al momento in cui di concerto con la RER si è deciso di rinviare l'avvio del progetto.

Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area gestione risorse umane (GRU)

Il 2018 ha rappresentato per l'AUSL di Bologna l'anno di messa a regime di tutti i moduli previsti nel software per la Gestione delle Risorse Umane (GRU) avviato in Azienda l'01/01/2017.

Fascicolo Sanitario Elettronico

Durante l'anno 2018, l'Azienda Usl di Bologna ha provveduto a consolidare le numerose funzionalità del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) avviate e implementate negli scorsi anni. Al 31/12/2018 più del 95% dei software aziendali è adeguatamente predisposto all'invio dei documenti clinici, individuati a livello regionale, tramite FSE. All'inizio del 2019 è stato completato l'invio delle lettere di screening. L'invio degli esami richiesti nell'ambito degli accessi di Pronto Soccorso è stato ordinato ai fornitori dei diversi applicativi ed è di prossima realizzazione.

In merito alle prestazioni di primo accesso prenotabili online da CUPWEB/FSE/APP, ad oggi sono disponibili 887 tipologie di prestazioni (+58 vs 2017) in regime SSN (di cui 374 di laboratorio, 32 prime visite e 65 visite di medicina dello sport) e in libera professione 265. Nel corso del 2018 sono state effettuate on-line 73.954 (+48%) prenotazioni, 22.786 (+182%) cambi appuntamento e 22.505 disdette (+226%).

Prescrizioni dematerializzate

L'adempimento al D. Lgs. 179/2012 relativo alla dematerializzazione delle prescrizioni è ormai in fase di messa a regime e l'Ausl di Bologna sta proseguendo l'impegno nell'adeguamento di tutti i software coinvolti nella gestione della ricetta dematerializzata. In particolare, è stata completata la parte concernente l'invio dell'erogato al Sistema di Accoglienza Regionale per la Specialistica, la Radiologia e il Laboratorio analisi.

Software unico dei comitati etici

Per quel che riguarda la piattaforma applicativa software e di servizi correlati per la gestione informatizzata della ricerca nelle Aziende sanitarie e nei Comitati etici della Regione Emilia-Romagna, le attività dell'Azienda USL di Bologna rispettano le tempistiche dettate dalla pianificazione regionale. È avvenuta la nomina dei referenti di AVEC e di Parma per l'integrazione con il sistema BABEL.

Cartella clinica unica regionale informatizzata del Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche (DSM-DP)

Nel corso del 2018 è stata avviata la procedura ad evidenza pubblica per l'acquisizione di un software unico regionale finalizzato alla gestione informatizzata del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche. Inoltre, nel medesimo anno, l'Azienda ha partecipato alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale per la costruzione della cartella clinica unica regionale informatizzata dei dipartimenti salute mentale e dipendenze patologiche delle aziende USL della regione Emilia-Romagna.

Software unico per sistema trasfusionale

Nel corso dell'anno 2018 l'Azienda ha assicurato piena collaborazione riguardo l'implementazione del software unico per la gestione dei sistemi trasfusionali della Regione Emilia-Romagna e, inoltre, sta partecipando al gruppo di lavoro che presidia l'avvio del sistema, rispettando le tempistiche, in linea con il progetto esecutivo.

Nuovo Sistema Informativo unitario Servizi sociali (SIUSS nazionale)

Il Ministero del lavoro e delle Politiche sociali con decreto legislativo n. 147/2017 ha istituito il nuovo Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS). Il SIUSS sarà articolato nei seguenti cinque moduli:

1. Banca dati delle prestazioni sociali;
2. Banca dati delle valutazioni e progettazioni personalizzate;
3. Sistema informativo dell'ISEE;
4. Banca dati dei servizi attivati;
5. Banca dati delle professioni e degli operatori sociali.

L'Azienda USL di Bologna ha già reso disponibili i moduli dal numero 1 al numero 4 mentre il resto delle attività è attualmente in corso.

Trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi di Pronto Soccorso e Ricovero

Essendo la quasi totalità di certificati INPS, in PS e nei reparti di Degenza, redatti in forma telematica, si ritiene di aver raggiunto l'obiettivo Regionale;

Tuttavia, permane una quota residuale di certificati cartacei per la quale l'Azienda è impegnata in azioni di azzeramento.

4.9 Sistema Informativo

Nell'anno 2018 i principali progetti cui le Aziende Sanitarie sono state chiamate a partecipare sono:

Interconnessione dei flussi informativi

L'impegno ha riguardato il miglioramento della qualità della rilevazione dell'identificativo del paziente (CODICE FISCALE, ENI, STP, TEAM), con particolare riferimento ai codici STP

relativamente ai Flussi SDO, ASA, PS, FED e AFT. Le percentuali di codici identificativi non riconosciuti da SOGEI sono stati, per tutti i Flussi < 1%.

Per quanto riguarda l'adesione alle azioni richieste da NSIS, l'AUSL di Bologna ha rispettato le scadenze previste e l'adeguamento dei Flussi come richiesto.

In merito alla tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza, di seguito si riporta l'indicatore, periodo luglio-dicembre 2018, che valuta la capacità dell'Azienda Sanitaria di inviare i record del flusso entro il periodo di competenza. L'indicatore esclude il tredicesimo invio. I Flussi più critici sono due: l'ASA, che fino ad ottobre si attestava sul 94%, ha avuto un calo, in quanto per un problema "tecnico" i dati relativi al mese di novembre sono stati inviati assieme a quelli di dicembre, mentre l'ADI ha un problema legato al caricamento dei dati non sempre effettuato in modo corrente.

Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza	BOLOGNA	E-R
Flusso SDO	88	91.7
Flusso ASA	75.5	87.5
Flusso FED	100	100
Flusso PS	99	99
Flusso DiMe	100	97.6
Flusso ADI	80	86.3
Flusso HOSPICE	100	100
Flusso SIRCO	100	99.5
Flusso FAR	94.2	94.5

L'indicatore sull'aggiornamento di informazioni precedentemente inviate valuta la capacità delle Aziende Sanitarie di contenere le modifiche dei record nei diversi Flussi. Si rileva che per 5 dei 7 flussi monitorati dalla RER, l'AUSL di Bologna riporta 0 modifiche e, nella SDO e nell'ASA, riporta valori sotto la media regionale.

Aggiornamento di informazioni precedentemente inviate	BOLOGNA	E-R
Flusso SDO	5.69	7.41
Flusso ASA	0.51	3.58
Flusso FED	0	0
Flusso PS	0	0
Flusso DiMe	0	1.28
Flusso HOSPICE	0	0.45
Flusso SIRCO	0	0.21

Adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata

Nel 2018, l'AUSL di Bologna, per la rendicontazione economica integrata delle forme di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, ha rispettato le richieste regionali sia per gli adempimenti LEA C.14 C.15, inviando nei tempi prestabiliti i prospetti di riconciliazione tra flussi specifici e modello CE, sia trasmettendo nei tempi stabiliti i dati dei flussi di rendicontazione di assistenza sanitaria e socio-sanitaria del fondo FRNA.

Sviluppo di nuovi segmenti di attività ospedaliera

L'AUSL ha soddisfatto le richieste relative all'invio dei dati derivanti dai registri operatori,

raggiungendo pertanto l'obiettivo, mentre il progetto sull'invio dei dati del PACS è stato posticipato dalla Regione al 2019.

Rilevazione tempi di attesa

In merito alla corretta alimentazione del nuovo flusso informativo (nuovo tracciato record e nuovo nomenclatore dall'1.1.2018) del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa (SIGLA), l'AUSL di Bologna ha provveduto, a partire da gennaio 2018, all'inserimento degli interventi programmati erogati e contemplati nel nomenclatore.

4.10 Gestione del Patrimonio immobiliare

Gli Investimenti

L'Azienda USL di Bologna ha tempestivamente avviato tutte le procedure necessarie rispettando la tempistica prevista dall'art. 1 comma 310 e 311 della L. 23 dicembre 2005 n. 266 e dal Disciplinare di Giunta (deliberazione n. 708 del 15 giugno 2015), in merito all'ammissione al finanziamento dell'intervento APB17 per la realizzazione del nuovo Pronto Soccorso di Bentivoglio di cui all'accordo di programma "Addendum" (ex. Art.20 L.67/88).

L'aggiudicazione è avvenuta in data 07/03/2018 con determinazione n. 763. L'atto è stato trasmesso in Regione congiuntamente alla richiesta di acconto con nota prot.30809 del 08/03/2018. La Regione ha erogato l'acconto pari al 5% del totale dell'intervento.

Con riferimento all'ammodernamento delle Tecnologie Biomediche, si sottolinea come l'avvio dei piani di fornitura è avvenuto con Determinazione di ammissione al finanziamento n.17413/2016 mentre l'aggiudicazione è avvenuta con delibera di ricognizione n. 78 del 15/03/2018 (trasmessa in Regione con PG 0038616/2018). Il piano di fornitura si è concluso come da Delibera n. 275 del 17/08/2018 e sua parziale rettifica n. 295 del 02/10/2018 (trasmessa in Regione con PG 0120682 del 08/10/2018 per richiesta liquidazione).

Inoltre, nel corso dell'anno 2018, è stata realizzata la nuova Casa della Salute Navile (intervento AP38), collaudata come segue:

- collaudo opere strutturali conservati in atti del Comune di Bologna al P.G 45159 del 31 gennaio 2018 e al P.G.130144 del 28 marzo 2018;
- collaudo specialistico funzionale impianti elettrici e meccanici conservato in atti al prot.n.150993 del 13 dicembre 2018;
- collaudo tecnico amministrativo conservato in atti al prot.n.153206 del 18 dicembre 2018.

È stato ristrutturato il Monoblocco dell'Ospedale Maggiore – piano 8 e 9 dell'Ala Lunga (intervento AP39). Poiché a consuntivo l'intervento presentava un risparmio complessivo di euro 761.068,69 sull'importo finanziato, l'Azienda ha formulato richiesta alla Regione, ottenendo parere favorevole, di destinare tale importo alla ristrutturazione della radiologia al piano atrio dello stesso Monoblocco dell'Ospedale Maggiore. I lavori per quest'ultima opera sono tutt'ora in corso.

Si specifica che, in merito agli interventi AP38 e AP39 di cui sopra, sono state rendicontate le spese sostenute e presentate rispettivamente le seguenti richieste:

- AP38 Richiesta a saldo prot. n. 95151 del 27/07/2018;

- AP39 saldo 1° stralcio e proposta di utilizzo residui (con nota prot. n. 17268 del 08/02/2018) per la Ristrutturazione Monoblocco Ospedale Maggiore.

Per quanto riguarda il *Programma di ripartizione delle risorse residue di cui alla L.57/2013 per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli Ospedali Psichiatrici ad integrazione delle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)*, l'Azienda USL di Bologna, in data 27/07/2018 con nota prot. n. 95119 ha trasmesso in regione la determinazione n. 2232 del 26/07/2018 – atto di ricognizione per la realizzazione del Polo Psichiatrico Integrato per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari - 2° stralcio, a seguito del quale è stato erogato l'acconto del 5% dell'importo finanziato.

Prevenzione Incendi

Nel "Programma di adeguamento alla normativa antincendio" di cui alla Deliberazione di Assemblea Legislativa n. 73 del 25 maggio 2016, non sono previsti interventi dell'Azienda USL di Bologna.

Nel corso del 2018 sono proseguiti gli interventi di adeguamento edilizio e impiantistico delle strutture sanitarie, secondo quanto previsto dalla normativa di prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015). Le schede relative agli interventi di adeguamento VVF che risultano inserite nel sistema informativo di monitoraggio regionale nel 2018 sono 10.

L'Azienda USL di Bologna, per mezzo del Servizio Prevenzione e Protezione, ha inserito i dati dei principi d'incendio segnalati al Servizio di Prevenzione e Protezione nel data base Regionale, per un totale di 4 eventi verificatisi nel corso del 2018.

Prevenzione Sismica

L'azienda, nel corso dell'anno 2018, ha proseguito le azioni di miglioramento sismico delle componenti strutturali e non strutturali negli edifici avviate nel 2015. In tutti gli interventi edilizi attuati nel 2018 sono state mantenute le azioni finalizzate al miglioramento sismico delle componenti non strutturali.

In merito al *Programma di finanziamento degli interventi con risorse regionali ex art. 36 L.R. 38/2002 – Allegato S*, si evidenziano le seguenti opere di miglioramento sismico per risoluzione macro-vulnerabilità locali (intervento S16):

- Interventi conclusi: Ospedale Bellaria padiglione ingresso PT e B; Ospedale Maggiore Maternità Senologia; Ospedale Maggiore Cabina di consegna MT/BT; Ospedale Maggiore Palazzina C; Ospedale Maggiore Tettoia edificio anatomia patologica/chiesa; Ospedale Maggiore Medicina Nucleare rinforzo elementi strutturali; Ospedale di Bazzano corpi A1 e B; Ospedale di Bazzano Edificio gas medicali; Ospedale di Budrio Corpo Storico; Ospedale di Loiano autorimessa ambulanze; Ospedale di San Giovanni in P. camera calda e corpo F;
- Interventi in corso: Ospedale Maggiore Maternità UTIN; Ospedale di Bentivoglio corpo C;
- Interventi programmati: Ospedale Maggiore Palazzina Ambulatori/Atrio; Ospedale di Bentivoglio corpi B, C2, D ed E.

Si sottolinea come siano state predisposte e inserite nel sistema informativo di monitoraggio regionale le schede relative agli interventi di miglioramento sismico.

Manutenzione

L'Azienda USL di Bologna ha sostenuto, per l'anno 2018, costi per la manutenzione ordinaria in linea con i costi rilevati nell'esercizio precedente.

È inoltre proseguita la collaborazione al progetto promosso da AGENAS "Monitoraggio della spesa per la manutenzione degli immobili del SSN" attraverso il quale saranno comunicati, con le tempistiche indicate, i dati richiesti.

Uso razionale dell'energia e gestione ambientale

L'Azienda USL di Bologna, sin dalla redazione del Piano Energetico Aziendale del 2008, è stata impegnata nel destinare investimenti e attuare interventi strategici mirati sia al contenimento dei fabbisogni energetici che della relativa spesa.

Molti degli interventi realizzati hanno potuto usufruire delle agevolazioni fiscali previste dalle leggi e normative di settore.

La progettazione di tutti gli interventi realizzati negli ultimi anni ha tenuto conto, oltre che del rispetto delle norme in materia di accreditamento sanitario e di sicurezza delle strutture, soprattutto di soluzioni impiantistiche e strutturali aventi per obiettivo principale il contenimento della spesa energetica. Tra queste sono state preferite realizzazione d'impianti FER (Fonti Energie Rinnovabili) come impianti Fotovoltaici, Impianti solari termici per produzione la generazione di acqua calda ad uso riscaldamento e produzione acqua calda sanitaria.

Realizzate negli anni scorsi, sono già a regime quattro centrali di Trigenerazione a servizio, rispettivamente, degli ospedali Bellaria, Budrio, San Giovanni in Persiceto e Bentivoglio e la centrale di cogenerazione nell'ospedale di Loiano.

In regime di produzione dal 2018 è, altresì, la centrale di cogenerazione a servizio della Casa della Salute delle Terre d'acqua (Comune di Crevalcore). Dal mese di dicembre 2018 è attiva la centrale di Trigenerazione a servizio dell'Ospedale Maggiore in Bologna con la quale si sono concluse le installazioni di tali sistemi energetici negli Ospedali dell'Azienda UsI di Bologna.

Alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della regione ed in particolare al Servizio Strutture, Tecnologie e Sistemi Informativi vengono regolarmente fornite dall'Energy Manager Area Vasta le informazioni richieste per le quattro Aziende Sanitarie metropolitane, nel formato elaborato e condiviso nel tavolo regionale del gruppo energia. L'Energy Manager dell'Area Vasta, inoltre, partecipa attivamente ai lavori del gruppo regionale energia, contribuisce alla redazione della Relazione annuale sugli andamenti dei consumi energetici delle Aziende Sanitarie regionali ed infine partecipa attivamente alle riunioni per la predisposizione dei capitolati a base delle gare, predisposte dall'Agenzia regionale INTERCEN-ER, per l'acquisto di energia elettrica e del gas.

Gestione ambientale – rifiuti

Dall'anno 2012 l'AUSL di Bologna ha messo in campo azioni mirate alla corretta segregazione dei rifiuti sanitari con lo scopo di ridurre la produzione di rifiuti pericolosi con evidente vantaggio sia economico, per la AUSL, ma anche per l'ambiente (incremento delle raccolte differenziate).

In particolare, attraverso la formazione e la creazione di obiettivi di budget specifici, si è cercato di intervenire progressivamente nelle aree a maggior produzione quali le sale operatorie e, a seguire le terapie intensive e rianimazioni. Infine, si è posta attenzione alle aree diagnostiche interventistiche.

Questa modalità è stata riproposta anche per l'anno 2018, anno in cui la Direzione Aziendale ha esteso l'obiettivo di budget sulle buone pratiche nella segregazione dei rifiuti

anche a 10 Unità Assistenziali (UA) di degenza nelle quali, attraverso il monitoraggio della produzione dei rifiuti, si era notato uno scostamento sostanziale, sia in positivo sia in negativo, rispetto alla media di produzione per posto letto.

Le verifiche effettuate nelle UA di degenza, hanno dimostrato una buona aderenza alle indicazioni sullo smaltimento dei rifiuti tanto che l'obiettivo dato (90% di aderenza alle buone pratiche) è stato addirittura superato mostrando adesione oltre il 95%.

Pur mantenendo alto il livello di attenzione, tanto da aver inserito in Budget l'obiettivo sulla corretta segregazione, si è verificato un arresto nella diminuzione delle produzioni di rifiuti pericolosi a rischio biologico CER 18.01.03* (anno 2016) cui è seguito un incremento di produzione confermato anche per l'anno 2018.

Analizzando il fenomeno, si è dovuto constatare che l'incremento di pazienti colonizzati da patogeni multi-resistenti ha richiesto che tutto il materiale proveniente dai pazienti in isolamento o durante lo screening, dovesse essere trattato come pericoloso e quindi fosse smaltito come CER 18.01.03*, determinando conseguentemente un aumento della produzione dei rifiuti.

In sintesi, l'indagine effettuata presso l'Ospedale Maggiore, ha voluto confrontare la produzione di rifiuti nelle varie UA in presenza o meno di pazienti colonizzati con germi multi resistenti.

Il confronto effettuato, prendendo come riferimento il 2° e il 4° trimestre dell'anno 2018, ha mostrato che a fronte di un incremento di pazienti colonizzati aumentava sostanzialmente anche la produzione di rifiuti CER 18.01.03*.

A tal proposito si tenga presente che nel 2° trimestre del 2018, a fronte di 46 pazienti ricoverati risultati colonizzati, si è registrata una produzione di Kg. 77.377,84 CER 18.01.03* mentre nel 4° trimestre, dove i pazienti colonizzati erano 324, si è registrata una produzione di Kg. 113.368,28 (+ Kg. 35.991).

In sintesi, si può dedurre che un paziente con Alert + determina un incremento sostanziale di rifiuti durante il ricovero che, nella simulazione sopra riportata, è stato stimato in circa Kg. 130 per ricovero.

Indubbiamente per il paziente, ma anche per la sostenibilità economica ed ambientale, è indispensabile sostenere azioni volte ad incentivare l'applicazione delle buone pratiche assistenziali con particolare riguardo all'igiene delle mani.

Di seguito si riporta una tabella sull'andamento della produzione dei rifiuti CER 18.01.03* dal 2012 al 2018.

anno	Kg.	€	Δ% Kg. rispetto anno 2012	Δ% Kg. rispetto anno precedente
2012	1.026.106,00	2.065.512,00		
2013	873.960,00	1.798.605,00	-14,83	-14,83
2014	794.395,00	1.008.882,00	-22,58	-9,10
2015	751.811,00	853.004,00	-26,73	-5,36
2016	746.788,27	847.305,97	-27,22	-0,67
2017	821.767,00	932.376,00	-19,91	+10,04
2018	944.600,20*	1.080.601,57	-7,94	+14,95

* I Kg. indicati tengono conto anche della produzione di LUM e TUM presenti presso lo IOR e LUM Imola.

Mobilità sostenibile

Politiche aziendali di promozione di una mobilità sostenibile

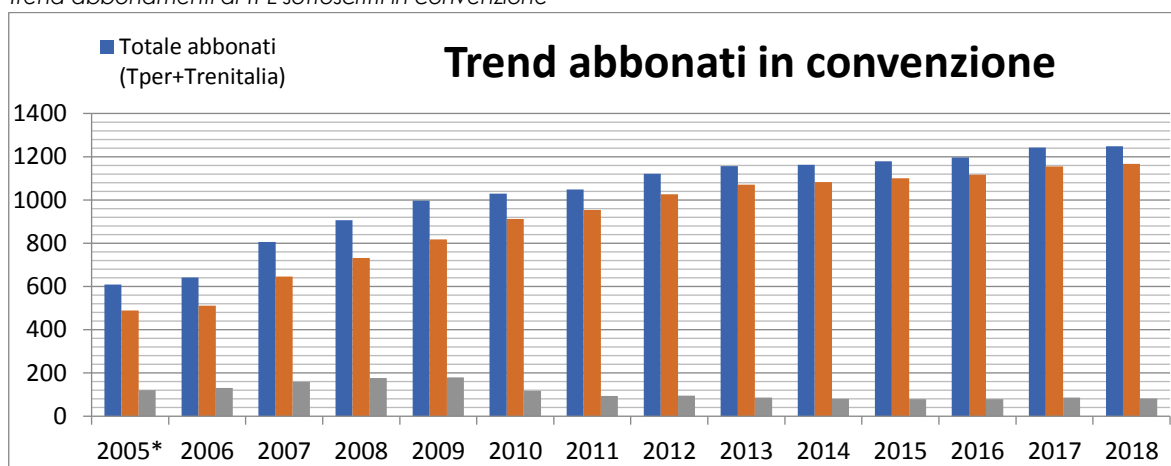
Tali politiche si caratterizzano per la pluralità e organicità delle azioni e iniziative adottate per promuovere forme di mobilità sostenibili, negli spostamenti casa-lavoro e per servizio del

personale, nonché assicurare condizioni di accessibilità, viabilità e sosta adeguate nelle strutture aziendali. L'obiettivo è far crescere una maggiore attenzione alle conseguenze delle nostre scelte e comportamenti quotidiani ed orientare i dipendenti (ovvero, dei cittadini) verso stili di mobilità compatibili con la salute e sostenibili per la collettività e l'ambiente.

- Promozione utilizzo trasporto pubblico: "Lasciati trasportare: al lavoro in bus o treno"

L'iniziativa, giunta alla 13° edizione, ha l'intento di promuovere l'utilizzo del trasporto pubblico negli spostamenti casa-lavoro e per servizio dei dipendenti dell'azienda. Il numero di abbonamenti sottoscritti è ancora in aumento a conferma della validità dell'iniziativa.

Trend abbonamenti al TPL sottoscritti in convenzione



- Walk&Bike, la gara di mobilità sostenibile e salutare dell'Azienda Usi



L'iniziativa, inserita all'interno del piano delle azioni di mobility management dell'azienda per il triennio 2018-2020, ha inteso soddisfare i seguenti obiettivi:

- promuovere l'attività fisica negli spostamenti casa-lavoro e nel tempo libero dei propri dipendenti;
- fare prevenzione attiva e monitorare lo stato di salute dei dipendenti.

Dal 1° Aprile al 30 settembre i dipendenti dell'azienda, utilizzando l'apposita APP su smartphone, hanno potuto registrare i propri spostamenti casa-lavoro e nel tempo libero effettuati a piedi e/o in bicicletta o con i mezzi pubblici. L'iniziativa, disciplinata da apposito Regolamento aziendale, ha premiato i primi 100 classificati, fra coloro che hanno comunque effettuato almeno 150 minuti di attività fisica a settimana in almeno 15 settimane durante le 24 settimane del periodo dell'iniziativa mediante spostamenti a piedi o in bicicletta. I premi e gli incentivi previsti dall'iniziativa sono stati: 100 checkup cardiologici e **25** incentivi per l'acquisto di una bicicletta a pedalata assistita o una bici da viaggio (tipo bfold).

Anagrafe dei Complessi immobiliari (CI)

L'Azienda ha realizzato, per la parte di competenza, il censimento dei Complessi Immobiliari secondo le Scadenze indicate dalla Regione Emilia-Romagna.

➤ **4.10.1 Costituzione fondo per la valorizzazione degli immobili delle Aziende sanitarie non più ad uso sanitario e/o istituzionale**

Durante l'anno 2018, l'Ausl di Bologna ha partecipato ai gruppi di lavoro per la costituzione del fondo immobiliare. I lavori si sono conclusi con l'adozione della delibera n. 238 del 16/07/2018 ad oggetto "Preso d'atto dell'accordo di cui alla DGR 26 marzo 2018 n. 462. Conferimento di alcuni beni immobili di proprietà dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna al costituendo fondo target". Ad oggi è stato completato l'inserimento degli Immobili nella piattaforma Regionale EnTer.

➤ **4.10.2 Tecnologie Biomediche**

Per quanto riguarda i flussi ministeriali e regionali relativi al parco tecnologico installato e il debito informativo relativo alle tecnologie biomediche di nuova acquisizione, la trasmissione del dato riguardante il parco tecnologico installato è avvenuta secondo le scadenze Regionali stabilite.

Il portale NSIS è stato aggiornato secondo quanto previsto dal decreto ministeriale per tutte le scadenze prestabilite. L'invio dei dati relativi al I trimestre 2018 è avvenuto segnalando problematiche connesse al portale stesso.

Sono state sottoposte a istruttoria GRTB tutte le tecnologie aventi i requisiti, in particolare:

- 3 mammografi digitali (PG 81365 del 27/06/2018);
- 1 TAC per le esigenze della Radiologia per esterni (PG 58300 del 09/05/2018).

La trasmissione dei dati GrAP, connessi al monitoraggio della modalità e del tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici è avvenuta entro la scadenza regionale prestabilita.

5 LE ATTIVITÀ PRESIDATE DALL'AGENZIA SANITARIA E SOCIALE REGIONALE

RIORDINO DEI COMITATI ETICI

L'AUSL di Bologna nel 2018 ha partecipato con propri professionisti ai gruppi di lavoro che hanno portato all'istituzione, secondo la DGR 2327/2016, del Comitato Etico di Area Vasta Emilia Centro (delibera n. 6 del 10.01.18 dell'AOU di Bologna, recepita con delibera n 11 del 25.01.18 dell'AUSL di Bologna). I professionisti hanno partecipato attivamente a specifici gruppi di lavoro per ottimizzare la gestione e gli strumenti propri del Comitato Etico AVEC e della Segreteria Locale (regolamento del CE, gestione dei fondi, modalità e strumenti di valutazione dei protocolli di ricerca, aspetti giuridico-assicurativi).

Per quanto concerne la piattaforma informatica regionale SIRER, l'AUSL di Bologna ha partecipato agli incontri di condivisione e presentazione della versione beta dello strumento, attualmente disponibile come iniziale test da provare per far emergere criticità. Alla luce di questi primi test, è stato pianificato di rendere disponibile quanto prima una versione pilota per la sperimentazione strutturata dello strumento, per la quale i professionisti dell'Azienda sono disponibili e pronti a mettersi in campo. Al 31/12/2018 la Regione non ha rilasciato la versione pilota di SIRER.

SUPPORTO AL PIANO SOCIALE E SANITARIO

Medicina di genere (Scheda 9)

L'Azienda USL di Bologna ha nominato il gruppo di lavoro interaziendale di professionisti che si occuperà del tema Medicina di Genere e che si confronterà, tramite il suo coordinatore, con il livello regionale. Al gruppo sono stati invitati anche un rappresentante dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, un rappresentante dell'Ordine professionale degli Infermieri, rappresentanti clinici dell'AOU Bologna, un Medico di Medicina Generale e la Presidente dell'Associazione Medicina Europea di Genere. Nel 2018 il gruppo ha elaborato un questionario rivolto al personale delle tre Aziende sanitarie che hanno sede a Bologna, con l'obiettivo di verificare la conoscenza dei dipendenti sul tema e suscitare l'interesse degli operatori su questo argomento. Il sondaggio è stato pubblicato e inviato in gennaio tramite le Intranet. I risultati dell'indagine e di queste analisi preliminari saranno resi pubblici in un evento programmabile nel 2019. Nel 2018 i referenti aziendali sul tema hanno partecipato ai diversi incontri previsti dal board regionale sull'equità e sulla medicina di genere. L'Azienda USL ha inoltre partecipato a diversi eventi svoltisi a Bologna sul tema medicina di genere, anche con i propri professionisti in qualità di relatori:

- Le Cefalee: il punto di vista della medicina di genere, Bologna 17 novembre 2018 organizzato dall'Associazione Medicina Europea di Genere;
- Le sfide del Sistema Sanitario Nazionale. Sostenibilità, medicina di genere e futuro delle professioni, Bologna 29 novembre 2018 Card Emilia-Romagna;
- Medicina di genere ed equità: la cornice di lavoro regionale, Bologna 14 dicembre 2018 organizzato da ASSR.

Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti (Scheda 11)

Nel 2018 oltre al referente aziendale, è stato nominato anche il board aziendale per l'equità. A causa del pensionamento dei referenti che avevano svolto questa attività negli anni precedenti si è provveduto a rinnovare sia la composizione del board sia gli obiettivi del piano aziendale delle azioni di contrasto alle disuguaglianze. Si riporta la Tabella riassuntiva degli argomenti affrontati nel documento per il biennio 2019/2020

AREE DI INTERVENTO	
ARGOMENTO	OBBIETTIVO
1 Analisi approfondita del contesto	Estensione del progetto Disuguaglianze dalla sperimentazione del Distretto Bologna Città all'intera popolazione dell' Azienda USL
2 Sostegno ai caregiver	Formazione professionale verso gli operatori sanitari e sociali
3 Empowerment	Coinvolgimento cittadini e associazioni per le Case della Salute e i progetti aziendali trasversali
4 Health Literacy	Adeguamento del lessico professionale nella relazione con il cittadino
5 S-contenzione	Promozione tra professionisti e caregiver di una cultura di superamento della contenzione meccanica nelle strutture residenziali e in ospedale
6 De-prescrizione	Promozione tra professionisti e caregiver di un uso appropriato dei farmaci a partire dalla riconciliazione delle terapie farmacologiche nel paziente anziano.
7 Diversity Management	Analisi del comportamento del personale aziendale al fine di favorire nuove pratiche organizzative

Nel corso del 2018 oltre ai temi sopra riportati è stato avviato un progetto nel distretto Pianura EST secondo la metodologia Equia che riguarda il diabete in età pediatrica.

Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità (Scheda 26)

Dal 2016 al 2018 nelle Case della Salute dell' Azienda USL di Bologna sono state progettate iniziative a carattere seminariale, formativo e informativo sulla salute e sull'adozione di corretti stili di vita rivolti ai cittadini. Alcune di esse sono state direttamente proposte dai professionisti, intenzionati a dare la massima informativa dei servizi erogati, dell'appropriatezza dell'intervento e della correttezza dell'accesso. Altre iniziative sono state organizzate dalle associazioni di volontariato che mettono a disposizione il loro know-how confrontandosi con le Istituzioni per promuovere il benessere dell'individuo e della collettività. Altre ancora sono state pianificate dall'Azienda stessa per promuovere e facilitare la conoscenza di determinati servizi e favorire il cambiamento di sedi e approcci. Negli anni 2013-2018 sono state finanziate, con piccoli contributi e attraverso bandi pubblici, iniziative di assistenza rivolte a determinati target di popolazione promosse dalle organizzazioni del terzo settore stimulate da Distretti e Dipartimenti. Si fa riferimento in particolare ai progetti PRISMA per i malati mentali, ai progetti COPID per i disabili e ai progetti e-Care per gli anziani fragili, come anche a progettualità finanziate dalla Regione Emilia Romagna per l'avvio di progetti di comunità (Community Lab e CasaLab). Le iniziative si inseriscono nella volontà di promuovere una sussidiarietà orizzontale promossa da quelle associazioni di patologia o di promozione sociale i cui iscritti sono essi stessi stakeholder.

Nell'esperienza degli ultimi 5 anni si può inoltre affermare che le iniziative promosse in partnership con il terzo settore hanno registrato una partecipazione e un gradimento da parte dei cittadini più alto rispetto a quelle organizzate direttamente e solo dall' Azienda, data la capacità di richiamo che tali organizzazioni esercitano sulla popolazione.

Si precisa che nel 2018 si è avviato un processo partecipato di progettazione e rilevazione dei bisogni di fasce di popolazione a possibile rischio di disuguaglianza, sperimentando un

approccio territoriale collegato allo sviluppo delle Case della Salute. Il processo è denominato: "Comunità, benessere e genere: Case della Salute in evoluzione". Questo approccio partecipato è stato scelto per intraprendere azioni di miglioramento mirate e rese consapevoli, anche agli operatori, dalla conoscenza specifica dei problemi e dei punti di vista dei cittadini, al fine di intraprendere il contrasto alle diseguaglianze di genere, di cultura, di reddito ed essere efficaci nei messaggi di coinvolgimento e responsabilizzazione.

CONTRASTO DEL RISCHIO INFETTIVO ASSOCIATO ALL'ASSISTENZA

Il problema dell'antibioticoresistenza richiede attenzione continua e interventi mirati. In particolare, nel 2018 l'Azienda USL di Bologna ha promosso, nel rispetto delle indicazioni della DGR 318/2013, l'implementazione delle attività specifiche contemplate nel Piano Regionale Prevenzione 2014-2019. Gli elementi a cui è stata data priorità sono:

- sostegno alle attività di sorveglianza per migliorare il livello di partecipazione e la qualità dei dati raccolti in ambito aziendale con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SICHER) - Indicatore: % di procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza (periodo di riferimento PRIMO SEMESTRE 2018 (Target: 75% di interventi sorvegliati): per l'AUSL Bologna nel PRIMO SEMESTRE 2018 risultano sorvegliati 5297 interventi a fronte di circa 8221 interventi da sorvegliare (pari al 64,4% a fronte di un obiettivo regionale 2018 di 75%). Il dato dell'anno 2018 sarà disponibile da LUGLIO 2019, essendo il 30 giugno 2019 l'ultima scadenza SICHER dell'anno 2018.
- sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e sociosanitario mediante la promozione della formazione sul campo degli operatori e il monitoraggio dell'adesione a questa pratica, utilizzando anche strumenti sviluppati dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale come l'applicazione MappER.

A febbraio 2018 è stato avviato un ciclo d'incontri formativi tenuti da un'equipe composta da infettivologi, microbiologo e farmacisti su temi di batteriemie, polmoniti e infezioni urinarie, con analisi di casi clinici. All'iniziativa, rivolta a tutte le UUOO ospedaliere, hanno partecipato 310 professionisti (medici, personale infermieristico e altre figure professionali). E' stata inoltre istituita la "Giornata del Coordinatore", incontro mensile a cui sono inviati tutti i Coordinatori dei reparti di degenza oltre che i Responsabili della Direzione Assistenziale. Nel corso dei dieci incontri tenuti nel 2018, cui hanno partecipato complessivamente 193 unità, sono stati trattati temi sulla corretta pratica assistenziale per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (Stewardship antimicrobica, l'igiene delle mani, applicazione delle Buone Pratiche assistenziali, analisi di casi clinici o di particolari criticità portati anche dai coordinatori, ecc.).

Indicatore: consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario; (Target: 20 litri per 1000 giornate di degenza).

Il dato di consumo di gel idroalcolico nei reparti di degenza nell'anno 2018 risulta incrementato rispetto agli anni precedenti: 25,3 Litri/1.000 g.d.d. vs 17.2 dell'anno 2017.

Rispetto all'Indicatore sentinella del progetto 6.12 del PRP "% Ospedali dell'Azienda partecipanti al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE (compilazione delle specifiche schede SMI - Sorveglianza Malattie Infettive e Alert). (Target: 100% di Ospedali dell'Azienda partecipanti)", l'AUSL di Bologna nel 2018 ha assicurato il costante e tempestivo monitoraggio delle batteriemie sostenute da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) mediante scheda SMI, con segnalazione in Regione entro le 24 ore

dalla ricezione della comunicazione di positività da parte del Laboratorio di Microbiologia AOU Bologna.

Nel 2018 è stata inoltre implementata l'attività di governo del rischio infettivo nelle strutture socio sanitarie residenziali accreditate, consolidando il monitoraggio dell'igiene delle mani attraverso il report regionale in 55 strutture su 57 (96%). E' stata consolidata la Rete dei Referenti Infezioni, per la quale sono stati organizzati tre eventi formativi specifici. 54 CRA e 13 CSRR sono state abilitate al sistema di rilevazione regionale MAPPER. E' stato svolto un audit sull'adesione all'igiene delle mani in 32 CRA e 4 CSRR, per un totale di 2330 rilevazioni, per il 70% delle quali si è rilevata una buona pratica.

PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' REGIONALI DI VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE CON METODOLOGIA HTA

Nel 2016 è stato messo a punto e avviato l'applicativo web regionale per la gestione delle richieste di acquisto di nuovi dispositivi medici (DM). L'applicativo web viene utilizzato dai clinici per compilare e inviare le richieste alla propria Commissione locale DM e viene utilizzato dalle Commissioni locali DM per la gestione delle fasi relative alla decisione se il DM sia o meno eleggibile alla valutazione HTA regionale, alla valutazione dei DM che rimangono di competenza locale e alla condivisione del parere espresso. Per facilitare e rendere esplicita e trasparente l'identificazione di DM candidabili a valutazione HTA regionale, all'interno dell'applicativo web è stato inserito un questionario frutto di un processo condiviso portato avanti dall'ASSR con i membri della Commissione Regionale Dispositivi Medici (CRDM) e con alcuni clinici regionali. Nel 2018 alle Aziende Sanitarie era chiesto di utilizzare il questionario.

Indicatore	Target	Osservato AUSL BO
numero di richieste di inserimento DM in cui il questionario per l'individuazione di DM eleggibili a valutazione HTA risulta compilato sul totale delle richieste ricevute (dal computo del totale vengono escluse le richieste di inserimento relative a DM di classe I, per i quali la compilazione del questionario HTA non è richiesta)	80%	16 richieste di DM/IVD valutate. Di queste 12 presentano caratteristiche di eleggibilità alla valutazione HTA secondo i criteri indicati e 12 presentano il questionario di valutazione HTA compilato. Target 100%. Nel 2018 un'unica richiesta è stata proposta per valutazione HTA regionale.

SUPPORTO ALLE ATTIVITA' DI VERIFICA DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

Con riferimento alla DGR 1943/2017, l'Azienda USL di Bologna nel 2018 ha implementato sia la produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione e ha sostenuto l'attività istituzionale di accreditamento. In particolare ha:

- effettuato l'autovalutazione in collaborazione con responsabili di funzioni aziendali e condiviso i contenuti con Direzione Aziendale, Direttori di Dipartimento e Direttori di Distretto (periodo gennaio-marzo 2018);
- reso disponibile l'elenco delle evidenze documentali a supporto dell'autovalutazione dei Requisiti Generali;
- illustrato DGR 1943/2017 a Direzione Aziendale, Collegio di Direzione e Comitato di Committenza dei Distretti in appositi incontri (periodo gennaio-luglio 2018);
- realizzato corso di aggiornamento sulla nuova normativa rivolto agli auditor interni del Sistema Qualità (21 marzo 2018);

- realizzato corso di aggiornamento sull'applicazione in Azienda della DGR 1943/2017 rivolto a Direttori/Responsabili di articolazioni organizzative e operatori (realizzate 3 edizioni di due giornate ognuna, in maggio e ottobre 2018);
- svolto audit interni (come da programma aziendale PG 18922 del 12/2/2018) sul campo, presso le articolazioni organizzative, e documentali applicando i criteri della DGR 1943/2017 e quanto previsto dai Requisiti specifici vigenti;
- programmato incontri specifici (da realizzare all'inizio del 2019) rivolti ai Responsabili di PDTA per illustrare la DGR 1943/2017 e condividerne l'applicazione all'interno dell'Azienda
- pianificato/realizzato le azioni di miglioramento individuate. In particolare in relazione al criterio 8 "Umanizzazione" sono state realizzate le azioni di miglioramento progettate a seguito della partecipazione al Progetto AGENAS "Valutazione umanizzazione delle strutture di degenza". Si è ritenuto di far afferire a questo ambito anche altri progetti di analoga finalità e già in corso di valutazione di fattibilità;
- effettuata a ottobre-novembre 2018 la revisione/aggiornamento delle evidenze a supporto dell'autovalutazione svolta a marzo.

LA FORMAZIONE CONTINUA NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

Le linee di programmazione aziendale per l'anno 2018, sulle quali la formazione si è prioritariamente focalizzata per la definizione del PAF, hanno promosso lo sviluppo di progetti formativi, in linea con gli obiettivi strategici definiti dalla Direzione. In primo luogo, è stata posta attenzione sui temi dell'integrazione tra le Reti Territoriali e Ospedaliere Aziendali, le Reti Metropolitane Interaziendali e Regionali (in particolare la rete cure Palliative e lo Sviluppo delle Case della Salute) al fine di creare, tramite il percorso formativo, un contesto di apprendimento. In secondo luogo, è stata posta attenzione sul Rischio clinico nella sua duplice valenza, ovvero verso gli assistiti, per diffondere tra i professionisti le buone pratiche, per documentare in modo puntuale le cure erogate, per sostenere le attività e i comportamenti tesi a sviluppare una cultura orientata alla sicurezza delle cure, ma anche verso gli operatori, per garantire formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro, ai sensi del Dlgs 81, e per sostenere il benessere organizzativo tutelando nel senso più ampio del termine l'operatore all'interno del contesto lavorativo aziendale.

Inoltre, in tema di Governo Clinico, sono state pianificate iniziative che hanno previsto l'utilizzo della metodologia dell'Audit, modello adottato ormai da diversi anni in Azienda, quale strumento per verificare i processi attivati e che offre al gruppo di lavoro la possibilità di riflettere sui risultati del proprio operato, proporre e attivare le azioni di miglioramento definite in un ciclico ripetersi di azioni e misurazioni. Per l'anno 2018 l'UO Sviluppo Organizzativo Professionale e Formazione ha inoltre definito e concordato con le Macrogestioni interessate la valutazione di alcuni corsi inseriti nel Piano Formativo Aziendale in linea con gli obiettivi regionali e aziendali assegnati.

In particolare, sono stati progettati sia eventi formativi, con l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti al contesto lavorativo, sia eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni formative rispondenti agli obiettivi strategici definiti dalla Direzione.

Di seguito si riportano gli eventi formativi che hanno avuto come obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti:

1. Trasferimento apprendimenti al contesto lavorativo

- La contenzione meccanica in ospedale buone pratiche e strategie per il superamento - cod. corso 2613;

- Corso di aggiornamento di primo livello per facilitatori nelle cure palliative - cod. 2845;
- Analisi di casi in radioterapia - cod. corso 2482;
- Gruppo multidisciplinare: neoplasie ginecologiche - cod. corso 2248;
- Gestione del paziente con patologie ortopediche - cod. corso 2020;
- CRA CSSR: formazione per rilevatori dell'igiene mani - cod. 2272;
- Valutazione e trattamento delle lesioni cutanee - cod. corso 2330.

2. Misurazione dell'efficacia delle azioni formative

- Sviluppare azioni strategiche di implementazioni formative del modello organizzativo delle case della salute - cod. corso 2844;
- PDTA della donna con neoplasia della mammella – I e II fase: reaudit - cod. corso 2384;
- PDTA della donna con neoplasia della mammella – III e IV fase: reaudit - cod. corso 2385;
- PDTA del paziente affetto da neoplasia polmonare: reaudit - cod. corso 2389.