

*Nucleo tecnico di progetto*

**“Forme di integrazione nell’Area metropolitana di Bologna:  
rapporto conclusivo”**

Bologna, 25 giugno 2018

## Sommario

<b>L'Accordo di programma tra Regione, Università e Conferenza metropolitana .....</b>	<b>v</b>
<b>Gli obiettivi strategici .....</b>	<b>v</b>
<b>La composizione del Nucleo tecnico di progetto e gli esperti a supporto .....</b>	<b>vi</b>
<b>Le modalità di lavoro del Nucleo tecnico di progetto .....</b>	<b>vi</b>
<b>Gli incontri con le componenti professionali.....</b>	<b>vii</b>
<b>0 Uno sguardo di sintesi.....</b>	<b>viii</b>
0.1 Le proposte di scenario .....	viii
0.2 Gli approfondimenti .....	xii
<b>I Forme di integrazione nell'Area metropolitana di Bologna: prima analisi .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Il coordinamento tra reti dell'assistenza distrettuale e reti ospedaliere.....</b>	<b>1</b>
1.1 La visione del rapporto tra assistenza territoriale e ospedaliera .....	1
1.1.1 Il ruolo del Distretto .....	2
1.1.2 Il raccordo tra territorio e ospedale .....	4
1.2 I Dipartimenti di continuità .....	5
1.2.1 Le relazioni dei Dipartimenti di continuità con le reti distrettuali .....	6
1.2.2 I Dipartimenti di continuità e le relazioni con le reti ospedaliere .....	6
<b>2 Le vocazioni delle strutture ospedaliere e gli strumenti per l'integrazione e la valorizzazione .....</b>	<b>8</b>
2.1 La visione delle vocazioni delle strutture sanitarie .....	8
2.1.1 Gli ospedali e le strutture ospedaliere con funzioni di riferimento distrettuale.....	8
2.1.2 Valorizzare le funzioni di interesse regionale, nazionale e internazionale .....	10
2.2 Gli strumenti organizzativi per le reti ospedaliere dell'alta specialità .....	11
2.2.1 Le Unità operative interaziendali: vantaggi e svantaggi.....	12
2.2.2 Una parentesi: l'Azienda/ente unico per i servizi amministrativi .....	13
2.2.3 I Dipartimenti interaziendali: vantaggi e svantaggi .....	13
2.3 Struttura organizzativa e assetti di governo a livello aziendale e metropolitano .....	16
2.3.1 L'Accordo di programma sui Dipartimenti interaziendali e l'Organo di governo metropolitano .....	16
2.3.2 Il Consorzio interaziendale .....	17
2.3.3 La ridefinizione delle funzioni dell'Azienda ospedaliero-universitaria.....	18
2.3.4 Una possibile evoluzione degli assetti istituzionali .....	19
2.4 L'integrazione degli IRCCS nelle reti cliniche metropolitane.....	20
2.5 L'integrazione tra le Aziende USL e gli obiettivi dell'Accordo di programma .....	20
<b>3 L'integrazione tra funzioni assistenziali, di ricerca e di didattica e il ruolo degli IRCCS .....</b>	<b>22</b>
3.1 La collaborazione nelle reti assistenziali, formative e di ricerca .....	22

3.1.1 I processi di integrazione tra assistenza, ricerca e didattica .....	23
3.1.2 L'integrazione tra assistenza e formazione .....	29
3.2 Strumenti per realizzare l'integrazione tra le funzioni .....	31
<b>Il Forme di integrazione nell'Area metropolitana di Bologna: gli approfondimenti .....</b>	<b>33</b>
<b>4. Le valutazioni e le richieste di approfondimento dell'Ufficio di presidenza della CTSSM.....</b>	<b>33</b>
<b>5. Il riconoscimento del carattere di IRCCS nell'AOU Sant'Orsola - Malpighi di Bologna .....</b>	<b>35</b>
5.1. La ricerca traslazionale e gli IRCCS nel Servizio sanitario nazionale.....	36
5.1.1 La ricerca traslazionale .....	36
5.1.2 Perché il Sant'Orsola?.....	36
5.1.3 Le opportunità immediate e le possibilità di sviluppo futuro .....	37
5.1.4 Natura e funzioni degli IRCCS del Servizio sanitario nella normativa nazionale e regionale .....	37
5.2 Le condizioni per il riconoscimento all'AOU del carattere di IRCCS .....	39
5.2.1 Il contesto di riferimento, l'attività e le collaborazioni istituzionali.....	39
5.2.2 La funzione di riferimento dell'AOU nelle reti cliniche integrate.....	41
5.2.4 L'attività assistenziale .....	47
5.2.5 Finanziamenti e studi clinici.....	48
5.2.6 Pubblicazioni e indicatori bibliometrici .....	50
5.3. Un confronto dell'AOU con alcuni IRCCS di grandi dimensioni .....	51
5.3.1 Assistenza .....	52
5.3.2 Ricerca .....	52
5.4. Una ipotesi per la selezione di una disciplina di riconoscimento specifica: Attività medico-chirurgiche e tecniche interventistiche multispecialistiche di alta complessità .....	55
<b>6. Verso un nuovo modello di integrazione stabile tra Servizio sanitario regionale e Università di Bologna in ambito metropolitano .....</b>	<b>60</b>
6.1 La trasformazione dei servizi sanitari e la collaborazione istituzionale fra SSR e Università .....	60
6.2. La normativa di riferimento nazionale e regionale: vincoli e opportunità.....	62
6.3. Norme regionali, Protocollo d'intesa e Accordi attuativi .....	64
6.4. I contenuti dell'intervento legislativo regionale per i nuovi modelli di integrazione .....	65
<b>7. L'Organo di Governo Metropolitano per l'Accordo quadro di programma (Il Collegio dei Direttori generali).....</b>	<b>67</b>
7.1 Introduzione .....	67
7.2 Il processo: intervento normativo regionale, atti aziendali e accordo quadro .....	67
7.3 Competenze e attribuzioni dell'Organo di governo .....	69
7.4 Composizione dell'Organo e dell'Organismo di supporto.....	70
7.5 Profili della partecipazione sindacale .....	70
7.6 Ipotesi di norma di legge regionale .....	71

<b>8. L'Accordo Quadro di Programma tra le Aziende dell'Area metropolitana .....</b>	<b>72</b>
8.1. La riconfigurazione delle responsabilità di tutela e di produzione nei servizi comuni .....	72
8.2. Gli strumenti per l'integrazione: Accordo quadro e Convenzioni attuative.....	73
8.3 Le problematiche dei principali modelli organizzativi per le collaborazioni interaziendali .....	74
8.4. Le ipotesi di soluzione .....	77
8.4.1 La progettazione condivisa nei servizi di interesse comune: motivazioni e obiettivi .....	79
8.4.2 La procedura di budget.....	79
8.4.3 La gestione delle risorse umane .....	80
8.4.4 La titolarità della produzione .....	81
8.4.5 La responsabilità professionale .....	82
8.4.6 Il sistema informativo: ICT, utilizzo e condivisione dati, privacy.....	83
8.5. I meccanismi di finanziamento dei servizi e degli investimenti .....	85
8.5.1 I problemi della remunerazione a tariffa.....	85
8.5.2 Interventi correttivi ai sistemi di remunerazione a tariffa .....	86
8.5.3 I criteri di riparto dei costi per i servizi ausiliari.....	87
8.5.4 La condivisione e il finanziamento di un piano per gli investimenti comuni .....	87
8.5.5 Il finanziamento del piano per il reclutamento e la formazione del personale .....	88
8.5.6 Il potenziamento delle funzioni di controllo sui costi di produzione .....	89
8.6. Gli strumenti per allineare obiettivi, valutazione dei risultati e meccanismi di premialità .....	89
8.7. I rapporti con l'Università .....	90

## **ALLEGATI**

**Allegato 0** – Accordo di programma tra Regione, Università e CTSSM di Bologna

**Allegato 1** - Alcuni processi di riorganizzazione dei sistemi sanitari in ambito internazionale

**Allegato 2** - Le esperienze di integrazione nel servizio sanitario regionale

**Allegato 3** - Le specificità dell'Area metropolitana di Bologna

**Allegato 4** - Razionalizzare le reti ospedaliere in coordinamento con le reti distrettuali

**Allegato 5** - Strumenti organizzativi per l'integrazione delle reti ospedaliere

**Allegato 6** - Assetti istituzionali per l'integrazione delle reti ospedaliere

**Allegato 7** – Verbale dell'Ufficio di presidenza della CTSSM del 4 aprile 2018

**Allegato 8** - Decreto Ministero della salute 14-3-13 su IRCCS, modificato dal DM 5-2-2015 - Allegato A

**Allegato 9** - Indicatori attività delle Unità operative e dei Dipartimenti dell'AOU

**Allegato 10** - Indicatori attività delle Unità operative e Aree dell'AOU - ipotesi di riconoscimento "ristretto". In questo allegato, per l'attività assistenziale, si considerano i soli dati relativi ai ricoveri ordinari

## **L'Accordo di programma tra Regione, Università e Conferenza metropolitana**

L'Accordo di programma tra Regione Emilia-Romagna, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna e Conferenza territoriale sociale e sanitaria della Città metropolitana di Bologna (cfr. allegato 0) sulle possibili forme di integrazione nell'Area metropolitana all'art. 1 prevede che: *“le parti si impegnano a valutare tutti gli strumenti istituzionali e organizzativi utili a realizzare la piena integrazione dei servizi e/o delle strutture delle Aziende sanitarie facilitando, in condizioni di sostenibilità economica, una riorganizzazione dei servizi distrettuali e ospedalieri in Area metropolitana al fine di migliorare l'accessibilità, la prossimità e la qualità dei servizi, stimolare la ricerca e l'innovazione, qualificare la didattica pre e post-laurea”*.

### **Gli obiettivi strategici**

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

- 1. procedere congiuntamente a razionalizzare le reti ospedaliere in pieno coordinamento con la revisione dei modelli organizzativi dell'assistenza distrettuale, al fine di realizzare una più efficace integrazione dei percorsi e delle reti clinico-assistenziali funzionali a miglioramenti in termini di efficienza complessiva, continuità assistenziale, sicurezza e qualità;*
- 2. caratterizzare maggiormente e integrare tra loro le vocazioni delle strutture ospedaliere nell'intera Area metropolitana, anche per perseguirne la piena valorizzazione rispetto alle funzioni previste dalla programmazione regionale e nazionale, con particolare riferimento a quelle che possono candidarsi - anche sulla base di impegni di lungo termine da parte della Regione - a divenire punti di riferimento per le reti assistenziali di interesse regionale, nazionale ed europeo;*
- 3. adottare modelli organizzativi in grado di contemperare al meglio gli obiettivi assistenziali sopra richiamati con le funzioni proprie dell'Università, in coerenza con gli obiettivi di rafforzata collaborazione istituzionale nelle attività di ricerca e didattica, così come definiti dal recente Protocollo d'intesa Regione-Università;*
- 4. integrare più efficacemente le attività assistenziali degli Irccs all'interno delle reti cliniche dell'Area metropolitana, nonché favorire la loro capacità di trasferire in tempi rapidi i risultati delle proprie attività di ricerca istituzionale sul piano assistenziale”*.

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

La prima parte del presente documento (sezioni 1-3) illustra le principali proposte elaborate dal Nucleo tecnico di progetto relative agli strumenti organizzativi e istituzionali sulla base della “Prima analisi” prevista dall'art. 3 dell'Accordo di programma. I materiali contenuti nei relativi allegati danno conto più compiutamente di parte del lavoro istruttorio che è stato sottoposto alla discussione collettiva del Nucleo per la preparazione di tali sezioni. Resta inteso, tuttavia, che le proposte formulate dal Nucleo sono esclusivamente quelle contenute in tali sezioni. La seconda parte (sezioni 4-8) del documento illustra gli approfondimenti specifici elaborati dal Nucleo su richiesta dell'Ufficio di Presidenza della CTSSM di Bologna (4 aprile 2018), quale integrazione del documento “Prima analisi” sottoposto dal Nucleo il 28 febbraio 2018 e quale completamento del rapporto conclusivo previsto dall'art. 3 dell'Accordo di programma. Anche in questo caso i

materiali contenuti negli allegati danno conto di parte del lavoro istruttorio - in particolare delle analisi quantitative relative allo studio di fattibilità per il riconoscimento ad IRCCS - che è stato sottoposto alla discussione collettiva del Nucleo. Gli approfondimenti e le relative proposte formulati dal Nucleo sono esclusivamente quelli contenuti nel presente documento.

#### **La composizione del Nucleo tecnico di progetto e gli esperti a supporto**

La Conferenza territoriale sociale e sanitaria della Città metropolitana, con Delibera del 10 maggio 2017, ha istituito il Nucleo tecnico di progetto nella seguente composizione: Mario Cavalli, Marzia Cavazza, Gianluca Fiorentini (coordinatore), Chiara Gibertoni, Antonella Messori, Andrea Rossi e Francesco Taroni.

Con Delibera dell'Ufficio di Presidenza della Conferenza territoriale sociale e sanitaria della Città metropolitana del 2 agosto 2017 e a seguito di procedure di valutazione comparativa svoltesi presso l'Azienda ospedaliero-universitaria, sono stati inoltre individuati due esperti di alta qualificazione in discipline giuridiche ed economiche a supporto del Nucleo tecnico di progetto. Sono risultati selezionati Sandro Mainardi per le discipline giuridiche, che ha contribuito in modo particolare all'elaborazione degli allegati 2, 5, 6 e alle sezioni 6 e 7 e Cristina Ugolini per le discipline economiche, che ha contribuito in modo particolare all'elaborazione degli allegati 1, 2, 3 e alla sezione 8.

#### **Le modalità di lavoro del Nucleo tecnico di progetto**

Il Nucleo tecnico di progetto per la predisposizione del documento "Forme di integrazione nell'Area metropolitana di Bologna: prima analisi" si è riunito secondo il seguente calendario:

1. 1 giugno 2017
2. 19 giugno 2017
3. 3 luglio 2017
4. 17 luglio 2017
5. 31 luglio 2017
6. 4 settembre 2017
7. 18 settembre 2017
8. 2 ottobre 2017
9. 16 ottobre 2017
10. 30 ottobre 2017
11. 13 novembre 2017
12. 27 novembre 2017
13. 18 dicembre 2017
14. 21 dicembre 2017
15. 15 gennaio 2018
16. 5 febbraio 2018
17. 19 febbraio 2018
18. 26 febbraio 2018

A seguito della richiesta dell'Ufficio di Presidenza della Conferenza di effettuare alcuni approfondimenti specifici quale integrazione del documento "Prima analisi" e a completamento del rapporto conclusivo previsto dall'art. 3 dell'Accordo di programma, il Nucleo tecnico di progetto si è riunito secondo il seguente calendario:

1. 19 marzo 2018
2. 9 aprile 2018

3. 19 aprile 2018
4. 27 aprile 2018
5. 7 maggio 2018
6. 21 maggio 2018
7. 5 giugno 2018
8. 11 giugno 2018
9. 18 giugno 2018
10. 25 giugno 2018

Le riunioni del Nucleo tecnico di progetto sono state precedute da riunioni di alcuni Gruppi di lavoro istruttorio per i diversi approfondimenti richiesti, composti da Aldo Bonadies (AUSL di Bologna), Annamaria Gentili (IOR), Ilaria Nonni (AOU di Bologna), Giulia Pieri (AUSL di Imola), coordinati da Gianluca Fiorentini e con la partecipazione di Francesco Taroni e Marzia Cavazza, nonché, dal momento della loro designazione, degli esperti di alta qualificazione di cui sopra. All'acquisizione e all'elaborazione dei dati relativi alle pubblicazioni scientifiche, al loro impatto bibliometrico e a parte dei finanziamenti per la ricerca delle Unità operative dell'AOU di Bologna ha contribuito l'Università di Bologna, ai sensi dell'Accordo di programma, mettendo a disposizione alcuni gruppi specializzati in tali ambiti rispettivamente dell' "Area della ricerca - Unità di processo Gestione dati e sviluppo applicativi" e dell' "Area Finanze e partecipate - Settore programmazione e supporto alla valutazione".

#### **Gli incontri con le componenti professionali**

Il Nucleo tecnico di progetto si è avvalso dell'apporto delle componenti professionali interessate secondo quanto previsto dall'Accordo di programma (art. 3).

Gli incontri con le componenti professionali si sono svolti secondo il seguente calendario:

1. 26 ottobre 2017, incontro con i Direttori di Dipartimento e i Direttori di Distretto per illustrare gli obiettivi e i contenuti specifici dell'Accordo di programma (con la partecipazione di 29 Direttori);
2. 4 dicembre 2017, incontro con i Responsabili di Unità operative complesse o semplici dipartimentali di area chirurgica (con la partecipazione di 51 Responsabili);
3. 7 dicembre 2017, incontro con i Responsabili di Unità operative complesse o semplici dipartimentali di area medica (con la partecipazione di 62 Responsabili);
4. 11 dicembre 2017, incontro con i Responsabili di Unità operative complesse o semplici dipartimentali di ambito territoriale e dei servizi (con la partecipazione di 78 Responsabili);
5. 22 gennaio 2018 primo incontro di restituzione con i Responsabili di Unità operative complesse o semplici dipartimentali (con la partecipazione di 89 Responsabili);
6. 23 gennaio 2018 primo incontro di restituzione con i Responsabili di Unità operative complesse o semplici dipartimentali (con la partecipazione di 95 Responsabili).

Il Nucleo ringrazia tutti i professionisti che hanno partecipato attivamente agli incontri di cui sopra e/o hanno inviato note scritte in seguito agli incontri.

## **0 Uno sguardo di sintesi**

### **0.1 Le proposte di scenario**

I processi di integrazione nei sistemi sanitari – dalle singole strutture fino alle Aziende nel loro insieme – coinvolgono cambiamenti che interessano almeno quattro dimensioni fondamentali: organizzativa, istituzionale, finanziaria e professionale. A queste dimensioni, nel caso specifico dell'area metropolitana per la presenza dell'Università di Bologna e di ben due IRCCS, si aggiunge una ulteriore dimensione di particolare rilevanza che riguarda l'integrazione tra le funzioni assistenziali nel loro insieme e quelle di ricerca e di didattica. Sulla base del mandato definito dall'Accordo di programma in relazione all'area metropolitana di Bologna le principali proposte di cambiamento analizzate nel presente documento e suddivise secondo tali dimensioni sono le seguenti.

#### *La dimensione organizzativa*

Per rendere più efficace la programmazione e la gestione dei servizi assistenziali di riferimento dei distretti si propone un deciso rafforzamento del ruolo del Direttore del Distretto quale rappresentante del Direttore generale dell'Azienda nel proprio ambito territoriale con un proprio budget inclusivo delle risorse per le prestazioni ospedaliere di base e con uno specifico mandato a indirizzare, coordinare e verificare le attività dei Dipartimenti di produzione (cfr. sezione 1.1.1).

Per affrontare in modo deciso le difficoltà di raccordo tra strutture ospedaliere e strutture territoriali in entrambe le direzioni si propone l'istituzione di Dipartimenti di continuità in cui collocare le strutture ospedaliere che soddisfano i fabbisogni di tipo generalista o specialistico di primo livello dei Distretti di riferimento, gli Ospedali di comunità e le attività delle Case della salute funzionali a garantire il più stretto allineamento tra i diversi livelli assistenziali rispetto alle esigenze di prossimità e continuità assistenziale (cfr. sezione 1.2).

A livello ospedaliero per le funzioni non riconducibili ai Dipartimenti di continuità, per differenziare le funzioni assegnate alle strutture e per integrarne in modo più efficace le attività si propone l'istituzione di Dipartimenti interaziendali di ambito metropolitano. Tali Dipartimenti possono interessare ambiti di servizio trasversali quali l'Emergenza-urgenza o la Diagnostica per immagini e di laboratorio, ovvero includere strutture specialistiche aggregate per apparati o organi (cfr. sezioni 1.2.2 e 2.2.3).

Per rendere governabili tali Dipartimenti in presenza di una struttura di offerta così complessa, si raccomanda un rafforzamento delle competenze e del mandato delle direzioni di tali Dipartimenti per la definizione congiunta degli obiettivi di interesse comune da parte delle Aziende coinvolte. Per garantire un pieno coordinamento tra i Dipartimenti interaziendali si propone infine l'istituzione di un Organo strategico metropolitano tra le Direzioni generali (cfr. sezioni 2.3.1).

#### *La dimensione istituzionale*

Per rafforzare gli strumenti di governo metropolitano si formulano tre ipotesi di cambiamento negli assetti istituzionali delle Aziende. Una ulteriore ipotesi, di grande potenziale, che riguarda la fusione parziale o totale tra Azienda USL e Azienda ospedaliero-universitaria, non è qui approfondita perché la legge di stabilità per il 2016 sembra restringerne la possibilità di applicazione alle sole Regioni a statuto speciale. Al riguardo, la Regione, nell'ambito delle procedure per dare applicazione all'art. 116 della Costituzione, ha avanzato la richiesta di una maggiore autonomia in ordine alla definizione dei sistemi di *governance* delle proprie Aziende. Nel



caso in cui tali procedure avessero esito favorevole, tale ipotesi potrebbe essere considerata tra quelle potenzialmente applicabili all'area metropolitana di Bologna.

La prima proposta esaminata prevede una modifica degli Atti aziendali con possibilità di delegare formalmente funzioni di programmazione e alta gestione a un Organo di governo comune tra le Aziende metropolitane. A seguito di tale modifica - che richiede comunque un atto normativo o di indirizzo regionali - si prospetta la definizione di un Accordo di programma che disciplini in modo dettagliato gli ambiti delle attività gestite in comune (a partire dai Dipartimenti interaziendali) e le principali regole organizzative e finanziarie per la gestione in comune di tali attività. Questa soluzione, di impatto istituzionale relativamente modesto, non consente tuttavia ai Direttori dei Dipartimenti interaziendali di disporre in modo del tutto unitario delle risorse affidate loro, che continuano ad afferire ad Aziende diverse con particolare riferimento alle risorse umane che mantengono rapporti datoriali con le Aziende di origine (cfr. sezione 2.3.1).

La seconda proposta prevede che, sempre previa modifica degli Atti aziendali, sia istituito un soggetto giuridico autonomo di tipo Consortile al quale le Aziende conferiscono le risorse necessarie per lo svolgimento delle funzioni e delle attività di interesse comune e al cui interno i Direttori dei Dipartimenti e i Direttori generali (congiuntamente) sono dotati di poteri comparabili a quelli previsti in un'Azienda ordinaria. Mentre questa soluzione consente di superare le principali difficoltà di quella precedente, tuttavia essa presuppone sia una specifica iniziativa normativa regionale - altamente innovativa - che disciplini una nuova tipologia di Azienda sanitaria, sia un chiarimento ulteriore in merito alla sostenibilità dell'istituto della co-datorialità nei rapporti con il personale (cfr. sezione 2.3.2).

La terza ipotesi di cambiamento istituzionale volta a differenziare e integrare le funzioni tra le strutture oggi collocate in Aziende diverse, prevede che le strutture delle Aziende USL che si ritiene di collocare nei Dipartimenti interaziendali di tipo specialistico, insieme eventualmente a quelle facenti capo all'Istituto per le scienze neurologiche di Bologna e all'Istituto di Montecatone, siano conferite a una nuova Azienda ospedaliero-universitaria che in questo modo rafforzerebbe fortemente la propria vocazione ad ospitare non solo strutture *hub* per le reti assistenziali, ma tramite i propri nuovi e rafforzati Dipartimenti, anche a qualificarsi come IRCCS con più diretto allineamento anche con le funzioni di ricerca traslazionale e di formazione. Contestualmente a questo conferimento, le strutture dell'Azienda ospedaliero-universitaria che si riterrà di collocare nei Dipartimenti di continuità (cfr. sopra) perché prevalentemente vocate a soddisfare i fabbisogni di riferimento distrettuale dovrebbero essere conferite all'Azienda USL di Bologna per favorire il necessario raccordo tra diversi livelli assistenziali (cfr. sezione 2.3.3).

Con riferimento a quest'ultima proposta e alle procedure in atto ex art. 116 della Costituzione, a fianco di una nuova Azienda ospedaliero-universitaria costituita a tendere da Dipartimenti che si qualificano come IRCCS, si potrebbe prevedere una nuova Azienda sanitaria-universitaria con la vocazione di realizzare la piena integrazione tra i livelli assistenziali territoriali e ospedalieri ad esclusione delle alte specialità e di integrare pienamente le funzioni di ricerca e di formazione in questi ambiti di cruciale rilevanza per lo sviluppo futuro del Servizio sanitario (cfr. sezione 2.3.4).

Con riferimento ai due IRCCS con sede in Bologna si propone di mantenere la loro soggettività giuridica e l'autonomia funzionale di cui dispongono nei propri ambiti di riferimento incentivando un ulteriore sviluppo delle loro collaborazioni con le altre strutture del Servizio sanitario sia mediante iniziative di mobilità dei professionisti degli IRCCS verso l'esterno sia mediante una

focalizzazione delle attività interne verso settori più specifici e qualificanti la loro missione (cfr. sezione 2.4).

In relazione all'ipotesi di fusione tra le due Aziende USL dell'area metropolitana, l'analisi della letteratura internazionale e delle esperienze nazionali sembra indicare che allo stato attuale essa non incida in modo rilevante sul perseguimento delle finalità generali dell'Accordo di programma. Infatti, la *"riorganizzazione dei servizi distrettuali e ospedalieri in Area metropolitana al fine di migliorare l'accessibilità, la prossimità e la qualità dei servizi, stimolare la ricerca e l'innovazione, qualificare la didattica pre e post-laurea"* può trovare efficace attuazione sia nel presente scenario sia nel caso di costituzione di una unica Azienda USL metropolitana (cfr. sezione 2.5).

#### *La dimensione finanziaria*

Per quanto concerne i servizi territoriali si raccomanda alle Aziende che definiscano in primo luogo i budget in relazione ai Distretti e che con tali budget – da affinare ulteriormente nella determinazione dei fabbisogni standard - i Direttori di Distretto partecipino - affiancati alle Direzioni generali - nella negoziazione dei budget con i Dipartimenti di produzione fino al livello ospedaliero di base, disponendo così di una leva più potente nell'indirizzare le attività e le modalità di erogazione dei servizi di riferimento del proprio distretto (cfr. sezioni 1.1.1 e 1.1.2).

Allo stesso modo per rafforzare il ruolo dei Direttori dei Dipartimenti interaziendali si propone che l'Organo di governo interaziendale – comunque costituito – attribuisca loro un budget complessivo che poi essi allocheranno tra le strutture in modo da incentivare le forme di collaborazione più efficaci per il conseguimento di obiettivi di interesse metropolitano superando le difficoltà di relazione tra strutture e professionisti afferenti ad Aziende diverse (cfr. sezione 2.2.3).

Infine, a livello Aziendale, nel momento in cui si dovessero adottare modifiche istituzionali quali quelle sopra indicate e cioè in presenza di Organi di governo metropolitano che gestiscono in modo unitario attività di comune interesse - tramite accordo di programma, consorzio o nuove Aziende integrate -, per le prestazioni erogate a favore dei residenti dell'area metropolitana occorre definire strumenti di finanziamento a budget complessivo corrispondente ai costi delle funzioni con meccanismi di incentivazione - laddove praticabili ed efficaci - per il conseguimento di miglioramenti nei risultati di salute o per la realizzazione di economie (cfr. sezione 2.3.2).

#### *La dimensione professionale*

Tutti i processi di integrazione e in particolare quelli di grandi dimensioni richiedono un'attenta riflessione su come affiancare gli stessi con soluzioni in grado di favorire un clima di maggiore collaborazione tra professionisti che operano nei diversi livelli assistenziali, tra diverse professioni mediche e sanitarie, nonché tra dipendenti del Servizio sanitario e personale convenzionato (universitari, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, ecc.). Il mandato affidato al Nucleo tecnico è riferito alla definizione di possibili soluzioni di tipo istituzionale e organizzativo con un cenno alla opportunità di valutare anche eventuali innovazioni nei meccanismi finanziari.

Nell'analisi che ha portato alle proposte sintetizzate in questo documento, il Nucleo si è interrogato in particolare sulla rilevanza e sui limiti degli strumenti di governo clinico volti a costruire relazioni collaborative tra i professionisti. Tale analisi, tuttavia, ha avuto un obiettivo molto limitato e cioè quello di verificare fino a che punto i processi di integrazione dell'area metropolitana possano essere affrontati in modo prevalente o esclusivo mediante strumenti di

governo clinico volti a favorire la collaborazione tra professionisti. Per quanto riguarda il mandato relativo all'analisi di soluzioni istituzionali o macro-organizzative, il Nucleo si è avvalso proficuamente dell'apporto delle componenti professionali dell'area metropolitana acquisendo direttamente valutazioni e indirizzi su alcune ipotesi di soluzioni per: a) integrare le reti cliniche tra il livello territoriale e quello ospedaliero con particolare riferimento al ruolo dei Distretti e alla possibile istituzione di Dipartimenti per la continuità assistenziale; b) ridefinire le reti ospedaliere apportando modifiche al funzionamento dell'attuale modello *hub and spoke* per valorizzare al meglio tutti i nodi della rete e per agevolare le opportune forme di mobilità dei professionisti; c) rivisitare il ruolo dei Dipartimenti e delle Unità operative, anche interaziendali, quali strumenti per il rafforzamento delle vocazioni delle diverse strutture ospedaliere e per una più efficace integrazione tra loro, anche a supporto degli strumenti di governo clinico basati sulle reti professionali; d) istituire organi di governo d'ambito metropolitano per supportare le attività di strumenti quali i Dipartimenti interaziendali e favorire l'integrazione tra funzioni assistenziali e universitarie.

La partecipazione dei professionisti nel contribuire con le proprie valutazioni all'esame delle suddette ipotesi di soluzioni, testimonia il diffuso senso identitario e di appartenenza alle rispettive Aziende, ma un approfondimento più rigoroso dei diversi profili di cambiamento nelle relazioni tra le professioni e tra i professionisti coinvolti in un processo di integrazione di così grande portata può essere concretamente avviato solo dopo aver chiarito quali sono le scelte sugli assetti istituzionali e sugli strumenti organizzativi nei diversi ambiti territoriali e nei diversi livelli assistenziali. Tale approfondimento, a valle delle indicazioni degli Enti competenti, dovrà quindi partire nuovamente dal coinvolgimento attivo di tutte le componenti professionali creando le condizioni perché assumano un ruolo propositivo – in interlocuzione con le Direzioni generali – nel definire i modelli più idonei a sostenere la collaborazione tra i professionisti per il miglioramento della qualità assistenziale e delle condizioni di lavoro.

La comunità professionale possiede un patrimonio di cultura, valori, esperienze, conoscenze che vanno indispensabilmente messe in connessione con questo progetto innovativo, anche al fine di promuovere coesione, senso comune e motivazione al cambiamento.

#### *La dimensione dell'integrazione tra assistenza, ricerca e didattica*

Per favorire l'integrazione tra assistenza, ricerca e didattica si ritiene che i nuovi assetti istituzionali e i nuovi modelli organizzativi proposti per l'area metropolitana siano occasioni importanti per migliorare l'allineamento strutturale tra reti assistenziali e reti per la ricerca e la didattica.

Più specificamente e in relazione a tale progressivo allineamento di funzioni si propongono azioni volte a: a) migliorare la collaborazione tra *hub and spoke* mediante una più ampia applicazione del concetto di ricerca traslazionale; b) candidare le strutture *hub* e le reti nel loro complesso a svolgere funzioni di promozione e di valutazione d'impatto delle innovazioni; c) fornire a tutti i soggetti potenzialmente interessati ad attività di ricerca indicazioni più precise in merito alle caratteristiche delle attività svolte e alla capacità di realizzazione attraverso le reti dell'area metropolitana; d) favorire la concentrazione degli investimenti in infrastrutture di grandi dimensioni e in capitale umano di altissima qualificazione nonché la focalizzazione dei finanziamenti correnti per la ricerca in corrispondenza dei principali nodi delle reti; e) sperimentare nuovi modelli di valutazione dell'impatto assistenziale delle attività di ricerca sanitaria (cfr. sezione 3.1.1).

Per quel che riguarda le attività di formazione, in relazione a una riorganizzazione degli assetti assistenziali che comporta una più netta differenziazione delle funzioni attribuite alle diverse strutture si propone un ampliamento delle attuali reti formative, con particolare riferimento a quelle delle Scuole di specializzazione, per adattarsi a percorsi assistenziali che sempre più riguarderanno strutture anche esterne all’Azienda ospedaliero-universitaria (cfr. sezione 3.1.2).

Data la crescente rilevanza delle strutture extra-ospedaliere per le cure primarie e intermedie all’interno del Servizio sanitario nel suo complesso, si propone di promuovere una graduale espansione delle attività formative al livello distrettuale a partire dagli ambiti disciplinari più coinvolti, anche attraverso modalità di organizzazione della didattica di tipo innovativo (cfr. sezione 3.1.2).

## **0.2 Gli approfondimenti**

L’Ufficio di presidenza della CTSSM il 4 aprile 2018, dopo aver valutato positivamente il documento “Forme di integrazione nell’Area metropolitana di Bologna: prima analisi” (cfr. sezione 4), ha chiesto al Nucleo di svolgere “alcuni approfondimenti specifici volti a definire gli elementi essenziali relativi a:

- una “nuova” Azienda ospedaliero-universitaria potenzialmente qualificabile come IRCCS costituita in prima approssimazione a partire dalle strutture che la Regione riterrà di individuare quali hub regionali nonché dai centri di riferimento per le reti di interesse nazionale e internazionale;
- un’Azienda USL di nuovo tipo che si ponga l’obiettivo di realizzare la piena integrazione delle funzioni assistenziali, di didattica e di ricerca nei livelli territoriale e ospedaliero di riferimento distrettuale;
- un Accordo quadro di programma tra le Aziende dell’Area metropolitana che definisca le regole generali per il governo dei servizi integrati di interesse comune”.

### *Una “nuova” AOU potenzialmente qualificabile come IRCCS*

Il Nucleo, richiamati il ruolo e le funzioni delle attività assistenziali e di ricerca degli IRCCS del Servizio sanitario nazionale con particolare attenzione al loro mandato (la ricerca traslazionale), ha evidenziato le opportunità derivanti da un riconoscimento ministeriale del carattere di IRCCS per l’AOU e per l’intero Servizio sanitario regionale, a partire dalle Aziende sanitarie dell’Area metropolitana e dall’Università di Bologna (cfr. sezione 5.1). È stata poi svolta una analisi di fattibilità di tale riconoscimento alla luce dei previsti requisiti ministeriali delle attività assistenziali e di ricerca svolte dall’AOU nel suo insieme (cfr. sezione 5.2) confrontandole poi con quelle di alcuni tra i principali IRCCS nazionali (cfr. sezione 5.3). L’analisi di fattibilità, sviluppata con obiettivi eminentemente metodologici dei diversi aspetti del processo che dovrà essere istruito nell’eventualità in cui si decida di promuovere una candidatura per il riconoscimento ad IRCCS, fornisce riscontri comparativi complessivamente positivi.

Il Nucleo, in coerenza con le ipotesi di scenario sopra illustrate che indicano una differenziazione di funzioni all’interno dell’AOU, ha avanzato una ulteriore ipotesi di individuazione di un ambito disciplinare nelle “Attività medico-chirurgiche e tecniche interventistiche multi-specialistiche di alta complessità”, restringendo l’ambito dell’AOU che viene proposto per il riconoscimento ad IRCCS. L’analisi di fattibilità condotta rispetto agli stessi parametri ministeriali condivide gli obiettivi metodologici sopra richiamati e si caratterizza per finalità eminentemente esemplificative, proponendosi come possibile traccia di prima approssimazione necessitando

quindi di ulteriori analisi e valutazioni di ordine programmatico, organizzativo e scientifico (cfr. sezione 5.4). In particolare, il Nucleo ha definito tale ipotesi sulla base di una prima valutazione delle caratteristiche interne delle strutture dell'AOU e delle caratteristiche esterne delle reti nazionali degli IRCCS già attivi, su considerazioni connesse alla necessità di garantire la sostenibilità economica e organizzativa dell'Azienda nonché la continuità delle attività su cui insiste l'integrazione con l'Università. La concreta definizione dei criteri di individuazione delle strutture - inclusa la possibilità di tenere conto di possibili sinergie con altre strutture presenti in Area metropolitana - per la presentazione formale di una candidatura ad IRCCS non può che essere affidata ai soggetti istituzionalmente preposti, che nella fase istruttoria potranno avvalersi anche di un più approfondito confronto con i professionisti coinvolti.

#### *Un'Azienda USL di nuovo tipo per la piena integrazione di assistenza, didattica e ricerca*

Il Nucleo, partendo dall'analisi dei processi di riorganizzazione dei servizi sanitari in corso con particolare riferimento alle relazioni tra assistenza territoriale e quella ospedaliera e in particolare dalle indicazioni della Delibera di Giunta Regionale sulla "Riorganizzazione delle Reti cliniche integrate" (2017) e del Protocollo d'intesa Regione-Università (2016), ha esaminato la soluzione delle "sedi ulteriori" come disciplinate dal Protocollo d'intesa quali luoghi esterni all'AOU di riferimento per l'integrazione, ritenendo che esse svolga un utile ruolo additivo rispetto alle AOU, ma non risponda alle esigenze poste dal potenziamento dell'articolazione territoriale dei servizi (cfr. sezione 6.1). A tal fine, il Nucleo ritiene che per rispondere alla nuova articolazione territoriale di servizi prima a base ospedaliera, così come all'"invenzione" di nuovi servizi (quali ad esempio gli Ospedali di comunità e le Case della salute), la collaborazione fra Università e Servizio sanitario regionale debba realizzarsi in ambiti appositamente individuati per sviluppare opportunità di ricerca e di formazione volte all'acquisizione delle nuove competenze richieste alle professioni sanitarie e al miglioramento di nuovi modelli assistenziali più coerenti con la "transizione epidemiologica" in atto. Questo comporta, nel medio-lungo periodo, il superamento delle "sedi ulteriori" e la necessità di individuare nuove forme di relazione fra Università e Servizio sanitario regionale che interessino in modo strutturale anche le Aziende USL, in forme analoghe, ma non necessariamente uguali, a quelle attualmente vigenti per le Aziende Ospedaliero-universitarie di riferimento. Questa esigenza generale è particolarmente sentita in ambito metropolitano, in quanto il modello organizzativo proposto per lo sviluppo dei servizi di comune interesse alle Aziende prevede una integrazione strutturale - sia fra le Aziende sia fra i livelli assistenziali - che attribuisce un ruolo crescente ai servizi territoriali e alla collaborazione fra ospedale e territorio anche attraverso i Dipartimenti per la continuità assistenziale (cfr. sezione 6.1).

Sul piano normativo, non si rilevano incompatibilità all'estensione dei rapporti di collaborazione istituzionale verso nuovi modelli di integrazione tra le attività dei due Enti volti a definire assetti stabilmente dedicati allo svolgimento di attività didattiche e di ricerca universitarie anche sul territorio. Tali assetti dovrebbero partire dalla individuazione delle attività formative e di ricerca che meglio possano essere realizzate, per competenze, strutture ed organizzazione presso le articolazioni territoriali dell'AUSL, ivi garantendo la stabile localizzazione dei corsi e programmi universitari pertinenti (cfr. sezione 6.2). Nella cornice dei principi forniti dal D.Lgs. 517/1999 e dalla L.r. 29/2004, la proposizione un nuovo modello - necessariamente sperimentale - di collaborazione fra Università e Servizio sanitario regionale per l'Area metropolitana richiederebbe un intervento normativo regionale che definisca i criteri per uno specifico Protocollo d'intesa Regione-Università come guida per il processo di integrazione, da realizzarsi tramite Accordo tra Azienda USL e Università di Bologna, con adozione degli atti organizzativi necessari (cfr. sez. 6.3).

La principale linea di differenziazione tra le nuove forme di integrazione e l'attuale modello basato sul principio dell'individuazione di "sedi ulteriori" al di fuori dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di riferimento appare dunque essere quella di ricercare una collaborazione stabile, organica e duratura tra gli Enti, che per ampiezza e qualità giustifichi una parziale modificazione degli assetti organizzativi e possa in tal modo conformare gli Accordi tra Azienda USL e Università a garanzia di impegni reciproci nell'investimento in capitale umano, organizzativo e finanziario, nel rispetto degli assetti dell'AUSL e del Servizio sanitario così come dell'autonomia universitaria e dell'ordinamento degli studi, nonché della coerenza ed adeguatezza tra reti formative e reti dell'assistenza sul territorio (cfr. sezione 6.4). Rispetto alle strutture già riconosciute come essenziali al percorso formativo all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di riferimento, la matrice di quelle individuate nella nuova Azienda USL che ospita forme più strutturali di integrazione dovrebbe essere quella di una complementarità (e non di residualità) che, in una logica di governo complessivo degli obiettivi formativi, vada ad individuare le attività assistenziali, didattiche e di ricerca che non possono che essere svolte a livello territoriale e nelle strutture pertinenti a tale livello assistenziale. In questo contesto, non può sfuggire l'entità dello squilibrio fra la quantità di risorse umane, materiali e finanziarie che, anche per motivi storici, i due soggetti possono impegnare nei nuovi ambiti di collaborazione e che dovrà necessariamente essere tenuta in considerazione nell'attribuzione delle responsabilità gestionali, analogamente a quanto previsto per le AOU. Cogliendo tale importante opportunità di differenziazione delle vocazioni e tenendo conto dello squilibrio fra le risorse inizialmente impegnate, potrebbe quindi raccomandarsi un intervento normativo "leggero", per definire le linee di sviluppo di una collaborazione organica e strutturale a partire da ambiti prioritariamente focalizzati sulla formazione pre- e post-laurea di specifiche professioni mediche e sanitarie (cfr. sezione 6.4).

#### *L'Organo di governo metropolitano e l'Accordo quadro di programma*

Data la complessità del sistema sanitario in Area metropolitana, il Nucleo ritiene che la definizione e la piena applicazione di strategie condivise tra le Aziende nei servizi di interesse comune, nonché il corretto funzionamento dei processi di integrazione richiedano l'istituzione di un Organo di Governo Metropolitano (OGM), dotato di ampi poteri di programmazione e alta gestione (cfr. sezione 7.1). Per assicurare all'OGM la capacità di incidere negli ambiti di interesse comune, il Nucleo suggerisce un intervento normativo regionale diretto a promuoverne l'istituzione prevedendo il necessario adeguamento degli Atti aziendali, a definirne le funzioni negli ambiti di interesse comune come definiti nell'Accordo quadro di programma e a renderne vincolanti le decisioni per le rispettive Direzioni generali (cfr. sezioni 7.2 e 7.3). La norma dovrebbe altresì prevedere che facciano parte dell'OGM i Direttori Generali delle Aziende dell'Area metropolitana bolognese e che tra questi il Presidente della Giunta regionale nomini un coordinatore (cfr. sezioni 7.3 e 7.4). L'OGM diviene quindi la sede in cui definire i principali atti di programmazione sanitaria e alta gestione relativi alle attività e ai servizi di interesse comune tra le Aziende gestiti in via ordinaria da Strutture, Programmi o Dipartimenti interaziendali, nonché tramite Cessioni di attività a singole Aziende nel rispetto delle procedure di informazione e confronto preventivo con le OO.SS (cfr. sezione 7.5). In coerenza a questo modello, i responsabili delle strutture definite di interesse comune ricevono il proprio incarico su indicazione dell'OGM con un mandato forte ad operare nell'interesse del sistema metropolitano. È inoltre previsto un Organismo di supporto dell'OGM con funzioni consultive, di proposta e di raccordo con soggetti istituzionali presenti nelle singole Aziende composto dai Direttori sanitari delle Aziende, dai Direttori dei Dipartimenti interaziendali, da un componente di ogni Collegio di Direzione, da un componente designato elettivamente da parte di ciascuna Azienda per le professioni sanitarie e dai presidenti dei Comitati di indirizzo o di Consiglio di indirizzo e verifica (cfr. sezione 7.4).

### *L'Accordo quadro, i modelli organizzativi e le Convenzioni specifiche*

Il Nucleo rileva che la nuova configurazione delle responsabilità di programmazione e di gestione in capo a ciascuna Azienda sanitaria derivante dalla individuazione del campo dei “servizi di interesse comune” cui è preposto l’OGM richiede una chiarificazione concettuale preventiva del nuovo ruolo delle singole Aziende che supera la tradizionale indicazione della Azienda capofila. Infatti, il nuovo assetto di governo comporta la necessità di distinguere fra l’Azienda titolare della funzione assistenziale cui la persona si rivolge in prima istanza (Azienda di tutela) rispetto all’Azienda cui la programmazione congiunta ha affidato la responsabilità della produzione del servizio (Azienda di produzione): mentre resta istituzionalmente in capo alla prima la responsabilità della funzione di soddisfazione del bisogno assistenziale espresso dalla persona/popolazione di riferimento, la seconda matura nei confronti delle Aziende di tutela una serie di impegni, positivi e negativi, riguardo a quantità ed appropriatezza delle risorse utilizzate, tempestività e qualità del servizio, ecc. (cfr. sezione 8.1). Gli impegni che maturano fra le Aziende per effetto della riconfigurazione dei processi di produzione comprendono sia una responsabilità generale relativamente a qualità ed appropriatezza delle prestazioni e dei servizi prodotti sia una responsabilità specifica sulle risorse messe a disposizione (cui devono concorrere le Aziende di tutela), sul loro utilizzo efficiente, sulla responsabilità professionale in ambito medico-legale, ecc. L’ampiezza e intensità di tali impegni variano in ragione della forma organizzativa adottata e sono in linea generale massimi in caso di un trasferimento integrale di attività con centralizzazione in capo ad una unica Azienda; intermedi, qualora l’Azienda sia sede della direzione di un Dipartimento Interaziendale che svolge attività in più sedi con Unità operative dotate di autonomia; minimi quando l’Azienda ospiti una fase di un Programma “trasversale” che interessa più Aziende contemporaneamente (cfr. sezione 8.1).

Il Nucleo richiama la centralità dell’Accordo quadro per indicare i criteri fondamentali condivisi per individuare forme organizzative, strumenti e procedure per la programmazione congiunta e l’alta gestione di strutture comuni alle Aziende di ambito metropolitano da applicare nelle Convenzioni attuative specifiche a cui è affidato il compito di individuare il modello organizzativo più idoneo e precisare nel dettaglio gli strumenti per la sua gestione e per il monitoraggio dei risultati conseguiti (cfr. sezione 8.2). Per quanto riguarda la scelta dei modelli organizzativi da ricomprendere nell’Accordo quadro, alla luce dell’analisi delle esperienze condotte in Area metropolitana, i Dipartimenti interaziendali e, in una prospettiva di più lungo termine, le cessioni di attività tra le Aziende si confermano come soluzioni più adatte nel lungo termine rispetto alle Unità operative interaziendali costituite ricorrendo all’art. 22-ter ovvero la cui direzione è condivisa tra più Aziende. Tali strutture devono essere comunque disciplinate dall’Accordo quadro perché rappresentano una forma diffusa di collaborazione e quindi tale rendere opportuna la definizione di criteri generali per un loro più efficace funzionamento (cfr. sezione 8.3). Per quel che riguarda i Dipartimenti interaziendali, l’Accordo quadro dovrebbe prevedere che la loro istituzione da parte dell’OGM risponda ad alcuni criteri generali quali le ampie dimensioni, i significativi poteri gestionali sull’utilizzo delle piattaforme tecnologiche di maggior dimensione e il mandato a promuovere una piena integrazione del personale attivo in Unità operative con rapporti datoriali con Aziende diverse. Infine, l’Accordo quadro dovrebbe prevedere gli ambiti in cui le attività e i servizi sono ceduti a favore di una singola Azienda con particolare riferimento ai servizi ad alto grado di standardizzazione e a esclusione di quelli che, anche dopo la cessione, sono caratterizzati da una forte integrazione dei processi tra strutture appartenenti a più Aziende (cfr. sezione 8.3).

Il Nucleo ha quindi approfondito gli elementi essenziali delle modalità di gestione dei principali processi disciplinati dalle Convenzioni attuative dell'Accordo quadro in relazione alle scelte compiute sul modello organizzativo più appropriato. Allo scopo è proposta una matrice di riferimento che per ogni processo condiviso tra le Aziende (progettazione, sistema di budget, gestione delle risorse umane, titolarità della produzione, remunerazione e finanziamento, allineamento degli incentivi, responsabilità professionali, e sistemi informativi) definisce gli elementi essenziali delle soluzioni che meglio si adattano ai diversi modelli organizzativi e che dovrebbero essere ulteriormente dettagliati nelle Convenzioni relative ai diversi servizi di interesse comune (cfr. sezione 8.4).

#### *I meccanismi di remunerazione di attività/servizi e per il finanziamento degli investimenti*

In un sistema di programmazione per reti cliniche integrate l'impiego di un sistema di remunerazione a tariffa può comportare sia un disavanzo strutturale delle Unità operative a cui è attribuita la gestione della casistica più complessa - dato che la tariffa DRG è calcolata come costo medio - sia un ritardo nella diffusione di innovazioni (cfr. sezione 8.5). In assenza di correttivi, vi può essere un orientamento dei produttori a ridurre la casistica più complessa e a rallentare l'introduzione di innovazioni, in contrasto con i mandati affidati dalla programmazione strategica. Per queste ragioni si raccomanda che l'OGM ponga mano anche alla definizione di strumenti coerenti di remunerazione delle attività e di finanziamento degli investimenti. Inoltre, una coerente applicazione della programmazione per reti cliniche integrate, soprattutto nel passaggio tra ospedale e territorio, potrebbe essere agevolata da meccanismi di remunerazione per episodio di cura nel suo complesso mirati a ridurre il rischio di inappropriata scelta degli ambiti assistenziali e che potrebbero essere sperimentati nei Dipartimenti di continuità. Per quanto concerne i criteri di ripartizione dei costi sostenuti dall'Azienda produttrice dei servizi ausiliari (ad es. laboratorio analisi) si dovrebbe superare l'impiego di alcuni parametri di riferimento (numero di dipendenti, metri quadri, valore dei beni acquistati o volumi di attività) sperimentando il ricorso a *driver* che tengano in maggiore considerazione le caratteristiche delle Aziende. Ad esempio, si potrebbe prefigurare di ripartire i costi rispetto ai volumi di prestazioni richieste per le Aziende di produzione all'interno di vincoli predefiniti e in ragione di fabbisogni stimati calcolati sulla base della popolazione residente ponderata per le AUSL. Allo stesso modo regole di compartecipazione ai disavanzi nel caso in cui la produzione dei servizi ausiliari superi il tetto preventivato, potrebbero portare a una maggiore condivisione delle responsabilità finanziarie. Con riferimento al finanziamento degli investimenti, per favorire una programmazione condivisa delle piattaforme tecnologiche da parte dell'OGM, il Nucleo propone di definire un sistema di compartecipazione alla copertura dei relativi oneri che potrebbe assumere la forma di un fondo per gli investimenti alimentato da quote a carico di tutte le Aziende, le cui caratteristiche fondamentali dovrebbero essere precisate in sede di Accordo quadro. Questo meccanismo che potrebbe svolgere un ruolo di rilievo nell'allineamento degli obiettivi delle Aziende sul lungo termine, dovrebbe poi essere compensato prevedendo una decurtazione fortettaria complessiva al momento della valorizzazione mediante tariffe DRG delle attività prodotte nei confronti dei residenti in grado di compensare i costi fissi già coperti dal fondo. (cfr. sezione 8.5).

#### *L'allineamento tra obiettivi metropolitan, aziendali e di struttura*

Per garantire un maggior allineamento tra gli obiettivi di Area metropolitana, delle Aziende e quindi delle Strutture/Programmi impegnate nei servizi di interesse comune, la Regione potrebbe modificare o integrare gli obiettivi a cui è connessa la valutazione dei Direttori generali delle Aziende, introducendo indicatori di risultato relativi all'Area metropolitana, in modo da rafforzare la tensione a dare priorità agli interventi volti a una programmazione condivisa e a modelli di



produzione pienamente integrati. Allo stesso modo e come preconditione al perseguimento degli obiettivi congiunti ai diversi livelli organizzativi e all'efficacia dei meccanismi incentivanti per le direzioni generali e le altre posizioni di responsabilità, la Regione potrebbe definire obiettivi di equilibrio di bilancio complessivi per l'Area metropolitana, rafforzando la propensione, ai vari livelli, ad assumere responsabilità solidali all'interno di un sistema metropolitano sempre più integrato. Sulla scorta di queste previsioni, l'OGM potrebbe poi introdurre nell'Accordo quadro alcuni principi per l'adozione di incentivi di risultato mirati a obiettivi di salute o di cambiamento nei processi organizzativi. (cfr. sezione 8.6).

*I rapporti con l'Università nella definizione dell'Accordo quadro e delle Convenzioni specifiche*

Data la particolare specificità delle fonti normative che disciplinano le forme dell'integrazione tra Servizio sanitario e Università e la particolare rilevanza del Protocollo di intesa e degli Accordi attuativi, il Nucleo ritiene opportuno che l'Accordo quadro si limiti a richiamare tali fonti ove rilevanti nel regolare le Convenzioni specifiche che hanno appunto ad oggetto attività di collaborazione con l'Università. Ciò pare particolarmente opportuno negli ambiti in cui la collaborazione tra Servizio sanitario e Università si svolge in strutture dell'AOU e/o in strutture di altre Aziende istituite quali "sedi ulteriori". Inoltre, a prescindere dal modello organizzativo individuato, se in ambito di programmazione viene proposta una modifica nelle modalità di collaborazione tra Servizio sanitario e Università che coinvolge una struttura di interesse comune tra le Aziende metropolitane, l'Azienda direttamente coinvolta nella definizione dell'Accordo attuativo con l'Università dovrebbe acquisire preventivamente il parere dell'OGM. Per quel che riguarda gli aspetti economico-finanziari delle Convenzioni relative a servizi di interesse comune che coinvolgono anche l'Università - quali gli impegni a garantire un adeguato reclutamento di personale (in caso di cessazione o di fabbisogno di particolari profili) o una sufficiente copertura degli investimenti - questi dovrebbero essere definiti applicando anche all'Università i criteri ordinari definiti per le Aziende, compatibilmente con quanto previsto dalle norme di riferimento e tenendo conto delle specifiche circostanze della collaborazione (cfr. sezione 8.7).

## **I Forme di integrazione nell'Area metropolitana di Bologna: prima analisi**

### **1 Il coordinamento tra reti dell'assistenza distrettuale e reti ospedaliere**

In questa sezione affrontiamo l'analisi dei possibili *“strumenti istituzionali e organizzativi”* per *“procedere congiuntamente a razionalizzare le reti ospedaliere in pieno coordinamento con la revisione dei modelli organizzativi dell'assistenza distrettuale, al fine di realizzare una più efficace integrazione dei percorsi e delle reti clinico-assistenziali funzionali a miglioramenti in termini di efficienza complessiva, continuità assistenziale, sicurezza e qualità”*. Dopo una breve illustrazione dei recenti documenti di programmazione delle Aziende sanitarie territoriali, l'analisi si concentra su alcune innovazioni volte a rafforzare il ruolo del Distretto quale fondamentale articolazione territoriale delle Aziende con compiti di raccordo con il Comitato dei Sindaci per l'elaborazione e l'attuazione della programmazione e quindi si focalizza sull'istituzione di nuovi Dipartimenti di continuità quale strumento organizzativo per ridurre in modo strutturale il frazionamento e le discontinuità oggi prevalenti nel passaggio dei percorsi assistenziali dal territorio all'ospedale e viceversa.

Gli attuali modelli di programmazione territoriale – in ambito internazionale così come regionale – si basano sulla rinnovata centralità delle cure primarie e intermedie nella gestione di fabbisogni assistenziali che riguardano in modo crescente pazienti anziani con patologie croniche plurime e tali da coinvolgere di frequente anche bisogni di natura socio-sanitaria e sociale. Per dare maggiore stabilità organizzativa e quindi efficacia operativa a tali modelli le Aziende dell'Area metropolitana hanno introdotto innovazioni organizzative importanti come le Case della salute, gli Ospedali di comunità e gli *Hospice* quali luoghi in cui concentrare le risorse necessarie per rafforzare rispettivamente le cure primarie, intermedie e palliative, assicurando maggiore continuità nei percorsi assistenziali e condizioni di superiore equità di accesso e prossimità al domicilio degli assistiti. Con riferimento al quesito posto dall'Accordo e cioè di proporre soluzioni in grado di garantire maggiore integrazione tra le attività e servizi offerti nei nuovi modelli organizzativi territoriali e quelli offerti nelle strutture ospedaliere, attualmente le Aziende danno risposte basate sul potenziamento di alcuni strumenti di governo clinico utili a incentivare la collaborazione tra i professionisti quali i coordinamenti, i gruppi multidisciplinari, i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e i programmi. Tali strumenti, supportando il coordinamento tra professionisti afferenti a Unità operative, Dipartimenti e Aziende o Enti diversi attivi sul confine tra il livello distrettuale e quello ospedaliero, si pongono l'obiettivo principale di garantire che la scelta dell'ambito assistenziale sia ispirata a criteri di efficacia e appropriatezza organizzativa tenendo conto delle particolari esigenze di un numero crescente di pazienti fragili.

#### **1.1 La visione del rapporto tra assistenza territoriale e ospedaliera**

Rispetto a questo quadro, nei paragrafi che seguono motiveremo le ragioni per cui per realizzare una più efficace integrazione dei percorsi e delle reti clinico-assistenziali nello snodo centrale tra territorio e ospedale, è necessario prendere in considerazione strumenti organizzativi che vanno oltre quelli basati sul governo clinico. Il punto di partenza comune alle soluzioni che descriveremo è che, a fronte della crescita dei fabbisogni assistenziali di pazienti cronici, pluri-patologici e con fragilità sociale, occorre agire congiuntamente in due direzioni: 1) rafforzare i sistemi di programmazione - sanitaria, socio-sanitaria e sociale - di livello distrettuale basati su una logica di responsabilità complessiva sull'insieme delle politiche integrate necessarie per una gestione attiva della salute della popolazione di riferimento e 2) rafforzare gli ambiti organizzativi che gestiscono i

passaggi tra livelli assistenziali in modo da includere in un contesto gestionale unitario tutte le strutture – territoriali e ospedaliere - responsabili delle principali fasi che caratterizzano i percorsi assistenziali dei pazienti cronici in condizioni di fragilità.

### 1.1.1 Il ruolo del Distretto

Come è noto e come verrà in maggior dettaglio illustrato negli allegati 1 e 2, negli ultimi anni si rileva da un lato una tendenza, anche internazionale, ad organizzare i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali in una logica di sistema territoriale integrato intorno ai bisogni complessivi di cittadini spesso in condizioni di fragilità e dall'altro, con particolare riferimento al caso nazionale alla crescita dimensionale delle Aziende sanitarie. Il combinarsi di queste due tendenze costituisce la ragione principale per riconoscere oggi un ruolo del tutto peculiare al Distretto socio-sanitario quale fondamentale articolazione unitaria dell'Azienda sanitaria cui attribuire il compito di gestire globalmente e in modo attivo la salute della popolazione nel proprio ambito territoriale di riferimento.

Questa centralità - peraltro già riconosciuta sul piano normativo - non è oggi ulteriormente motivata solo per l'impossibilità di organizzare e gestire un modello di gestione attiva della salute su popolazioni che a livello Aziendale ormai spesso superano il milione di cittadini, ma anche per la considerazione – fatta propria in ultimo dal Piano sociale e sanitario regionale 2017-19 - che un moderno sistema di welfare pubblico locale si basa su una forte integrazione tra gli interventi in molti settori e in particolare nell'assistenza socio-sanitaria, richiedendo una forte coesione istituzionale tra i singoli Comuni e tra questi nel loro insieme e le articolazioni delle Aziende sanitarie. In un contesto di complessità così alto come quello di un sistema di welfare plurisetoriale, tale coesione non può essere realisticamente conseguita se il numero stesso dei Comuni (non degli abitanti) o delle loro Unioni e la loro eterogeneità divengono troppo elevate.

Per garantire un adeguato livello di coesione istituzionale e di collaborazione organizzativa, è necessario che il Comitato dei Sindaci di Distretto sia messo nelle condizioni di esercitare le proprie funzioni nell'indirizzare il sistema integrato dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali e verificarne i risultati. In questo senso e in relazione al quesito proposto al Nucleo, se nei Distretti si intende promuovere una efficace integrazione tra livello territoriale e livello ospedaliero per le funzioni di rilevanza distrettuale, occorre che il Comitato possa concretamente valutare, ad esempio, se le nuove soluzioni organizzative introdotte – non solo Case della salute, Ospedali di comunità, *Hospice*, ma anche quelle volte a integrare le cure primarie e intermedie con l'assistenza ospedaliera di base - rispondano in modo efficace ai fabbisogni dei residenti o se non siano invece strumentali a logiche di ampliamento del controllo esercitato dal livello ospedaliero sull'offerta complessiva di servizi.

In considerazione delle rilevanti competenze richieste per programmare e valutare sistemi assistenziali di questa complessità, se si intendono rafforzare le capacità di indirizzo e verifica del Comitato dei Sindaci, occorre rafforzare prima il ruolo del Distretto socio-sanitario quale fondamentale articolazione organizzativa delle Aziende sanitarie nell'ambito territoriale di riferimento e del suo Direttore quale essenziale figura di raccordo tra piano istituzionale (Comuni) e livello organizzativo-gestionale (Azienda). In particolare, il Direttore ha il compito di assicurare in primo luogo adeguati livelli di prossimità delle cure rispetto al domicilio dei residenti mediante una relativa autosufficienza delle strutture collocate sul territorio nell'erogazione delle prestazioni di base coerenti ai fabbisogni dei residenti, pur nella necessità di concentrare i servizi ad alto costo o altamente specialistici. In secondo luogo, il Direttore ha il compito di contenere al minimo la

frammentazione degli interventi settoriali e le discontinuità tra diversi livelli assistenziali, fenomeni che a fronte di una crescente quota di pazienti anziani con patologie croniche e fragilità sociale assumono un rilievo del tutto particolare.

Per consentire al Direttore di Distretto di realizzare questi obiettivi, le funzioni a lui attribuite devono andare oltre quelle di garanzia dell'esigibilità dei livelli assistenziali o di committenza dei servizi e acquisire un peso maggiore nella definizione delle proposte di programmazione, nell'allocazione dei budget alle strutture di produzione, nel gestire gli strumenti di coordinamento tra le reti di offerta ai diversi livelli e nella verifica dei risultati conseguiti da ciascuna componente del sistema. In questo modo si ricondurrebbe a una figura chiaramente individuata (il Direttore di Distretto) la responsabilità di raccordarsi con il Comitato dei Sindaci su tre diversi, ma essenziali, profili di integrazione: tra servizi territoriali già consolidati, quali le cure primarie e intermedie, ma offerti attraverso soluzioni organizzative in parte innovative; tra questi ultimi e i servizi ospedalieri di interesse distrettuale e, per quanto concerne i servizi socio-sanitari, tra il Servizio sanitario e le strutture di erogazione dei servizi socio-assistenziali individuate dai Comuni, avvalendosi del coordinamento tecnico del Direttore delle Attività socio-sanitarie, in raccordo con l'Ufficio di Piano. Il Direttore di Distretto, nominato dal Direttore Generale d'intesa con il Comitato di Distretto, contribuisce inoltre all'esercizio delle funzioni di programmazione territoriale sociale integrata con altre politiche (lavoro, casa, scuola), in stretto raccordo con i rispettivi interlocutori istituzionali. Infine, il Direttore di Distretto promuove iniziative di programmazione partecipata, sostenendo attivamente forme di sussidiarietà al di fuori dei confini aziendali e sviluppando collaborazioni con la comunità di riferimento e le sue forme associative.

Si noti che le più penetranti competenze del Distretto socio-sanitario non riguardano in alcun modo la gestione dell'offerta dei servizi che rimane saldamente in capo ai Dipartimenti competenti per funzione. Al contrario, la distinzione di ruoli tra Direzione del Distretto socio-sanitario e Direzione dei Dipartimenti è rafforzata dal fatto che il Direttore del Distretto - quale delegato del Direttore generale dell'Azienda nel proprio ambito territoriale e figura di raccordo con i Sindaci - assume una maggiore centralità nelle funzioni in cui si esprime la domanda di servizi (programmazione, committenza, allocazione del budget, verifica dei risultati) rivolta ai Direttori di Dipartimento. In particolare, un importante sostegno a questo ruolo del Direttore di Distretto potrebbe realizzarsi se le Aziende USL perfezionassero ulteriormente il meccanismo di macro-allocazione dei budget - per tutte le funzioni di riferimento distrettuale che già oggi si svolge tra Direzione generale e Direttori dei Distretti - quali responsabili complessivi della gestione attiva e integrata della salute della popolazione di riferimento - in presenza dei Direttori di Dipartimento che sono chiamati a rappresentare correttamente le necessità e gli ostacoli da superare per il concreto conseguimento di tali obiettivi.

Tenendo conto delle indicazioni dell'Azienda (o della Regione) in relazione a quali servizi devono essere erogati a livelli sovra-distrettuali e delle valutazioni del Comitato di Distretto, il Direttore di Distretto può quindi orientare, almeno nel medio-lungo termine e nel suo ambito di riferimento, i sistemi di offerta per definire la combinazione dei servizi più adeguata - tra assistenza domiciliare, strutture per le cure primarie e intermedie, strutture ospedaliere, strutture per la riabilitazione, etc. - a rispondere alle specifiche esigenze della popolazione di riferimento. Sotto questo profilo, data la prevedibile evoluzione dei fabbisogni assistenziali complessivi connessi alla crescita delle cronicità multiple e delle fragilità sociali, sarà compito in particolare del Direttore di Distretto di garantire che le strutture ospedaliere di riferimento distrettuale offrano servizi ospedalieri di medio-bassa complessità coerenti con i fabbisogni dei residenti ed erogati secondo logiche di

prossimità e continuità assistenziale. Anche per questa ragione, oltre che per dare risposta al quesito posto dall'Accordo, la prossima sezione è specificamente dedicata all'analisi dei modelli organizzativi che favoriscono il perseguimento di questi obiettivi.

### 1.1.2 Il raccordo tra territorio e ospedale

Il rafforzamento della coesione istituzionale tra i Comuni facenti parte del Distretto e l'ampliamento delle funzioni attribuite al Direttore sono condizioni necessarie a focalizzare maggiormente gli interventi assistenziali sui fabbisogni complessivi della popolazione di riferimento, ma non sono di per sé sufficienti a superare i problemi di raccordo tra le reti assistenziali nello snodo cruciale tra livello territoriale e ospedaliero. Infatti, dal lato dell'offerta vi sono al momento differenze macroscopiche tra i modelli organizzativi propri delle strutture ospedaliere e delle strutture territoriali in termini di standardizzazione dei processi, di misurabilità dei risultati, di certezza sulla definizione delle responsabilità, di ampiezza degli orari di apertura, di dimensione degli impegni economici minimi per garantirne la sostenibilità, nonché di impatto socio-economico sul territorio.

Tali differenze rappresentano ostacoli rilevanti nel percorso di riequilibrio delle combinazioni produttive tra i diversi livelli soprattutto in considerazione della difficile fase di transizione in cui la domanda di prestazioni si è già modificata nella direzione della cronicità multipla e della fragilità, mentre deve ancora realizzarsi per molti aspetti dal lato dell'offerta per cui le soluzioni territoriali al momento non sono sufficienti a soddisfare una parte rilevante dei fabbisogni (e non sembrano essere percepite come tali dalla popolazione). Si perpetua quindi una situazione di stallo in cui le strutture ospedaliere di riferimento distrettuale continuano a farsi carico di fabbisogni che in linea teorica dovrebbero essere soddisfatti mediante soluzioni più soddisfacenti per gli assistiti, rendendo peraltro impossibile liberare risorse sufficienti a ridurre la distanza tra domanda da soddisfare in strutture non ospedaliere e loro capacità produttiva. Se si aggiunge che i Dipartimenti territoriali sono spesso considerati strumenti gestionali meno coesi rispetto a quelli ospedalieri - anche per la maggiore eterogeneità professionale e strutturale -, si comprende perché, in condizioni di risorse stazionarie, vi siano difficoltà nel trasferire risorse verso strutture territoriali che, almeno nel breve termine, potrebbero comunque non essere in grado di far fronte ai nuovi fabbisogni assistenziali.

Una conferma della rilevanza del problema e delle difficoltà nel trovare soluzioni adeguate al problema del raccordo tra livelli territoriale e ospedaliero è data dal fatto che 37 delle 50 sperimentazioni gestionali lanciate in questi ultimi anni nel Sistema sanitario inglese nel programma "Vanguards" (si veda una illustrazione in allegato 1) hanno come oggetto il governo delle cure territoriali e in particolare l'integrazione tra queste e il livello ospedaliero. Molte tra queste sperimentazioni prevedono innovazioni non dissimili da quelle messe in campo dalle Aziende sanitarie della Regione e in particolare da quelle di Area metropolitana e consistono nel rafforzamento di strumenti di governo clinico mirati specificamente al coordinamento tra i professionisti coinvolti nella gestione dei percorsi tra i due livelli. In alcuni casi in cui al tema è stata attribuita una maggiore salienza sono stati istituiti strumenti organizzativi *ad hoc* quali i "programmi" attivi su ambiti specifici quali i filtri all'accesso o le procedure per le dimissioni protette, considerati cruciali per garantire tale raccordo.

Nel complesso, l'analisi delle esperienze internazionali, nazionali e regionali (cfr. allegati 1 e 4) sembra indicare che le soluzioni basate su meccanismi di governo clinico ovvero di coordinamento

tra più livelli della programmazione in assenza di ambiti decisionali unitari o di strumenti gestionali mirati hanno più elevata probabilità di successo in contesti caratterizzati da relazioni relativamente semplici e stabili (al limite biunivoche) tra servizi territoriali e strutture ospedaliere. Al contrario, le stesse soluzioni sono probabilmente insufficienti in contesti quali l'Area metropolitana di Bologna, nella quale spesso i livelli di complessità sono molto più elevati sia nel sistema di relazioni tra i due livelli assistenziali (in entrambe le direzioni) con percorsi che spesso intersecano non solo confini distrettuali ma anche aziendali, sia nelle dimensioni, nel potenziale attrattivo anche inter-distrettuale e nell'eterogeneità della capacità produttiva ospedaliera pubblica e privata. In un contesto di tale complessità, è opportuno riflettere anche sull'adozione di soluzioni più strutturate al problema di garantire livelli adeguati di prossimità e continuità all'assistenza ospedaliera di riferimento distrettuale.

### **1.2 I Dipartimenti di continuità**

In alternativa alle soluzioni fin qui esaminate è possibile valutare l'istituzione di Dipartimenti di continuità di riferimento distrettuale nei quali collocare le strutture territoriali e ospedaliere tra loro complementari che sostengono una parte rilevante dei percorsi assistenziali a maggior volume per i quali occorre garantire adeguate condizioni di prossimità e di continuità assistenziale. Più specificamente tali Dipartimenti includono le strutture ospedaliere a vocazione generalista o specialistica di medio-bassa complessità che offrono in prevalenza servizi di primo livello necessari a soddisfare i fabbisogni dei residenti nel Distretto (o Distretti) di riferimento, nelle aree disciplinari di medicina, chirurgia generale e materno-infantile nonché tutte le strutture e i servizi territoriali (Ospedali di comunità, Strutture residenziali socio-sanitarie, Case della salute) maggiormente coinvolti nella gestione dei percorsi che si sviluppano su più livelli assistenziali. La composizione dei Dipartimenti di continuità in termini di caratteristiche e ambiti disciplinari delle strutture ospedaliere e territoriali afferenti potrà subire variazioni in relazione alle caratteristiche degli stabilimenti ospedalieri di riferimento e in relazione alla popolazione e alla configurazione geografica dei Distretti. In linea generale vi potranno essere Distretti con più Dipartimenti di continuità suddivisi per grande ambito disciplinare (medico, chirurgico, materno-infantile) e altri in cui ve ne sarà uno solo con Unità operative riferibili ai tre ambiti.

La collocazione all'interno di un unico Dipartimento delle strutture che svolgono attività riferibili ai due diversi livelli, ma che costituiscono in realtà segmenti di percorsi assistenziali da gestire in modo unitario, può contribuire in modo significativo a ridurre frammentazioni e disfunzioni. In questo modo si realizza una gestione unitaria e più flessibile delle risorse a cominciare da quelle professionali (mobilità fra le diverse sedi erogative, condivisione delle competenze), logistiche (comuni piattaforme ambulatoriali residenziali ed ospedaliere) e tecnologiche (condivisione strumenti ICT, diagnostica). I processi assistenziali risultano più coordinati e meglio articolati in termini multidisciplinari e multiprofessionali. All'interno del Dipartimento di continuità non solo i responsabili delle singole strutture o programmi rispondono a un unico Direttore con forti poteri gestionali e con obiettivi direttamente mirati a garantire la continuità, la prossimità e la qualità complessiva, ma anche i costi dei servizi sono coperti mediante un budget unitario che consente di neutralizzare i potenziali incentivi a trattenere o a dimettere pazienti secondo logiche non allineate a considerazioni di appropriatezza. L'unitarietà delle filiere di comando e l'allineamento dei sistemi di remunerazione possono risultare strumenti decisivi per superare i persistenti ostacoli all'integrazione dovuti alla permanenza di obiettivi, vincoli e interessi divergenti tra Unità operative e professionisti che oggi perseguono sì il coordinamento mediante strumenti di governo clinico, ma si trovano ad agire ciascuno all'interno di unità organizzative distinte (Dipartimenti

ospedalieri da un lato e Dipartimento delle cure primarie dall'altro) che sul piano dei rimandi gerarchici, degli obiettivi e degli strumenti di finanziamento sono diversi e talvolta non allineati.

### 1.2.1 Le relazioni dei Dipartimenti di continuità con le reti distrettuali

I Dipartimenti di continuità, pur condividendo la logica organizzativa transmurale dei Dipartimenti di salute mentale, si collocano fermamente nel macro-ambito dell'assistenza distrettuale e quindi presentano ambiti di possibile sovrapposizione con le competenze attribuite al Dipartimento delle cure primarie dalle recenti linee guida regionali. In prima approssimazione, per assicurare una sufficiente capacità di manovra per i Dipartimenti di continuità, al Dipartimento delle cure primarie potrebbero essere attribuite competenze in materia di:

- a) assistenza medica di base in regime di convenzione (negoiazione e applicazione degli accordi convenzionali e governo delle attività dei Nuclei delle cure primarie);
- b) assistenza domiciliare da parte dei medici e degli infermieri di medicina generale, che diventerebbe una vera e propria "modalità di erogazione dell'assistenza", superando la tradizionale connotazione puramente prestazionale;
- c) relazioni di integrazione con le strutture territoriali competenti per l'erogazione dei servizi socio-sanitari e dei servizi di assistenza sociale;
- d) gestione delle attività di assistenza farmaceutica territoriale;
- e) gestione della rete delle cure palliative e degli *Hospice*.

Altre funzioni e attività, ormai spesso collocate all'interno delle Case della salute, quali l'assistenza specialistica territoriale, l'assistenza infermieristica, ostetrica, riabilitativa e consultoriale, nonché la gestione degli Ospedali di comunità potrebbero invece essere attribuite ai Dipartimenti di continuità.

Un profilo specifico di particolare rilievo nella definizione dei confini tra i due Dipartimenti riguarda le attività e i servizi collocati di norma nelle Case della salute o negli Ospedali di comunità. A questo riguardo, si ritiene che la presenza di attività – quali quelle sopra ricordate – affidate ai Dipartimenti di continuità all'interno delle Case della salute, lungi dall'ostacolare lo svolgimento dei compiti attribuiti ai Dipartimenti delle cure primarie nelle stesse sedi, ne rafforzerebbe il ruolo di piattaforme capaci di garantire accesso unitario ai servizi di pertinenza dei diversi Dipartimenti (territoriali, di continuità, tecnico-amministrativi) e tali da richiedere non solo condizioni di erogazione che privilegiano la prossimità e l'equità, ma anche un controllo forte - in entrambe le direzioni - sulla filiera verticale che connette strutture ospedaliere di riferimento distrettuale, ospedali di comunità e strutture per la riabilitazione. Nella prospettiva di un ampliamento dei Dipartimenti coinvolti nel funzionamento delle Case della salute, le relative responsabilità di coordinamento gestionale di queste ultime potrebbero essere affidate a un coordinatore operativo individuato dal Direttore del Distretto tra il personale afferente a uno di tali Dipartimenti. Al contrario, per il pieno allineamento tra obiettivi dei Dipartimenti di continuità e degli Ospedali di comunità, la responsabilità gestionale su questi ultimi dovrebbe essere affidata ai primi che la esercitano nell'ambito degli indirizzi e nel perseguimento degli obiettivi definiti dal Comitato di Distretto.

### 1.2.2 I Dipartimenti di continuità e le relazioni con le reti ospedaliere

Negli stabilimenti ospedalieri in cui si realizzano prevalentemente attività di interesse distrettuale tutte le Unità operative sono incluse nel Dipartimento di continuità unico per il Distretto (nel caso di piccole dimensioni dello stesso) ovvero di quello rilevante per ambito disciplinare. Negli stabilimenti ospedalieri di maggiori dimensioni e complessità le Unità operative sono in parte

incluse nei Dipartimenti di continuità - quando prevalentemente impegnate nell'erogazione di prestazioni di medio-bassa complessità a beneficio dei residenti in ambito distrettuale – e in parte incluse nei Dipartimenti interaziendali di tipo specialistico (di ambito metropolitano – si veda sotto) se prevalentemente impegnate nell'erogazione di prestazioni di medio-alta complessità a favore di bacini di utenza di dimensione aziendale o sovra-aziendale. Nel caso di stabilimenti delle Aziende USL, i Dipartimenti di continuità sono costituiti da Unità operative interne alle Aziende sui due livelli, territoriale e ospedaliero, e quindi anche i Dipartimenti sono aziendali. Nel caso dell'Azienda ospedaliero-universitaria, in assenza di una revisione dei confini aziendali, ipotesi esaminata nel seguito, vi possono essere invece essere all'interno dello stesso Dipartimento di continuità Unità operative di più Aziende, facendo assumere al Dipartimento stesso una connotazione interaziendale.

La compresenza di Dipartimenti interaziendali di tipo specialistico e di Dipartimenti di continuità all'interno dello stesso stabilimento ospedaliero di medio-grandi dimensioni richiede, come nel caso dei confini con il Dipartimento delle cure primarie per i servizi erogati presso le Case della salute, una precisa definizione dei confini e delle regole per la condivisione di infrastrutture d'uso comune (blocchi di posti letto, sale operatorie, grandi attrezzature diagnostiche, etc.) che coinvolga in questo caso anche le altre Aziende coinvolte nel funzionamento dei Dipartimenti interaziendali. Allo stesso modo, le Aziende concorderanno la definizione di specifici programmi di raccordo tra i Dipartimenti interaziendali di tipo specialistico e i Dipartimenti di continuità per garantire l'erogazione di attività specialistiche di base da parte di personale in mobilità da Unità operative afferenti ai Dipartimenti del primo tipo. Infine, le Unità operative ospedaliere e i programmi che potranno essere collocate nei Dipartimenti di continuità dovrebbero essere selezionate in relazione al soddisfacimento di criteri quali la loro rilevanza nel far fronte ai fabbisogni espressi dai residenti nei Distretti di riferimento nonché sulla base di considerazioni concernenti la loro complementarità rispetto ad altre Unità operative e programmi essenziali per l'efficace funzionamento di tali Dipartimenti. In modo simmetrico, nei Dipartimenti interaziendali di tipo specialistico dovrebbero essere collocate le Unità operative e i programmi inclusi in rilevanti reti assistenziali di interesse sovra-metropolitano (regionale, nazionale, europeo), coinvolti prioritariamente nell'impiego di piattaforme strutturali di grandi dimensioni e, per ciò stesso, di interesse almeno metropolitano, o ancora caratterizzati da indicatori molto elevati di attrazione dall'esterno dell'Area metropolitana.

Rimane, infine, da notare che qualsiasi sia la soluzione organizzativa adottata per conseguire una migliore integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera, è opportuno procedere nell'affinamento delle già citate tecniche di riparto dei budget a livello distrettuale – mediante anche nuovi sistemi di pesature dei fabbisogni prospettici anche riferite al livello ospedaliero di base – in modo da dotare chi ha il compito di cercare di conseguire gli obiettivi della programmazione in sede locale (Direttori di Distretto) delle risorse economiche necessarie per assicurare l'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (per le competenze aziendali) di riferimento distrettuale, verificando per il futuro anche la possibilità di integrare nel processo di macro-allocazione del budget per i servizi di welfare nel loro complesso anche le risorse di pertinenza dei Comuni.



## **2 Le vocazioni delle strutture ospedaliere e gli strumenti per l'integrazione e la valorizzazione**

L'Accordo di programma si pone l'obiettivo di analizzare i possibili "strumenti istituzionali e organizzativi" per "caratterizzare maggiormente e integrare tra loro le vocazioni delle strutture ospedaliere nell'intera Area metropolitana, anche per perseguirne la piena valorizzazione rispetto alle funzioni previste dalla programmazione regionale e nazionale, con particolare riferimento a quelle che possono candidarsi - anche sulla base di impegni di lungo termine da parte della Regione - a divenire punti di riferimento per le reti assistenziali di interesse regionale, nazionale ed europeo".

### **2.1 La visione delle vocazioni delle strutture sanitarie**

Per analizzare gli strumenti organizzativi più idonei a perseguire l'obiettivo sopra ricordato occorre delineare preliminarmente, seppur per linee generali, una visione complessiva e prospettica delle vocazioni delle strutture sanitarie per l'intera Area metropolitana e delle relative funzioni. Il profilo di questa visione prospettica di riferimento muoverà dall'analisi presentata in allegato 3, relativo all'attuale offerta assistenziale nonché alle attività di ricerca e formazione che caratterizzano l'area metropolitana di Bologna.

#### **2.1.1 Gli ospedali e le strutture ospedaliere con funzioni di riferimento distrettuale**

I dati presentati in allegato 3 mostrano che gli ospedali dell'Area metropolitana erogano - con eccezioni relative a singole strutture e agli Istituti mono-specialistici - prestazioni prevalentemente o interamente rivolte a soddisfare i fabbisogni dei pazienti residenti nel Distretto di riferimento o in quelli confinanti. Se consideriamo gli indici di dipendenza delle strutture per le discipline a maggior volume, gli ospedali esterni a Bologna Città dipendono dai soli Distretti di riferimento - e quindi senza contare la mobilità di confine - per percentuali intorno o superiori all'80% nel caso della medicina generale (per Bentivoglio e Porretta la percentuale sfiora il 90% e per Imola si arriva al 96%), mentre anche per la chirurgia generale la quota di residenti del Distretto trattati sul totale supera quasi ovunque il 60%.

Rispetto a questo quadro generale, i due principali ospedali di riferimento del Distretto di Bologna Città - Sant'Orsola e Ospedale Maggiore - si differenziano per la compresenza di strutture con caratteristiche diverse. Infatti, all'interno di ciascuno dei due ospedali si trovano sia strutture che erogano prevalentemente prestazioni a favore dei residenti dei Distretti di riferimento e di quelli confinanti, sia strutture che, in ragione delle funzioni loro attribuite dalla programmazione di reti a valenza regionale, nazionale e internazionale e/o per la loro capacità di attrazione, erogano una quota rilevante di prestazioni specialistiche o iper-specialistiche a favore di pazienti residenti extra-provinciali e spesso anche extra-regionali. Considerando gli indici di dipendenza delle strutture, il 73% delle dimissioni complessive del Sant'Orsola riguarda residenti dell'Area metropolitana, un dato che sale all'86% per l'Ospedale Maggiore. Inoltre, l'analisi per discipline fa emergere che circa l'84% (69% per la chirurgia generale) delle dimissioni in medicina generale del Maggiore riguarda residenti nei Distretti di Bologna città e dell'Appennino bolognese, un dato che sale all'86% (72% per la chirurgia generale) per il Sant'Orsola nei confronti dei pazienti residenti nei Distretti di Bologna città e San Lazzaro.

In termini di visione futura, dato l'obiettivo di garantire a ogni Distretto adeguati livelli di autosufficienza anche per i servizi ospedalieri di base in condizioni di elevata prossimità al domicilio e di continuità rispetto ai servizi territoriali, è opportuno che per le strutture degli

ospedali esterni al Distretto di Bologna città sia confermata una vocazione generalista o specialistica rivolta in prevalenza ai bisogni espressi dalla parte maggioritaria dei pazienti che presenta condizioni di cronicità su più patologie. Le funzioni da attribuire a tali strutture quindi sono quelle di garantire l'erogazione di prestazioni che, anche nelle modalità di erogazione e di relazione con i pazienti, sia sempre più orientata a completare un'offerta assistenziale in regime di degenza ospedaliera destinata a integrarsi in modo crescente con le nuove forme di assistenza e con le nuove modalità organizzative delle cure primarie e intermedie (Case della salute, Ospedali di comunità, Hospice) e in ambito domiciliare.

Sempre con riferimento agli ospedali di minore dimensione e con funzioni di riferimento prevalentemente distrettuale, l'analisi dei dati di mobilità inter-distrettuale per prestazioni ospedaliere di medio-bassa complessità mette in luce in diversi Distretti una notevole difficoltà a garantire adeguati livelli di autosufficienza anche in ragione della forte capacità di attrazione degli stabilimenti ospedalieri di Bologna Città. Sotto questo profilo, potrebbe essere opportuno considerare azioni specifiche di programmazione volte sia a rafforzare i percorsi assistenziali che collegano strutture territoriali e strutture ospedaliere all'interno dello stesso ambito sia a definire vocazioni specifiche di strutture collocati in stabilimenti di minore dimensione quali *hub* di reti ospedaliere di interesse sub-provinciale. È questa la direzione indicata dalla recente Delibera della Giunta Regionale sulle reti cliniche integrate (n. 1907/2017) che richiama la necessità che il sistema di relazioni all'interno delle reti ospedaliere si configuri *“non più come un sistema di relazioni fra ospedali gerarchicamente ordinati secondo due (o, raramente, più) livelli di complessità, ma come un sistema multipolare e multilivello, che combina i tradizionali obiettivi di integrazione verticale che mirano alla concentrazione delle tecnologie e dei pazienti più complessi in strutture di riferimento con quelli di integrazione orizzontale su base territoriale mirati a garantire la continuità dell'assistenza”*.

Per quel che riguarda il Sant'Orsola e l'Ospedale Maggiore, la collocazione geografica dei due ospedali nei quadranti opposti (orientale e occidentale) del Distretto di Bologna Città, ai due poli dell'area a più alta densità di popolazione e con più alta frequenza di anziani ultra 75-enni, la presenza dei principali “Pronto soccorso” generale e specialistici della provincia; il volume delle prestazioni di medio-bassa complessità, la concentrazione di strutture di medicina interna, chirurgia generale e di area materno-infantile, sono condizioni che suggeriscono l'opportunità di mantenere in capo anche a questi stabilimenti ospedalieri le funzioni di soddisfare i fabbisogni di servizi ospedalieri di riferimento distrettuale in condizioni di adeguata prossimità al domicilio e di forte integrazione con le strutture territoriali per le cure primarie e intermedie. Per garantire tali condizioni di erogazione, in entrambi gli ospedali le strutture interessate dovrebbero essere inserite in modelli organizzativi unitari a governo distrettuale quali i Dipartimenti di continuità che potrebbero, a seconda delle scelte relative alla configurazione complessiva dell'Azienda USL e dell'Azienda ospedaliero-universitaria, assumere una configurazione aziendale o interaziendale.

L'attribuzione puntuale ed esplicita di tali funzioni da perseguire per lo sviluppo di un importante ambito di attività degli ospedali di Bologna Città e l'adozione di modelli organizzativi ad esse coerenti contribuisce a qualificarne l'importanza anche in chiave prospettica sul piano assistenziale così come su quello didattico e della ricerca. Infatti tale attribuzione, oltre a indicare un coerente adattamento del sistema di offerta ospedaliera nel suo complesso ai nuovi fabbisogni, consente di dare applicazione a quanto prevede il Protocollo d'Intesa Regione-Università (cfr. sezione 3) quando richiama la necessità di *“coordinare la programmazione delle attività didattico-formative delle Università e la programmazione delle reti assistenziali”* mettendo le premesse per

poter guardare all'insieme delle reti assistenziali dell'Area metropolitana quale ambito potenzialmente vocato anche allo svolgimento di attività didattiche.

### 2.1.2 Valorizzare le funzioni di interesse regionale, nazionale e internazionale

La pur sommaria revisione delle principali esperienze internazionali (cfr. allegato 1) ha evidenziato alcuni obiettivi comuni ai più significativi programmi di sviluppo delle funzioni di alta e altissima specialità assistenziale, di ricerca e di didattica. In estrema sintesi il punto fondamentale messo in luce dalla revisione è che tali esperienze sono volte alla costituzione o al rafforzamento di "sistemi" o "reti" caratterizzati da notevole complessità di relazioni interne ed esterne e non al potenziamento di singole strutture, per quanto qualificate e dotate di risorse tecnologiche e finanziarie. Da questa considerazione derivano altre caratteristiche fondamentali i cui tratti essenziali comprendono:

- a) elevata capacità di attrazione di pazienti da ampi bacini territoriali in numerosi ambiti disciplinari, anche caratterizzati da elevati volumi di attività;
- b) riconoscimento quali centri di riferimento all'interno di più reti cliniche integrate con una pluralità di strutture ospedaliere e territoriali;
- c) partecipazione in accreditate reti di ricerca nazionali e internazionali;
- d) possibilità di accedere a rilevanti dotazioni tecnologiche per la diagnosi e la cura;
- e) rilevanti attività di sperimentazione clinica e di valutazione di nuove tecnologie nelle varie fasi del loro sviluppo;
- f) qualificate attività formative con particolare riferimento ai livelli specialistici e della formazione continua;
- g) possibilità di definire forme di collaborazione stabile con infrastrutture per la ricerca biomedica di base;
- h) capacità di diffondere i risultati della propria ricerca mediante il loro trasferimento in miglioramenti tangibili nelle pratiche cliniche e assistenziali proprie e delle reti di riferimento, in nuovi farmaci, dispositivi o brevetti di altro tipo e in pubblicazioni scientifiche.

Molte di queste caratteristiche sono già oggi riscontrabili in numerose strutture degli ospedali dell'Area metropolitana di Bologna, con maggiore frequenza in quelle collocate al Sant'Orsola, ma con presenze qualificate e rilevanti anche all'Ospedale Maggiore e negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nell'Istituto di Montecatone e a Imola. Queste strutture costituiscono un patrimonio di conoscenze e competenze di grande valore per l'intero Servizio sanitario regionale ed è intorno ad esse che deve essere definita visione futura del sistema delle alte specialità ospedaliere dell'Area metropolitana di Bologna nella consapevolezza che esse possono apportare benefici ancora maggiori a tutto il sistema se sostenute da strumenti istituzionali e organizzativi innovativi e funzionali e dal potenziamento della programmazione congiunta tra Regione e Università.

Candidate naturali ad assumere tale ruolo sono le strutture a cui già ora sono state attribuite funzioni di riferimento all'interno delle reti regionali, nazionali e internazionali documentate in allegato 3, nonché quelle che, per risultati in termini di concreta capacità di attrazione e/o di rilevanti riconoscimenti nella ricerca, possono motivatamente ambire a svolgere tali funzioni, insieme a quelle ad esse connesse per vincoli di stringente complementarità assistenziale, formativa e di ricerca. Caratteristiche comuni a tali strutture sono la necessità di accedere a grandi piattaforme di interesse interaziendale e quindi ad uso condiviso, di coordinare l'impiego di

professionisti altamente specializzati attivi in strutture e Aziende diverse, nonché di contemperare - mediante l'uso di queste risorse - il perseguimento di obiettivi plurimi che pertengono anche alle funzioni di ricerca e di formazione le quali sono caratterizzate da sistemi di relazioni e di incentivi ancora diversi. Per gestire questo livello di complessità ciascuna struttura non può operare in isolamento, ma deve essere collocata all'interno di ambiti organizzativi unitari a livello metropolitano - definiti per apparati, organi o patologie - capaci di integrarne pienamente le attività pur in presenza di collocazione fisica su più stabilimenti ospedalieri.

L'istituzione di grandi aggregazioni metropolitane corrispondenti ad aree specialistiche quali, a titolo di esempio, il cardio-toraco-vascolare, l'oncologia e l'ematologia, le insufficienze d'organo e i trapianti o l'apparato digerente, potrebbe garantire una adeguata focalizzazione sulle funzioni proprie di queste strutture di riferimento per le reti regionali e nazionali, nella consapevolezza che l'obiettivo di rimanere o arrivare ai livelli qualitativi dei migliori sistemi ospedalieri europei costituisce una sfida sempre più ambiziosa e tale da richiedere una capacità di integrazione e coordinamento superiore a quella conseguibile con gli attuali strumenti. Questa necessaria focalizzazione peraltro non fa venire meno la necessità che ciascuna aggregazione metropolitana sia pienamente raccordata con i fabbisogni di prestazioni di alta specialità espressi in primo luogo dalle reti ospedaliere e territoriali di ambito metropolitano e che quindi risponda agli indirizzi unitariamente definiti da tutte le Aziende.

Pur tenendo conto delle loro particolarità istituzionali, l'ipotesi di favorire grandi aggregazioni tra tutte le strutture qualificabili come punti di riferimento per le reti ospedaliere di interesse regionale e nazionale, coinvolge direttamente anche i due Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) nonché l'Istituto di riabilitazione di Montecatone. Essi infatti oltre ad essere punti di riferimento per tali reti, sono in grado già oggi - in particolare l'Istituto ortopedico Rizzoli - di attivare nel proprio ambito disciplinare un consistente sistema di relazioni di collaborazione per lo svolgimento di studi nonché per la gestione di registri clinici e biobanche, con una posizione di preminenza nella valutazione e nel monitoraggio delle innovazioni. Per queste ragioni, la possibilità di condividere alcune soluzioni organizzative o comunque di avvalersi direttamente delle loro esperienze può incentivare altre aggregazioni disciplinari a porsi l'obiettivo di qualificarsi come IRCCS rafforzando considerevolmente la posizione dell'Area metropolitana e del Servizio sanitario regionale nel panorama nazionale e internazionale dell'assistenza nelle altissime specialità e nelle connesse attività di ricerca biomedica e clinico-organizzativa.

## **2.2 Gli strumenti organizzativi per le reti ospedaliere dell'alta specialità**

Alla luce della richiamata visione complessiva delle vocazioni delle strutture ospedaliere e tenuto conto dell'analisi delle principali esperienze analizzate negli allegati 2 e 4, è possibile proporre alcune soluzioni organizzative che non modificano in modo significativo gli assetti complessivi delle Aziende sanitarie e in particolare delle Unità operative e dei Dipartimenti interaziendali. La sezione si concentrerà in modo particolare sul ruolo di questi ultimi quali articolazioni organizzative intermedie tra Unità operative e Aziende dando conto delle ragioni per cui essi possono costituire un utile strumento per rendere più efficace la gestione nonché per differenziare e integrare tra loro le funzioni delle strutture, che deve tuttavia essere ulteriormente rafforzato sul piano istituzionale. A quali ulteriori soluzioni occorre ricorrere per conseguire questo necessario rafforzamento sarà dedicata invece la prossima sezione che si occuperà degli strumenti istituzionali di ambito metropolitano in grado di creare le condizioni per perseguire sia gli obiettivi

di integrazione dei sistemi territoriali e ospedalieri facenti capo ai Distretti sia quelli di valorizzazione dei punti di riferimento delle reti nazionali e internazionali.

### 2.2.1 Le Unità operative interaziendali: vantaggi e svantaggi

Rispetto alle esperienze di integrazione dei servizi assistenziali condotte in Area metropolitana negli ultimi anni, l'analisi presentata in dettaglio negli allegati 2 e 4 ha fatto emergere diversi spunti di interesse con implicazioni anche per la riorganizzazione complessiva dell'Area metropolitana. In estrema sintesi e in relazione agli orientamenti generali, tale analisi ha messo in luce che l'istituzione di Unità operative interaziendali con più sedi presso Aziende diverse (ad es. medicina nucleare, urologia) o di Unità operative (programmi) di Aziende diverse da quelle che gestiscono gli ospedali in cui sono collocate (ad es. ortopedia a Bentivoglio, chirurgia mini-invasiva a Budrio, chirurgia generale a Imola) può contribuire al perseguimento di obiettivi di sistema metropolitano - differenziazione e valorizzazione delle funzioni - solo se supportate da complessi Accordi interaziendali la cui progettazione e la cui gestione coinvolge direttamente e in modo molto intenso le Direzioni generali di tutte le Aziende coinvolte. Questo anche per l'impossibilità in tale caso di fare leva sui Dipartimenti aziendali interessati in quanto strumenti non disegnati per operare su attività di natura inter-aziendale. Inoltre, anche in presenza di accordi completi e sottoposti a verifiche ed emendamenti nel tempo, l'istituzione di Unità operative interaziendali secondo il modello più diffuso della condivisione delle funzioni e delle attività comporta problemi nella gestione delle risorse umane che mantengono rapporti datoriali con le singole Aziende di origine e nell'assunzione di impegni sugli investimenti a causa della temporaneità connaturata a tale modello. Ne consegue che tali iniziative possono costituire soluzioni efficaci e coerenti agli obiettivi di differenziazione e valorizzazione delle funzioni in ambito metropolitano specialmente in contesti in cui le Unità operative in oggetto gestiscono processi assistenziali in relativa autonomia e cioè con interazioni organizzative con altre strutture di singole Aziende relativamente semplici da gestire. In tali contesti, infatti, i vantaggi derivanti ad esempio dalla razionalizzazione nell'uso di dotazioni infrastrutturali di grandi dimensione oppure dal più efficace impiego di un numero limitato di professionisti di alta qualificazione superano gli svantaggi derivanti dalla difficoltà di utilizzare al meglio risorse strutturali condivise con altre Unità operative (ad es. posti letto, attrezzature diagnostiche, consulenze specialistiche) e dal permanere al proprio interno di professionisti che mantengono rapporti datoriali con le proprie Aziende di origine.

Se le Aziende intendono procedere ad azioni più decise di integrazione tali da coinvolgere una parte significativa delle proprie strutture, soprattutto nei servizi diretti alla persona da erogare in condizioni di prossimità e quindi mediante reti diffuse sul territorio, i costi di transazione della progettazione e gestione dei suddetti accordi diventerebbero rapidamente molto elevati. Inoltre, la stessa diffusione di Unità operative interaziendali di questo tipo, avrebbe l'effetto indiretto di ridurre le complessive potenzialità dei Dipartimenti quali articolazioni organizzative delle singole Aziende in grado di favorire il coordinamento e la gestione di fattori comuni della produzione tra Unità operative, visto che non potrebbero gestire il coordinamento delle articolazioni presso altre aziende di una Unità operativa interaziendale a cui partecipano, né contribuire al coordinamento delle attività di quest'ultima con Unità operative di altri Dipartimenti. Infine, la difficoltà ad assumere impegni di lungo termine sugli investimenti a causa della temporaneità delle soluzioni adottate, può costituire un ostacolo non superabile quando le motivazioni principali della collaborazione interaziendale sono riferibili all'uso comune di grandi dotazioni infrastrutturali.

### 2.2.2 Una parentesi: l'Azienda/ente unico per i servizi amministrativi

Sempre con riferimento allo strumento dell'Unità operativa interaziendale, nell'Area metropolitana sono già state avviate rilevanti esperienze di condivisione di funzioni e attività in relazione ad alcuni servizi amministrativi, mentre altre ipotesi sono in corso di valutazione per alcuni servizi tecnici e professionali. Queste esperienze hanno posto in luce alcuni problemi derivanti per lo più dalle caratteristiche dell'istituto della condivisione tra Aziende di funzioni e attività disciplinato dall'art. 22 ter della l.r. n. 43/2001 che costituisce una soluzione temporanea e tale da mantenere in essere i precedenti rapporti datoriali del personale con le Aziende di origine. Una possibile soluzione alternativa alle Unità operative interaziendali è data dalla cessione di funzioni e attività a una sola Azienda che eserciti tali funzioni per conto delle altre sulla base di un Accordo di programma o come parte del Consorzio. Al di là dei possibili costi di transazione nella definizione e gestione dell'Accordo, soprattutto se riferito a funzioni e attività di notevole portata, un possibile limite di questa soluzione è data dalla forte concentrazione di responsabilità gestionali in capo alla direzione dell'Azienda cessionaria. Una soluzione alternativa, adottata seppure con alcune varianti in Toscana e in Veneto, potrebbe prevedere la collocazione di tutti i servizi amministrativi in un unico Ente o Azienda di nuova costituzione che, anche sulla base delle esperienze delle altre regioni, dovrebbe probabilmente interessare il livello regionale più che quello metropolitana. Una soluzione di questo genere, che pure può consentire di superare alcune delle difficoltà osservate nel contesto attuale, deve essere valutata con grande attenzione per definire precisamente quali siano gli ambiti - tra i servizi amministrativi e tecnici - che potrebbero essere gestiti efficacemente in modo centralizzato e sostanzialmente separato dalle specificità gestionali dei servizi sanitari nei diversi ambiti territoriali e per tenere conto delle difficoltà che, soprattutto nell'area della gestione del personale, si incontrerebbero nelle aree di confine tra funzioni quali la formazione o la determinazione delle incentivazioni.

### 2.2.3 I Dipartimenti interaziendali: vantaggi e svantaggi

Negli allegati 2 e 4 abbiamo esaminato alcune esperienze di istituzione di Dipartimenti interaziendali in altre Aziende del Servizio sanitario regionale, tipicamente tra Aziende ospedaliero-universitarie e Aziende USL che insistono sullo stesso ambito provinciale. Tali Dipartimenti, in conformità con gli indirizzi regionali, sono costituiti mediante Accordi di programma tra le Aziende coinvolte che ne definiscono finalità, ambiti di attività, unità operative coinvolte, risorse conferite, regole per la gestione del personale, indicazione dell'Azienda capofila e, in taluni casi, norme di funzionamento degli organi collegiali. Le parti istituzionali di tali Accordi sono poi recepite negli Atti aziendali e sono quindi sottoposte al vaglio della Regione.

Dal punto di vista organizzativo, le esperienze esaminate mostrano che i Dipartimenti interaziendali sono di norma costituiti da Unità operative che permangono interamente all'interno delle Aziende partecipanti e solo saltuariamente vengono modificate nelle loro dimensioni e caratteristiche contestualmente alla istituzione dei nuovi Dipartimenti. In linea generale, proprio perché le risorse strutturali e in particolare il personale che opera nei Dipartimenti interaziendali continua ad essere collocato in Unità operative di Aziende caratterizzate da obiettivi istituzionali diversi, la loro istituzione non può risolvere di per sé, in assenza di meccanismi di coordinamento e integrazione a livello Aziendale, i problemi dovuti al permanere di possibili conflitti nell'uso di risorse ad uso comune e in particolare non supera i problemi derivanti dalla compresenza di rapporti datoriali diversi nello stesso ambito organizzativo. Nonostante queste difficoltà e anche in assenza dei suddetti meccanismi, i Dipartimenti interaziendali possono contribuire a una gestione più efficace delle risorse soprattutto nei casi in cui i processi produttivi riguardano servizi - spesso

intermedi - standardizzati, tali da avvantaggiarsi dalla centralizzazione di grandi infrastrutture (economie di scala) e tali da non dover soddisfare vincoli stringenti di prossimità quali ad esempio i servizi di diagnostica per immagini o di laboratorio o di gestione della filiera del farmaco. Allo stesso modo, i Dipartimenti interaziendali possono di per sé risultare strumenti utili a migliorare i livelli di integrazione nei casi in cui – si veda ad esempio l'area dell'Emergenza-urgenza - l'efficacia del servizio per ciascuna delle Aziende coinvolte dipende in modo cruciale dal coordinamento tra fattori produttivi e logistici sotto il controllo delle altre Azienda coinvolte. In questi ambiti, quindi, le Aziende dell'Area metropolitana potrebbero seguire il modello già diffuso in Regione e istituire Dipartimenti interaziendali la cui gestione, una volta definiti gli obiettivi e i metodi di valutazione dei risultati, per le caratteristiche intrinseche dei servizi resi non sembra porre particolari problemi di coordinamento a livello strategico.

Tuttavia, se il modello dei Dipartimenti interaziendali viene applicato agli ambiti in cui occorre governare i complessi sistemi di relazione che caratterizzano il funzionamento di reti assistenziali che includono sia grandi piattaforme tecnologiche dedicate a prestazioni di altissima complessità sia numerose strutture con funzioni di riferimento distrettuale facenti capo a più Aziende, occorre valutare con attenzione se essi siano, nell'attuale configurazione, strumenti organizzativi adeguati. Infatti, presupposto di una efficace azione dei Dipartimenti interaziendali è che, nell'ambito degli obiettivi congiuntamente definiti dalle Direzioni aziendali, essi siano messi nelle condizioni di gestire in modo sostanzialmente autonomo l'allocazione delle risorse al proprio interno, di promuovere e incentivare l'instaurarsi di modalità di piena collaborazione tra le sue componenti, di favorire la diffusione di innovazioni e buone pratiche e soprattutto di scoraggiare i comportamenti disfunzionali agli obiettivi di sistema. Perché queste condizioni possano verificarsi, si ritiene di particolare rilevanza considerare una ridefinizione del ruolo del Direttore del Dipartimento. A tale scopo e senza alcuna pretesa di avanzare un'analisi compiuta, si ritiene opportuno considerare la possibilità di:

- a) procedere alla nomina del Direttore di dipartimento, d'intesa tra tutti i Direttori generali coinvolti negli organi di governo collegiali (aziendali o interaziendali) nonché del Rettore nel caso di Dipartimenti ad attività integrata, con contestuale definizione di un mandato derivante da un atto di programmazione strategico di ambito metropolitano;
- b) istituire un rapporto contrattuale che preveda un insieme di obiettivi tali da valorizzare fortemente l'impegno orientato non al miglioramento delle attività e del bilancio della singola Azienda ma all'integrazione del complesso dell'Area metropolitana, da conseguire entro periodi predefiniti e al cui conseguimento subordinare la prosecuzione dell'incarico di direzione;
- c) definire procedure per l'attribuzione di un budget dipartimentale che consentano al Direttore adeguati spazi di autonomia nella successiva negoziazione con i Responsabili delle strutture.

Per quel che riguarda l'ampiezza dei confini dei singoli Dipartimenti, essi dovrebbero consentire al Direttore di organizzare e coordinare efficacemente - secondo le indicazioni di differenziazione delle funzioni definite dalla programmazione strategica ai vari livelli – le strutture e i programmi che, pur collocati in stabilimenti ospedalieri diversi, contribuiscono tramite relazioni di complementarità a valorizzare reciprocamente le proprie attività. Questa azione di puntuale mantenimento delle relazioni di differenziazione e complementarità tra le singole strutture sarà tanto più rilevante quanto più esse devono candidarsi a far parte delle reti cliniche di interesse regionale e nazionale. La definizione di ambiti di azione sufficientemente ampi consente quindi di far emergere uno specifico ruolo del Dipartimento nella gestione delle attività delle reti di propria

competenza, quale luogo decisionale unitario a cui gli Organi di governo aziendale (o interaziendale) possono affidare la gestione operativa dei ricorrenti problemi nel definire regole di accesso e di investimento per le principali piattaforme ad uso comune, nel gestire le risorse umane di alta qualificazione e più in generale nel verificare la puntuale attuazione del piano delle attività di rete da parte delle singole strutture.

Sulla base di questi presupposti relativi al ruolo dei Direttori e alle dimensioni, i Dipartimenti interaziendali potrebbero essere istituiti nell'Area metropolitana di Bologna quali strumenti organizzativi per la gestione di ambiti assistenziali specialistici definiti – per apparati, organi o patologie (cfr. sezione 2.1.2) - a partire dalle strutture a cui sono attribuite specifiche funzioni di riferimento di ambito regionale o nazionale. In un'ottica di sistema e pur nella necessaria considerazione della vocazione primaria di questi Dipartimenti interaziendali a valorizzare il ruolo di tali strutture nelle reti sovra-metropolitane, essi dovrebbero continuare a portare il proprio contributo per le prestazioni di alta specialità a soddisfare i fabbisogni dell'Area metropolitana. Sotto questo profilo, la definizione delle strutture afferenti e delle funzioni loro attribuite dovrebbe contestualmente tenere conto della necessità di dotare di risorse qualitativamente e quantitativamente adeguate le componenti ospedaliere dei Dipartimenti di continuità - di cui alla sezione precedente - che sono chiamati non solo a soddisfare i fabbisogni distrettuali, ma che dovrebbero anche supportare forme innovative di integrazione con le funzioni formative e di ricerca aventi ad oggetto alcuni dei temi centrali per lo sviluppo dei sistemi sanitari a partire da quello delle patologie croniche multiple. In particolare, i Dipartimenti interaziendali di tipo specialistico saranno chiamati a fare la propria parte per ridurre le difficoltà di coordinamento nella gestione di percorsi intra-ospedalieri o tra strutture ospedaliere specialistiche e strutture territoriali. Per questa ragione, gli Organi di governo interaziendali – di cui alla sezione 2.3.1 – avranno il compito di indirizzare e verificare perché siano attivati programmi specificamente mirati a rafforzare la collaborazione tra i diversi Dipartimenti e livelli anche mediante iniziative di supporto a un più efficace funzionamento degli strumenti di governo clinico.

Allo stesso modo alcuni dei Dipartimenti interaziendali di tipo specialistico potrebbero soddisfare i requisiti per il riconoscimento di IRCCS (in termini di attrazione, complessità della casistica, pubblicazioni, ricerca traslazionale, ecc.) e quindi consolidare le proprie posizioni quali punti di riferimento nell'assistenza, nella ricerca e nella formazione a livello internazionale. Sotto questo profilo risulterebbe cruciale il ruolo del Dipartimento interaziendale quale centro gestionale capace di promuovere attivamente e governare iniziative di innovazione all'intersezione tra le funzioni quali il supporto alle sperimentazioni cliniche, alla tenuta di registri, alla gestione di infrastrutture di ricerca forme diverse di innovazione, le quali richiedono capacità di programmazione e gestione di programmi che coinvolgono ambiti professionali e disciplinari diversificati e sono orientati – quanto a scelte di investimento e di reclutamento del personale di più alta qualificazione - al lungo periodo. In questo senso, Dipartimenti interaziendali con confini sufficientemente ampi in termini di strutture coinvolte, possono consentire una gestione più flessibile delle piattaforme tecnologiche di maggiore dimensione e rilievo, nonché delle regole di coordinamento per il loro più efficace impiego anche in relazione agli obiettivi del sistema metropolitano e degli altri livelli della programmazione regionale o nazionale. Mediante un governo più efficace dell'innovazione e dell'impiego delle principali piattaforme, i Dipartimenti interaziendali di tipo specialistico possono quindi contribuire in modo dinamico a una più precisa definizione delle vocazioni delle strutture e degli ospedali di maggiore dimensioni (o di parti di essi) favorendo un crescente allineamento nel tempo tra obiettivi dei diversi livelli di programmazione e attività svolte dalle diverse strutture.



### **2.3 Struttura organizzativa e assetti di governo a livello aziendale e metropolitano**

Le soluzioni istituzionali presentate in questa sezione, anche se mirate a valorizzare le strutture cui attribuire funzioni di interesse sovra-metropolitano, sono pensate partendo dal presupposto di dover inserire organicamente ogni livello assistenziale all'interno del più ampio sistema sanitario pubblico. Al riguardo, tutte le principali e più innovative esperienze nazionali e internazionali hanno evidenziato la necessità di integrare verticalmente i diversi livelli assistenziali in modo da gestire in modo unitario interventi e percorsi assistenziali multilivello e multi-settore (incluse le componenti socio-sanitarie e sociali). All'interno di questa tendenza, particolare priorità è attribuita a garantire efficaci strumenti di controllo sulle attività ospedaliere non solo per la quota di risorse da esse assorbite ma anche perché esse risultano essere particolarmente difficili da tenere in coerenza in un sistema che deve garantire la propria sostenibilità a fronte di bisogni sempre più riferibili a patologie croniche o a problemi sociali. Nella presente sezione, per rimanere in linea con queste priorità, sono approfondite le soluzioni che garantiscono piena coerenza tra i diversi livelli assistenziali nel governo del sistema; per ulteriori approfondimenti si rimanda all'allegato 6.

#### 2.3.1 L'Accordo di programma sui Dipartimenti interaziendali e l'Organo di governo metropolitano

Ai Dipartimenti interaziendali - e ai Dipartimenti di tipo specialistico in particolare - sono attribuiti obiettivi di programmazione di livello metropolitano o superiore. Per questa ragione essi sono istituiti congiuntamente dalle Aziende sanitarie coinvolte sulla base di un apposito Accordo di programma che ne definisce gli elementi più rilevanti in termini di obiettivi, attività, risorse e, più in generale, modalità gestionali. In modo coerente, i Direttori di questi Dipartimenti ricevono un mandato congiunto da parte di tutti i Direttori generali.

Per dare maggiore spessore istituzionale a questa soluzione, l'Accordo di programma dovrebbe essere preceduto da una modifica negli Atti aziendali di tutte le Aziende coinvolte mediante la quale si specifica che - date anche le caratteristiche dell'Area metropolitana di Bologna - alcune funzioni proprie delle singole Aziende, possono essere svolte congiuntamente sulla base di specifici Accordi di programma con le altre Aziende dell'area. A sua volta, le modifiche di ciascun Atto aziendale richiedono un apposito atto di autorizzazione dalla Regione che in questo modo riconoscerebbe la specificità istituzionale dell'Area metropolitana di Bologna e rafforzerebbe la solidità e l'orientamento al lungo periodo dei successivi Accordi tra le Aziende.

Nel caso dei Dipartimenti interaziendali, l'Accordo di programma dovrebbe prevedere anche l'istituzione di un Organo di governo interaziendale composto dai Direttori generali delle Aziende. Tale Organo diverrebbe la sede in cui definire i principali atti di programmazione e alta gestione relativi alle funzioni e alle attività di interesse comune tra le Aziende riferibili prevalentemente ai Dipartimenti interaziendali, in coerenza agli indirizzi programmatori definiti dai soggetti competenti ai diversi livelli e alle intese istituzionali ove necessarie. Più specificamente, esso dovrebbe:

- a) formulare proposte di programmazione in Area metropolitana in coerenza agli indirizzi della Regione per le reti di interesse regionale, alle indicazioni della programmazione congiunta Regione-Università e della Conferenza metropolitana;
- b) conseguire le intese previste con l'Università o di acquisire i pareri previsti dei Comitati di indirizzo dell'Area metropolitana;

- c) definire obiettivi, funzioni e risorse - anche per gli investimenti - da attribuire ai Dipartimenti interaziendali;
- d) coordinare le relazioni tra le Aziende e la Conferenza metropolitana.

Per le ragioni sopra richiamate, le funzioni attribuite all'Organo di governo metropolitano, almeno nelle linee generali, devono essere richiamate negli Atti aziendali tra quelle che le singole Aziende possono esercitare in modo congiunto alle altre Aziende in relazione alle specificità dell'Area metropolitana di Bologna.

### 2.3.2 Il Consorzio interaziendale

L'Accordo di programma consente di rafforzare la collaborazione tra le Aziende, legittima fortemente i Direttori dei Dipartimenti interaziendali che ricevono un mandato congiunto da parte dei Direttori Generali, ma non conferisce loro il potere di disporre in modo del tutto unitario delle risorse appartenenti ad Aziende diverse. In particolare, poiché le Unità operative collocate nei Dipartimenti interaziendali continuano a far capo alle diverse Aziende, il personale di ogni Unità operativa continua a mantenere rapporti datoriali con la propria Azienda, perpetuando quindi differenze di trattamento e ostacoli alla mobilità che possono incidere negativamente sulla gestione. Per superare queste difficoltà, le Aziende potrebbero procedere alla costituzione di un Consorzio, quale soggetto giuridico dotato di autonomia e in grado di gestire in modo unitario le risorse che le Aziende attribuiscono a tali Dipartimenti. Questo soggetto, caratterizzato da modalità organizzative analoghe a quelle di un'Azienda sanitaria sarebbe anch'esso caratterizzato dalla presenza di un Organo collegiale di governo composto dai Direttori generali delle Aziende partecipanti.

Più specificamente seguendo tale opzione, le Aziende dell'Area metropolitana sottoscrivono un Accordo di programma che specifica il piano di attività dei Dipartimenti interaziendali coinvolti nel Consorzio e definisce le risorse e il personale apportate da ciascuna Azienda (cfr. allegato 6). Tale Accordo regola i rapporti tra le Aziende costituendo il presupposto perché il Consorzio con i propri Dipartimenti interaziendali possa agire mediante Unità operative che, pur appartenendo ad Aziende diverse e conservando la loro sede fisica, operano in un ambito organizzativo del tutto unitario. In particolare, in applicazione del principio della condivisione fra più datori di lavoro del medesimo rapporto (co-datorialità), che mantiene obblighi e responsabilità solidamente in capo a tutte le Aziende, il personale conferito dalle Aziende agisce sulla base del potere direttivo esercitato unitariamente dai Direttori dei singoli Dipartimenti nei termini previsti dall'Accordo stesso. In questo modo, all'interno del Consorzio risulta più agevole assumere impegni anche relativi agli investimenti di lungo termine e alle politiche di reclutamento per professionalità di alta qualificazione perché tali decisioni sono collocate in un quadro di relazioni più stabile rispetto alle attuali esperienze di integrazione. In estrema sintesi, l'Accordo di programma può divenire una sorta di statuto del Consorzio in cui le strutture e il personale destinati - in tutto o in parte - alla realizzazione di attività di interesse comune sono definite e organizzate in modo da rispondere agli obiettivi di differenziazione e integrazione tra le funzioni nonché di valorizzazione delle strutture in grado di proporsi come riferimento di reti sovra-metropolitane.

Una volta istituito il Consorzio, la gestione delle sue attività potrebbe essere sul piano operativo affidata a un "Coordinatore" (individuato tra i Direttori di Dipartimento) che risponde a un Organo di governo del Consorzio con composizione e funzioni di programmazione e alta gestione analoghe a quelle già discusse nella sezione precedente. Infatti, l'Accordo di programma non può

disciplinare nel dettaglio il complesso sistema di relazioni tra le reti direttamente e indirettamente coinvolte nelle attività dei Dipartimenti facenti capo al Consorzio. Un elemento aggiuntivo che motiva, in questo caso, l'attribuzione di poteri di alta gestione all'Organo di governo è dato dalla necessità di mantenere da parte di tutte le Direzioni generali coinvolte un più diretto controllo sulle attività dei Dipartimenti per i richiamati obblighi e responsabilità connessi al rapporto di co-datorialità.

All'interno dell'Accordo di programma che istituisce e regola il funzionamento dei Dipartimenti interaziendali, la soluzione del Consorzio potrebbe essere applicata ai soli Dipartimenti di tipo specialistico in possesso dei requisiti per il riconoscimento a IRCCS. In questo modo la loro candidatura ad acquisire effettivamente la qualifica di IRCCS sarebbe rafforzata dal fatto che le strutture interessate diverrebbero parti di un'organizzazione che viene costituita con la missione specifica di mettere a sistema un imponente complesso di risorse e di attivare reti di ampia dimensione per valorizzare ulteriormente le attività di strutture che si candidano quali punti di riferimento anche mediante l'integrazione di assistenza, ricerca e formazione.

La costituzione di un Consorzio interaziendale di questo tipo presenta molteplici profili innovativi e la sua praticabilità è subordinata alla verifica di tre principali condizioni. La prima è che la Regione ritenga opportuno adottare un provvedimento normativo che disciplini un modello organizzativo dai caratteri fortemente innovativi - in ragione delle peculiarità dell'Area metropolitana di Bologna quanto a numero, dimensioni e specificità delle vocazioni delle Aziende sanitarie presenti - e limitatamente alla gestione delle funzioni e delle attività di interesse comune. La seconda condizione riguarda le valutazioni in merito alla sostenibilità di una soluzione organizzativa che prevede l'introduzione nel Servizio sanitario di un meccanismo di co-datorialità nella gestione dei rapporti con il personale e cioè di assunzione congiunta dei poteri e solidale delle responsabilità datoriali da parte di tutti i responsabili legali delle Aziende partecipanti al Consorzio. La terza condizione riguarda la possibilità, nel rispetto degli equilibri di bilancio complessivi delle Aziende coinvolte e quale parte integrante della sperimentazione gestionale, di poter impiegare regole di finanziamento del Consorzio almeno parzialmente diverse da quelle previste per le Aziende ospedaliere e non soggette all'applicazione diretta delle norme sui Piani di rientro.

### 2.3.3 La ridefinizione delle funzioni dell'Azienda ospedaliero-universitaria

Una diversa soluzione che può contribuire all'obiettivo di distinguere le vocazioni e di valorizzare le strutture afferenti ai Dipartimenti interaziendali di tipo specialistico prevede una modifica nelle funzioni e nelle relative strutture attualmente attribuite alle Aziende USL e all'Azienda ospedaliero-universitaria. Più specificamente, essa consiste nel conferimento delle strutture afferenti ai Dipartimenti di tipo specialistico - senza modificare la loro collocazione fisica, di norma su più stabilimenti ospedalieri - a un'unica Azienda a cui affidare la titolarità unitaria delle funzioni e delle attività ad esse riferibili. Il modo più semplice per attuare questo modello senza costituire una nuova Azienda, è quello di conferire le strutture delle Aziende USL da collocare nei Dipartimenti di tipo specialistico a una "nuova" Azienda ospedaliero-universitaria che, mantenendo la propria attuale denominazione, muterebbe in parte la propria vocazione. Contestualmente e in modo complementare, le strutture dell'Azienda ospedaliero-universitaria che si riterrà di collocare nei Dipartimenti di continuità (di cui alla precedente sezione) dovrebbero essere conferite all'Azienda USL di Bologna, mantenendo una configurazione di Dipartimenti interaziendali per ambiti quali l'Emergenza-urgenza e i Servizi diagnostici.

In questo caso, contestualmente al passaggio delle attività, si avrebbe il passaggio del personale già addetto alle strutture (o porzioni di strutture) cedute, così come selezionate sulla base delle esigenze di integrazione. In tal modo, con riferimento alle risorse facenti capo ai diversi Dipartimenti, si determinerebbe un chiarimento in merito alla piena assunzione della titolarità dei rapporti di lavoro e dei relativi poteri di gestione tra le Aziende coinvolte. In particolare, in relazione alle necessità di favorire le opportune forme di mobilità soprattutto per il personale a più elevata qualificazione, soprattutto la nuova Azienda ospedaliero-universitaria si troverebbe a operare tramite Dipartimenti che in questa opzione sarebbero aziendali e agirebbero mediante Unità operative riferibili alla stessa Azienda anche se di norma collocate in più sedi, garantendo un governo unitario delle dotazioni infrastrutturali così come delle risorse umane.

Anche in questa ipotesi il conferimento delle strutture afferenti ai Dipartimenti di tipo specialistico all'interno di un'unica Azienda richiede la previsione di un Organo collegiale composto dai Direttori generali di tutte le Aziende dell'Area metropolitana (o da loro rappresentanti fiduciari nel caso di impedimenti dovuti a vincoli di incompatibilità) da istituirsi previa valutazione regionale. Le funzioni di tale Organo sarebbero analoghe a quelle già descritte nelle sezioni precedenti, ma la sua motivazione sarebbe in questo caso rafforzata dalla necessità di garantire che le attività dei Dipartimenti di tipo specialistico si raccordino in modo coerente con quelle dei Dipartimenti di continuità e più in generale degli altri Dipartimenti responsabili per i servizi territoriali, collocati ora in altre Aziende. Come nei casi precedenti, l'Azienda ospedaliero-universitaria potrebbe agire come Azienda capofila nel richiedere i pareri e nel conseguire le intese previsti dal Protocollo d'intesa tra Regione e Università.

Nell'ipotesi di istituire una nuova Azienda ospedaliero-universitaria costituita in parte prevalente da Dipartimenti di tipo specialistico tendenzialmente in grado di soddisfare i requisiti per la qualificazione di IRCCS diviene essenziale una prima fase istruttoria volta a valutare quali Dipartimenti - e con quale composizione - potrebbero essere coinvolti. Infatti, a differenza del Consorzio che potrebbe avere dimensioni contenute, soprattutto in avvio, la trasformazione di un'Azienda con una ridefinizione più netta delle funzioni richiede il superamento di soglie dimensionali e il rispetto di vincoli di coerenza organizzativa e di sostenibilità economico-finanziaria che devono essere attentamente considerati. In particolare, valgono ancor più che nel caso del Consorzio le considerazioni relative alla necessità di definire meccanismi di finanziamento almeno parzialmente diversi rispetto a quelli ordinariamente impiegati per le Aziende ospedaliere. Se tali condizioni e vincoli fossero soddisfatti, la costituzione di una nuova Azienda ospedaliero-universitaria con una missione e una composizione quali quelle sopra descritte potrebbe incentivare e insieme agevolare i Dipartimenti, anche in aggregazione tra loro, nel candidarsi quali IRCCS.

#### 2.3.4 Una possibile evoluzione degli assetti istituzionali

La piena integrazione tra Azienda USL di Bologna e Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna è preclusa espressamente sul piano normativo, in ultimo sulla base di una disposizione contenuta nella legge di stabilità per il 2016, che riserva questo tipo di operazione alle sole Regioni a statuto speciale. Al riguardo, si ricorda che la Regione, nell'ambito delle procedure per dare applicazione all'art. 116 della Costituzione, ha avanzato la richiesta di una maggiore autonomia in ordine alla definizione dei sistemi di *governance* delle proprie Aziende.

In caso di esito favorevole di tali procedure, questa soluzione istituzionale potrebbe essere riconsiderata tra quelle percorribili anche per l'Area metropolitana di Bologna. In particolare, in tale ipotesi, a fianco di una nuova Azienda ospedaliero-universitaria costituita a tendere da Dipartimenti di tipo specialistico potenzialmente in grado di qualificarsi come IRCCS, si potrebbe prevedere una nuova Azienda sanitaria-universitaria con la vocazione di realizzare la piena integrazione tra i livelli assistenziali territoriali e ospedalieri - ad esclusione delle più alte specialità - e di integrare pienamente le funzioni di ricerca e di formazione in questi ambiti di cruciale rilevanza per lo sviluppo futuro del Servizio sanitario.

#### **2.4 L'integrazione degli IRCCS nelle reti cliniche metropolitane**

Nelle precedenti sezioni abbiamo motivato la proposta di istituire Dipartimenti interaziendali di tipo specialistico - con Unità operative aggregate per organi/apparati o grandi patologie - a cui affidare la gestione delle nuove reti cliniche di ambito metropolitano. In particolare, secondo gli indirizzi generali dell'Accordo di programma, la revisione di tali reti da parte dei soggetti responsabili della programmazione, sarà mirata in tutti i settori a differenziare le funzioni attribuite alle diverse Unità operative e ad integrarle tra loro consentendone una ulteriore valorizzazione. Per dare coerenza all'impianto complessivo di tale riorganizzazione, la revisione delle reti cliniche riguarderà quindi anche gli ambiti - discipline ortopediche e scienze neurologiche - nei quali operano i due IRCCS con sede a Bologna.

Come illustrato in allegato 3, questi ultimi, e in particolare l'Istituto ortopedico Rizzoli (IOR) da tempo riconosciuto quale Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, si caratterizzano in modo spiccato per capacità di attrazione, qualità delle dotazioni strutturali e di capitale umano nonché per rilevanza delle funzioni assistenziali e di ricerca traslazionale attribuite loro nelle reti fino al livello nazionale e internazionale. Per queste ragioni, è certamente opportuno in primo luogo sottolineare l'opportunità di mantenere la loro soggettività giuridica e l'autonomia funzionale di cui dispongono nei propri ambiti di riferimento. Per quel che riguarda l'Istituto per la riabilitazione di Montecatone potrebbe essere eventualmente considerata una qualche forma ulteriore di integrazione o con l'Istituto delle Scienze neurologiche di Bologna (ISNB) o con l'Istituto Ortopedico Rizzoli (IOR). Al contempo, per quanto concerne l'ambito assistenziale, nella revisione delle reti cliniche anche di interesse regionale e nazionale è opportuno programmare un ulteriore sviluppo delle collaborazioni tra i due IRCCS e le altre strutture del Servizio sanitario. Questo obiettivo può essere perseguito sia mediante iniziative di mobilità dei professionisti degli IRCCS verso l'esterno sia mediante una focalizzazione delle attività interne verso settori più specifici e qualificanti la missione degli IRCCS quali, per lo IOR, la revisione di protesi o le neoplasie metastatiche dell'apparato scheletrico o, per l'ISNB, la neurochirurgia e la demenza. Per quanto riguarda infine il potenziamento e la qualificazione delle attività di ricerca traslazionale in senso "allargato" degli IRCCS si rimanda alla successiva sezione 3.1.1.

#### **2.5 L'integrazione tra le Aziende USL e gli obiettivi dell'Accordo di programma**

L'analisi dei casi di integrazione tra Aziende sanitarie realizzatisi negli ultimi anni nel Servizio sanitario nazionale e in particolare in quello regionale dell'Emilia-Romagna ha posto in luce alcuni elementi di rilievo. La maggior parte dei casi di integrazione completa ha interessato Aziende USL, mentre vi sono casi meno frequenti sia di incorporazione di Aziende ospedaliere da parte di Aziende USL (o viceversa) sia di fusione tra Aziende ospedaliere. Su questo tema, la letteratura internazionale, pur nella eterogeneità dei contesti di riferimento che rende difficile trarre lezioni

generali, ha evidenziato che i risultati delle operazioni di fusione tendono a rimanere al di sotto delle aspettative con l'eccezione dei casi in cui l'integrazione ha portato a una significativa rimodulazione della rete dei servizi. Essa inoltre ha messo in luce che i processi di riorganizzazione dei sistemi sanitari si stanno caratterizzando per il tentativo di rafforzare i legami di integrazione verticale tra i soggetti responsabili del finanziamento e dell'assistenza territoriale da un lato e gli erogatori di prestazioni ospedaliere dall'altro nella convinzione che per affrontare i nuovi bisogni in condizioni di sostenibilità occorre che i primi acquisiscano un maggior controllo sui secondi. In questo senso, laddove possibile sul piano istituzionale, i soggetti responsabili del finanziamento e del governo dei percorsi dovrebbero definire ambiti territoriali precisi (i Distretti) entro i quali programmare e gestire un sistema di interventi che vanno dagli ambiti sanitari - fino alle prestazioni ospedaliere di medio-bassa complessità - a quelli socio-sanitari e che si integrano con quelli sociali e educativi per rispondere ai fabbisogni complessivi della popolazione di riferimento.

Nell'ambito dell'Area metropolitana di Bologna una possibile forma di integrazione tra Aziende nel loro complesso riguarda le Aziende USL di Bologna e di Imola. Al riguardo, l'Azienda USL di Imola integra verticalmente, in un ambito territoriale che coincide con quello del Distretto, tutte le funzioni assistenziali inclusive di buona parte di quelle ospedaliere. Queste condizioni favoriscono una programmazione e gestione delle attività coerenti al perseguimento di obiettivi di prossimità ed equità di accesso anche con riferimento allo snodo tra territorio e ospedale. Sulla base dei dati in allegato 3 si nota che gli indicatori di attività assistenziale dell'Azienda USL di Imola, con particolare riferimento a quelli di mobilità passiva verso l'Area metropolitana e la Regione, testimoniano una buona capacità complessiva di perseguire gli obiettivi sopra definiti anche grazie a una favorevole conformazione territoriale che consente una relativa facilità di accesso alle strutture da parte della maggior parte della popolazione e a una adeguata dotazione infrastrutturale. Sul piano economico-finanziario, i dati relativi ai costi pro-capite dell'Azienda USL di Imola per il 2016 considerati nel loro insieme e cioè tenendo conto, anche solo in parte degli indicatori di costo integrati per la copertura delle funzioni sovra-aziendali delle Aziende ospedaliere, non differiscono sostanzialmente da quelli medi dell'Area metropolitana.

Alla luce di queste osservazioni, allo stato attuale la fusione tra le due Aziende USL non pare incidere in modo rilevante sul perseguimento delle finalità generali dell'Accordo di programma che sono quelle di facilitare *“una riorganizzazione dei servizi distrettuali e ospedalieri in Area metropolitana al fine di migliorare l'accessibilità, la prossimità e la qualità dei servizi, stimolare la ricerca e l'innovazione, qualificare la didattica pre e post-laurea”*. Infatti, la visione a tendere e gli strumenti istituzionali e organizzativi proposti per supportare il cambiamento – dal nuovo ruolo dei Distretti ai Dipartimenti di continuità in ambito territoriale, fino ai Dipartimenti interaziendali e alle diverse forme di integrazione negli assetti istituzionali a supporto delle reti cliniche, di ricerca e di didattica – possono trovare efficace applicazione sia nello scenario attuale sia in presenza di una unica Azienda USL metropolitana.

### **3 L'integrazione tra funzioni assistenziali, di ricerca e di didattica e il ruolo degli IRCCS**

In questa sezione si affronta l'analisi dei possibili *“modelli organizzativi in grado di contemperare al meglio gli obiettivi assistenziali ... con le funzioni proprie dell'Università, in coerenza con gli obiettivi di rafforzata collaborazione istituzionale nelle attività di ricerca e didattica, così come definiti dal recente Protocollo d'intesa Regione-Università”*. Dato che la visione che fa da sfondo all'analisi delle soluzioni organizzative a supporto di questa collaborazione si basa in via prioritaria sul crescente allineamento tra reti cliniche e reti per la ricerca, l'innovazione e la didattica, allineamento che è centrale anche per realizzare la missione istituzionale degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), affronteremo in modo congiunto anche l'analisi degli *“strumenti istituzionali e organizzativi”* in grado di *“integrare più efficacemente le attività assistenziali degli IRCCS all'interno delle reti cliniche, nonché favorire la loro capacità di trasferire in tempi rapidi i risultati delle proprie attività di ricerca istituzionale sul piano assistenziale”*.

In entrambi i casi, infatti, le soluzioni da mettere in campo sono fondamentalmente mirate a *“stimolare la ricerca e l'innovazione, qualificare la didattica pre e post-laurea”* e cioè a perseguire gli obiettivi di sistema sintetizzati dall'art. 1 dell'Accordo di programma. L'opportunità di considerare in modo unitario i due temi è testimoniata anche di recente nel Protocollo d'intesa tra Regione e Università e nella Delibera regionale sul riordino delle reti cliniche (n. 1907/2017). In particolare il Protocollo, oltre a riconoscere in più parti il ruolo prioritario assunto dagli IRCCS regionali per le attività di ricerca e didattica, nell'indicare le strutture da coinvolgere nelle reti formative per le caratteristiche della casistica trattata riconosce che essa è *“presente prioritariamente nelle strutture delle Aziende Ospedaliere Universitarie e degli IRCCS aventi sede nel territorio regionale”* (art. 15 comma 3), mentre la Delibera sulle reti cliniche prevede che: *“la valenza formativa e la funzione di diffusione delle conoscenze intrinseche ai processi di mobilità delle equipe professionali impone che la programmazione delle Reti cliniche valorizzi in modo pieno le competenze degli IRCCS così come delle Aziende Ospedaliere Universitarie”*.

La sezione si apre con una definizione generale della visione di lungo termine per la collaborazione tra le istituzioni in questi ambiti e passa poi ad affrontare i diversi strumenti istituzionali e organizzativi da impiegare per realizzare tale visione. Nello sviluppare i punti essenziali di questa visione non si entra nel merito degli specifici strumenti volti a supportare le attività di ricerca scientifica. Si rimanda inoltre alla sezione precedente per gli approfondimenti sul contributo derivante dall'adozione di nuovi modelli organizzativi e istituzionali per l'assistenza alla più efficace integrazione delle funzioni di ricerca e di didattica. Al riguardo, si noti in particolare che alcune soluzioni illustrate in questa sezione che prevedono l'allineamento tra reti cliniche, di ricerca e di didattica potrebbero comportare l'istituzione di *“sedi ulteriori”* ai sensi del richiamato Protocollo d'intesa (art. 18), oppure potrebbero trovare collocazione all'interno anche di Aziende sanitarie-universitarie di nuovo tipo (cfr. sez. 2.3.4).

#### **3.1 La collaborazione nelle reti assistenziali, formative e di ricerca**

I sistemi sanitari sono interessati da rapidi e profondi processi di cambiamento per la necessità di soddisfare vincoli sempre più stringenti su alcune dimensioni comuni: 1) la pressione a trasferire le innovazioni (farmaci, trattamenti, dispositivi, attrezzature) alla pratica clinica e assistenziale nel maggior numero di strutture in tempi molto rapidi e spesso incompatibili con una valutazione attenta delle stesse anche in relazione alle caratteristiche delle diverse strutture in termini di dotazioni e casistiche; 2) la pressione a integrare le attività assistenziali e di sperimentazione con quelle di ricerca scientifica più avanzata negli ambiti in cui si ritiene che in futuro essa possa portare a miglioramenti nelle aspettative di vita, pur in presenza di rapporti costo-efficacia non

favorevoli; 3) la difficoltà nel mantenere rapporti di collaborazione nelle funzioni assistenziali e di ricerca traslazionale all'interno di reti in cui i singoli nodi sono valutati dalle singole Aziende anche sulla base di obiettivi di autosufficienza territoriale; 4) la crescente mobilità nazionale e internazionale dei professionisti e dei ricercatori di più alta qualificazione che rende più difficile allineare nel tempo gli investimenti in capitale strutturale e in capitale umano; 5) in particolare nei sistemi pubblici, la difficoltà a reperire risorse per investimenti in conto capitale che porta a mettere in competizione tra loro l'avvio di infrastrutture necessarie per la ricerca, l'innovazione e la didattica ai diversi livelli assistenziali.

### 3.1.1 I processi di integrazione tra assistenza, ricerca e didattica

La difficoltà di queste sfide e la crescente interdipendenza tra assistenza, didattica e ricerca chiariscono che per dar vita e mantenere nel tempo un grande sistema integrato di assistenza, ricerca e formazione di livello internazionale occorre una condivisione di scelte strategiche tra Regione e Università e un allineamento coerente delle attività di programmazione e gestione. Infatti, anche le strutture attualmente caratterizzate dai livelli assistenziali e di ricerca più elevati, per mantenerli nel tempo, hanno bisogno di agire sulla base di impegni programmatici chiari in merito al proprio ruolo nelle reti cliniche integrate, all'accesso alle grandi infrastrutture assistenziali e al reclutamento stabile di personale altamente qualificato nelle discipline di riferimento. Questa collaborazione non può peraltro essere data per scontata perché nonostante gli evidenti vantaggi derivanti dalla condivisione di indirizzi e risorse, ciascuna istituzione (e le sue singole strutture) è chiamata a perseguire obiettivi – in termini di indicatori bibliometrici di produzione scientifica, di esiti di percorsi formativi e di volumi/caratteristiche delle attività assistenziali – rilevanti per attrarre risorse o per essere accreditati rispetto a diverse funzioni, ma che sono spesso difficili da contemperare in modo equilibrato.

Per risolvere queste difficoltà in molti paesi con sistemi sanitari di riferimento quali gli Stati Uniti, il Canada o il Regno Unito sono stati attivati Organismi quali il *National Institute for Health Research* (UK), i *Canadian Institutes of Health Research* o i *National Institutes of Health* (USA), con la specifica missione di favorire l'integrazione tra queste funzioni, mediante la costituzione o il potenziamento di reti per la ricerca sanitaria e l'assistenza di alta specialità su tematiche di interesse comune per i sistemi sanitari e le Università. Anche in Regione Emilia-Romagna è stato avviato un programma volto a sostenere le attività di ricerca che si realizzano presso strutture del Servizio sanitario con particolare riguardo a quelle che si realizzano negli IRCCS e nelle Aziende ospedaliero-universitarie quali punti di riferimento principali per la ricerca traslazionale e per quella valutativa. Un ulteriore passo in quella direzione è venuto dall'introduzione della nozione di programmazione congiunta tra Regione e Università nel Protocollo d'intesa del 2016 e dalla Dgr n. 1907/2017 che prevede un impegno a garantire che le nuove reti cliniche integrate siano coerenti "con gli assetti derivanti dalla applicazione del nuovo Protocollo d'Intesa Regione-Università e con la necessità di valorizzare gli IRCCS regionali". Il progressivo allineamento nelle posizioni di riferimento di alcune strutture sia per le reti assistenziali sia per le reti della ricerca e dell'innovazione consente di realizzare nuovi obiettivi strategici negli ambiti di interesse comune: 1) migliorare la collaborazione tra *hub* and *spoke* mediante una più coerente applicazione del concetto di ricerca traslazionale; 2) candidare le strutture *hub* e le reti nel loro complesso a svolgere in via continuativa funzioni di promozione e di valutazione d'impatto delle innovazioni; 3) fornire ai soggetti privati e pubblici esterni interessati a promuovere e collaborare ad attività di ricerca indicazioni più precise in merito alle caratteristiche delle attività svolte e alla capacità di realizzazione all'interno delle reti; 4) favorire la concentrazione degli investimenti in infrastrutture di grandi dimensioni e in capitale umano di altissima qualificazione nonché la focalizzazione dei



finanziamenti correnti per la ricerca in corrispondenza dei principali nodi delle reti; 5) investire nella istituzione di un Centro regionale per la gestione delle banche dati e lo sviluppo di tecniche di analisi (*big data*) a supporto delle attività di ricerca sanitaria; 6) sperimentare nuovi modelli di valutazione dell'impatto assistenziale delle attività di ricerca sanitaria.

### *1 Le reti e la ricerca traslazionale*

Per poter conseguire una posizione di riferimento quale *hub* per l'assistenza e la ricerca in un Servizio sanitario che si organizza per reti cliniche occorre interpretare tale ruolo in primo luogo contribuendo a mantenere relazioni di collaborazione tra i nodi delle stesse superando una concezione ristretta della funzione di "ricerca traslazionale". Negli ultimi anni, infatti, la crescente interdipendenza bi-direzionale tra attività di ricerca di base da un lato e attività di sperimentazione clinica e di assistenza di alta specialità dall'altro, soprattutto in alcuni ambiti disciplinari su cui si concentrano grandi finanziamenti, ha contribuito a diffondere la percezione che il ruolo degli *hub* assistenziali in un sistema integrato possa limitarsi al potenziamento della propria integrazione con il complesso di infrastrutture scientifiche e tecnologiche necessario a garantire i processi *from bench to bedside* e viceversa. Questa concezione non è in generale coerente con una logica di collaborazione istituzionale strategica tra Servizio sanitario e Università. Infatti le funzioni degli *hub* devono includere il compito non solo di sperimentare per primi le innovazioni mediante studi clinici nelle varie fasi, ma anche di facilitare la diffusione - selettiva e critica - delle stesse all'interno dei nodi delle reti che collaborano al reclutamento dei pazienti nelle fasi sperimentali e poi nelle restanti strutture del Servizio sanitario.

Questo delicato compito di intermediazione delle attività di ricerca e delle innovazioni che richiede di per sé elevati standard tecnico-scientifici, metodologici e deontologici, deve realizzarsi non solo mediante l'adozione di regole che favoriscano il maggior coinvolgimento dei nodi della rete negli studi clinici e nella gestione dei registri clinici, ma anche mediante forme di mobilità dei professionisti tra *hub* e *spoke* in entrambe le direzioni, nonché mediante l'organizzazione di attività di formazione sulle attività di sperimentazione e valutazione sia per i professionisti in formazione sia, e forse soprattutto, per quelli già attivi nelle strutture del Servizio sanitario esterne alla rete clinica. Al riguardo, sarà responsabilità degli organi di governo metropolitano (cfr. sezione precedente) di definire programmi interaziendali che sappiano utilizzare al meglio sia le piattaforme tecnologiche sia la mobilità selettiva dei professionisti altamente specializzati per coniugare in modo efficace priorità assistenziali e di ricerca traslazionale. Con riferimento allo specifico ruolo degli IRCCS, cruciale al riguardo sarà anche l'azione dei Direttori scientifici che, nell'ambito dei propri compiti istituzionali, saranno chiamati a collaborare con i Direttori generali coinvolti nel definire linee e modalità di svolgimento delle attività di ricerca coerenti con la missione di validazione e trasferimento delle conoscenze. In questo modo, e cioè in particolare facendo leva sui vantaggi derivanti dalla collaborazione in reti cliniche più ampie all'interno del Servizio sanitario, sarà possibile raggiungere un equilibrio più avanzato tra obiettivi posti dal Ministero agli IRCCS e funzioni necessarie per il sistema regionale.

La designazione di *hub* assistenziale e di ricerca - dentro e fuori gli IRCCS - non può in ogni caso limitarsi alla sola funzione di trattare i casi inviati dagli *spoke* e neppure solo alla restituzione a questi ultimi per la continuazione del percorso assistenziale quando le condizioni lo consentono, ma richiede un impegno a trasferire le proprie conoscenze distintive - che hanno motivato la qualificazione di *hub* - agli altri nodi della rete. Dal punto di vista del sistema nel suo complesso, l'assenza di consolidati strumenti per il trasferimento delle conoscenze non solo riduce il contributo degli *hub* al miglioramento della qualità assistenziale complessiva, ma può indurre una

eccessiva concentrazione sugli *hub* di casistiche che in altri sistemi sono già trattati al di fuori dei Centri di riferimento consentendo a questi di focalizzarsi sulla sperimentazione e valutazione di innovazioni che richiedono ancora sperimentazioni ed analisi. È importante notare che anche per i singoli *hub* un insufficiente impegno nella funzione di intermediazione delle conoscenze riduce le possibilità di consolidarsi nel tempo. Infatti, in un contesto in cui forse il principale fattore di competitività è dato dalla possibilità di coinvolgere una rete di strutture che operano nello stesso sistema organizzativo (anche per quel che riguarda il cruciale aspetto della condivisione dei dati), la mancanza di trasferimento di conoscenze verso gli *spoke* riduce drasticamente i loro incentivi a collaborare.

## *2 Le reti e la promozione delle innovazioni*

Questo più intenso rapporto tra *hub* assistenziali e di ricerca e le loro reti di riferimento assume una rilevanza del tutto particolare per quel che riguarda le attività di valutazione d'impatto e di promozione delle innovazioni da svolgere anche a supporto delle funzioni regionali per l'HTA di cui alla legge 28 dicembre 2015 n. 208. Nell'Area metropolitana sono numerose le reti assistenziali che, per dotazioni di capitale strutturale e umano e per volumi della casistica - soprattutto, ma non solo negli *hub* -, possono candidarsi per lo svolgimento delle suddette attività in relazione alle principali innovazioni di interesse per il Servizio sanitario regionale. La definizione di tali reti potrebbe consentire alla Regione di contare su strutture di riferimento a cui porre - sulla base di metodologie concordate e prima che si realizzino adozioni non supportate da una rigorosa analisi *ex ante* - i quesiti considerati fondamentali per una corretta valutazione d'impatto con riferimento agli obiettivi di salute delle innovazioni, alla scelta dei comparatori, alla indicazione dei risultati attesi nel tempo, alla valutazione delle condizioni organizzative che incidono sull'opportunità sull'adozione e all'analisi dei costi comparati. D'altro lato, già durante lo svolgimento delle valutazioni di impatto è importante che le strutture delle reti siano chiamate a realizzare attività di ricerca clinico-organizzativa volte a verificare la concreta possibilità di adottare l'innovazione in presenza di condizioni ambientali e di dotazioni di risorse diverse da quelle tipicamente impiegate nelle prime analisi di costo-efficacia. Il contributo delle singole strutture della rete è inoltre essenziale per garantire il mantenimento e lo sviluppo della capacità di adattare le innovazioni alle caratteristiche proprie e del proprio ambito di riferimento, caratteristica che è decisiva non solo per garantire l'impiego efficace delle innovazioni ma anche per far emergere nuovi quesiti clinici di interesse generale per la successiva evoluzione delle attività di ricerca e per fornire indicazioni preziose per individuare possibili varianti o soluzioni alternative.

Allo stesso modo è opportuno rimarcare la rilevanza di confermare o attribuire alle reti di cui sopra, con *hub* presso gli IRCCS o presso altre strutture di riferimento dell'Area metropolitana, non solo di funzioni di gestione dei registri clinici ma anche di promozione di iniziative di monitoraggio sulla diffusione delle innovazioni di rilievo per il Servizio sanitario con particolare riferimento agli studi post-autorizzazione che solitamente non raccolgono l'interesse di promotori esterni e che invece contribuiscono in modo decisivo a rispondere a quesiti clinici di grande rilevanza in termini di miglioramento nelle aspettative di salute e/o di contenimento dei costi. Inoltre, essi consentono di coinvolgere un numero ancora più elevato di strutture in attività di ricerca valutativa e clinico-organizzativa con riflessi positivi sulla collaborazione tra nodi della rete e soprattutto per la qualità assistenziale diffusa all'interno del sistema. In tal modo, peraltro, si farebbe un concreto passo avanti nella direzione dell'obiettivo fissato per gli *hub* delle reti di ricerca dalla Delibera regionale n. 1066/2009 quando prevedeva che lo *"sviluppo di questi centri di riferimento dovrà saper conciliare la duplice esigenza di rispondere ai requisiti richiesti agli IRCCS in sede nazionale*

*mantenendo la capacità di sviluppare la funzione di rete e facilitazione di network tipica del modello regionale”.*

### *3 Le reti e il portfolio delle attività di ricerca e innovazione*

Le attività illustrate in allegato 3 mostrano che già oggi le strutture assistenziali e di ricerca attive a Bologna - in particolare nell’Azienda ospedaliero-universitaria, nell’Istituto ortopedico Rizzoli e nell’Istituto delle Scienze neurologiche - si trovano ai vertici regionali e spesso nazionali nei propri ambiti disciplinari quanto a impatto scientifico, fondi di ricerca, studi clinici nelle varie fasi, presenza di infrastrutture quali le Biobanche e di Centri di riferimento anche internazionali di cui si è dato ampiamente conto in allegato 3. L’insieme delle strutture maggiormente coinvolte in tali attività costituisce il punto di partenza per dar vita a un sistema di livello europeo per l’assistenza di più alta specializzazione e la ricerca biomedica e sanitaria. Tali strutture sono spesso riconosciute già oggi quali punti di riferimento per le reti cliniche di interesse regionale o sovra-regionale e, sulla base delle soluzioni che verranno adottate per garantire una maggiore integrazione tra le Aziende - Dipartimenti interaziendali, Consorzio o revisione delle funzioni dell’Azienda ospedaliero-universitaria – esse potranno diventare *hub* per un sistema assistenziale e di ricerca di ambito metropolitano con grandissime potenzialità di crescita.

Per realizzare compiutamente questo obiettivo, contestualmente alla definizione delle reti nei nuovi assetti organizzativi, occorre attivare un processo di graduale accreditamento allo svolgimento di funzioni di ricerca delle singole strutture - secondo standard internazionali - in modo che le reti nel loro complesso possano presentare un credibile *portfolio* di attività di ricerca ai principali promotori e finanziatori pubblici e privati che richiedono tali standard. Proprio la qualità del processo di selezione e accreditamento dei *Clinical networks* composti da strutture assistenziali e di ricerca attive su temi di comune interesse per il Servizio sanitario, le Università e i principali finanziatori esterni è stato il più rilevante elemento di successo per il già citato NIHR del NHS inglese. Su questa base, infatti, l’NIHR è oggi in grado di presentare un *portfolio* di attività di sperimentazione e valutazione, inclusivo della componente di ricerca biomedica di base e di servizi per la gestione dei *big data*, che hanno grandemente ampliato la rapidità di reclutamento e di gestione di studi clinici e di altre forme di ricerca traslazionale potenziando la capacità delle due istituzioni di attrarre risorse, creando un importante indotto in alcuni tra i più innovativi settori economici e beneficiando i pazienti per l’impatto positivo - diretto e indiretto - delle attività di ricerca sulla qualità dei servizi assistenziali a disposizione anche di chi non è coinvolto nelle sperimentazioni. Inoltre, sempre sulla scia di questo esempio, l’assunzione del ruolo di *hub* in reti di ricerca di questo tipo, definisce un vantaggio comparato anche per l’attribuzione di un ruolo centrale nella valutazione preventiva e di monitoraggio della diffusione di tecnologie e dispositivi che sta assumendo una rilevanza crescente negli ultimi anni.

### *4 Organismi per favorire la ricerca sanitaria e l’innovazione*

Per sostenere ulteriormente le attività delle reti per la ricerca e l’innovazione e dei relativi *hub*, la Regione e l’Università potrebbero definire gli ambiti nei quali istituire a Bologna – anche mediante la riorganizzazione e la valorizzazione di attività già presenti - alcuni grandi Centri per la ricerca sanitaria di interesse comune sui quali far convergere risorse di rilievo. In particolare, la Regione potrebbe farsi carico prevalentemente delle infrastrutture assistenziali e dei relativi oneri di gestione mentre l’Università potrebbe partecipare con capitale umano di particolare qualificazione e con nuove infrastrutture per la ricerca quali ad esempio la progettata Torre biomedica. Le funzioni di questi Centri, pur caratterizzati da una molteplicità di sedi fisiche, potrebbero essere esercitate primariamente presso l’Azienda ospedaliero-universitaria e/o presso gli IRCCS, tenendo

in considerazione ambiti di attività quali, ad esempio, le malattie rare o i trapianti e le gravi insufficienze d'organo per cui sono già presenti a Bologna strutture talvolta di piccole dimensioni e per cui l'integrazione tra assistenza e ricerca richiede l'accesso costante a infrastrutture di ricerca di particolare specializzazione. In alcuni di questi casi, Bologna potrebbe divenire la sede centrale di veri e propri Dipartimenti regionali di tipo funzionale dato che alla necessità di concentrare alcune attività per poter disporre di grandi infrastrutture si affianca la necessità di coordinare un numero molto elevato di strutture attive in ambiti territoriali molto ampi e con funzioni molto differenziate. Allo stesso modo, in riconoscimento della crescente rilevanza delle Biobanche non solo per scopi assistenziali, ma anche per realizzare ricerche di particolare ampiezza – nel tempo e/o per volume dei casi – nonché per rendere disponibili i materiali per altre ricerche future, Regione e Università dovrebbero investire in quelle che già hanno assunto una posizione di preminenza sul piano nazionale e internazionale (quali, ad es. la Banca del tessuto muscolo-scheletrico dello Istituto ortopedico Rizzoli) e in quelle che potrebbero svolgere un ruolo rilevante nello sviluppo di altri campi di attività di comune interesse.

In termini più generali, una programmazione congiunta che definisca gli ambiti funzionali e disciplinari nonché le caratteristiche delle grandi infrastrutture, costituisce un presupposto necessario per assumere impegni reciproci sul lungo termine a garanzia di un duraturo collegamento tra attività di ricerca biomedica e sanitaria da un lato e istanze conoscitive prioritarie del Servizio sanitario dall'altro. Per quanto riguarda la Regione ciò corrisponde a quanto previsto dalla Delibera regionale n. 1066/2009 che, con riferimento agli IRCCS ma nel contesto del Protocollo del 2016 anche alle altre strutture delle reti di ricerca di interesse comune prevedeva il *"consolidamento presso questi centri dell'infrastruttura necessaria alla conduzione di attività di ricerca ed al sostegno di specifiche iniziative progettuali da essi condotte, rilevanti al fine di soddisfare i bisogni conoscitivi del Servizio sanitario regionale"*. Tuttavia, gli investimenti in capitale strutturale, per quanto rilevanti non sono di per sé sufficienti per realizzare gli obiettivi della programmazione; è infatti necessario un impegno di lungo termine anche sugli investimenti in capitale umano dedicato, il che nel Servizio sanitario richiede che si intervenga anche per il pieno riconoscimento dei ruoli professionali impiegati in primo luogo negli IRCCS per la realizzazione dei progetti di ricerca traslazionale e per la loro valorizzazione contribuendo in modo decisivo alla capacità di attrazione di fondi e alla diffusione delle conoscenze.

### *5 Un Centro per i big data*

Il tema della costruzione di un grande Centro per l'uso dei *big data* in ambito sanitario assume un rilievo del tutto particolare non solo per la sua trasversalità rispetto a un numero crescente di ambiti di ricerca, ma anche per le sue possibili implicazioni che vanno ben oltre la ricerca sanitaria. Uno dei principali vantaggi comparati di un Servizio sanitario pubblico che assicura la tutela della salute a oltre 4 milioni di cittadini e opera in modo integrato su tutti i livelli assistenziali è quello di poter disporre di un insieme di banche dati, perfezionato in molti anni e collegato tra loro intorno all'identità dei singoli pazienti, che riguardano non solo i consumi sanitari più diffusi come le prescrizioni farmaceutiche o i ricoveri ospedalieri, ma anche le prestazioni specialistiche, territoriali e non, e perfino i singoli test diagnostici. In futuro, anche per la maggiore diffusione di registri clinici di notevoli dimensioni e di strumenti quali il fascicolo elettronico, questo patrimonio di dati sarà ulteriormente integrato e qualificato. Si tratta a tutti gli effetti di grandi risorse costituite nel tempo mediante ingenti investimenti che pongono il Servizio sanitario regionale in una posizione di *leadership* anche a livello internazionale perché nella gran parte degli altri paesi la frammentazione del sistema tra più assicuratori ed erogatori non consente un livello di

integrazione delle informazioni su questa scala e scoraggia gli investimenti nel miglioramento qualitativo dei dati che è invece un fattore cruciale per la qualità della ricerca.

La possibilità di usufruire di tali grandi risorse richiede, nell'interesse pubblico, di definire preventivamente soluzioni giuridiche e organizzative in grado di garantire pienamente la tutela del diritto alla riservatezza dei cittadini sui propri dati sanitari e la piena titolarità sugli stessi in capo alle Aziende del Servizio sanitario quali soggetti responsabili della coerenza tra qualsiasi loro uso successivo e contenuti del consenso acquisito. In questo senso, la Regione potrebbe definire i termini in cui ritiene di poter regolamentare la condivisione di tali dati con altri soggetti - in primis con i Centri universitari coinvolti nelle reti - per obiettivi comuni di ricerca, di ricerca traslazionale, di valutazione e di monitoraggio con riferimento ad attività assistenziali o a innovazioni anche organizzative nei diversi ambiti ospedalieri e territoriali. Sul piano organizzativo, la Regione potrebbe poi definire le condizioni e gli strumenti informativi mediante i quali è possibile accedere ai dati rispettando i diritti alla riservatezza e le responsabilità dei titolari sopra richiamate e consentendo di verificare che le modalità di interrogazione e di uso siano conformi agli obiettivi condivisi. Di particolare rilevanza è garantire che, una volta definite le condizioni generali per l'accesso ai dati anche in termini di perseguimento di obiettivi conoscitivi di comune interesse, le relative procedure siano definite in modo chiaro e tale da garantire lo svolgimento tempestivo delle successive analisi.

Con queste premesse del tutto necessarie a garantire il pieno rispetto delle norme a tutela dei pazienti e volte al perseguimento dell'interesse pubblico, un grande sistema di ricerca, formazione e assistenza di alta specialità potrebbe dotarsi di una infrastruttura comparabile al *Clinical practice research datalink* del NIHR inglese. A partire da questa infrastruttura di base, i ricercatori che avviano uno studio clinico o uno studio osservazionale potrebbero ricevere un insieme di servizi in grado di aumentarne il valore in termini di diffusione scientifica, capacità di attrazione di fondi e impatto sui sistemi assistenziali. Infatti, tale Centro, che dovrebbe farsi carico di tutti gli aspetti relativi all'applicazione delle norme sopra richiamate, potrebbe mettere a disposizione dei ricercatori informazioni del tutto anonimizzate sulla storia clinica dei pazienti consentendo una loro selezione più rapida e precisa rispetto agli obiettivi conoscitivi degli studi e aumentando la significatività dei loro risultati. La possibilità di accumulare nel tempo i dati delle sperimentazioni anche per realizzare studi di *follow up* o di monitoraggio post-autorizzazione o per condividere gli stessi all'interno di reti di ricerca più ampie potrebbe contribuire ad aumentare nel tempo le potenzialità della struttura. Inoltre, presso tale Centro potrebbero essere sviluppate e sistematizzate le competenze di natura tecnico-statistica necessarie alla gestione degli studi per una loro ulteriore valorizzazione. Infine, in prospettiva, gli investimenti in una infrastruttura per la gestione delle banche dati di interesse comune da mantenere e arricchire nel tempo potrebbe portare alla costituzione di un Centro - collegato alle principali reti europee - per l'applicazione delle tecniche di analisi dei dati più innovative alla ricerca sanitaria nelle sue varie dimensioni.

#### *6 I criteri di valutazione della ricerca*

In chiusura occorre accennare anche alla necessità di aprire una riflessione, che può partire dalla Regione con riferimento alla revisione dei requisiti di accreditamento degli IRCCS, sulla valutazione dei risultati delle attività di ricerca sanitaria. Al momento, in modo diretto e indiretto, la qualità delle attività degli IRCCS è misurata prevalentemente sulla base di indicatori bibliometrici della produzione scientifica dato che, tra gli altri indicatori, quello relativo alla capacità di attrazione di fondi è fortemente correlato ai primi. Inoltre, gli altri indicatori di qualità o presentano soglie minime che non pongono particolari problemi per strutture che sono in partenza *hub* assistenziali

(ad es. i criteri di qualità assistenziali) o non sono chiaramente definiti (ad es. la capacità di fare rete). Per quanto difficile da realizzare, occorre invece che anche in via sperimentale si dia inizio prima a una analisi metodologica e poi a una raccolta di dati sistematica in merito ad altri indicatori di impatto assistenziale e sociale della ricerca svolta dagli IRCCS e più in generale dalle reti di ricerca e innovazione. Nonostante la difficoltà di ottenere fin da subito dati affidabili e supportati dal pieno consenso delle comunità scientifiche e professionali, occorre comunque investire su sistemi di misurazione dell'impatto delle attività di ricerca su indicatori di aspettativa e qualità della vita, nella qualità percepita da parte dei pazienti o nelle condizioni di accesso alle cure, di riduzione nell'assorbimento di risorse, etc. Si tratta di dimensioni che presentano profili molteplici e tutti di complessa misurazione, soprattutto con l'obiettivo di riportarli a sintesi in pochi indicatori che facciano sintesi di un complesso di attività portate avanti da istituzioni che operano in ambiti piuttosto ampi e in condizioni diverse. Tuttavia, ma la potenza degli indicatori di risultato e degli incentivi ad essi collegati nella scelte delle istituzioni su cui concentrare gli investimenti strutturali o i finanziamenti di parte corrente e più in generale per buona parte delle decisioni di allocazione di risorse al confine tra assistenza e ricerca sanitaria è tale da richiedere un loro riequilibrio se si vuole effettivamente che gli IRCCS e gli altri *hub* identificati dalla programmazione congiunta adempiano alla loro missione di ricerca traslazionale.

### 3.1.2 L'integrazione tra assistenza e formazione

I dati sulla formazione presentati in allegato 3 illustrano il ruolo centrale dell'offerta formativa dell'Università di Bologna in ambito regionale su tutti i cicli formativi, dai Corsi delle professioni sanitarie nelle loro diverse sedi, ai Corsi di laurea magistrali a ciclo unico, fino alle Scuole di specializzazione, ai Dottorati di ricerca e ai Corsi per la formazione continua. Una parte di rilievo di tale offerta si concentra nelle strutture dell'Azienda ospedaliero-universitaria che è luogo privilegiato della collaborazione tra Regione e Università. In prospettiva futura, la particolare concentrazione di attività di ricerca scientifica e tecnologica e di correlate attività assistenziali di alta specialità che si realizza presso tale Azienda garantisce alla stessa una posizione di rilievo anche come sede per l'integrazione con le funzioni didattiche. Tuttavia, le scoperte scientifiche e l'innovazione tecnologica più avanzata sono solo una parte dei fattori di cambiamento nei sistemi sanitari, i quali si modificano anche per effetto di innovazioni nei modelli organizzativi introdotte spesso per far fronte anche a grandi cambiamenti sociali, demografici e epidemiologici. Ogni sistema educativo in grado di rispondere ai fabbisogni formativi futuri avrà quindi il compito di adattarsi non solo all'impatto delle nuove tecnologie sui processi assistenziali, ma anche ai cambiamenti nei modelli organizzativi. Per questo motivo, insieme alla riprogrammazione dei contenuti curricolari proposti nelle strutture ospedaliere specialistiche di secondo e terzo livello tipiche di un Policlinico, i crescenti investimenti sui servizi di prevenzione e di cure primarie e secondarie nonché sulle reti ospedaliere multi-livello e multi-funzione, richiedono una revisione dei contenuti e della configurazione delle reti a supporto dei percorsi formativi.

### Revisione delle reti formative

La necessità di questa revisione diviene più pressante se in Area metropolitana verrà portata avanti una riorganizzazione degli assetti assistenziali che porterà a una maggiore differenziazione delle funzioni attribuite alle diverse strutture - interne o esterne all'Azienda ospedaliero-universitaria - con l'istituzione di Dipartimenti interaziendali. Tali Dipartimenti sono infatti motivati dal Protocollo d'Intesa (art. 8 comma 3) sulla base della *"necessità di assecondare i processi di riorganizzazione orientati alla domanda di salute e allo sviluppo di percorsi nell'ambito di reti cliniche, didattico-formative e di ricerca integrate su più aziende sanitarie"* e quindi, nel momento in cui i percorsi assistenziali toccheranno più strutture cui saranno attribuite funzioni

esclusive, esse dovrebbero entrare a far parte delle reti formative. Questa argomentazione vale evidentemente in primo luogo per gli IRCCS il cui ruolo nelle reti formative è pienamente funzionale alla loro missione assistenziale nonché all'integrazione tra obiettivi istituzionali. Con particolare riferimento alle Scuole di specializzazione mediche, questo ampliamento delle reti non deriverà quindi solo dal riconoscimento del contributo delle strutture esterne al soddisfacimento formale dei requisiti previsti per l'accreditamento, quanto dalla necessità sostanziale di far corrispondere il complesso delle conoscenze e competenze acquisite durante il percorso formativo a quelle di cui gli specializzandi dovranno concretamente disporre per svolgere le proprie mansioni all'interno del Servizio sanitario. Inoltre, data la crescente rilevanza delle strutture extra-ospedaliere per le cure primarie e intermedie, in alcuni ambiti disciplinari, occorrerà promuovere una graduale espansione delle attività formative al livello distrettuale, anche attraverso modalità di organizzazione della didattica di tipo innovativo e sulla falsariga di quelle introdotte in paesi con sistemi relativamente simili al nostro quali il Regno Unito o il Canada e più di recente anche negli Stati Uniti. Solo in questo modo, infatti, la visione futura delle reti formative nell'Area metropolitana potrà puntare decisamente a *“coordinare la programmazione delle attività didattico-formative delle Università e la programmazione delle reti assistenziali, anche tenendo conto dei fabbisogni formativi del Servizio sanitario regionale”* (art. 3, comma 1).

#### Centro per la didattica mediante simulazione

Come mostrano i dati sull'offerta formativa in allegato 3, l'Università di Bologna consolida una fortissima capacità di attrazione a livello nazionale e in prospettiva internazionale. Tale capacità è peraltro solo parzialmente testimoniata dai dati relativi al numero di studenti nei diversi cicli didattici (Corsi delle professioni sanitarie, Corsi di laurea magistrali, Scuole di specializzazione, Master e altri Corsi di formazione continua) poiché essi risentono di decisioni di programmazione assunte per lo più a livello nazionale. Alla luce di queste evidenze e considerando l'opportunità di concentrare in una unica sede le infrastrutture di particolare rilievo, Università e Regione potrebbero considerare la possibilità di valorizzare ulteriormente questo patrimonio formativo istituendo un grande Centro per la formazione medica mediante simulazione in grado di coprire una parte significativa delle discipline di maggior interesse per le due Istituzioni. Questo tipo di Centro sta diventando uno degli elementi caratterizzanti i grandi *hub* che integrano attività assistenziali e formative di alta qualificazione a livello internazionale e, soprattutto se in grado di coprire una gamma sufficientemente ampia di discipline, potrebbe fungere da riferimento anche per altri atenei che hanno infrastrutture simili ma su singoli ambiti, contribuendo a ridurre i costi complessivi di formazione per il sistema. Inoltre tale Centro, oltre al miglioramento della funzione didattica mediante la possibilità di trasferire agli studenti competenze pratiche di alto livello in condizioni di sicurezza, potrebbe essere impiegato – in relazione alle funzioni *hub* assistenziali e di ricerca attribuite a numerose strutture soprattutto del Policlinico e degli IRCCS – quale piattaforma aperta ai ricercatori, alle Aziende e alle imprese per la sperimentazione simulata di nuovi dispositivi, tecnologie o approcci chirurgici favorendo ulteriormente il loro contributo nei processi di valutazione e diffusione dell'innovazione.

#### Sperimentazioni a supporto della didattica extra-ospedaliera

In altri paesi (ad es. Canada, Regno Unito e Stati Uniti) sono state avviate e sottoposte a valutazione diverse esperienze di ampliamento delle sedi delle attività didattiche nei percorsi formativi di ambito sanitario e più specificamente delle Scuole di specializzazione al di fuori dei contesti ospedalieri. Queste esperienze, mirate a trasmettere direttamente agli studenti e ai medici in formazione competenze relative ad attività assistenziali negli ambiti delle cure primarie e intermedie si sono svolte per lo più in strutture sostanzialmente equivalenti a quelle

recentemente introdotte nel Servizio sanitario regionale (Case della salute, Ospedali di comunità, Poliambulatori, Hospice). Mentre queste esperienze testimoniano la priorità attribuita in sistemi sanitari diversi al tema della formazione del numero crescente di professionisti che sarà chiamato a operare in contesti extra-ospedalieri a causa del progressivo spostamento del baricentro organizzativo in quei contesti, ha altresì posto in luce diversi problemi sul piano dell'organizzazione delle attività formative che devono essere affrontati congiuntamente mediante il disegno e la sperimentazione di modelli innovativi di didattica che richiedono la disponibilità di strutture e di professionisti dedicati. In particolare, la letteratura indica l'opportunità di individuare specifiche strutture quali *hub* formativi per le attività didattiche esterne agli ospedali al fine di garantire una costante e adeguata presenza di un gruppo di docenti responsabili dei percorsi formativi e di strumenti anche informativi che consentano agli studenti e ai medici in formazione specialistica di acquisire esperienza concreta dei problemi caratterizzanti percorsi assistenziali quali quelli dei pazienti cronici che si sviluppano su tempi lunghi. Partendo da alcuni ambiti disciplinari maggiormente coinvolti nell'assistenza a pazienti cronici con pluripatologie e da strutture con sufficienti volumi di attività e dotate di infrastrutture anche informative in grado di supportare efficacemente le attività didattiche, potrebbero quindi essere avviate sperimentazioni in grado di affinare i requisiti necessari per caratterizzare una sede formativa per attività extra-ospedaliere.

### **3.2 Strumenti per realizzare l'integrazione tra le funzioni**

Se questa è la visione complessiva, gli strumenti volti a rafforzare la collaborazione tra Regione e Università riguarderanno in primo luogo il livello istituzionale con la definizione di Accordi di programma che, partendo dalla definizione degli assetti istituzionali che si vorranno adottare per l'Area metropolitana, definiscano gli ambiti a cui attribuire priorità per gli investimenti in infrastrutture di grandi dimensioni in grado di qualificare congiuntamente le tre funzioni, per il finanziamento delle attività di alcune reti cliniche e di ricerca le cui attività sono considerate di rilevanza strategica, ovvero per contribuire a modelli innovativi per l'organizzazione della didattica a partire da quelli da realizzare in sedi extra-ospedaliere. Tra questi Accordi, allo scopo di mettere in coordinamento i nuovi assetti istituzionali e organizzativi dell'Area metropolitana di Bologna con la programmazione didattica delle Scuole di specializzazione, si segnala la rilevanza del Protocollo che disciplina la collaborazione tra Regione e Università in tale ambito e che dovrebbe definire, tra l'altro, i criteri per l'individuazione delle sedi formative.

#### Un Centro per il supporto tecnico-amministrativo alle funzioni di ricerca e innovazione

Oltre ai temi oggetto degli Accordi di programma, le diverse esperienze internazionali citate e in particolare quella ultradecennale dell'NIHR inglese hanno messo in luce l'importanza di affiancare agli investimenti e ai finanziamenti mirati, anche un efficace sistema di supporto – tecnico e amministrativo – per la complessiva valorizzazione delle attività dei Centri *hub* per la ricerca e la formazione. Con riferimento all'Area metropolitana di Bologna, l'Istituto ortopedico Rizzoli e l'Azienda ospedaliero-universitaria hanno costituito unità dedicate a questo scopo che hanno contribuito a valorizzare numerose attività di ricerca clinica e di valutazione d'impatto, ma che operando all'interno di una sola Azienda non possono contare su strumenti che devono essere costruiti mediante investimenti dell'intero sistema e che in altre esperienze sono risultati decisivi per aumentare in modo rilevante la visibilità e la capacità di attrazione di risorse degli *hub* di ricerca.



Per queste ragioni, l'Area metropolitana di Bologna potrebbe candidarsi, eventualmente quale percorso di sperimentazione pilota da ampliare ulteriormente a livello regionale, a costituire un Centro (interaziendale) per la ricerca sanitaria dotato di professionalità multidisciplinari che riesca a garantire la realizzazione dei seguenti obiettivi:

- l'attivazione di infrastrutture di comunicazione (siti, piattaforme e relative banche dati) per documentare le caratteristiche del *portfolio* di attività di ricerca che si svolge (e si è svolta negli anni precedenti) all'interno delle principali reti cliniche sul modello dei *Clinical networks* del NIHR. Tali strumenti di comunicazione sono specificamente rivolti ai promotori esterni, ai finanziatori pubblici e privati, alle Aziende del Servizio sanitario e ai professionisti;
- l'attivazione di strumenti di comunicazione e coinvolgimento attivo rivolti ai cittadini e ai professionisti per consentire l'invio di manifestazioni di interesse nei confronti di sperimentazioni proposte o già in corso e per avviare le procedure per un possibile reclutamento in modo trasparente e rispettoso dei diritti dei pazienti, sul modello del *Clinical Gateway* del NIHR;
- l'istituzione, secondo le linee sopra richiamate, di un Centro di supporto per la gestione integrata delle grandi banche dati regionali sui consumi sanitari e delle banche dati relative alle sperimentazioni o ai registri clinici in modo da rendere disponibile - in conformità con le indicazioni della Regione e delle Aziende per quel che riguarda le modalità di utilizzo dei dati - un sistema informativo di particolare pregio per le attività di ricerca e innovazione, sul modello del *Clinical Practice Research Datalink* del NIHR. Questo servizio di supporto nel reperimento e nella gestione dei dati potrebbe essere poi ulteriormente qualificato integrandolo con il Centro per lo sviluppo di tecniche di analisi dei *big data* per la ricerca sanitaria di cui sopra;
- l'istituzione di una Unità operativa interaziendale per supportare gli aspetti tecnico-giuridici e gestionali delle attività di sperimentazione clinica e valutazione d'impatto delle innovazioni per favorire l'adozione di regole comuni per quel che concerne il reclutamento dei pazienti, gli strumenti contrattuali da adottare, il regime delle responsabilità anche in tema di tutela della riservatezza, le regole sulla proprietà intellettuale e sulla diffusione dei risultati scientifici, nonché le procedure per dar vita a eventuali soggetti imprenditoriali per l'impiego commerciale degli esiti delle attività di sperimentazione.

## **II Forme di integrazione nell'Area metropolitana di Bologna: gli approfondimenti**

### **4. Le valutazioni e le richieste di approfondimento dell'Ufficio di presidenza della CTSSM**

L'Ufficio di Presidenza della Conferenza territoriale sociale e sanitaria della Città metropolitana di Bologna, riunitosi in presenza del Rettore dell'Università di Bologna il 4 aprile 2018, ha espresso la seguente valutazione del Documento "Forme di integrazione nell'Area metropolitana di Bologna: Prima analisi" inviato dal Nucleo tecnico di progetto al Presidente della Conferenza ai sensi dell'art. 3 dell'Accordo di programma tra Regione Emilia-Romagna, Università di Bologna e Conferenza metropolitana:

"L'Ufficio di Presidenza prende atto dell'invio da parte del Nucleo tecnico di progetto della *"Prima analisi delle possibili forme di integrazione"* tra le aziende dell'Area metropolitana e dei relativi allegati nei termini previsti dalla delibera della Conferenza nella seduta del 6 dicembre 2017. L'Ufficio di Presidenza valuta molto positivamente l'impianto complessivo di tale *"Prima analisi"* apprezzandone in particolare la sistematicità, l'ampiezza di documentazione e la ricchezza delle possibili soluzioni istituzionali e organizzative prefigurate.

Si sottolinea in particolare la rilevanza, per la programmazione complessiva dell'Area metropolitana, delle ipotesi di soluzioni mirate a conseguire un più efficace coordinamento tra i nuovi modelli organizzativi per l'assistenza territoriale e le reti ospedaliere di riferimento distrettuale con specifico riferimento al potenziamento del ruolo del Distretto e del suo Direttore nonché all'ipotesi di istituzione dei Dipartimenti di continuità.

Con riferimento alle soluzioni per integrare al meglio le vocazioni delle strutture sanitarie nonché gli obiettivi assistenziali e le funzioni proprie dell'Università e degli IRCCS, l'Ufficio di presidenza ritiene che le ipotesi di istituire una *"nuova"* Azienda ospedaliero-universitaria che soddisfi i requisiti per essere costituita in IRCCS e al contempo di prevedere una nuova Azienda sanitaria-universitaria con la vocazione di realizzare la piena integrazione tra i livelli assistenziali territoriali e ospedalieri presentino elementi di grande innovatività e potenzialità per l'Area metropolitana.

Inoltre, in considerazione dell'analisi degli attuali strumenti per la gestione condivisa di funzioni e attività tra le Aziende dell'Area metropolitana, l'Ufficio di presidenza ritiene che l'ipotesi di pervenire a un Accordo quadro di programma che definisca le regole generali per il governo dei servizi integrati di interesse comune acquisisca un particolare rilievo, anche in relazione a una eventuale fase transitoria verso soluzioni di integrazione maggiormente strutturate.

In relazione alle diverse ipotesi prefigurate, l'Ufficio di Presidenza della Conferenza ritiene che per il loro carattere di marcata originalità, per le complessità progettuali e per l'articolazione dei passaggi procedurali che coinvolgono una pluralità di Enti a diversi livelli istituzionali, alcune ipotesi in particolare richiedano ulteriori approfondimenti di carattere tecnico-giuridico per definire le condizioni che ne garantiscano la piena realizzabilità.

L'Ufficio di Presidenza chiede quindi al Nucleo tecnico di progetto di completare la redazione del "Rapporto conclusivo" nei tempi previsti dall'art. 3 dell'Accordo di

programma, integrando la *“Prima analisi delle possibili forme di integrazione”*, con alcuni approfondimenti specifici volti a definire gli elementi essenziali relativi a:

- una *“nuova”* Azienda ospedaliero-universitaria potenzialmente qualificabile come IRCSS costituita in prima approssimazione a partire dalle strutture che la Regione riterrà di individuare quali hub regionali nonché dai centri di riferimento per le reti di interesse nazionale e internazionale;
- un’Azienda USL di nuovo tipo che si ponga l’obiettivo di realizzare la piena integrazione delle funzioni assistenziali, di didattica e di ricerca nei livelli territoriale e ospedaliero di riferimento distrettuale;
- un Accordo quadro di programma tra le Aziende dell’Area metropolitana che definisca le regole generali per il governo dei servizi integrati di interesse comune.”

## **5. Il riconoscimento del carattere di IRCCS nell'AOU Sant'Orsola - Malpighi di Bologna**

L'Ufficio di presidenza della Conferenza territoriale sociale e sanitaria metropolitana ha rilevato che *“le ipotesi di istituire una “nuova” Azienda ospedaliero-universitaria che soddisfi i requisiti per essere costituita in IRCCS ... presenti elementi di grande innovatività e potenzialità per l'Area metropolitana”* ed ha dato mandato al Nucleo tecnico di progetto di svolgere *“alcuni approfondimenti specifici volti a definire gli elementi essenziali relativi a una “nuova” Azienda ospedaliero-universitaria potenzialmente qualificabile come IRCCS costituita in prima approssimazione a partire dalle strutture che la Regione riterrà di individuare quali hub regionali nonché dai centri di riferimento per le reti di interesse nazionale e internazionale”*.

Questo documento intende rispondere al mandato conferito secondo il seguente schema:

- a) esamina funzioni e ruolo delle attività assistenziali e di ricerca degli IRCCS del Servizio sanitario nazionale così come definiti dalla normativa vigente, con particolare attenzione al loro mandato (la ricerca traslazionale), ai rapporti con gli altri IRCCS, le Aziende sanitarie e gli Enti del Servizio sanitario nazionale e regionale e con l'Università;
- b) evidenzia le opportunità derivanti da un riconoscimento ministeriale del carattere di IRCCS (cfr. Allegato 8) per l'AOU e per l'intero Servizio sanitario regionale, a partire dalle Aziende sanitarie della Città metropolitana e dall'Università di Bologna;
- c) verifica in primo luogo la fattibilità di ottenere il riconoscimento confrontando le attività assistenziali e di ricerca svolte dall'AOU nel suo insieme con quelle di alcuni tra i principali IRCCS nazionali alla luce dei previsti requisiti ministeriali. L'analisi di fattibilità condotta rispetto ai principali parametri ministeriali applicati ai settori dell'AOU, riportata in dettaglio nell'Allegato 9, ha obiettivi eminentemente metodologici dei diversi aspetti del processo che dovrà essere portato avanti nell'eventualità in cui si decida di promuovere una candidatura per il riconoscimento ad IRCCS;
- d) avanza una ulteriore ipotesi di individuazione di un ambito disciplinare nelle *“Attività medico-chirurgiche e tecniche interventistiche multi-specialistiche di alta complessità”*, restringendo di conseguenza l'ambito dell'AOU che viene proposto per il riconoscimento ad IRCCS. In questo caso l'analisi di fattibilità condotta rispetto agli stessi parametri ministeriali, riportata in dettaglio nell'Allegato 10, condivide gli obiettivi metodologici sopra richiamati rispetto alle procedure ministeriali, ma si caratterizza per finalità eminentemente esemplificative, proponendosi come possibile traccia di prima approssimazione che necessita di ulteriori analisi e valutazioni di ordine programmatico, organizzativo e scientifico. In particolare, il Nucleo tecnico di progetto ha definito tale ipotesi sulla base di una prima valutazione delle caratteristiche interne delle strutture dell'AOU e delle caratteristiche esterne delle reti nazionali degli IRCCS già attivi, su considerazioni connesse alla necessità di garantire la sostenibilità economica e organizzativa dell'Azienda nonché la continuità delle attività su cui insiste l'integrazione con l'Università. La concreta definizione dei criteri di individuazione delle strutture - inclusa la possibilità di tenere conto di possibili sinergie con altre strutture presenti in Area metropolitana (vedi sez. 1.2 e 1.3) - per la presentazione formale di una candidatura ad IRCCS non può che essere affidata ai soggetti istituzionalmente preposti, che nella fase istruttoria potranno avvalersi anche di un più approfondito confronto con i professionisti coinvolti.

## **5.1. La ricerca traslazionale e gli IRCCS nel Servizio sanitario nazionale**

La legislazione italiana qualifica gli IRCCS come Enti del Servizio sanitario nazionale con il compito precipuo di sviluppare la ricerca “traslazionale”, un particolare momento della ricerca, complementare a quella definita “di base”, che ha per oggetto il trasferimento alla pratica clinica delle conoscenze acquisite nella ricerca di base.

### 5.1.1 La ricerca traslazionale

La *Clinical research roundtable* dello *Institute of Medicine* individua come costitutivi della ricerca traslazionale due “blocchi” (*translational blocks*) concettualmente distinti ma operativamente connessi. Il primo blocco di attività (indicato con T1) consiste nel “trasferimento delle nuove conoscenze acquisite in laboratorio sui meccanismi di malattia in nuovi metodi e strumenti di diagnosi, terapia e prevenzione e la loro prima sperimentazione nell’uomo”. Obiettivo di questo “blocco” è la produzione di metodi, tecniche e strumenti utilizzabili nella pratica clinica (e quindi anche potenzialmente commercializzabili), per cui spesso viene qualificato come “bench to bedside” o “bench to market”. Il secondo blocco (denominato T2) riguarda invece “il trasferimento dei risultati degli studi clinici nella pratica e nelle scelte cliniche, assistenziali ed organizzative”. Oggetto del secondo blocco è di mantenere un’attenzione costante agli sviluppi della ricerca nella sua applicabilità alla clinica (cd. *horizon scanning*), diffondere tempestivamente le innovazioni cliniche, assistenziali ed organizzative e supportarne l’adozione appropriata nel sistema sanitario nel suo complesso in modo che raggiungano il maggior numero di pazienti che ne possono beneficiare.

Entrambe le funzioni sono essenziali nell’ambito di un sistema sanitario moderno e che si voglia mantenere al passo con l’evoluzione delle conoscenze e con l’adozione tempestiva delle innovazioni tecnologiche ed organizzative. Altrettanto evidente è la necessità di un partenariato forte con l’Università quale luogo istituzionale di produzione delle nuove conoscenze e di formazione degli operatori (medici, tecnologi e delle professioni sanitarie) che saranno chiamati ad applicarle nella pratica assistenziale. Per conseguire una piena integrazione tra i due “blocchi”, appare quindi ottimale ed efficiente, anche in termini di economie di scala e di scopo, collocare la funzione più caratterizzante gli IRCCS - la ricerca traslazionale - all’interno di una AOU istituzionalmente deputata all’integrazione fra assistenza, didattica e ricerca e inserita all’interno di un “distretto della ricerca e dell’eccellenza sanitaria” quale viene configurandosi l’Area metropolitana di Bologna secondo le proposte del Nucleo.

### 5.1.2 Perché il Sant’Orsola?

L’AOU S. Orsola-Malpighi si trova nelle condizioni istituzionali ed organizzative per svolgere al meglio entrambe le funzioni di produzione e di trasferimento delle conoscenze e delle innovazioni. Da un lato, infatti, in quanto Azienda Ospedaliera integrata con l’Università, il Sant’Orsola svolge una intensa e qualificata attività di ricerca di base, come testimoniato dalla capacità di attrarre fondi competitivi per la ricerca in grado di alimentare la ricerca traslazionale T1 in partenariato con l’Università.

Dall’altro, il Sant’Orsola costituisce il luogo naturale per lo sviluppo e la diffusione dell’innovazione clinica, organizzativa e assistenziale (ricerca traslazionale T2) grazie al ruolo nell’ambito del Servizio sanitario quale *hub* regionale per numerose specialità e quale sede di centri di riferimento

regionali, nazionali ed internazionali. In ambito metropolitano assumono poi particolare rilevanza le numerose sinergie sviluppate con le altre Aziende dell'Area che già ospita due Irccs nei settori delle neuroscienze e dell'ortopedia e diversi centri di eccellenza particolarmente in ambito chirurgico, cardiologico, gastroenterologico ed oncologico le cui vocazioni distintive potrebbero essere ulteriormente valorizzate mediante l'istituzione di forme organizzative adeguate quali ad esempio i dipartimenti interaziendali di tipo specialistico.

### 5.1.3 Le opportunità immediate e le possibilità di sviluppo futuro

Il riconoscimento del carattere di IRCCS all'AOU oltre a formalizzarne la posizione già raggiunta rispetto agli altri grandi IRCCS nazionali, ne rafforzerebbe la collocazione nel circuito della ricerca nazionale e internazionale garantendo l'accesso (su basi competitive, ma limitatamente agli altri IRCCS) alla quota di fondi riservati del Programma nazionale della Ricerca sanitaria che, in forza del nuovo mandato istituzionale, incentiva lo sviluppo di sinergie e di programmi collaborativi sia con le attività di ricerca "di base" e di formazione pre- e post-laurea proprie dell'Università, sia con quelle di diffusione dell'innovazione clinica, tecnologica ed organizzativa proprie del Servizio sanitario nazionale. Al riguardo, i fondi per la cosiddetta "ricerca corrente" degli IRCCS nel 2017 ammontavano complessivamente a circa 151 milioni di euro (in riduzione dai 161 e 153 milioni degli anni precedenti) rispetto ai 45 milioni di euro per la ricerca cd. "finalizzata" aperta a tutte le strutture del Servizio sanitario nazionale.

La sostenibilità dei nuovi compiti inerenti il riconoscimento di IRCCS appare garantita dagli alti livelli qualitativi già oggi presenti in AOU nelle principali attività caratterizzanti gli IRCCS, che pongono l'AOU a livelli analoghi, quando non superiori, a quelli delle strutture nazionali più direttamente comparabili. La garanzia di un ulteriore sviluppo nel tempo dei significativi compiti attribuibili al "nuovo" Sant'Orsola è da ricercarsi invece da un lato nelle già ricordate sinergie che derivano dalla sua collocazione in un contesto metropolitano che ospita centri di elevata qualificazione assistenziale e di ricerca, con cui sono già attive importanti collaborazioni organizzative ed assistenziali - che potranno evolvere in modelli più formalizzati - e dall'altro nel suo crescente ruolo quale *hub* regionale e sede di centri di riferimento regionali, nazionali ed internazionali.

### 5.1.4 Natura e funzioni degli IRCCS del Servizio sanitario nella normativa nazionale e regionale

La norma fondamentale che regge costituzione, organizzazione e funzionamento degli IRCCS è il d.lgs 288/2003 che all'articolo 1 li definisce nel modo seguente: *"Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sono enti a rilevanza nazionale dotati di autonomia e personalità giuridica che, secondo standard di eccellenza, perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità"*.

Con riferimento al ruolo del Ministero della Salute e delle Regioni, l'art. 2 prevede che: *"ferme restando le funzioni di vigilanza e di controllo spettanti al Ministero della salute, alle Regioni competono le funzioni legislative e regolamentari connesse alle attività di assistenza e di ricerca svolte dagli Istituti di cui al comma 1, da esercitarsi nell'ambito dei principi fondamentali stabiliti dalla normativa vigente in materia di ricerca biomedica e tutela della salute"*. Una norma precedente, non abrogata dal d.lgs. 288/2003 (art. 4 del d.lgs. 268/1993) aveva ulteriormente

precisato la funzione precipua degli IRCCS disponendo che: *“gli istituti forniscono agli organi ed enti del Servizio sanitario nazionale il supporto tecnico ed operativo per l'esercizio delle loro funzioni e per il perseguimento degli obiettivi del piano sanitario nazionale in materia di ricerca sanitaria, nonché di formazione continua del personale”*. Su questa base: *“Il Ministero della Salute continuerà a vigilare gli IRCCS per garantire che la ricerca da essi svolta sia finalizzata all'interesse pubblico con una diretta ricaduta sull'assistenza del malato, anche perché sono di supporto tecnico ed operativo agli altri organi del SSN per l'esercizio delle funzioni assistenziali al fine del perseguimento degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale in materia di ricerca sanitaria e per la formazione del personale”*. Per quanto riguarda gli organi di governo, spetta alla Regione la nomina del Direttore Generale, mentre compete al Ministro della Salute, d'intesa con il Presidente della Regione, la nomina del Direttore scientifico, scelto entro una terna selezionata da un'apposita Commissione a seguito di un bando pubblico.

In piena coerenza con la disciplina nazionale, la Regione Emilia-Romagna ha definito le proprie competenze all'art. 10, comma 1, della L.R. 29/2004, relativa a organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario regionale, stabilendo che: *“gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS o Istituti) aventi sede nel territorio regionale sono parte integrante del Servizio sanitario regionale, nel cui ambito svolgono funzioni di alta qualificazione relativamente alle attività assistenziali, di ricerca e di formazione, partecipando altresì al sistema della ricerca nazionale ed internazionale”*. Il comma 3 dello stesso art. 10 specifica ulteriormente che: *“gli Istituti svolgono la loro attività assistenziale e, per quanto di competenza, l'attività di ricerca nell'ambito degli indirizzi e della programmazione regionale. Agli Istituti si applicano, sulla base dei principi fondamentali contenuti nella legislazione statale, le disposizioni della presente legge. Le direttive regionali ...: a) disciplinino la organizzazione della ricerca; b) favoriscano il pieno inserimento dei medesimi nel sistema della ricerca nazionale ed internazionale e la funzionalizzazione della loro attività di ricerca e di formazione al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi di assistenza sanitaria”*.

Un ulteriore atto normativo della Regione Emilia-Romagna (L.R. 21/2011) ha infine definito le procedure per la richiesta di riconoscimento al Ministero della salute delle strutture di diritto pubblico e, limitatamente allo IRST di Meldola, di diritto privato, attribuendone la competenza alla Giunta regionale previo pronunciamento dell'Assemblea legislativa e prevedendo per le strutture di diritto pubblico *“la costituzione ....di soggetti aventi personalità giuridica di diritto pubblico”* (lettera a)) ovvero *“la costituzione di apposite strutture interne alle Aziende sanitarie”* (lettera b)).

L'attività di ricerca degli IRCCS e le relative modalità di finanziamento sono disciplinate dal D.Lgs. 502/1992 che stabilisce il loro mandato di rispondere: *“al fabbisogno conoscitivo e operativo del Servizio sanitario nazionale e ai suoi obiettivi di salute, individuato con un apposito Programma di ricerca previsto dal Piano sanitario nazionale”* (art. 12-bis, comma 1).

La versione corrente del suddetto Programma nazionale della ricerca sanitaria (PNRS 2017-19 - sezione 8.b) prevede che gli IRCCS abbiano: *“una funzione di volano dell'applicazione delle conoscenze alla pratica clinica attraverso un percorso di valutazione di percorsi e processi, la costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici e di linee guida, la valutazione dei costi e dei processi organizzativi, l'impatto sull'utenza affinché gli interventi sanitari siano corretti e sostenibili. Si tratta di passare da un concetto generico di evidenza scientifica e da un modello di ricerca di trasferimento di fase 1 (quella comunemente definita “bench to bedside”) ad una ricerca di trasferimento di fase 2 per valutare come i risultati scientifici funzionano quando sono applicati*

*nella pratica. Tale approccio dovrebbe diventare un modello culturale di riferimento per tutto il Servizio sanitario nazionale. In tal modo è possibile valutare l'accettabilità, l'efficacia pratica e la costo efficienza degli interventi in un determinato ambito, oltre che definire le politiche per promuovere un utilizzo corretto degli strumenti diagnostici e terapeutici disponibili".*

Lo stesso Piano prevede inoltre (sezione 8.b) che: *"quello che differenzia gli IRCCS dalla maggior parte delle altre strutture del sistema sanitario è la vocazione e la produzione di ricerca; quello che distingue gli IRCCS dagli altri enti di ricerca è la clinica. ... È allora ragionevole proporre che gli IRCCS esprimano una vocazione alla ricerca biomedica più spinta rispetto agli altri enti del servizio sanitario, rivestendo un ruolo di hub nel trasferimento delle conoscenze; parallelamente, dovrebbero partecipare alla ricerca sanitaria con gli altri enti del servizio sanitario. Pertanto, è nodale che gli IRCCS nel piano triennale esplicitino, parallelamente alla ricerca, anche la quota (e la modalità) più specifica di ricerca traslazionale e clinica. In particolare, verranno valutati in base alla loro capacità di fare rete, secondo gli indicatori che riterranno opportuno evidenziare in tale contesto. Infine, la valorizzazione della contemporanea presenza di competenze di ricerca e cliniche non potrà prescindere da un ruolo degli IRCCS come promotori e valutatori della innovazione e standardizzazione di percorsi diagnostici, assistenziali ed organizzativi realmente trasferibili ad altre strutture del Servizio Sanitario Nazionale, come anche di altre strutture del SSN che si propongono tali finalità. In tale ambito, appare cruciale il ruolo degli IRCCS nella definizione di linee guida, di modelli di accreditamento all'eccellenza e di valutazione delle tecnologie sanitarie, unitamente ad altre strutture di eccellenza del Servizio Sanitario Nazionale".*

## **5.2 Le condizioni per il riconoscimento all'AOU del carattere di IRCCS**

### **5.2.1 Il contesto di riferimento, l'attività e le collaborazioni istituzionali**

L'AOU Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna insiste sull'Area metropolitana bolognese, un territorio che si estende per circa 3.800 chilometri quadrati con una popolazione di oltre un milione di abitanti residente in 55 comuni. La Città metropolitana è un'area ad alta densità di strutture sanitarie di eccellenza sia nella assistenza sia nella ricerca che ospita, oltre all'AOU, due aziende territoriali (Ausl di Bologna e Ausl di Imola), due IRCCS (Istituto Ortopedico Rizzoli e Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna) e un ospedale di riabilitazione (Montecatone *Rehabilitation Institute*, società per azioni a capitale completamente pubblico).

L'AOU è istituita dalla Legge Regionale n. 29/2004 ed è disciplinata dagli atti di indirizzo o di intesa aventi carattere generale e speciale quali la DGR n. 318 /2005<sup>1</sup> e la DGR n. 1207/2016<sup>2</sup>, ha personalità giuridica pubblica ed è dotata di autonomia imprenditoriale. Essa costituisce per l'Università di Bologna l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Scuola di Medicina e Chirurgia e garantisce l'integrazione fra le attività assistenziali, le attività didattiche e di ricerca svolte dal Servizio sanitario regionale e dall'Università.

Da un punto di vista strutturale il Policlinico di Sant'Orsola è un ospedale polispecialistico ad alta specializzazione che si estende per 226.900 m<sup>2</sup> e le cui attività cliniche, didattiche e di ricerca si

---

<sup>1</sup> "Disciplina delle Aziende ospedaliero-universitarie" ai sensi dell'art. 9, comma 6, della L.R. n. 29/2004;

<sup>2</sup> "Approvazione schema nuovo protocollo di intesa tra la regione Emilia-Romagna e le Università di Bologna, Ferrara, Modena-Reggio Emilia e Parma, in attuazione dell'art. 9 della L.R. 23 dicembre 2004, N. 29". 29 luglio 2016.



svolgono all'interno di 27 padiglioni che costituiscono il cuore strutturale dell'Azienda. Ha una dotazione di 1.487 posti letto con un organico, che per l'anno 2017 contava 5.185 addetti, incluso il personale universitario.

L'AOU è la sede principale della Scuola di Medicina e Chirurgia e ospita, per quel che concerne la formazione universitaria, i corsi di laurea magistrale a ciclo unico di Medicina e Chirurgia e di Odontoiatria e Protesi Dentaria che accolgono complessivamente 3.388 studenti e 17 corsi di laurea (di cui 3 corsi di Laurea Magistrale) delle Professioni sanitarie per un totale di 1.393 studenti. L'AOU è inoltre sede di 39 scuole di specializzazione e sede collegata per 4 ulteriori scuole. In quanto Azienda di riferimento nei rapporti fra Servizio sanitario regionale e Università di Bologna, al suo Comitato di indirizzo partecipano anche, in attuazione del Protocollo d'intesa Regione-Università, i Direttori generali delle Aziende sanitarie che ospitano "sedi ulteriori" di formazione, rafforzando ulteriormente, anche sul piano formativo e della ricerca, la centralità dell'AOU nel sistema regionale.

Il conto economico dell'Azienda del biennio 2016-17 (tab.1) evidenzia un incremento della produzione del 3,4% nel 2017 rispetto al 2016 e il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio per entrambi gli anni con utili pari a 26.325 euro per l'anno 2016 e a 37.818 euro per l'anno 2017.

Tabella 1. Conto economico 2016-2017

	Conto Economico ex d.lgs. 118/2011 Schema di Bilancio Decreto Interministeriale 20 marzo 2013				
	Consuntivo 2017	Preventivo 2017	Consuntivo 2016	Variazione 2017/2016	
				Importo	%
<b>VALORE DELLA PRODUZIONE</b>	<b>597.792.665</b>	<b>596.417.949</b>	<b>579.743.341</b>	<b>18.049.325</b>	<b>3,1%</b>
A.1) Contributi in c/esercizio	106.663.391	103.612.197	99.697.614	6.965.777	7,0%
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-6.492.643	-144.918	-4.322.339	-2.170.304	50,2%
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	2.850.777	1.377.958	4.171.106	-1.320.329	-31,7%
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	457.158.313	455.302.214	445.392.061	11.766.252	2,6%
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	7.626.873	7.620.822	7.820.252	-193.379	-2,5%
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	7.846.148	7.090.000	7.102.873	743.276	10,5%
A.7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	18.737.601	17.919.376	17.875.696	861.905	4,8%
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	80.000	-	-	-
A.9) Altri ricavi e proventi	3.402.206	3.560.300	2.006.079	1.396.127	69,6%
<b>COSTI DELLA PRODUZIONE</b>	<b>585.720.098</b>	<b>581.734.496</b>	<b>571.980.337</b>	<b>13.739.761</b>	<b>2,4%</b>
B.1) Acquisti di beni	177.786.337	179.675.794	164.324.974	13.461.363	8,2%
B.2) Acquisti di servizi sanitari	69.290.403	70.696.887	73.310.565	-4.020.162	-5,5%
B.3) Acquisti di servizi non sanitari	57.706.038	58.210.016	57.562.246	143.792	0,2%

B.4) Manutenzione e riparazione	19.282.419	19.578.000	20.870.105	-1.587.686	-7,6%
B.5) Godimento di beni di terzi	4.101.569	4.444.321	3.844.996	256.573	6,7%
B.6) Costi del personale	222.659.327	221.417.158	215.993.563	6.665.764	3,1%
B.7) Oneri diversi di gestione	1.764.211	1.733.761	1.417.291	346.920	24,5%
B.8) Ammortamenti	24.184.979	23.389.248	23.870.236	314.743	1,3%
B.9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	611.273	-	337.225	274.048	81,3%
B.10) Variazione delle rimanenze	-1.917.567	-	-1.198.526	-719.041	60,0%
B.11) Accantonamenti	10.251.108	2.589.311	11.647.662	-1.396.554	-12,0%
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	-206.997	-265.000	-273.378	66.381	-24,3%
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	3.824.106	1.721.947	8.094.425	-4.270.319	-52,8%
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO	15.651.858	16.140.400	15.557.725	94.133	0,6%
<b>UTILE DELL'ESERCIZIO</b>	<b>37.818</b>	<b>-</b>	<b>26.325</b>	<b>11.493</b>	<b>43,7%</b>

L'attività assistenziale è articolata in 9 Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) che assicurano la piena integrazione delle attività di assistenza didattica e ricerca, garantendo il miglior percorso di cura per il paziente. Ai Dipartimenti ad Attività Integrata afferiscono 87 Unità operative, 11 Strutture semplici dipartimentali, 13 Programmi dipartimentali e 58 Strutture semplici di unità operativa.

Nel 2017 sono stati effettuati 53.613 ricoveri ordinari e 9.500 in Day Hospital, 37.755 interventi chirurgici, 139.408 accessi in emergenza e 3.484.037 prestazioni ambulatoriali.

Accanto alla forte attrazione esercitata nei confronti di pazienti residenti in altre regioni e al di fuori della provincia (vedi punto 2.4 per un'analisi specifica), il Sant'Orsola svolge anche un'importante funzione di assistenza specialistica in ambito metropolitano. Un terzo dei ricoveri dei residenti nei comuni dell'AUSL di Bologna e circa il 13% di quelli dei residenti nella AUSL di Imola è effettuato nelle strutture del Sant'Orsola, con punte che toccano il 44% per i residenti nel distretto di Bologna Città e circa il 50% per i residenti nel distretto di San Lazzaro. Per quel che riguarda l'attività specialistica ambulatoriale, si rivolge all'AOU oltre un terzo dei residenti nel Distretto di Bologna città e circa il 29% nel Distretto di San Lazzaro di Savena.

### 5.2.2 La funzione di riferimento dell'AOU nelle reti cliniche integrate

Nell'ambito della realizzazione delle reti cliniche integrate l'AOU rappresenta un punto di riferimento per il Servizio sanitario a livello metropolitano, regionale, nazionale ed europeo.

La tabella 2 riassume sinteticamente la densità delle relazioni cliniche ed assistenziali che connettono attualmente il Sant'Orsola con le altre strutture sanitarie pubbliche dell'Area metropolitana attraverso molteplici forme organizzative, dai dipartimenti e/o unità operative complesse interaziendali fino alla cessione di rami di attività. L'obiettivo principale che sottende a tali progetti è di garantire l'omogeneizzazione dei percorsi assistenziali e di incrementarne

l'appropriatezza delegando la funzione e il coordinamento dell'attività ad un'unica struttura capofila, frequentemente indicata nella AOU.

Tabella 2. Principali collaborazioni cliniche e assistenziali dell'AOU in Ambito metropolitano

Denominazione progetto	Aziende coinvolte			
	AUSL BO	AOU	IOR	AUSL IM
<b>Progetti Attivi</b>				
Week surgery Ospedale di Budrio	X	Capofila	-	-
Servizio Unico Metropolitano di Microbiologia	X	Capofila	X	X
Pneumologia Interventistica	X	Capofila	-	-
Medicina Nucleare Metropolitana	X	Capofila	-	-
Rete Infettivologica	X	Capofila	-	-
Medicina del Lavoro	X	Capofila	X	-
Dermatologia	X	Capofila	-	-
Chirurgia Senologica	-	Capofila	-	X
Genetica Medica	X	Capofila	-	X
Chirurgia Vascolare	X	Capofila	-	X
Diap (Dipartimento Interaziendale Sperimentale ad Attività Integrata di Anatomia Patologica)	X	X	X	X
<b>Progetti in via di sviluppo</b>				
Chirurgia Toracica	X	X		
Trasfusionale Unico Metropolitano	X	X	X	X
Diagnostica Senologica	X	X		X

A livello europeo un ruolo rilevante, in particolare legato alla gestione delle malattie rare, è attribuito all'AOU dalla partecipazione alle reti di riferimento - *European Reference Networks-ERN* -, reti virtuali che riuniscono strutture sanitarie di tutta Europa per affrontare patologie complesse o rare che richiedono cure altamente specializzate e una concentrazione di conoscenze e risorse. Tali reti sono istituite nel quadro della direttiva UE sui diritti dei pazienti nell'ambito dell'assistenza sanitaria (2011/24/UE).

L'AOU ha ricevuto l'*endorsement* del Ministero della Salute per 11 reti e, di queste, 5 sono state approvate dalla UE, diventando così l'Azienda con più ERN attribuiti in Regione Emilia-Romagna.<sup>3</sup> In particolare, tra i cinque centri ERN, due sono collocati interamente all'interno dell'AOU stessa (ERN Skin ed Endo-ERN), uno è in comune tra AOU e IOR (EURACAN) e due sono in comune tra AOU e ISNB (ERN LUNG ed ERN ITHACA). Peraltro, il riconoscimento dei Centri ERN è frutto del lavoro svolto dall'intera Area metropolitana di Bologna nell'ambito delle Reti *Hub and Spoke*

<sup>3</sup> Due centri sono a Modena (Lung e Euro-blood-net), uno all'IRST (Euracan) e uno alla AUSL della Romagna (Lung).

regionali, in particolare sulle malattie rare pediatriche e dell'osso, collocate rispettivamente in AOU e allo IOR.

A *livello regionale* l'AOU è la sede con il più elevato numero di centri ad alta complessità, comprendenti funzioni Hub e Centri di riferimento riconosciuti dal Servizio sanitario regionale. In particolare, le funzioni o i centri per i quali l'AOU è unico riferimento a livello regionale riguardano le seguenti aree:

- trapianto di cuore, polmone, intestino isolato, multiviscerale e rene pediatrico;
- trapianto di midollo pediatrico;
- cardiochirurgia pediatrica;
- Centro hub regionale per la Sindrome di Marfan che opera mediante l'attività di un team multidisciplinare, che si avvale delle funzioni di alta specializzazione presenti nel Policlinico, in particolare la Cardiologia e Cardiochirurgia adulti e Pediatrica, l'imaging cardiovascolare e la competenza pediatrica e antropometrica-dismorfologica. Il Centro costituisce il punto di coordinamento di programmi di interventi personalizzati ed il successivo follow up, in accordo con i punti di riferimento territoriali più prossimi al paziente.
- Centro hub regionale per le malattie rare in età evolutiva risponde ai criteri di designazione e valutazione dei centri di "expertise" per le malattie rare (Piano Nazionale Malattie Rare 2013/16 Ministero della Salute). Il centro fornisce supporto alla conferma della diagnosi (clinica ed eziologia) ed alla costruzione del 'progetto clinico individualizzato'; inoltre, organizza percorsi diagnostico-terapeutici codificati, individualizzati, facilitati e condivisi da tutti gli specialisti, favorendo la continuità assistenziale e semplificando la gestione del paziente e del nucleo familiare. Nell'anno 2017 il centro ha gestito complessivamente 2.101 pazienti di cui 236 nuovi casi e 1.865 controlli.
- Centro di riferimento regionale per l'insufficienza intestinale cronica benigna
- Centro di riferimento regionale per la diagnosi ed il trattamento delle malattie croniche intestinali (centro di riferimento MICI della Regione Emilia-Romagna), designato dalla Regione nel mese di agosto del 2017, che segue attualmente circa 9.000 pazienti, di cui oltre il 50% provenienti da fuori provincia o da fuori Regione;
- Centro di riferimento regionale per il trattamento della neoplasia ovarica identificato dalla Regione nel mese di gennaio del 2018;
- Centro regionale di Screening Neonatale, diagnosi precoce enzimopatie costituito dal laboratorio e dal centro clinico dell'AOU, che gestisce tutti i test di screening effettuati in Regione. Nell'anno 2015 sono infatti stati esaminati 37.550 cartoncini e sono stati richiamati 158 neonati dei quali la diagnosi è stata confermata in 27 casi;
- Centro regionale per le Emergenze Microbiologiche e Laboratorio di massima sicurezza per bioterrorismo (West Nile Virus);
- Centro regionale per le intolleranze a sostanze chimiche che garantisce l'accoglienza, la diagnosi differenziale e la cura dei pazienti che presentano i sintomi fino ad oggi associati alla Sensibilità Chimica Multipla, ovvero manifestazioni di intolleranza alle sostanze chimiche non trattabili farmacologicamente.

Vi sono inoltre ulteriori funzioni per le quali la Regione identifica l'AOU quale centro *hub*, in rete con altri centri presenti a livello regionale o di area vasta, tra cui:

- Funzione di Trapianto d'Organo e di Tessuto per la quale il Policlinico di Sant'Orsola garantisce, a livello regionale, il maggior numero di trapianti per quel che concerne in particolare rene (cadavere e vivente) e fegato. L'AOU è inoltre sede del Centro di riferimento regionale per i trapianti;

- Funzione di trapianti di midollo adulti;
- Funzione di Cardiochirurgia adulti;
- Funzioni di neonatologia e assistenza intensiva perinatale;
- Funzione hub di rianimazione pediatrica (con la più grande rianimazione pediatrica regionale);
- Funzione di nefrologia pediatrica per la gestione del paziente con insufficienza renale cronica;
- Funzione di genetica molecolare che a partire dal mese di aprile 2018, coordina anche le funzioni della struttura imolese tra cui quelle di citogenetica per le quali l'Azienda Usl di Imola è identificata quale *hub*;
- Funzione di immunogenetica che effettua tutte le attività di tipizzazione e cross match legate alla donazione ed ai trapianti;

Per quel che concerne la complessiva gestione delle malattie rare (pediatriche e dell'adulto) l'AOU ha preso in carico, a partire dall'anno 2007 fino all'anno 2016, complessivamente 6.103 casi che rappresentano il 26% di tutta la casistica regionale.

Con la pubblicazione dei nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017) è stato ridefinito a livello nazionale l'elenco delle nuove malattie rare (n. totale: 135 aggiuntive rispetto alle patologie rare già presenti). Tale elenco è stato recepito dalla Regione Emilia-Romagna che ha individuato l'AOU come centro certificatore per 109 malattie rare rispetto alle 135 previste nei LEA (Delibera 1351 del 19/9/2017).

All'interno dell'AOU sono inoltre riconosciute quali funzioni di eccellenza la Chirurgia Maxillo-Facciale, la Chirurgia Plastica, la Fisiopatologia della riproduzione umana (PMA), la Neuropsichiatria Infantile, la Chirurgia Pediatrica e l'Oncoematologia Pediatrica.

Fortemente legato all'attività clinica e di ricerca ed alla logica di rete, anche a livello nazionale e internazionale, è il tema delle biobanche. A tal proposito si segnala che all'interno dell'AOU sono presenti:

- la Biobanca dei donatori di Organi e Tessuti della Regione Emilia-Romagna che comprende inoltre al suo interno la Banca del Sangue Cordonale dell'Emilia-Romagna (ERBC) e la Banca Regionale dei Tessuti Cardiovascolari entrambe accreditate dal Centro Nazionale Trapianti (CNT) e dal Centro Nazionale Sangue (CNS). La ERBC ha inoltre ottenuto l'accreditamento FACT (*Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy*);
- la Banca dei gameti che è stata attribuita dalla Regione all'AOU con DGR n. 1956 del 30 novembre 2015.

### 5.2.3 Il parco tecnologico e i laboratori di ricerca

Il parco tecnologico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna si caratterizza per una significativa innovazione tecnologica che comprende diversi ambiti diagnostici e terapeutici.

#### *Ambito Chirurgico*

Tutte le specialità cliniche chirurgiche presenti in Azienda vengono sviluppate attraverso l'utilizzo di piattaforme tecnologiche avanzate quali:

- piattaforme di supporto all'attività cardiocirurgica composte dall'insieme di attrezzature necessarie all'esecuzione di interventi di cardiocirurgia con tecniche all'avanguardia per trattare tutte le patologie a livello valvolare, miocardico, dei grossi vasi (aorta) fino al trapianto di cuore sia per pazienti adulti che per pazienti pediatrici (circolazione

extracorporea, sistemi ecografici con *tools* di elaborazione avanzata e imaging tridimensionale, sistemi di analisi chimico-cliniche avanzate, ...);

- sistema robotico di ausilio all'attività chirurgica che permette attraverso tecnologie quali una reale visione tridimensionale "immersiva", eliminazione dei tremori nell'utilizzo degli strumenti chirurgici, libertà di movimento ed ampia articolazione degli strumenti chirurgici permette di incrementare la qualità e la sicurezza di trattamenti chirurgici in chirurgia urologica, chirurgia pediatrica, chirurgia generale e chirurgia ginecologica;
- sistemi di videolaparoscopia ad elevata risoluzione che consentono di avere una visione chiara e la possibilità di ingrandimenti senza perdita di qualità utilizzati in chirurgia urologica, chirurgia pediatrica, chirurgia generale, chirurgia toracica e chirurgia ginecologica
- sistema robotico di ausilio all'impianto di protesi di anca e ginocchio utilizzate in chirurgia protesica ortopedica che permette maggior sicurezza e precisione nell'impianto, oltre che una maggior riproducibilità della tecnica.

#### *Ambito interventistico*

In tale ambito sono stati realizzati ambienti di lavoro che integrano al loro interno delle tecnologie ad altissima innovazione e garantiscono l'esecuzione di interventi terapeutici e diagnostici di altissimo livello:

- sale ibride complete di tecnologie di imaging angiografico di ultima generazione e allo stato dell'arte, imaging ecografico completo di applicazioni di elaborazione 2D e 3D dedicata ad attività vascolari e coronariche unite alle tecnologie di ambito chirurgico (tavolo operatorio, sistema scialitiche/pensili, apparecchi di anestesia, monitoraggio). L'utilizzo delle sale ibride comprende tecniche percutanee cardiologiche (TAVI, mitraclip, chiusura percutanea auricola sinistra, valvuloplastica), l'applicazione di tutte le tecniche endovascolari per la riparazione di Aneurismi e/o dissezioni aortiche e la possibilità di effettuare, contemporaneamente, i trattamenti che vedono il posizionamento di stent coronarici e by-pass chirurgici, l'applicazione di tecniche di ablazione complesse e studi cardiologici in elettrofisiologia.
- sala integrata per pneumologia interventistica dotata di strumenti di diagnostica e terapia allo stato dell'arte (colonna di videobroncoscopia completa di strumenti ad alta definizione per attività su pazienti adulti e pediatrici e di EBUS per attività ecografica), ecografo dedicato, laser, sistema di navigazione, integrazione audio/video per la gestione di tutti i segnali prodotti ed utilizzati all'interno della sala per l'esecuzione di procedure broncoscopiche di guida e prelievo, ecoendoscopia, broncoscopia flessibile terapeutica e broncoscopia rigida terapeutica.
- piattaforma endoscopica per attività sull'apparato gastro-intestinale che utilizza sistemi di videoendoscopia ad alta risoluzione e sistemi di ecoendoscopia per attività diagnostica e terapeutica/interventiva, tra cui biopsie, ERCP, PEG, protesica.
- radiologia interventistica che opera con sistemi radiofluoroscopici allo stato dell'arte per attività sull'apparato vascolare e neuroradiologico e con sistemi TC ed ecografi per attività bioptica, drenaggi, termoablazioni, embolizzazioni.
- radioterapia dotata di apparecchiature per l'applicazione di trattamenti di radioterapia esterna, brachiterapia e radioterapia metabolica. Per la radioterapia esterna sono in uso acceleratori lineari che permettono l'esecuzione di tecniche avanzate quali la radioterapia conformazionale, IMRT e volumetrica.

#### *Ambito diagnostico*

L'attività diagnostica dispone di:

- sistemi CT allo stato dell'arte e con elevata qualità utilizzati per attività diagnostica su tutti i distretti corporei: addominale, toracico e cardiaco, muscolo-scheletrico, testa-collo. In particolare, i sistemi sono dotati di applicazioni per approfondimenti ed elaborazioni dedicate a studi oncologici, cardiologici e radioterapici.
- sistemi RM allo stato dell'arte e con elevata qualità utilizzati per attività diagnostica su tutti i distretti corporei: addominale, toracico e cardiaco, muscolo-scheletrico, testa-collo. In particolare, i sistemi sono dotati di applicazioni per approfondimenti ed elaborazioni dedicate a studi oncologici e cardiologici.
- Centro di medicina nucleare in cui viene svolta attività di medicina nucleare convenzionale (scintigrafie planari, sia statiche che dinamiche, e per esami SPECT) è costituita da tomografi doppia testa whole body e SPECT/CT whole body di ultima generazione e attività PET dotato di tomografi PET/TC di ultima generazione. L'ambito medicina nucleare si completa inoltre con un laboratorio di radiofarmaceutica in cui è in uso un ciclotrone per la sintesi chimica dei radiofarmaci.

#### *Ambito conservazione*

L'azienda è riferimento regionale per la conservazione di sangue, gameti, midollo e cellule staminali. Per tale attività si sono sviluppate delle banche criogeniche integrate e si è implementato un sistema informatico di monitoraggio che garantisce un controllo in tempo reale al fine di garantire la corretta conservazione.

#### *Ambito laboratoristico*

All'interno dell'AOU sono attivi diversi laboratori che costituiscono piattaforme integrate in grado di erogare una quota rilevante, se non esclusiva, delle indagini effettuate a livello metropolitano e in alcuni casi a livello regionale. Tra questi laboratori, che svolgono anche una attività di ricerca di altissima qualificazione si ricordano in particolare:

- Laboratorio di microbiologia e virologia: è centro di riferimento regionale per le emergenze microbiologiche, centro Virologico di Riferimento per le resistenze di HIV ai farmaci anti-retrovirali, laboratorio di Riferimento Regionale per le diagnosi microbiologiche di II e III livello per il processo di donazione, prelievo e trapianto d'organo e tessuti da donatori a cuore fermo e cuore battente;
- Laboratorio di genetica medica: è Hub regionale nel suo ambito ed è stato individuato a livello regionale quale sede per l'effettuazione del test genetico neonatale per la fibrosi cistica, e quale centro per lo studio delle sindromi complesse senza diagnosi mediante il sequenziamento di esomi; per l'Area vasta centro opera quale hub per la valutazione del rischio eredo-familiare per il carcinoma alla mammella. Le principali tecnologie utilizzate per le attività di laboratorio sono il sequenziamento del DNA sia con metodo Sanger che con Next Generation Sequencing, il MLPA per la rilevazione di delezioni o duplicazioni intrageniche, la RT-PCR e digital PCR per la quantificazione di RNA e DNA, e l'array CGH per esami di Citogenetica molecolare;
- Laboratorio di anatomia patologica: effettua diagnosi nei settori dell'Istologia ed immunoistochimica (esami intra-operatori, biopsie-agobiopsie, pezzi operatori per stadiazione e biocaratterizzazione di tumori maligni); della citologia (indagini diagnostiche agoaspirative soprattutto nel cancro del polmone); della microscopia elettronica (patologia glomerulare, miopatie e neuropatie periferiche) e della biologia e genetica molecolare.

Presso l’AOU operano poi diversi laboratori universitari che realizzano attività di ricerca a carattere fortemente multidisciplinare. Tra i principali si ricordano:

- CRBA (Centro di Ricerca Biomedica Applicata), istituito per supportare i diversi gruppi di ricerca nello sviluppo e validazione di nuove metodologie di biochimica clinica, di diagnostica molecolare e di caratterizzazione della biologia cellulare con possibile valenza assistenziale; nell’esecuzione di metodologie di laboratorio sofisticate e nella formazione alla ricerca di laboratorio. Gli ambiti principali riguardano la biologia cellulare, la biologia molecolare e la genetica molecolare, la biochimica, la spettrometria di massa e la proteomica.
- Centro Interdipartimentale di Ricerche sul Cancro “Giorgio Prodi” – CIRC, istituito allo scopo di supportare e integrare gruppi di ricerca attivi in ambito preclinico e clinico con particolare riferimento alla diagnostica per immagini, oncologia medica, radioterapia e chirurgia. Il centro ha acquisito diverse strumentazioni di elevato contenuto tecnologico per lo studio del genoma del cancro (per analizzare l’espressione genica, caratterizzare i polimorfismi del DNA, effettuare analisi citogenetiche ad altissima risoluzione, nonché per il sequenziamento (NGS) di DNA e RNA).

#### 5.2.4 L’attività assistenziale

La tabella 3 riporta, suddivisi per dipartimento e relativamente agli anni 2016 e 2017, il numero di posti letto, il numero di ricoveri per reparto di ammissione e la percentuale di attrazione dei ricoveri infra- ed extra- Regione. La mobilità extra- e infra-regionale rappresenta il duplice ruolo di riferimento svolto dalla AOU a livello nazionale e, contemporaneamente, regionale nel contesto delle reti cliniche integrate individuate dalla programmazione della Regione Emilia-Romagna.

La proporzione più elevata di ricoveri di pazienti residenti al di fuori dell’ambito provinciale si riscontra nei Dipartimenti dei Trapianti e Oncologico-Ematologico seguiti dai Dipartimenti Cardio-Toraco-Vascolare e dell’Apparato Digerente.

Tabella 3. Attività assistenziale e provenienza dei ricoverati per dipartimento

Dipartimento	Anno di dimissione 2016			Anno di dimissione 2017		
	N. PL	N. Ricoveri	Attrazione (infra + extra RER)	N. PL	N. Ricoveri	Attrazione (infra + extra RER)
Cardio Toraco Vascolare	261	8.368	34,5%	261	9.164	33,6%
Apparato digerente	184	8.325	28,1%	184	8.486	27,2%
Donna, Bambino, malattie Urologiche	299	22.746	24,4%	299	21.250	23,0%
Trapianti	167	4.601	37,4%	167	4.877	36,2%
Testa, Collo, Organi di senso	81	5.097	25,7%	81	5.345	26,0%
Oncologico, Ematologico	92	4.932	30,5%	92	2.145	36,2%
Continuità	207	4.303	6,5%	207	5.139	6,1%
Emergenza-Urgenza	118	6.186	12,2%	119	6.008	12,5%



## 5.2.5 Finanziamenti e studi clinici

### Attrazione di fondi per la ricerca

Nel triennio 2015-2017 i ricercatori dell'AOU hanno ottenuto finanziamenti da fonti esterne per un totale di 23,9 milioni di euro - su un ammontare complessivo di 147 progetti (vedi tab.4) - di cui circa un quarto derivanti da finanziamenti internazionali ed il 10% da donazioni (talora rivolte all'AOU).

Tabella 4. Finanziamenti per attività di ricerca (dati complessivi 2015-16-17)

Ambito finanziamento		2015	2016	2017	TOTALE
Europa	Pubblico	2.101.544	921.516	789.759	3.812.818
	Privato	223.122	993.848	925.732	2.142.702
Italia	Pubblico	2.858.337	1.776.787	2.690.113	7.325.238
	Privato	1.442.121	2.295.766	2.365.666	6.103.552
Extra Europa	Pubblico			63.347	63.347
	Privato	58.905	298.358	110.549	467.812
Donazioni		508.567	903.500	757.207	2.169.274
Altro		509.157	797.583	534.002	1.840.742
<b>Totale complessivo</b>		<b>7.701.752</b>	<b>7.987.359</b>	<b>8.236.376</b>	<b>23.925.486</b>

A questi finanziamenti diretti si sono aggiunti nel triennio circa 4,2 milioni di euro di contributi per medici in formazione specialistica da Regioni e Province autonome e da Enti privati e oltre 317mila euro per il finanziamento di dottorati di ricerca.

Tabella 5. Finanziamenti per dipartimento e fonte (dati complessivi 2015-16-17)

Dipartimento	N. progetti	Europa		Italia		Extra Europa	Donazioni	Altro	TOTALE
		Pubblico	Privato	Pubblico	Privato	Pubblico /privato			
Oncologico-Ematologico	25	796.400	1.060.099	2.157.573	2.505.357	230.881	942.247	5.000	7.697.557
Med. Diagnost. Prevenzione	29	1.491.969	10.500	1.730.378	443.859	47.890	194.002	115.760	4.034.357
Donna, Bamb. Urologiche	34	964.561	3.581	1.451.192	589.235	3.941	159.106	645.949	3.817.565
Apparato Digerente	36	249.918	338.827	426.683	1.095.856	148.213	126.000	518.519	2.904.016
Cardio, Toraco, Vascolare	27	46.128	363.647	317.028	426.722	98.032	412.138	142.083	1.805.777
Testa, collo Organi di Senso	17	130.781	246.347	544.806	221.247	-	210.677	63.925	1.417.783
Continuità	13	133.061	90.350	1.900	295.859	2.202	-	126.831	650.203
Trapianti	15		29.351	385.177	326.748	-	100.105	189.000	1.030.381
Emergenza-Urgenza	5			310.000	39.320		25.000	5.000	379.320
<b>Totale</b>	<b>201</b>	<b>3.812.818</b>	<b>2.142.702</b>	<b>7.324.737</b>	<b>5.944.202</b>	<b>531.159</b>	<b>2.169.274</b>	<b>1.812.068</b>	<b>23.736.961</b>

Nel periodo considerato il Dipartimento Onco-Ematologico ha presentato la maggior capacità di attrarre fondi per complessivi 7,6 milioni di euro (tab. 5). La tabella mette in luce anche la prevalenza fra le fonti di finanziamento dei fondi pubblici europei e italiani, generalmente competitivi. I progetti di ricerca competitivi (che derivano cioè da bando o da gara) attivi nel 2016 ammontavano complessivamente a 69 e in 42 casi i ricercatori dell'AOU ricoprivano il ruolo di coordinatore.

#### Studi clinici

Gli studi clinici approvati dal Comitato etico presentano un andamento in continuo aumento a partire dall'anno 2010 fino a raggiungere nell'anno 2017 il numero di 513 studi di cui 363 *no profit* e 150 *profit* (vedi tab. 6). Gli studi multicentrici costituiscono quasi i due terzi del totale, segnalando la capacità dei ricercatori che operano presso l'AOU di inserirsi nelle reti nazionali ed internazionali della ricerca.

Tabella 6. Studi approvati dal Comitato etico

Tipologia	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Totale	%
Interventistico con farmaco	83	110	152	126	119	159	153	139	1.041	33,6
Interventistico senza farmaco	30	20	39	36	33	37	50	61	306	9,9
Interventistico con dispositivo	5	15	17	13	7	10	13	9	89	2,9
Osservazionale	92	74	118	134	115	131	141	214	1.019	32,9
Tessutale	16	26	25	31	28	36	36	34	232	7,5
Compassionevole	22	24	15	29	70	95	102	56	413	13,3
<b>Totale</b>	<b>248</b>	<b>269</b>	<b>366</b>	<b>369</b>	<b>372</b>	<b>468</b>	<b>495</b>	<b>513</b>	<b>3.100</b>	<b>100</b>

Infine, le sperimentazioni cliniche di farmaci nel periodo 2010-17 hanno riguardato le fasi più precoci in oltre un terzo dei casi, a fronte del 54,8% degli studi di fase III del 6,2% degli studi di fase IV (vedi tab. 7a). Tali valori sono confermati anche dai dati relativi agli studi complessivi autorizzati dal Comitato etico nel periodo 2012-16 (vedi tab. 7b).

Tabella 7a. Studi con farmaci per fase (dati complessivi 2010-17)

Studi con farmaco (2010-2017)	N.	%
Fase I	57	5,5
Fase II	349	33,5
Fase III	570	54,8
Fase IV	65	6,2
<b>Totale</b>	<b>1.041</b>	<b>100</b>

Tabella 7b. Sperimentazioni autorizzate per anno e fase

Anno	Fase I		Fase II		Fase III		Fase IV		Bioeq/Blod		Totale SC
	SC	%	SC	%	SC	%	SC	%	SC	%	
2012	41	5,9	258	37,0	308	44,2	87	12,5	3	0,4	697
2013	68	11,7	192	32,9	267	45,8	55	9,4	1	0,2	583
2014	60	10,1	217	36,7	258	43,6	56	9,5	1	0,2	592
2015	69	10,3	224	33,3	306	45,5	68	10,1	5	0,7	672
2016	74	11,2	241	36,5	280	42,4	63	9,6	2	0,3	660
<b>Totale</b>	<b>312</b>	<b>9,7</b>	<b>1.132</b>	<b>35,3</b>	<b>1.419</b>	<b>44,3</b>	<b>329</b>	<b>10,3</b>	<b>12</b>	<b>0,4</b>	<b>3.204</b>

### 5.2.6 Pubblicazioni e indicatori bibliometrici

L'analisi della produzione scientifica dei ricercatori attivi presso l'AOU nel triennio 2015-17 mostra un progressivo e sistematico incremento del numero delle pubblicazioni e del CiteScore Normalizzato (CSN) che nel 2017 ha raggiunto il valore complessivo di 6.609 punti con un incremento del 17% rispetto all'anno di riferimento iniziale (vedi tab. 8).

Tabella 8. Pubblicazioni e CiteScore Normalizzato (CSN) complessivo

2015		2016		2017	
Numero pubblicazioni	CiteScore Normalizzato	Numero pubblicazioni	CiteScore Normalizzato	Numero pubblicazioni	CiteScore Normalizzato
1.126	5.641	1.205	5.947	1.330	6.609

I dipartimenti con i valori più elevati dell'indicatore di CiteScore Normalizzato, sia in termini complessivi sia per ricercatore (vedi nota 5), sono l'Oncologico-Ematologico, l'Apparato Digerente, il Cardio-Toraco Vascolare e dei Trapianti (tab.9).

Tabella 9. Pubblicazioni e indicatori bibliometrici per dipartimento<sup>4</sup>

Dipartimento	N. Autori	2015			2016			2017		
		N pubbl	CSN	CSN procapite	N. pubbl	CSN	CSN procapite	N. pubbl	CSN	CSN procapite
Oncologico-Ematologico	78	246	1.299	16,65	253	1.323	16,96	299	1.590	20,38
Cardio Toraco Vascolare	131	284	1.343	10,25	275	1.301	9,93	288	1.455	11,11
Dei trapianti	101	154	758	7,50	178	907	8,98	248	1.157	11,46
Donna, Bambino e Malattie Urologiche	161	208	1.014	6,30	237	1.187	7,37	240	1.151	7,15
Testa, Collo e Organi di Senso	68	120	562	8,26	130	539	7,93	177	807	11,87
Medicina Diagnostica e della Prevenzione	100	156	772	7,72	138	670	6,7	160	785	7,85
Apparato Digerente	77	188	983	12,77	212	1.135	14,74	214	1.106	14,36
Della Continuità	37	34	184	4,97	40	203	5,49	31	178	4,81
Emergenza-Urgenza	58	24	127	2,19	58	293	5,05	59	272	4,69

<sup>4</sup> Il numero di pubblicazioni e l'indicatore di CiteScore normalizzato che risultano dalla presente Tabella sono sovrastimati rispetto ai corrispondenti dati forniti per l'intera AOU per la presenza di lavori firmati congiuntamente da ricercatori afferenti a diversi dipartimenti (che sono contati più volte). I dati in Tabella sono comunque presentati per illustrare in modo approssimativo l'attività dei diversi dipartimenti, sotto l'ipotesi semplificatrici che tale sovrastima non vari in modo sistematico tra di essi. Per maggiori chiarimenti si rimanda alla successiva nota 14.

### 5.3. Un confronto dell'AOU con alcuni IRCCS di grandi dimensioni<sup>5</sup>

Il riconoscimento del carattere di IRCCS conferito ad una struttura assistenziale è competenza del Ministero della salute e segue un processo in genere lungo e piuttosto complesso, avviato su specifica richiesta della Giunta regionale. L'elemento centrale della procedura di riconoscimento è rappresentato dalla verifica del soddisfacimento di una serie di requisiti di natura strutturale, finanziaria, assistenziale e scientifica definiti dal DM del Ministero della salute 14 marzo 2013, come modificato dal DM 5 febbraio 2015 (recante "Documentazione necessaria per il riconoscimento degli IRCCS" - Allegato A - si veda Allegato 8).

Per verificare la realizzabilità della proposta di costituire l'AOU in IRCCS sono state analizzate le sue caratteristiche rispetto ad alcuni parametri/indicatori essenziali e imprescindibili (anche in quanto non modificabili nel breve periodo) relativi a:

- attrazione dei pazienti;
- attrazione di progetti e di fondi per la ricerca;
- produttività scientifica dei ricercatori verificata attraverso indicatori bibliometrici standard.

I valori di questi parametri/indicatori osservati nell'AOU sono stati confrontati con quelli relativi ad alcuni IRCCS "multidisciplinari" di grandi dimensioni (vedi tab. 10) così come desunti dai risultati delle *site visits* ministeriali. Quando ciò non è stato possibile il confronto è stato effettuato con il Rapporto sui risultati della Ricerca corrente degli IRCCS predisposto dal Ministero della salute. La tabella che segue mostra gli IRCCS scelti per il confronto, le aree di riconoscimento e la personalità giuridica.

Tabella 10. IRCCS di confronto e relative discipline di riconoscimento

IRCCS	Discipline/aree di riconoscimento	Stato giuridico
Gemelli – Roma	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medicina Personalizzata</li><li>• Biotecnologie Innovative</li></ul>	Privato
Ospedale Maggiore Cà Granda – Milano	<ul style="list-style-type: none"><li>• Urgenza-Emergenza nell'Adulto e nel Bambino</li><li>• Riparazione e Sostituzione di Cellule, Organi e Tessuti</li></ul>	Pubblico
San Raffaele – Milano	Medicina Molecolare	Privato
Humanitas – Rozzano(MI)	Malattie-Immunodegenerative	Privato
San Matteo – Pavia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trapiantologia: Malattie Curabili con Trapianto d'Organi, Tessuti e Cellule</li><li>• Malattie Internistiche ad Alta Complessità Biomedica e Tecnologica</li></ul>	Pubblico

<sup>5</sup> I dati degli altri IRCCS sono stati reperiti nei verbali delle *site visit* ministeriali per la riconferma/riconoscimento, pubblicati nel sito [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?id=794&area=Ricerca%20sanitaria&menu=ss](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=794&area=Ricerca%20sanitaria&menu=ss) (ultimo aggiornamento il 18 aprile 2018 – ultima consultazione il 10 maggio 2018)

### 5.3.1 Assistenza

In ambito assistenziale, l'AOU presenta un indice di complessità della casistica trattata (ICM) uguale o superiore a quello osservato negli altri IRCCS pur riferendosi al totale dei pazienti ricoverati anziché, come nel caso degli IRCCS di confronto, alle sole discipline per cui è stato ottenuto il riconoscimento (tab. 11). Analoghe considerazioni valgono per l'indicatore relativo all'attrazione di pazienti da fuori regione che per l'AOU presenta valori analoghi agli IRCCS di confronto sul complesso delle proprie discipline e livelli più elevati per alcune discipline di particolare rilievo.

Tabella 11. Indicatori di attrattività e di complessità della casistica

Aziende Parametri	AOU BO <sup>6</sup>	Gemelli- Roma	Maggiore- MI	San Raffaele - MI	Humanitas- MI	San Matteo PV
Posti letto	1.487	1.542	1.011	1.355	557	1.091 (attivi 963)
<i>Di cui PL sulle discipline di riconoscimento</i>		1.346	>800	1.232	178	
N. Ricoveri	63.163	92.000	43.000	44.437	21.711	40.893 (n. dimessi 36.309)
<i>Di cui N. Ricoveri sulle discipline di riconoscimento</i>		89.000	40.000+3.000			n. dimessi 9.041
ICM	1,1	1,16	Quasi 1	sede 1: 1,34 sede 2: 0,68		1,206
% Attrazione ExtraRegione	15%		11%	25%	35%	16%
% Attrazione ExtraRegione in alcune aree	Centro reg. ins. intest. cronica: 76% Chir. tratto alim.: 57% Chir gen. trapianti: 42% Med.int ins. organo: 41% Cardioch. ped.: 37%		EM-URG: 6% trapianti: 14% (max 40% nefro)		Oltre il 40% per diverse patologie	

Se posizionato rispetto alla graduatoria calcolata annualmente dal Ministero della Salute sulla base del rendiconto per la ricerca corrente, per l'anno 2017<sup>7</sup>, l'attività complessiva della AOU si colloca nelle prime posizioni della graduatoria per alcuni dei principali indicatori. Relativamente all'ICM, l'AOU si posiziona nel 2° quartile della distribuzione complessiva insieme al San Matteo e sopra all'Ospedale Maggiore e al San Raffaele collocati al 3° quartile, mentre Humanitas si colloca nel 1° quartile.

### 5.3.2 Ricerca

La tabella 12 confronta i valori osservati nella AOU e negli IRCCS impiegati a scopo comparativo per i principali indicatori calcolati dal Ministero della Salute per valutare la produzione scientifica

<sup>6</sup> I dati sono riferiti all'anno 2017.

<sup>7</sup> I dati presentati nel rapporto per il 2017 sono riferiti all'anno 2016. Il Policlinico Gemelli non è quindi presente nella graduatoria perché non era ancora stato riconosciuto IRCCS.

su dati 2016 (il Gemelli risulta naturalmente assente ma si riportano in tabella i valori dichiarati nella *site visit* ministeriale). L'AOU presenta valori di numerosi ordini di grandezza superiori sia alla media complessiva (6.609 contro 980 punti di CiteScore Normalizzato; 1.330 pubblicazioni rispetto ad una media di 258), sia ai valori dei principali IRCCS. L'entità delle differenze osservate induce a ritenere che, anche una eventuale selezione delle sole pubblicazioni pertinenti alla/e disciplina/e riconosciute, collocherebbe comunque l'AOU ben oltre i valori soglia per il riconoscimento.

Tabella 12. Indicatori bibliometrici per alcuni tra i maggiori IRCCS nazionali

Aziende Parametri	AOU BO	Gemelli- Roma <sup>8</sup>	Maggiore- MI	San Raffaele - MI	Humanitas- MI	San Matteo PV	Media IRCCS 2017
N. pubblicazioni	1.330		>1.000	>1.000	>400	>600	258
CiteScore normalizzato	6.609	1.904	3.721 (anno 2015)	4.754,50 (anno 2015)	2.156,7	2.592,20	Media validata 980
CSN per ricercatore dedicato/che pubblica	7,757	15,8	10 (anno 2015)	14,51 (anno 2015)	5,48 (anno 2015)	6,02	6,7

Il confronto sistematico degli indicatori raccolti nel Rapporto sulla Ricerca corrente degli IRCCS del Ministero della Salute colloca l'AOU nelle prime posizioni pressoché in tutti gli ambiti considerati:

- rispetto al numero di pubblicazioni (al netto di eventuali eliminazioni di pubblicazioni per non pertinenza con le aree di riconoscimento) l'AOU si collocherebbe al primo posto nella graduatoria degli IRCCS;
- in termini di CiteScore Normalizzato totale,<sup>9</sup> l'AOU supera complessivamente gli IRCCS presi a riferimento<sup>10</sup>: nella classifica, l'IRCCS San Raffaele ha un CSN complessivo di poco inferiore a 4500, il Maggiore di Milano un CSN di poco superiore a 4000; il CSN dell'Humanitas si attesta poco al di sotto di 2000, mentre quello del San Matteo risulta di poco inferiore a 2500;
- relativamente al CiteScore Normalizzato per ricercatore con almeno una pubblicazione, dal Rapporto sulla Ricerca corrente del Ministero si rileva che il San Raffaele si attesta sui 10 punti, il Maggiore di Milano poco al di sopra degli 8 punti, l'Humanitas subito appena sopra la media degli IRCCS (6,7 punti) e il San Matteo poco al di sotto, con 6 punti. Stando ai calcoli complessivi, per AOU (quindi senza la "decurtazione" relativa alle pubblicazioni non attinenti all'area di riconoscimento), il dato 2017 è pari a 7,757 e quindi sensibilmente superiore alla media degli IRCCS;

<sup>8</sup> Fonte: site visit ministeriale per riconoscimento della titolarità di IRCCS, avvenuta in dicembre 2016

<sup>9</sup> Comunemente chiamato IF nei documenti del Ministero e nei verbali delle *site visit*, sebbene non si tratti dell'IF internazionalmente inteso (e coperto da *copyright*), ma del CiteScore calcolato attraverso il sistema SCIVAL, utilizzato dal Ministero della Salute.

<sup>10</sup> La classifica può riportare valori inferiori a quelli dichiarati nelle *site visit* in quanto il Ministero effettua una validazione per "attinenza" con l'area di riferimento.

4. con 850 ricercatori autori di almeno una pubblicazione, l'AOU si collocherebbe al primo posto nella graduatoria degli IRCCS, che vedrebbe al secondo l'Ospedale Maggiore di Milano con poco meno di 500, a fronte di una media complessiva per tutti gli IRCCS di 146.

Per quanto attiene ai finanziamenti pubblici (al netto di quelli ottenuti dal Ministero della Salute), i verbali delle *site visit* non permettono una comparazione diretta tra AOU e i singoli IRCCS di riferimento. Tuttavia, il confronto con il Rapporto ministeriale evidenzia che solo 14 IRCCS su 49 superano la media di 2,2 milioni di euro, con il San Raffaele (in 4° posizione) che supera i 6 milioni, e l'Humanitas in 16° posizione con circa 2 milioni<sup>11</sup>. Sotto questo profilo l'AOU, che nel 2017 ha ottenuto finanziamenti per ricerca da soggetti pubblici<sup>12</sup> pari a 3,5 milioni, si colloca quindi nettamente sopra la media degli IRCCS.

Molto differenziata invece è la distribuzione dei finanziamenti da soggetti privati. Il San Raffaele svetta con 25 milioni di euro, seguito dall'Humanitas con poco più di 5, al 9° posto il San Matteo con più di 3 milioni e al 21° posto il Maggiore di Milano, che si colloca sotto la media pari a circa 1,7 milioni. Poiché l'AOU di Bologna nel 2017 ha ottenuto da questa fonte 3,4 milioni di euro,<sup>13</sup> si collocherebbe sopra la media degli IRCCS, prima del San Matteo e dell'Ospedale Maggiore di Milano.

Il confronto relativo al numero di pazienti partecipanti a sperimentazioni e studi osservazionali è reso impossibile a causa dei criteri estremamente selettivi adottati dal Ministero che esclude dal computo tutti gli studi non multicentrici, oltreché dell'estrema variabilità nella distribuzione fra IRCCS. Una valutazione di massima può tener conto del fatto che gli altri IRCCS si collocano in un intervallo che va dagli oltre 4000 pazienti arruolati nei 350 studi dichiarati dal S. Raffaele ai circa 500 pazienti arruolati dal Maggiore di Milano (con 150 studi) e dal San Matteo di Pavia con valori comparabili, fino ai livelli di gran lunga inferiori dell'Humanitas. Dal momento che l'AOU nel 2017 conta 513 studi approvati dal Comitato etico, di cui il 63% multicentrici (più di 300) in questo ambito si collocherebbe verosimilmente in seconda posizione.

Il profilo comparativo sopra illustrato indica che l'AOU Sant'Orsola-Malpighi presenta, nel suo complesso, valori dei principali indicatori impiegati dal Ministero della salute per il riconoscimento ad IRCCS che si posizionano sistematicamente su livelli comparabili e spesso superiori a quelli delle più grandi strutture nazionali che hanno ottenuto tale riconoscimento anche di recente. Si ritiene pertanto che l'AOU considerata nel suo insieme e quindi sulla base di una indicazione estremamente generale degli ambiti disciplinari di riferimento in grado di ricomprendere buona parte delle attività assistenziali, di ricerca – nelle sue diverse modalità di realizzazione – e di didattica, potrebbe essere utilmente candidata per il riconoscimento ad IRCCS.

Tuttavia, una serie di considerazioni relative sia alla distribuzione delle vocazioni degli attuali IRCCS sia alle caratteristiche proprie della AOU inducono a prendere in considerazione anche un'ulteriore ipotesi di focalizzare la richiesta di riconoscimento su un ambito più limitato e maggiormente omogeneo delle attività dell'AOU. Questa ipotesi, illustrata in sezione 4, si caratterizza per finalità eminentemente esemplificative, proponendosi come possibile traccia di

---

<sup>11</sup> Ranking desunto dai grafici, che non riportano il preciso ammontare del finanziamento.

<sup>12</sup> Dati per i quali il Rapporto ministeriale non indica chiaramente se siano compresi i fondi del Ministero della Salute.

<sup>13</sup> Esclusa la voce "donazioni e altri fondi".

prima approssimazione che necessita di ulteriori analisi e valutazioni di ordine programmatico, organizzativo e scientifico.

In particolare, il Nucleo tecnico di progetto ha definito tale ipotesi sulla base di una prima valutazione delle caratteristiche interne delle strutture dell'AOU e delle caratteristiche esterne delle reti nazionali degli IRCCS già attivi, nonché su considerazioni connesse alla necessità di garantire la sostenibilità economica e organizzativa dell'Azienda nonché la continuità delle attività su cui insiste l'integrazione con l'Università. La concreta definizione dei criteri di individuazione delle strutture - inclusa la possibilità di tenere conto di possibili sinergie con altre strutture presenti in Area metropolitana (vedi sez. 1.2 e 1.3) - per la presentazione formale di una candidatura ad IRCCS non può che essere affidata ai soggetti istituzionalmente preposti, che nella fase istruttoria potranno avvalersi anche di un più approfondito confronto con i professionisti coinvolti.

#### **5.4. Una ipotesi per la selezione di una disciplina di riconoscimento specifica: Attività medico-chirurgiche e tecniche interventistiche multispecialistiche di alta complessità**

Il confronto delle caratteristiche dei Dipartimenti dell'AOU e delle loro principali Unità operative sulla base degli indicatori assistenziali essenziali (attrazione infra- ed extra-regionale e complessità della casistica) e di ricerca (progetti di ricerca, studi clinici, attrazione di fondi e indici bibliometrici) ha evidenziato una netta differenziazione tra alcuni Dipartimenti a spiccata valenza assistenziale locale da un lato e, dall'altro, una qualificata concentrazione di attività medico-chirurgiche e interventistiche di alta complessità caratterizzate da una elevata capacità attrattiva e da un ruolo centrale nelle reti cliniche regionali, nazionali e internazionali, con particolare, ma non esclusivo, riferimento ai settori dei trapianti, delle patologie cardio-toraco-vascolari e di quelle gastroenterologiche, incluse le neoplasie.

Allo stesso tempo, analizzando l'ampio e diversificato panorama nazionale delle qualificazioni e delle definizioni degli ambiti disciplinari di riferimento degli IRCCS attualmente riconosciuti, emerge una carenza di attenzione specifica alle discipline e alle tecniche chirurgiche e invasive in generale che, se correlate all'evoluzione di nuove tecniche (ad esempio: la chirurgia laparoscopica delle malattie neoplastiche gastrointestinali e della chirurgia epato-bilio pancreatico ovvero la chirurgia robotica), alla diffusione di nuove applicazioni (ad esempio: la chirurgia bariatrica o metabolica) e all'applicazione di dispositivi di nuova generazione (ad esempio: nuovi *stent*, ma anche valvole cardiache e vasi prodotti dalla medicina rigenerativa) può sorprendere. Quello delle attività medico-chirurgiche interventistiche, infatti, rappresenta un ambito assistenziale che impegna una notevole quantità di risorse, umane e tecnologiche e, contemporaneamente, presenta elevati margini di incertezza programmatica in quanto estremamente dinamico ed in forte evoluzione. Tale ambito, peraltro offre anche ampie opportunità per sviluppare entrambi i "blocchi" costitutivi della ricerca traslazionale attraverso linee di ricerca che possono svilupparsi sia al confine tra ricerca biomedica e sperimentazione clinica per le nuove tecniche nelle più precoci fasi di sviluppo sia per la diffusione ed il supporto alla adozione delle tecniche più "mature", con particolare riguardo alla formazione delle nuove competenze professionali che si renderanno necessarie.

Seguendo questa doppia traccia basata sull'analisi interna e sulle valutazioni delle opportune differenziazioni rispetto alle reti nazionali di IRCCS già attivi, per l'AOU si potrebbe ipotizzare una proposta di riconoscimento in IRCCS per un complesso di attività transdisciplinari definibile in



prima approssimazione come “Attività medico-chirurgiche e tecniche interventistiche multi-specialistiche di alta complessità” (di seguito denominato anche “riconoscimento ristretto”). L’oggetto specifico di attenzione del nuovo IRCCS dovrebbe essere rappresentato in particolare dall’ambito di attività tipicamente transdisciplinare e multi-professionale reso possibile dall’incrocio e dalla fertilizzazione reciproca fra discipline mediche e chirurgiche “classiche” e le nuove attività interventistiche sviluppate nel seno di entrambe. Un esempio già piuttosto evoluto in questa direzione è rappresentato dallo spazio di convergenza nelle attività interventistiche svolte da discipline in passato nettamente separate come cardiologia, cardiocirurgia, chirurgia vascolare, radiologia, fino a chirurgia toracica, e pneumologia, interessando settori biotecnologici “di base” per la ricostruzione di vasi e di valvole cardiache utilizzando degli *scaffold* su cui far crescere le cellule del paziente. Numerosi esempi di una analoga convergenza, a diversi gradi di sviluppo, possono essere formulati in altri settori.

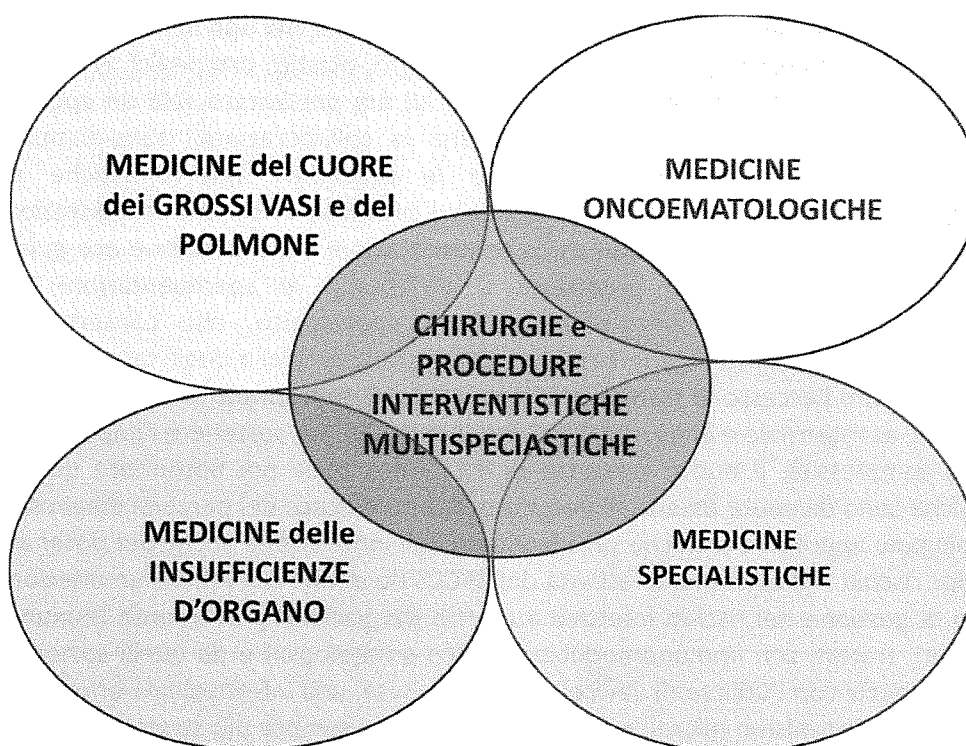
Il nuovo ambito su cui dovrebbe insistere il progettato IRCCS sul piano clinico-assistenziale va dagli approcci multidisciplinari esemplificati dalla chirurgia pelvica del tipo PelvEx, che vede protagonisti *team* composti di chirurghi generali, vascolari, urologici, plastici, ortopedici, ecc., fino agli approcci ibridi o percutanei per patologie che hanno fino ad ora presentato solo un approccio chirurgico classico. In modo analogo, per quanto attiene la collaborazione trans-disciplinare e multi-professionale, l’IRCCS dovrebbe valorizzare le procedure interventistiche ecografiche e endoscopiche in campo epato-gastroenterologico praticate in stretta collaborazione tra medici, chirurghi e radiologi interventisti (ad es. le termoablazioni intraoperatorie eco-guidate anche per via laparoscopica). A queste procedure si affiancano le sperimentazioni farmacologiche, particolarmente in campo onco-ematologico e epatologico, che consentono di spostare l’orientamento terapeutico da approcci chirurgico-interventistici a quelli farmacologici garantendo ai singoli pazienti l’accesso ai trattamenti innovativi più appropriati. Infine, per realizzare appieno il potenziale assistenziale e di ricerca di tali *team* costituiti per sostenere l’impatto della casistica di massima complessità, il nuovo progetto di IRCCS dovrebbe poi potenziare quelle discipline di servizio che sono divenute essenziali per una gestione efficace dei percorsi diagnostico-terapeutici che impiegano approcci e tecniche sulla frontiera dell’innovazione anche per poter affrontare i casi a maggior rischio. Ad esempio, le attività dell’IRCCS dovranno prevedere un ulteriore sviluppo del modello di gestione del rischio infettivo a partire dai pazienti gravemente immunocompromessi (trapiantati, trattati con immunomodulatori, onco-ematologici) e da quelli sottoposti a chirurgia maggiore (specie con l’utilizzo di *device*). Su questa base, una infettivologia orientata a contrastare le forme di opportunismo microbico - in collaborazione sempre più stretta con la microbiologia e la farmacologia clinica - potrà essere in grado di supportare ulteriori sviluppi nelle tecniche chirurgiche e mediche interventistiche relative a pazienti con infezioni ad ossa ed articolazioni, endocarditi infettive o complicanze infettive post chirurgiche per i quali il livello di complessità dell’integrazione assistenziale è massimo.

Sul piano tecnologico e della logistica la focalizzazione verso questi nuovi approcci richiede oculati investimenti in tecnologie di supporto all’innovazione continua quali da un lato le attrezzature per l’*imaging* ed il 3D - di interesse del tutto trasversale rispetto alle attività sopra richiamate - e dall’altro quelle per ampliare le possibilità di interventi di particolare complessità in ambiti più specifici quali, ad esempio, nel campo dei trapianti le tecniche di perfusione extra-corporea per il ricondizionamento degli organi “non-ottimali” o, nel campo della procreazione assistita, le tecniche di diagnostica genetica pre-impianto e della menopausa precoce, nonché di protezione della fertilità per pazienti con patologie maggiori quali quelle onco-ematologiche. Sul piano organizzativo, questa maggiore focalizzazione degli investimenti dovrebbe inoltre essere

accompagnata da una rigorosa standardizzazione e da una pronta esecuzione dei processi diagnostici condivisi.

Nell'ambito dell'AOU gli ambiti interessati a una ipotesi di "riconoscimento ristretto" potrebbero essere quelli rappresentati schematicamente e in via del tutto esemplificativa nelle Figure 1 e 2 (Per una descrizione di maggior dettaglio, sia pure egualmente in via esemplificativa, cfr. anche Alleg. 10, nel quale per l'attività assistenziale si considerano i dati relativi ai soli ricoveri ordinari).

Figura 1. Ipotesi di riconoscimento per l'ambito "Attività medico-chirurgiche e tecniche interventistiche multispecialistiche di alta complessità"

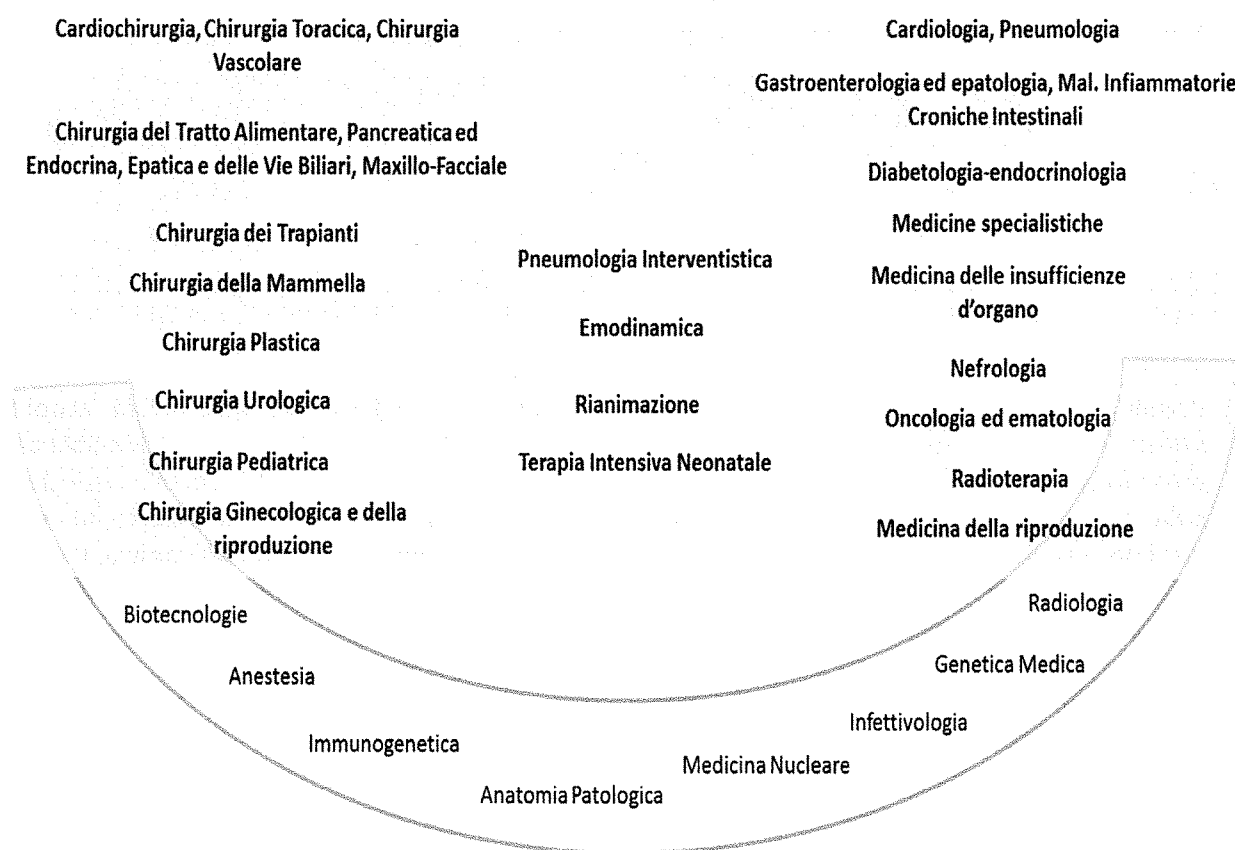


In figura 1, i cerchi individuano alcuni macro-ambiti (aggregati di norma per organo e/o patologia) che si caratterizzano per una forte concentrazione di strutture altamente qualificate, in grado di realizzare attività chirurgiche e/o di medicina interventistica innovative e di elevata complessità. Tali attività sono condotte da *team* multi-specialistici e multi-professionali costituiti sulla base di una collaborazione strutturale tra articolazioni organizzative mediche e chirurgiche specialistiche rappresentate in modo grafico come parzialmente sovrapposte proprio perché fortemente embricate, nonché dalla presenza delle relative piattaforme trasversali di supporto tecnologico. Questa integrazione forte tra strutture mediche e chirurgiche specialistiche per filiere e percorsi – con la collaborazione delle strutture dei servizi - si rivela già oggi condizione necessaria non solo per migliorare l'efficacia delle attività di inquadramento diagnostico, stadiazione e ricovero post-

intervento, ma quale condizione per rendere possibile il trattamento di pazienti di particolare complessità.

In figura 2, sempre a scopo esemplificativo, viene fornita una rappresentazione di maggior dettaglio delle attività di cui sopra, volta a mettere in luce la ricchezza delle possibili relazioni di sinergia e complementarità tra strutture riconducibili all'IRCCS nell'ipotesi di "riconoscimento ristretto" (suddivise tra chirurgiche, medico-interventistiche e mediche - per linee verticali) da un lato all'interno di ambiti omogenei per organo e/o patologia (dimensione orizzontale) e dall'altro, in modo ancora più trasversale e multidisciplinare, con le strutture (nel semicerchio giallo) che contribuiscono - spesso in modo decisivo - alla qualificazione delle attività assistenziali consentendo la gestione di casistiche sempre più complesse e alla partecipazione a studi clinici e sperimentazioni di livello internazionale.

Figura 2. Possibili ambiti coinvolti in una ipotesi di "riconoscimento ristretto"



Una prima rappresentazione dei volumi di attività assistenziali e di ricerca relativi alle strutture coinvolte nell'ipotesi di riconoscimento "ristretto" di IRCCS all'AOU è riportata in tabella 13, che presenta alcuni indicatori aggregati per le tre Aree individuate con riferimento al 2017. Nel complesso le tre aree individuate comprendono oltre il 55% dei ricoveri ordinari dell'AOU, il 69% dei posti letto per ricoveri ordinari e il 78% delle pubblicazioni e degli indicatori bibliometrici.

Tabella 13. Principali indicatori per Area - ipotesi di proposta di riconoscimento "ristretto" (2017)

	<b>Posti letto</b>	<b>Ricoveri – DO</b>	<b>% attrazione</b>	<b>N. pubblicaz. (stima senza duplicazioni)<sup>14</sup></b>	<b>CiteScore Norm. (stima no duplicaz.)</b>
Chirurgie	332	13.627	34,2	184	876
Medicine	637	16.466	28,5	576	2.979
Servizi	-	-	-	265	1.319
<b>Totale</b>	<b>969</b>	<b>30.093</b>	<b>31,1</b>	<b>1025</b>	<b>5.175</b>

Allo stesso modo, la Tabella 14 riporta sinteticamente i dati totali per il periodo 2015-17 relativi ai finanziamenti per attività di ricerca - suddivisi per tipologia e area dei soggetti erogatori - attribuiti alle strutture dell'AOU aggregate nelle tre Aree riferibili all'ipotesi di riconoscimento "ristretto". Nel complesso, sul triennio 2015-17 le tre Aree individuate comprendono circa l'82% dei finanziamenti complessivi dell'AOU, una percentuale che aumenta al 98% per i fondi Europei.

Tabella 14. Finanziamenti per Area - ipotesi di proposta di riconoscimento "ristretto" (2015-17)

	<b>Europa</b>		<b>Italia</b>		<b>Extra Europa (pubb-privato)</b>	<b>Donazioni</b>	<b>Altro</b>	<b>Totale</b>
	<b>Pubblico</b>	<b>Privato</b>	<b>Pubblico</b>	<b>Privato</b>				
Chirurgie	195.000	266.950	585.891	634.530	20.137	156.570	159.362	2.018.439
Medicine	1.151.379	1.658.825	3.350.986	3.838.736	333.436	1.766.485	735.889	12.835.736
Servizi	2.484.530	86.341	984.946	657.230	118.180	168.345	300.014	4.799.587
<b>Totale</b>	<b>3.830.909</b>	<b>2.012.116</b>	<b>4.921.823</b>	<b>5.130.496</b>	<b>471.753</b>	<b>2.091.400</b>	<b>1.195.265</b>	<b>19.653.762</b>

L'analisi congiunta delle Tabelle 13 e 14 consente di rafforzare le valutazioni esposte sinteticamente in chiusura della comparazione con gli altri grandi IRCCS "multidisciplinari" presentata in sezione 3. Nella eventuale richiesta di un riconoscimento "ristretto" i principali indicatori assistenziali, di produttività scientifica e di attrazione di fondi di ricerca in linea sarebbero su livelli in grado di soddisfare abbondantemente i requisiti ministeriali. Inoltre, l'analisi disaggregata pone in luce una complementarità tra Aree maggiormente vocate a qualificarsi per elevati valori di attrazione e di complessità assistenziale e quindi con più spiccata propensione a svolgere attività di ricerca traslazionale T2 e altre che spiccano maggiormente per produttività scientifica e capacità di attrazione di fondi mettendo in luce un vantaggio comparato a realizzare attività di ricerca traslazionale T1.

<sup>14</sup> I dati relativi al numero di pubblicazioni e al CiteScore normalizzato calcolati per aggregazioni sub-aziendali sono sovrastimati per la presenza di lavori firmati congiuntamente da ricercatori afferenti a diverse Aree. Il numero di pubblicazioni per l'intera AOU che considera anche le duplicazioni 1716 e il corrispondente indicatore CiteScore normalizzato con duplicazioni è 8501. I corrispondenti dati Aziendali al netto delle duplicazioni sono pari a 1330 e 6609 rispettivamente. I dati riportati in tabella per ciascuna Area sono stati ridotti di un coefficiente di abbattimento pari a quello medio Aziendale necessario per passare dal dato grezzo a quello al netto delle duplicazioni. Il numero complessivo di pubblicazioni (1330) e il corrispondente valore complessivo di CiteScore (5175) al netto delle duplicazioni per le tre Aree è pari al 77% delle pubblicazioni e al 78% del CiteScore dell'intera AOU.

## **6. Verso un nuovo modello di integrazione stabile tra Servizio sanitario regionale e Università di Bologna in ambito metropolitano**

### **6.1 La trasformazione dei servizi sanitari e la collaborazione istituzionale fra SSR e Università**

La cosiddetta “transizione epidemiologica” ha determinato, anche nel nostro paese, un’esigenza di profondo riordino nell’organizzazione dei servizi sanitari, che investe funzioni, ruolo e relazioni della assistenza ospedaliera e di quella territoriale, ampiamente recepita a livello nazionale e regionale nell’ambito del Servizio sanitario nazionale. A livello nazionale sono significativi a questo proposito gli indirizzi del Patto per la salute sottoscritto nel 2014 fra Ministero della salute e Regioni e, più di recente, l’Atto di indirizzo 2017 del Ministero della Salute, che indica la necessità di *«favorire lo spostamento sul territorio del trattamento socio-sanitario delle principali patologie croniche (Dipartimenti territoriali, Case della Salute, forme di aggregazione dei Medici di Medicina Generale), anche in considerazione delle difficoltà economiche che interessano sempre più vasti strati della popolazione, e che quindi obbligano l’Amministrazione a rendere sempre più accessibili e fruibili i servizi sanitari rispetto al passato, riducendo le barriere economiche e le barriere territoriali, ed anche potenziando aspetti di umanizzazione delle cure, che sempre più hanno come utenti persone in difficoltà economica»*.<sup>15</sup>

Il Servizio sanitario della Regione Emilia-Romagna è impegnato in una lunga transizione organizzativa fin dal suo Piano sanitario 1996-99. Più di recente (Delibera di Giunta regionale n. 1907/2017) ha ridefinito le proprie indicazioni strategiche per la riorganizzazione delle Reti cliniche integrate prefigurando una ulteriore evoluzione dell’attuale modello che si basa sul riconoscimento di una *“graduazione più fine della ripartizione delle responsabilità assistenziali fra i diversi livelli”*, nonché su *“una rinnovata attenzione ... al tempestivo ritorno dei pazienti trattati nei centri di eccellenza ai servizi ospedalieri e territoriali di appartenenza”*. Nella ridefinizione delle Reti cliniche, in coerenza con il nuovo Piano sociale e sanitario 2017-19, la Regione attribuisce in particolare un ruolo centrale alle *“innovazioni introdotte nel sistema dei servizi ambulatoriali e territoriali parallelamente al processo di riordino dell’assistenza ospedaliera”*. In questo modo, *“il modello a Rete si configurerà non più come un sistema di relazioni fra ospedali gerarchicamente ordinati secondo due (o, raramente, più) livelli di complessità, ma come un sistema multipolare e multilivello, che combina i tradizionali obiettivi di integrazione verticale che mirano alla concentrazione delle tecnologie e dei pazienti più complessi in strutture di riferimento con quelli di integrazione orizzontale su base territoriale mirati a garantire la continuità dell’assistenza”*. Sulla scorta di queste indicazioni, la programmazione del *“nuovo sistema delle Reti cliniche integrate non si esaurisce nella individuazione delle vocazioni dei diversi presidi ospedalieri”*, ma deve *“necessariamente avvalersi anche della potenziata capacità di intervento delle strutture territoriali (Case della Salute ed Ospedali di Comunità in primis) e prevedere che tali strutture non rappresentino soltanto hub assistenziali ma anche hub di conoscenza e di potenziale diffusione*

---

<sup>15</sup> Si rimarca poi che *«Il potenziamento dell’assistenza sanitaria territoriale consentirà di garantire la continuità dell’assistenza nelle tre declinazioni (relazionale, gestionale ed informativa), prevedendo altresì l’applicazione di percorsi assistenziali condivisi. In particolare nella fase di dimissione dall’ospedale e della presa in carico sul territorio, la continuità delle cure dovrà essere garantita già durante il ricovero tramite la valutazione multidimensionale del bisogno, che prenda in esame le condizioni cliniche e socio-assistenziali del paziente al fine di definire, in accordo con il medico di medicina generale e durante il ricovero stesso, il percorso assistenziale più idoneo, in coerenza con la rete dei servizi sociali e distrettuali esistente. Tale processo di riorganizzazione dell’assistenza territoriale, attraverso l’attivazione dei nuovi modelli organizzativi, adattabili ai diversi contesti territoriali, è volta a garantire sia la continuità assistenziale, che la riduzione del ricorso improprio ai servizi d’urgenza e d’emergenza»*.

*dell'innovazione" anche mediante una "partecipazione diffusa alle attività di ricerca, di formazione e di formazione continua degli operatori".*

Le profonde trasformazioni in atto nei servizi sanitari richiedono più avanzate forme di collaborazione fra il Servizio sanitario regionale e l'Università sia nel campo della formazione che della ricerca. A questo scopo, la premessa al Protocollo d'intesa sottoscritto dalla Regione e dalle Università nel 2016, già riconosce che *"al fine di realizzare il concorso delle rispettive autonomie e finalità istituzionali, nell'ambito dei diversi strumenti di integrazione, assume un particolare rilievo l'esigenza di una programmazione congiunta che consenta di mettere in coerenza a livello locale le scelte strategiche assunte a livello regionale. Ciò anche in considerazione dei significativi cambiamenti normativi, istituzionali, ed organizzativi che hanno interessato e tutt'ora interessano il Servizio sanitario regionale (la costituzione di nuovi IRCCS, la costituzione di nuove Aziende unificate, la territorializzazione del sistema, il riordino ospedaliero) e le Università".* Al fine di rendere più coerenti i cambiamenti nei modelli organizzativi con l'articolazione delle reti formative e di ricerca, il Protocollo prevede, in armonia con la legislazione nazionale, che in sede di programmazione congiunta, siano individuate "sedi ulteriori" di collaborazione tra Servizio sanitario e Università, al di fuori di quelle individuate nella Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU) di riferimento, al fine di soddisfare esigenze formative e permettere attività di ricerca anche in ambiti extra-ospedalieri.

Se tali "sedi ulteriori" di formazione e di ricerca permettono di affrontare in modo contingente taluni problemi emergenti in alcuni ambiti disciplinari, esse mantengono tuttavia una finalizzazione sostanzialmente omologa e additiva rispetto a quella delle tradizionali Unità operative che svolgono attività assistenziali all'interno delle Aziende ospedaliero-universitarie di riferimento di cui rappresentano, di fatto, una propaggine. Viceversa, per rispondere alla nuova articolazione territoriale di servizi prima a base ospedaliera, così come all'"invenzione" di nuovi servizi (quali ad esempio gli Ospedali di comunità e le Case della salute), che valorizzano spesso il ruolo di nuove figure professionali, la collaborazione fra Università e Servizio sanitario regionale dovrebbe realizzarsi in ambiti disegnati appositamente per sviluppare opportunità di ricerca e di formazione volte all'acquisizione delle nuove competenze richieste alle professioni sanitarie e al miglioramento di nuovi modelli assistenziali più coerenti con la "transizione epidemiologica" in atto. Questo comporta, nel medio-lungo periodo, il superamento delle "sedi ulteriori" e la necessità di individuare nuove forme di relazione fra Università e Servizio sanitario regionale che interessino in modo strutturale anche le Aziende USL, in forme analoghe, ma non necessariamente uguali, a quelle attualmente vigenti per le Aziende Ospedaliero-universitarie di riferimento.

Questa esigenza generale è particolarmente sentita in ambito metropolitano, in quanto il modello organizzativo proposto per lo sviluppo dei servizi di comune interesse alle Aziende dell'Area metropolitana di Bologna prevede una integrazione strutturale - sia fra le Aziende sia fra i livelli assistenziali - che attribuisce un ruolo crescente ai servizi territoriali e alla collaborazione fra ospedale e territorio anche attraverso i Dipartimenti per la continuità assistenziale. Il carattere fortemente innovativo e quindi necessariamente in sviluppo del modello propone quindi nuove domande sia alla ricerca sui servizi sia alla formazione medica, specialistica e delle professioni sanitarie che sollecita la ricerca di relazioni istituzionali tra Servizio sanitario e Università anche in ambito territoriale - e quindi in modo complementare rispetto all'Azienda ospedaliero-universitaria - che siano insieme più strutturate e stabili.

L'esigenza rappresentata è di garantire l'ottimale collegamento tra attività assistenziali, didattiche e di ricerca sul livello territoriale metropolitano, in ragione della ampiezza e consistenza dei percorsi formativi propri dell'Università di Bologna (pre e post-laurea, dalle professioni sanitarie alle scuole di specializzazione mediche) e del Servizio sanitario nazionale come la formazione dei medici di medicina generale potenziando in particolare quelli che insistono su strutture di livello distrettuale, rendendo sostanzialmente stabile, ed appunto strutturale, la relazione tra organizzazione territoriale del Servizio sanitario regionale per l'Area metropolitana di Bologna e Università. Le funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché quelle di didattica e di ricerca, verrebbero così esercitate nel lungo periodo in modo unitario, integrato ed inscindibile, facilitando il perseguimento dei nuovi obiettivi formativi che hanno sempre più ad oggetto l'assistenza territoriale e sempre meno quella che si sviluppa e completa a livello ospedaliero.

## **6.2. La normativa di riferimento nazionale e regionale: vincoli e opportunità**

La necessità di ampliare le forme di integrazione tra Università e Servizio sanitario nazionale al di là del tradizionale modello dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, pone la necessità di verificarne la compatibilità rispetto all'attuale assetto normativo, anche a prescindere dalla conduzione a termine del processo di revisione costituzionale (art. 116 e 117 Cost.) che, almeno nella progettualità espressa sino a questo momento, potrebbe senz'altro favorire l'introduzione del modello organizzativo in questione tramite legislazione regionale.

La norma di riferimento relativa ai rapporti tra Università e Servizio sanitario nazionale di cui al D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517, emanato sulla base della delega di cui alla legge 30 novembre 1998, n. 419 (art. 6), così come del resto l'originaria norma di delega, pur privilegiando il modello dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria (a seguito alla sperimentazione quadriennale di cui all'art. 2, c. 2) quale forma di collaborazione tra Università e strutture del Servizio sanitario nazionale, immediatamente riconoscono la stessa come non esclusiva. Infatti, la norma positivamente ammette che la garanzia di «*collaborazione tra Università e Servizio sanitario nazionale, anche mediante l'introduzione di nuovi modelli gestionali e funzionali integrati fra Regione e Università, che prevedano l'istituzione di aziende dotate di autonoma personalità giuridica*», «*nel quadro della programmazione sanitaria nazionale e regionale, lo svolgimento delle attività assistenziali funzionali alle esigenze della didattica e della ricerca*», nonché «*la coerenza fra l'attività assistenziale e le esigenze della formazione e della ricerca, anche mediante l'organizzazione dipartimentale e le idonee disposizioni in materia di personale*» (art. 6, c. 1, lett. a)-c) L. n. 419/1998), possa essere realizzata anche attraverso diverse forme di integrazione e collaborazione, che appunto prescindano da un modello unico - quello delle Aziende Ospedaliero-Universitarie - a suo tempo *sperimentalmente* introdotto dal D.Lgs. n. 517/1999.

Ed in effetti, il D.Lgs. n. 517/1999 conferma la possibilità di dare luogo ad ulteriori forme di collaborazione, le quali potrebbero risultare oggi di maggiore coerenza rispetto ad un impianto organizzativo del Servizio sanitario regionale che si sta più decisamente orientando verso un modello basato su forme di assistenza "territoriale". Già l'art. 2, c. 4, D.Lgs. n. 517/1999 prevede, infatti, che Regione e Università, nell'individuazione delle attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e ricerca oltre all'«*azienda di riferimento*» ospedaliero-universitaria ex art. 2, c. 1 e 2, possano accedere all'individuazione di altre modalità di

integrazione, laddove nell'azienda di riferimento non siano disponibili specifiche strutture essenziali per l'attività didattica, mediante «*l'utilizzazione di altre strutture pubbliche*»<sup>16</sup>.

Tali precise ed espresse indicazioni normative, di rango primario e secondario, recepite anche dalla norma regionale (l.r. n. 29/2004), inducono oggi a valorizzare la possibilità di estensione dei rapporti di collaborazione anche verso nuovi modelli di integrazione tra le attività istituzionali dei due Enti, che appunto forniscano assetti stabili allo svolgimento di attività didattiche e di ricerca universitarie anche sul territorio, in analogia a quanto già avviene a livello ospedaliero.

Non si ravvisano dunque incompatibilità di ordine normativo rispetto alle citate disposizioni derivate dalla L. n. 419/1998 ed anzi, considerato il carattere sperimentale delle iniziative legislative dell'epoca, appare del tutto legittima una valorizzazione delle norme che possono condurre ad uno sviluppo di ulteriori forme di integrazione, le quali realizzino al meglio, sul territorio, gli obiettivi di cui alla stessa legge di delega del 1998. Ciò conduce, in particolare, ad "attualizzare" l'interpretazione dell'art. 2, c. 4, D.Lgs. n. 517/1999, nella parte in cui l'individuazione e «*utilizzazione di altre strutture pubbliche*» per le forme di collaborazione con l'università, avviene allorché nell'Azienda di riferimento (Azienda Ospedaliero-Universitaria) «*non siano disponibili specifiche strutture essenziali per l'attività didattica*».

L'individuazione di tali strutture, per quanto detto, non ha da intendersi oggi quale prospettiva di carattere residuale, rispetto a "carenze specifiche" dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria (che effettivamente erano verificabili nel periodo della sperimentazione quadriennale di cui all'art. 2 commi 2 e 3), bensì quale forma coordinata e stabile, sul piano dei rapporti tra Università e Servizio sanitario regionale, per la realizzazione delle funzioni didattiche e di ricerca sul territorio di riferimento, in sinergia con quanto realizzato (o realizzabile) nell'ambito dell'Azienda di riferimento, ed eventualmente tramite ridefinizione degli ambiti di attività didattica e di ricerca di quest'ultima. Si tratta in sostanza di individuare le attività formative e di ricerca che meglio possano essere realizzate, per competenze, strutture ed organizzazione presso le articolazioni territoriali dell'Azienda USL, ivi garantendo la stabile localizzazione dei corsi e programmi universitari pertinenti.

---

<sup>16</sup> Il riferimento fondamentale al riguardo è l'art. 9.5 della LR 29/2004 che prevede che, fermo restando il ruolo delle Aziende ospedaliero-universitarie, "la programmazione sanitaria regionale individua le ulteriori sedi nelle quali si realizza la collaborazione tra la Regione e le Università, con particolare riguardo alle scuole di specializzazione mediche". Sul tema, il DPCM 24 maggio 2001, all'art. 2, c. 2, prevede inoltre che «*I protocolli d'intesa stipulati tra la regione o la provincia autonoma e le università indicano i criteri e le modalità attraverso i quali le aziende ospedaliero-universitarie, nonché le altre strutture pubbliche o private...assicurano lo svolgimento dell'attività assistenziale necessaria per l'assolvimento dei compiti istituzionali delle università in coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca*». Ancora all'art. 7 si prevede che le attività formative per gli specializzandi e per i corsi di diploma e di laurea delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione possano svolgersi, secondo le previsioni dei protocolli di intesa, anche presso le «*aziende unità sanitarie locali*» e presso le «*altre strutture del servizio sanitario nazionale*»; mentre al successivo art. 4, c. 3, trattandosi di «*strutture assistenziali complesse essenziali alle esigenze di didattica e di ricerca dei corsi di laurea in medicina e chirurgia*» le strutture assistenziali complesse sono individuate, oltre che nell'azienda ospedaliero-universitaria, ancora una volta «*b) in aziende unità sanitarie locali, in altre strutture pubbliche o in istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché in aziende unità sanitarie locali per quanto concerne le attività di prevenzione e quelle sanitarie svolte in ambito distrettuale*».



In tale prospettiva di lettura della norma primaria che regola i rapporti tra Servizio sanitario e Università neppure paiono porsi ostacoli alla possibilità di definire un'Azienda USL integrata con l'Università in relazione alla disciplina del D.Lgs. n. 502/1992 ss.mm.ii., la quale non solo è richiamata espressamente dal D.Lgs. n. 517/1999 con riguardo ad accreditamento/costituzione delle Aziende Ospedaliero-Universitarie (artt. 8 bis - 8 quater), ma risulta pienamente ed integralmente applicabile in relazione a costituzione, organizzazione e funzionamento di queste ultime, proprio in analogia alla disciplina delle Aziende USL, fatte naturalmente salve le disposizioni del D.Lgs. n. 517/1999.

### **6.3. Norme regionali, Protocollo d'intesa e Accordi attuativi**

Per quanto descritto, se ci si muove, come pare opportuno, nella cornice dei principi forniti dal D.Lgs. n. 517/1999 e della disciplina della L.R. 29/2004, nondimeno la proposizione un nuovo modello - necessariamente sperimentale - di collaborazione fra Università e Servizio sanitario regionale per l'Area metropolitana di Bologna richiede un intervento normativo regionale che definisca i criteri per uno *specifico* Protocollo d'intesa Regione-Università come guida per il processo di integrazione, da realizzarsi tramite Accordo tra Azienda USL e Università di Bologna, con adozione degli atti organizzativi necessari.

Poiché si tratta di processi riconosciuti nell'ambito di norme di legge statale (L. n. 419/1998; D.Lgs. n. 517/1999; D.Lgs. n. 502/1992) non paiono porsi al riguardo criticità di ordine costituzionale rispetto ad un intervento legislativo regionale, e ciò, come detto, anche nella attuale ripartizione di competenze di cui ai vigenti artt. 116 e 117 Cost.

Data poi la sperimentaltà del percorso, e ferma naturalmente una più puntuale analisi dei contenuti, la proposizione del modello in norma di legge regionale potrebbe beneficiare della sorta di espressa "intesa", opportunamente supportata sotto il profilo istituzionale, che già ha caratterizzato più ampie e recenti esperienze di intervento regionale in materia di sistemi socio-sanitari, quale, in particolare, l'adozione della L.R. Lombardia 11 agosto 2015, n. 23 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità), ove appunto in via sperimentale vengono introdotte a livello regionale forti deroghe ai modelli istituzionali ed organizzativi previsti dal D.Lgs. n. 502/1992, con riconoscimento di collaborazione nella verifica della sperimentazione al Ministero della Salute<sup>17</sup>.

Nell'ipotesi qui considerata tale forma di sperimentazione dovrebbe presumibilmente trovare ulteriore interlocutore nel Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

---

<sup>17</sup> Il carattere sperimentale delle disposizioni *de quo* è espressamente riconosciuto, appunto in accordo con il Ministero della Salute, all'art. 1 bis della Legge «(Carattere sperimentale dell'articolazione in ATS e ASST)» «1. L'articolazione in ATS e ASST del servizio sanitario e sociosanitario regionale, come disciplinato dal Titolo I della l.r. 33/2009 a seguito delle modifiche introdotte dalla presente legge, avviene in via sperimentale per un periodo di cinque anni, al termine del quale la Regione, in collaborazione con il Ministero della Salute, valuta i risultati della sperimentazione. La Regione, in collaborazione con il Ministero della Salute, effettua una prima verifica al termine del primo triennio di sperimentazione al fine di individuare eventuali interventi correttivi».

La sede naturale per l'intervento normativo regionale appare essere, in via di integrazione, quella della Legge Regionale Emilia Romagna n. 29/2004, che all'art. 9 già si occupa di fornire disciplina alle «*Relazioni fra Servizio sanitario regionale ed Università*» rinviando ai Protocolli di intesa ed agli Accordi attuativi locali per l'individuazione dell'«*attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle Università...assicurandone la funzionalità e la coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca*», per la «*programmazione della formazione del personale del Servizio sanitario regionale*».

Al modello di integrazione basato sull'individuazione di "sedi ulteriori" tramite programmazione congiunta e intervento del Comitato di Indirizzo, secondo le procedure definite nel Protocollo di intesa del 2016, la (nuova) norma regionale può aggiungere la possibilità di accedere ad un nuovo modello di integrazione tra Azienda USL e Università valorizzando la dimensione metropolitana del processo di integrazione e riorganizzazione *in itinere* dei servizi sanitari: rispetto al quale, ben potrebbe trovare ragione e giustificazione una sperimentazione dedicata appunto alla integrazione fra le attività istituzionali dell'Università di Bologna e quelle assistenziali che si svolgono presso le strutture dell'Azienda USL.

#### **6.4. I contenuti dell'intervento legislativo regionale per i nuovi modelli di integrazione**

La principale linea di differenziazione delle nuove forme di integrazione rispetto all'attuale modello basato sul principio di individuazione di "sedi ulteriori" al di fuori dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di riferimento appare dunque essere quella di ricercare una collaborazione stabile, organica e duratura tra gli Enti, che per ampiezza e qualità giustifichi una parziale modificazione degli assetti organizzativi e possa in tal modo conformare gli Accordi tra Azienda USL e Università a garanzia di impegni reciproci nell'investimento in capitale umano, organizzativo e finanziario, nel rispetto degli assetti dell'Azienda USL e del Servizio sanitario così come dell'autonomia universitaria e dell'ordinamento degli studi, nonché della coerenza ed adeguatezza tra reti formative e reti dell'assistenza sul territorio.

Rispetto alle strutture già riconosciute come essenziali al percorso formativo all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di riferimento, la matrice di quelle individuate nella nuova Azienda USL che ospita forme più strutturali di integrazione dovrebbe essere quella di una complementarità (e non di residualità) che, in una logica di governo complessivo degli obiettivi formativi, vada ad individuare le attività assistenziali, didattiche e di ricerca che non possono che essere svolte a livello territoriale e nelle strutture pertinenti a tale livello assistenziale. In questo contesto, non può sfuggire l'entità dello squilibrio fra la quantità di risorse umane, materiali e finanziarie che, anche per motivi storici, i due soggetti possono impegnare nei nuovi ambiti di collaborazione e che dovrà necessariamente essere tenuta in considerazione nell'attribuzione delle responsabilità gestionali, analogamente a quanto previsto per le Aziende Ospedaliero-Universitarie.

Mentre, come ricordato, le "sedi ulteriori" si muovono in una logica di integrazione a vocazione prevalentemente ospedaliera, dato che sono attivabili qualora «*non siano disponibili specifiche strutture essenziali per l'attività didattica*» nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie di riferimento, l'individuazione di nuove forme di collaborazione e di integrazione trova le sue motivazioni e presenta una vocazione naturale nei confronti delle attività dei servizi di tipo territoriale e distrettuale, nei cui ambiti le attività di didattica e ricerca colgono al meglio le opportunità

derivanti da un approccio multi-professionale e multidisciplinare con forme di integrazione che interessano la prevenzione, l'assistenza primaria, l'assistenza socio-sanitaria e sociale.

Cogliendo tale importante opportunità di differenziazione delle vocazioni e tenendo conto dello squilibrio fra le risorse inizialmente impegnate, la legge regionale potrebbe quindi contemplare un intervento "leggero", volto a fornire una serie di principi e criteri che, declinate le citate finalità, individuino le linee di sviluppo di una collaborazione organica e strutturale a partire da ambiti prioritariamente focalizzati sulla formazione pre- e post-laurea di specifiche professioni mediche e sanitarie.

In particolare, la legge regionale potrebbe:

- prevedere per l'Area metropolitana di Bologna la possibilità di costituire nuove forme di integrazione tra Azienda USL e l'Università di Bologna in ragione della esigenza di garantire l'ottimale collegamento tra attività assistenziali, didattiche e di ricerca in ambito territoriale/distrettuale in Area metropolitana;
- definire espressamente il carattere sperimentale dell'iniziativa legislativa, prevedendo momenti di verifica intermedia e finale circa i risultati del nuovo modello di integrazione tra Azienda USL e Università;
- prevedere principi e criteri per individuare le attività sanitarie, di prevenzione e assistenziali necessarie per il più efficace svolgimento – negli ambiti dei servizi e delle funzioni territoriali – delle attività didattiche e di ricerca di interesse comune del Servizio sanitario regionale e dell'Università;
- prevedere l'impegno a definire un Accordo quadro pluriennale che identifichi le modalità organizzative più idonee a supportare le attività didattiche e di ricerca nei settori sanitari di interesse comune, con particolare riferimento a quelli particolarmente onerosi in termini di investimenti specifici in capitale strutturale e capitale umano, al fine di garantire il necessario reciproco impegno di risorse umane, finanziarie e organizzative e gli strumenti per la verifica del rispetto della programmazione congiunta a partire da quanto già in atto in numerosi ambiti territoriali.

## **7. L'Organo di Governo Metropolitan per l'Accordo quadro di programma (Il Collegio dei Direttori generali)**

### **7.1 Introduzione**

Per il corretto funzionamento dei processi e delle dinamiche di integrazione, con il principale scopo di definire e soprattutto dare applicazione a strategie condivise, appare imprescindibile l'istituzione di un organismo collegiale denominato Organo di Governo Metropolitan (OGM), il quale risulti dotato di ampi poteri di interlocuzione istituzionale, di programmazione e di alta gestione, nell'ambito delle aree e modelli individuati come di interesse comune tra Aziende ed Enti dell'Area metropolitana bolognese.

Come già evidenziato in sezione 2.3, la costituzione dell'OGM ha come principale finalità quella di conferire il potere di elaborazione della programmazione strategica in ambito metropolitano e di individuare obiettivi, strumenti e risorse a disposizione dei processi di integrazione per conseguire entrambe le finalità previste dall'Accordo quadro e cioè valorizzare i punti di riferimento delle reti di interesse metropolitano e sviluppare ulteriormente i servizi e le attività territoriali, inclusa l'attuazione dei Dipartimenti di continuità assistenziale.

A questo scopo, acquisiti gli indirizzi della Regione e della Conferenza territoriale sociale e sanitaria metropolitana, l'OGM definisce gli atti di alta programmazione strategica e, sulla base di questi, individua gli obiettivi, le funzioni e le risorse da attribuire alle strutture destinate alla realizzazione delle attività considerate di interesse comune, raccordando in modo ottimale ed equilibrato i servizi, tenuto conto degli obiettivi complessivi del sistema metropolitano.

Per l'esercizio delle attività individuate e definite di interesse comune e come tali gestite all'interno di Dipartimenti, Strutture o Programmi interaziendali, ovvero tramite Cessioni delle attività ad una sola Azienda, le direzioni generali delle Aziende dell'Area metropolitana bolognese esercitano quindi congiuntamente, all'interno dell'Organo collegiale, il loro ruolo di governo, programmazione, alta gestione. Per tali motivi, le decisioni assunte all'interno dell'OGM, sempre in relazione alle attività e strutture di interesse comune, costituiscono vincolo per le direzioni generali, che realizzano ed attuano, nel rispetto delle responsabilità istituzionali loro attribuite, e nei rispettivi ambiti di governo aziendale, quanto definito e deliberato in seno all'Organo collegiale.

In questa direzione, i responsabili delle strutture individuate come di interesse comune, in coerenza con una proposta di attribuzione di incarico definita dall'OGM, diventano interlocutori diretti dell'OGM, ricevendo un mandato forte ad operare, nell'ambito ad essi attribuito, nell'interesse di tutti gli enti coinvolti, e dovendo rispondere congiuntamente ad essi dei risultati conseguiti.

### **7.2 Il processo: intervento normativo regionale, atti aziendali e accordo quadro**

Data la complessità del sistema assistenziale in Area metropolitana e la necessità di assicurare all'OGM la capacità di incidere effettivamente negli ambiti considerati di interesse comune, appare opportuno un intervento normativo regionale diretto a promuovere l'istituzione dell'OGM in relazione alle integrazioni dell'Area metropolitana di Bologna.

Alla luce delle descritte motivazioni e appunto in coerenza con la dimensione metropolitana dell'integrazione, l'intervento di legge regionale trova piena legittimazione nell'ambito della

cornice normativa già descritta dalla L.R. 23 dicembre 2004, n. 29 («Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale»), ove all'art. 2, c. 2, sulla base di disposizioni di legge nazionale<sup>18</sup>, si prevede nell'organizzazione del Servizio sanitario regionale «c) la programmazione a rete e la regolazione dell'offerta pubblica e privata delle prestazioni e dei servizi» e «h) l'integrazione tra le diverse forme di assistenza sanitaria e tra l'assistenza sanitaria e quella sociale [...]»; inoltre «la Regione, con riferimento alle attività ed agli oggetti attinenti all'organizzazione ed al funzionamento del Servizio sanitario regionale, assicura il coordinamento delle autonomie funzionali operanti nel territorio regionale, secondo il criterio di favorire l'esercizio concertato delle funzioni tra loro omogenee e nel rispetto dell'autonomia ad esse garantita» (art. 2, c. 2).

La norma di legge regionale (di cui si propone modello infra Tab. A) potrà definire in forma sintetica le funzioni di programmazione e di alta gestione proprie dell'OGM, che dovranno muovere dalla programmazione regionale ed essere concentrate sugli ambiti di interesse comune alle Aziende, sì come definiti nell'Accordo quadro di programma. La norma dovrà poi rendere espresso il carattere vincolante delle decisioni assunte dall'OGM per le aree e strutture di interesse comune, in termini di responsabilità di attuazione per le rispettive Direzioni generali ex art. 3, cc. 1 quater e 6 D. Lgs. n. 502/1992. Anche in tale prospettiva la norma prevede il necessario adeguamento degli Atti aziendali da sottoporre a verifica regionale.

La norma dispone poi circa la composizione dell'OGM il quale acquisisce i pareri e le proposte di un Organismo di Supporto, sempre declinato per legge, circa le attività di comune interesse, in analogia ai Collegi di direzione aziendale. L'OGM si dota di un regolamento di funzionamento.

Sulla base della norma regionale le Aziende e gli Enti interessati procedono alla modifica simultanea degli Atti aziendali, con particolare riferimento alla specificazione che talune attività possono essere svolte congiuntamente sulla base di Accordi di programma. Sempre sulla base della norma regionale, l'OGM assume i poteri di programmazione e alta gestione relativi alle attività e alle strutture definite di interesse comune ed al relativo vincolo sulle decisioni delle Aziende e degli Enti determinato per l'attuazione delle decisioni assunte dall'OGM stesso.

Nella fase genetica spetta alla Regione verificare le modifiche apportate agli Atti aziendali e istituire l'OGM; spetta invece all'Accordo quadro di programma definire gli ambiti di interesse comune in cui le Aziende e gli Enti esercitano in modo condiviso le proprie attività e i propri servizi. Già la sezione 2.3.1 prevedeva (con riferimento in particolare ai Dipartimenti interaziendali, ma in realtà con indicazioni senz'altro riferibili anche alle altre strutture o programmi interaziendali), che *“essi siano istituiti congiuntamente dalle Aziende sanitarie coinvolte sulla base di un apposito Accordo quadro che ne definisce gli elementi più rilevanti in termini di obiettivi, attività, risorse e, più in generale, modalità gestionali. Per dare maggiore spessore istituzionale a questa soluzione, l'Accordo quadro dovrebbe essere preceduto da una modifica negli Atti aziendali di tutte le Aziende coinvolte mediante la quale si specifica che - date anche le caratteristiche dell'Area metropolitana di Bologna - alcune funzioni proprie delle singole Aziende, possono essere svolte congiuntamente sulla base di specifici Accordi di programma con le altre Aziende dell'area”*.

---

<sup>18</sup> In particolare, art. 2, c. 2 *sexies*, lett. b) ed e) D. Lgs. n. 502/1992 in materia di i principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale nonché di vigilanza e controllo, da parte della regione, sulle unità sanitarie locali, e di valutazione dei risultati; art 3, c. 1 per l'assicurazione da parte delle regioni dei livelli essenziali di assistenza tramite le aziende; c. 1 quater, per il compito delle regioni di disciplinare forme e modalità per la direzione e il coordinamento delle attività socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria; 3 *septies* per l'integrazione socio-sanitaria.

L'Accordo quadro potrà poi stabilire che sia l'OGM ad individuare direttamente diverse e/o ulteriori attività e strutture destinate all'esercizio congiunto che formeranno oggetto delle convenzioni specifiche tra Aziende ed Enti.

### **7.3 Competenze e attribuzioni dell'Organo di governo**

Attraverso l'OGM, nel rispetto delle responsabilità istituzionali debitamente contemplate in sede di modificazione degli Atti aziendali, le Aziende ed Enti dell'Area metropolitana bolognese esercitano in modo congiunto, per le attività e i servizi di interesse comune, le funzioni di programmazione e alta gestione di norma attribuite alle singole direzioni generali, secondo un modello volto a favorire logiche di integrazione strutturale, sì come declinate attraverso l'Accordo quadro di programma ed i suoi aggiornamenti.

Per poter efficacemente incidere su tale integrazione strutturale, l'esercizio congiunto non può essere limitato ad attività di carattere programmatico e di coordinamento istituzionale, ma deve poter comprendere atti di alta gestione senz'altro ascrivibili al novero delle attribuzioni delle direzioni generali coinvolte. Conseguentemente, l'esercizio congiunto dei poteri decisionali, per il tramite della norma regionale che lo prevede, si traduce in preciso impegno e responsabilità per le singole direzioni generali, integrandone il mandato e le responsabilità in ambito aziendale.

In questo senso, l'OGM diviene la sede in cui definire i principali atti di programmazione sanitaria e alta gestione relativi alle funzioni e alle attività di interesse comune tra le Aziende, riferibili ai Dipartimenti interaziendali, alle Strutture ed ai Programmi, nonché alle eventuali Cessioni di attività a singole Aziende in coerenza agli indirizzi programmatici definiti dai soggetti competenti ai diversi livelli ed alle intese istituzionali, ove necessarie.

Più specificamente, nell'ambito delle proprie funzioni di programmazione e alta gestione, limitatamente alle attività e ai servizi di interesse comune, l'OGM:

- a) formula proposte di programmazione in Area metropolitana in coerenza con gli indirizzi della Regione e della Conferenza territoriale sociale e sanitaria metropolitana;
- b) esprime pareri sulle intese previste con l'Università realizzate da Aziende ed Enti;
- c) coordina le relazioni tra le Aziende ed Enti e la Conferenza territoriale sociale e sanitaria metropolitana;
- d) supporta in fase istruttoria, ai vari livelli di partecipazione sindacale e dunque anche per il tramite delle delegazioni trattanti aziendali e della Conferenza territoriale sociale e sanitaria metropolitana, gli adempimenti necessari all'osservanza delle modalità di informazione e confronto con i soggetti sindacali rappresentativi previste da norme di legge, contratto collettivo o altre fonti, in relazione alla programmazione e gestione delle attività di interesse comune;
- e) approva, sulla base dell'Accordo quadro di programma, le Convenzioni specifiche per le gestioni unificate di attività interaziendali;
- f) definisce obiettivi, funzioni e risorse - anche per gli investimenti - da attribuire ai Dipartimenti interaziendali, alle Strutture e ai Programmi definiti come di interesse comune;
- g) attua il monitoraggio degli obiettivi e della programmazione;
- h) verifica l'adozione, da parte delle Direzioni generali, degli atti e delle azioni necessari all'attuazione delle decisioni assunte dall'Organo per le aree di interesse comune;

- i) provvede alla definizione del profilo di ruolo dei responsabili dei Dipartimenti, delle Strutture e dei Programmi di interesse comune individuandone gli obiettivi di incarico e i risultati attesi, definendo modalità specifiche ed omogenee di valutazione delle performance;
- j) formula proposta di attribuzione dei relativi incarichi di direzione;
- k) contribuisce alla valutazione degli incarichi attribuiti in coerenza con i criteri di performance definiti e con i sistemi di valutazione delle Aziende di riferimento;
- l) acquisisce i pareri e le proposte dell'Organismo di supporto;
- m) definisce un regolamento di funzionamento dell'Organo.

#### **7.4 Composizione dell'Organo e dell'Organismo di supporto**

La norma di legge regionale definisce la composizione collegiale dell'OGM. Il Nucleo propone che facciano parte dell'OGM i Direttori Generali delle Aziende e Enti del Servizio sanitario regionale che insistono sull'Area metropolitana bolognese e partecipano all'Accordo quadro di programma, e che tra questi il Presidente della Giunta regionale nomini un coordinatore, che presiede il collegio. L'incarico di coordinatore potrebbe avere una durata triennale e, in caso di cessazione per qualunque ragione dall'incarico di Direttore generale potrebbe automaticamente prevedere anche la decadenza da coordinatore dell'Organo, nel qual caso il Presidente della Giunta regionale procederebbe a nuova nomina. La nomina del coordinatore da parte del Presidente della Giunta regionale consente di superare la necessità di attivare modalità stabili ed organiche di verifica sull'attività dell'OGM.

L'Organismo di supporto, previsto dalla norma regionale, svolge funzioni consultive, di proposta e di raccordo con soggetti istituzionali presenti nelle Aziende. Ne fanno parte: a) i Direttori sanitari delle Aziende e degli Enti interessati; b) i Direttori dei Dipartimenti interaziendali; c) un membro designato elettivamente tra i componenti di ogni Collegio di Direzione aziendale; d) un membro designato elettivamente da parte di ciascuna azienda per le professioni sanitarie; e) i presidenti dei Comitati di indirizzo o di Consiglio di indirizzo e verifica ove presenti.

L'OGM si dota di un Regolamento di funzionamento.

#### **7.5 Profili della partecipazione sindacale**

L'istituzione dell'Organo di governo metropolitano dovrà essere oggetto di specifiche procedure di informazione e confronto preventivo con le OO.SS. rappresentative, sia nell'ambito delle procedure previste dai CCNL di comparto Sanità sottoscritto in data 22.5.2018 (art. 4 e 5) in capo alle stesse aziende e enti interessati, sia, da ultimo, in seno all'Organismo paritetico per l'innovazione di cui all'art. 7 dello stesso CCNL<sup>19</sup>. È presumibile che le medesime disposizioni trovino spazio anche nella già avviata contrattazione per il CCNL di Area per la Dirigenza Medico

---

<sup>19</sup> Ove si prevede, con impatto certo sulle tematiche di integrazione aziendale, che «1. *L'organismo paritetico per l'innovazione realizza una modalità relazionale consultiva finalizzata al coinvolgimento partecipativo delle organizzazioni sindacali di cui all'art. 8, comma 3 (Contrattazione collettiva integrativa: soggetti e materie) su tutto ciò che abbia una dimensione progettuale, complessa e sperimentale, di carattere organizzativo dell'Azienda o Ente. 2. L'organismo di cui al presente articolo è la sede in cui si attivano stabilmente relazioni aperte e collaborative su progetti di organizzazione e innovazione, miglioramento dei servizi, promozione della legalità, della qualità del lavoro e del benessere organizzativo - anche con riferimento alle politiche e ai piani di formazione, al lavoro agile ed alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro - al fine di formulare proposte all'Azienda o Ente o alle parti negoziali della contrattazione integrativa [...]*»

Veterinaria del SSN, nonché, per la Dirigenza amministrativa, nel CCNL per la Dirigenza degli Enti delle Funzioni Locali.

Inoltre, con norma innovativa, lo stesso CCNL di comparto Sanità sottoscritto in data 22.5.2018 prevede all'art. 6 («Confronto regionale») forme di confronto a livello regionale con le oo.ss. rappresentative per l'emanazione di linee generali di indirizzo per lo svolgimento della contrattazione integrativa anche con riguardo a «processi di riorganizzazione o riordino che prevedano modifiche degli ambiti aziendali» in relazione « a) criteri di scorporo o aggregazione dei fondi nei casi di modifica degli ambiti aziendali; b) criteri generali relativi ai processi di mobilità e riassegnazione del personale».

Per quel che riguarda i temi oggetto della programmazione e della gestione delle attività e dei servizi di interesse comune da parte dell'OGM, l'Accordo quadro di programma definirà le attività di supporto istruttorio necessarie agli adempimenti di cui sopra, nel rispetto delle competenze e responsabilità definite dalla legge, dai contratti collettivi e da altre fonti.

#### **7.6 Ipotesi di norma di legge regionale**

Alla legge regionale n. 29/2004 è aggiunto il seguente articolo:

*Art. 3 bis «(Organo di Governo per la Città Metropolitana di Bologna)»*

*1. Nel rispetto delle responsabilità istituzionali loro attribuite per le funzioni di assistenza sanitaria nonché amministrative, tecniche e professionali di supporto, le Aziende ed Enti sanitari che insistono sull'Area metropolitana di Bologna esercitano in modo congiunto le relative attribuzioni di programmazione e alta gestione limitatamente ai servizi e alle attività definite di interesse comune in base a un Accordo quadro di programma tra loro stipulato. Le Aziende e gli Enti adeguano gli Atti aziendali in termini di responsabilità per le rispettive direzioni generali e di integrazione del loro mandato. La Regione verifica i termini dell'adeguamento degli Atti aziendali e istituisce un Organo di governo metropolitano con compiti di programmazione e alta gestione per i servizi e le attività di interesse comune.*

*2. L'Organo di governo metropolitano è collegio composto dai Direttori generali delle Aziende ed Enti sanitari che insistono sull'Area metropolitana di Bologna tra i quali il Presidente della Giunta regionale nomina un coordinatore che svolge le funzioni di presidente del collegio. L'incarico di coordinatore ha durata triennale e il Presidente della Giunta regionale procede a nuova nomina in caso di cessazione dell'interessato dall'incarico di Direttore generale ovvero di passaggio ad altro incarico di direzione generale. L'Organo di governo metropolitano si dota di un regolamento di funzionamento.*

*3. L'Organo di Governo Metropolitano è coadiuvato da un Organismo di supporto con funzioni consultive, di proposta e di raccordo con organismi aventi funzioni analoghe presenti nelle Aziende e negli Enti. Sono componenti dell'Organismo di supporto: i Direttori sanitari delle Aziende e degli Enti interessati; i Direttori dei Dipartimenti interaziendali; un membro designato elettivamente tra i componenti di ogni Collegio di Direzione aziendale; un membro designato elettivamente da parte di ciascuna Azienda per le professioni sanitarie e i presidenti dei Comitati di indirizzo e dei Consigli di indirizzo e verifica ove presenti.*



## **8. L'Accordo Quadro di Programma tra le Aziende dell'Area metropolitana**

### **8.1. La riconfigurazione delle responsabilità di tutela e di produzione nei servizi comuni**

Il progetto elaborato dal Nucleo di una integrazione strutturale fra le Aziende sanitarie dell'Area metropolitana bolognese prevede la programmazione congiunta e la produzione integrata dei servizi di interesse comune rispetto agli ambiti di responsabilità istituzionale propri, derivanti a ciascuna delle Aziende sanitarie metropolitane dalla titolarità della funzione di tutela in merito ai tre macro livelli di assistenza relativi ad assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, assistenza distrettuale ed assistenza ospedaliera. Le prime sezioni indicano tre strumenti fondamentali per realizzare l'obiettivo di una efficace integrazione strutturale fra le Aziende: a) l'individuazione della forma organizzativa più appropriata per una efficace messa in comune dei servizi di interesse generale; b) un Accordo di programma come quadro generale delle regole di condotta da seguire nella gestione delle relazioni interaziendali entro cui collocare le Convenzioni specifiche fra le Aziende direttamente interessate; c) un Organo di governo collegiale per le scelte di programmazione congiunta e alta gestione dei servizi comuni in Area metropolitana.

L'approfondimento e la specificazione di queste indicazioni, pienamente recepite dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria metropolitana nel parere del 4 aprile, sono l'oggetto del presente documento. La nuova configurazione delle responsabilità di programmazione e di gestione in capo a ciascuna Azienda sanitaria derivante dalla individuazione del campo dei "servizi di interesse comune" cui è preposto l'Organo di governo metropolitano (cfr. sezione 7) richiede tuttavia una chiarificazione concettuale preventiva del nuovo ruolo delle singole Aziende che supera la tradizionale indicazione della Azienda capofila.

Il nuovo assetto di governo proposto per l'Area metropolitana comporta infatti la necessità di distinguere concettualmente fra l'Azienda titolare della funzione assistenziale cui la persona si rivolge in prima istanza (qui per brevità definita Azienda di tutela) rispetto all'Azienda cui la programmazione congiunta ha affidato la responsabilità della produzione effettiva del servizio secondo le diverse modalità organizzative prescelte (Azienda di produzione). Ne consegue che, mentre resta istituzionalmente in capo alla Azienda di tutela la responsabilità della funzione di soddisfazione del bisogno assistenziale espresso dalla persona/popolazione di riferimento, l'Azienda cosiddetta di produzione matura nei confronti della/e Azienda/e di tutela che le hanno in tutto o in parte affidato la gestione della produzione una serie di impegni, positivi e negativi, riguardo a quantità ed appropriatezza delle risorse utilizzate, tempestività e qualità del servizio, ecc.

Più precisamente, gli impegni che maturano fra le Aziende per effetto della riconfigurazione della produzione comprendono sia una responsabilità generale (*accountability*) relativamente a qualità ed appropriatezza delle prestazioni e dei servizi prodotti (non si dimentichi che, ad esempio, le ricadute reputazionali della qualità dei servizi dell'Azienda di produzione continuano a rimanere sulle Aziende di tutela) sia una responsabilità specifica sulle risorse messe a disposizione (cui devono necessariamente concorrere le Aziende di tutela), sul loro utilizzo efficiente (dovuto principalmente alla gestione dell'Azienda di produzione), sulla responsabilità professionale in ambito medico-legale, ecc. Ampiezza e intensità di tali impegni variano naturalmente in ragione della forma organizzativa adottata per l'espletamento della specifica attività che il Nucleo ha schematizzato, anche alla luce delle esperienze condotte finora (cfr. Allegati 2 e 5) in: Centralizzazione tramite cessione di attività (o rami di Azienda), Dipartimento interaziendale,

Unità operativa complessa e Programma interaziendale. Rinviando alla successiva sezione 8.3 per un'analisi puntuale delle soluzioni gestionali più appropriate per ciascuna di tali forme organizzative, gli impegni dell'Azienda di produzione rispetto alla Azienda di tutela sono in linea generale massimi in caso di un trasferimento integrale di attività con Centralizzazione in capo ad una unica Azienda; intermedi, qualora l'Azienda sia sede della direzione di un Dipartimento Interaziendale che svolge attività in più sedi con Unità operative dotate di autonoma direzione operativa; minimi quando l'Azienda ospiti una fase di un Programma "trasversale" che interessa più Aziende contemporaneamente.

## **8.2. Gli strumenti per l'integrazione: Accordo quadro e Convenzioni attuative**

Obiettivo dell'Accordo quadro è di indicare i criteri fondamentali condivisi per individuare forme organizzative, strumenti e procedure per la programmazione congiunta e l'alta gestione di strutture comuni alle Aziende di ambito metropolitano. In particolare, l'Accordo, redatto ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 30 del t.u. 267 del 2000, definisce i principi e le regole generali da adottare per l'esercizio associato di funzioni sanitarie, amministrative, tecniche e professionali che vengono individuate come funzioni di interesse metropolitano. Come ricordato, le funzioni di interesse metropolitano potranno essere di volta in volta organizzate sotto forma di Programmi o Unità operative interaziendali, Dipartimenti interaziendali fino a prefigurare vere e proprie Cessioni di attività, a seconda delle finalità che motivano il processo di concentrazione e in base alle caratteristiche del servizio interessato. A Convenzioni attuative specifiche fra le Aziende direttamente interessate è invece affidato il compito di individuare il modello organizzativo più idoneo e di darne concreta attuazione definendo nel dettaglio gli strumenti per la sua gestione e per il monitoraggio dei risultati conseguiti.

La sezione 2 ha evidenziato la complessità dal punto di vista organizzativo e tecnico-giuridico e i significativi costi di transazione propri dei diversi modelli di integrazione. Da questa constatazione, si deriva l'indicazione di considerare prioritariamente le configurazioni organizzative più semplici procedendo gradualmente alla verifica della idoneità di ipotesi più sofisticate. In particolare, il documento raccomandava *"di valutare la possibilità di limitarsi ad accordi semplici quali quelli per la mobilità dei soli professionisti senza ricorrere a modelli organizzativi più complessi quando le forme di collaborazione riguardano la condivisione di alcuni e ben definiti fattori di produzione all'interno di processi che rimangono pressoché completamente sotto il controllo di una sola Azienda. Nel caso in cui l'impiego di fattori produttivi comuni riguardi processi produttivi più estesi per i quali una maggiore integrazione sia necessaria per realizzare miglioramenti qualitativi o economie di scala e di gamma è opportuno privilegiare soluzioni a carattere non temporaneo per allineare gli obiettivi di tutte le Aziende partecipanti su obiettivi di lungo termine. Al riguardo, soluzioni che comportano una condivisione di funzioni e di attività senza risolvere i nodi della gestione comune del personale e che impongono comunque costi di transazione elevati non sembrano, in linea generale, gli strumenti più idonei a conseguire obiettivi di sistema. Anche i modelli che comportano l'individuazione di Unità operative di singole Aziende a cui trasferire stabilmente alcune funzioni da parte delle altre Aziende, pur consentendo il superamento di alcuni limiti delle soluzioni di condivisione temporanea delle funzioni, non sono prive di aspetti problematici. In particolare, essi richiedono un impegno di programmazione strategica, di assunzione di responsabilità gestionali condivise, nonché di verifica puntuale dei risultati che implica un efficace coordinamento a un livello superiore rispetto alle singole Unità operative. Infatti, una volta attribuita a queste ultime una funzione e le relative attività in via esclusiva occorre poi rafforzare gli strumenti che incentivano le Aziende a collaborare in una logica di*

sistema metropolitano a livello sia organizzativo (Dipartimenti) sia istituzionale (Organi di governo collegiale)” (Allegato 5, pag.12).

### 8.3 Le problematiche dei principali modelli organizzativi per le collaborazioni interaziendali

Nella sezione 2 e nei relativi Allegati, il Nucleo tecnico di progetto ha esaminato numerose esperienze di integrazione tra strutture delle Aziende sanitarie dell’Area metropolitana di Bologna. Il quadro complessivo di tali forme di collaborazione è riassunto nella seguente tabella.

Denominazione	Tipologia di modello organizzativo	Aziende coinvolte (C= azienda capofila)			
		AUSL BO	AOU	IOR	AUSL IM
Week surgery Ospedale di Budrio	Programma interaziendale	X	C	-	-
Servizio Unico Metropolitano di Microbiologia	Unità operativa aziendale AOU con funzioni metropolitane	X	C	-	X
LUM (Laboratorio Unico Metropolitano)	Cessione di attività all’ AUSL di Bologna	C	X	X	X
Pneumologia Interventistica	Unità operativa interaziendale art. 22-ter	X	C	-	-
Medicina Nucleare	Unità operativa interaziendale art. 22-ter	X	C	-	-
Rete Infettivologica	Unità operativa interaziendale art. 22-ter	X	C	-	-
Medicina del Lavoro	Unità operativa interaziendale art. 22-ter	X	C	X	-
Urologia	Diverse UO con unico responsabile (art. 22-ter)	X	-	-	C
Dermatologia	Unità operativa interaziendale art. 22-ter	X	C	-	-
Chirurgia Senologica	Unità operativa interaziendale art. 22-ter	-	C	-	X
Chirurgia Generale	Diverse Unità operative con unico responsabile (art. 22-ter)	C	-	-	X
Genetica Medica	Unità operativa interaziendale art. 22-ter	X	C	-	X
DAI sperimentale interaziendale di Anatomia Patologica	Dipartimento interaziendale	X	X	X	X
Ortopedia Bentivoglio	Unità operativa dello IOR all’interno di stabilimento ospedaliero dell’AUSL	X	-	C	-
<b>Progetti in fase di sviluppo</b>					
Diagnostica Senologica		C	X	-	X
Chirurgia Vascolare		X	C	-	X

Chirurgia toracica		C	X	-	-
Trasfusionale unico metropolitano		C	X	X	X

Alla luce dell'analisi delle esperienze condotte in Area metropolitana, i Dipartimenti interaziendali e, in una prospettiva di più lungo termine, le Cessioni di attività tra le Aziende sono emersi come soluzioni più adatte rispetto alle Unità operative interaziendali multisede per lo sviluppo di reti cliniche integrate in Area metropolitana. Tra i modelli organizzativi che l'Accordo quadro potrà prevedere e regolamentare è tuttavia opportuno includere per il momento anche tali Unità operative perché esse al momento rappresentano una forma diffusa e rilevante di collaborazione tra Aziende e quindi tale da rendere opportuna la definizione di criteri generali per un loro più efficace funzionamento. Tra i modelli "strutturali" di interesse per la programmazione congiunta e la produzione integrata dei servizi di interesse comune – e quindi oggetto dell'Accordo quadro – saranno quindi considerati: a) le Unità operative interaziendali, b) i Dipartimenti interaziendali e c) le Cessioni di attività. Non saranno invece prese in considerazione le soluzioni di governo clinico, quali ad esempio i Percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA), né le forme di integrazione basate esclusivamente sulla mobilità di singoli o di *equipe* che coinvolgono un numero limitato di professionisti.

*Le Unità operative interaziendali*

In Area metropolitana alla categoria delle "Unità operative interaziendali" sono riconducibili tre diverse tipologie di strutture:

- a) quelle che, pur appartenendo a una sola Azienda, producono in esclusivi servizi specialistici quali ad esempio le analisi di laboratorio o forniscono consulenze a vantaggio di tutta l'Area metropolitana in virtù della forte concentrazione di capitale umano e strutturale, senza che questo comporti una significativa condivisione di personale appartenente ad altre Aziende (ad esempio: Microbiologia e Infettivologia dell'AOU);
- b) quelle costituite dalla confluenza delle strutture prima presenti in varie Aziende in una Unità operativa complessa unica a cui vengono conferiti - ex art. 22-ter della l.r. 43/2001 - personale, attrezzature, ecc. da parte delle altre Aziende che provvedono a sopprimere contestualmente le strutture aziendali pre-esistenti (ad es. Medicina nucleare);
- c) quelle in cui ogni Azienda conserva la struttura pre-esistente con relativo personale, attrezzature, ecc., ma in cui a tutte le strutture presenti nelle diverse Aziende è preposto un responsabile unico (ad es. Urologia).

Le strutture aziendali a cui sono attribuite funzioni di interesse comune (tipo a)) sono soluzioni in genere adeguate ad impiegare efficacemente risorse altamente specialistiche di natura professionale o tecnologica. Tuttavia, la remunerazione delle prestazioni rese, così come il finanziamento degli eventuali investimenti (vedi oltre), richiedono una puntuale definizione nelle Convenzioni interaziendali che ne definiscono l'istituzione.

Le Unità operative interaziendali (tipo b)) - istituite con conferimento del personale ex art. 22-ter - sono il modello adottato nel caso di servizi per i quali la centralizzazione di alcune attività può consentire di recuperare significativi margini di efficienza. Tuttavia, molte ragioni consigliano di ridurre il ricorso a questa soluzione e soprattutto di cercare modelli alternativi nel momento in cui le attuali Convenzioni giungeranno a scadenza. In primo luogo, la temporaneità e reversibilità del modello (art. 22-ter) ostacola una chiara definizione dei diritti di proprietà sulle risorse e delle responsabilità datoriali nei confronti del personale e ostacola la condivisione di piani di sviluppo e

di investimento sul più lungo termine [Allegato 2, p. 18]. Inoltre, la necessità di seguire tutte le fasi che vanno dalla progettazione alla stesura degli accordi interaziendali fino alla gestione e alla verifica dei risultati sovraccarica le Direzioni generali che non possono delegare ai Dipartimenti aziendali la gestione di attività che si svolgono in parte fuori dal perimetro aziendale.

Infine, la designazione di un unico responsabile di più strutture che continuano a far parte di aziende diverse (tipo c)) non pare costituire di per sé una soluzione strutturale idonea al perseguimento di obiettivi strategici unitari di respiro metropolitano. I limiti principali di questa soluzione organizzativa risiedono nel fatto che: 1) il responsabile delle strutture non dispone di strumenti gestionali egualmente incisivi su tutte le unità al di là del mandato complessivo affidatogli dall'Organo di governo metropolitano; 2) non supera i problemi - comuni alle Unità di tipo b) - del trattamento differenziato del personale che continua a mantenere rapporti datoriali con le diverse Aziende di appartenenza.

Compito specifico dell'Accordo quadro è di indicare per le diverse tipologie di Unità operative interaziendali già esistenti gli strumenti utili affinché l'Organo di governo metropolitano possa contenere l'effetto dei principali problemi gestionali. In primo luogo, l'Accordo quadro deve prevedere che, al momento della scadenza delle Convenzioni relative alle Unità operative costituite ricorrendo all'art. 22-ter ovvero la cui direzione è condivisa tra più Aziende, l'Organo di governo metropolitano verifichi se vi sono le condizioni per mantenere il personale nelle Unità di provenienza ricorrendo a forme più limitate di mobilità di *équipe*, ovvero di inserire le diverse Unità operative in un Dipartimento interaziendale ovvero ancora, mediante soppressione, in una singola Azienda. Inoltre, per ridurre il rischio di congestione delle Direzioni generali ed i non infrequenti casi di "cattura" da parte dei professionisti, l'Organo di governo metropolitano deve proporre e valutare le Convenzioni specifiche, spesso prodotte delle negoziazioni fra le diverse *équipe* professionali direttamente interessate, anche sulla base di una istruttoria progettuale eseguita da uno *staff* interaziendale specializzato nei servizi di interesse comune che ne seguirà anche le fasi gestionali in rapporto con i Dipartimenti coinvolti. Infine, per tenere sotto controllo i costi di transazione, l'Accordo quadro deve stabilire criteri standard per definire le modalità di riparto dei costi, il reclutamento del personale (almeno di quello in cessazione), la copertura degli investimenti, ecc., temi che saranno trattati più estesamente in sezione 5.

#### *I Dipartimenti interaziendali*

Il modello organizzativo dei Dipartimenti interaziendali, costituito a partire da Unità operative interne alle diverse Aziende, può essere applicato sia ad ambiti specialistici, allo scopo di differenziare progressivamente le vocazioni delle Unità operative che li compongono in una logica di valorizzazione reciproca e di integrazione tra funzioni assistenziali, di ricerca traslazionale e di didattica, sia nell'ambito dei servizi ausiliari, con Unità operative caratterizzate da forte standardizzazione dei processi, elevati volumi di attività, ingenti risorse investite in capitale fisico e rapida evoluzione delle tecnologie.

I Dipartimenti interaziendali, strumenti di natura gestionale così come previsti dalla Delibera di Giunta Regionale n. 86/2006, sono istituiti dall'Organo di governo metropolitano in base ai seguenti criteri generali:

- ampie dimensioni, tali da includere strutture organizzative di vario livello (Unità operative complesse, strutture semplici dipartimentali, programmi) quali nodi della rete di riferimento assistenziale a livello ospedaliero e territoriale per settori omogenei;

- significativi poteri gestionali sull'utilizzo delle piattaforme tecnologiche di maggior dimensione e rilevanza al fine di garantire il pieno utilizzo delle risorse umane di più alta qualificazione, favorendo le opportune forme di mobilità del personale e di diffusione dell'innovazione;
- mandato specifico a promuovere stabilmente una piena integrazione del personale attivo in Unità operative afferenti allo stesso Dipartimento interaziendale, ma con rapporti datoriali con Aziende diverse.

L'Organo di governo metropolitano, inoltre, con riferimento al ruolo strategico dei Direttori dei Dipartimenti interaziendali, ne definisce:

- il mandato sulla base di un atto di programmazione strategica di ambito metropolitano;
- gli obiettivi specifici in modo da valorizzare fortemente l'integrazione del complesso dell'Area metropolitana e da subordinare al loro conseguimento la prosecuzione dell'incarico di direzione;
- le risorse a disposizione mediante i budget dipartimentali da porre in relazione agli obiettivi definiti a livello metropolitano e tali da definire gli impegni finanziari, di risorse umane e di infrastrutture da parte di tutte le strutture coinvolte anche se appartenenti ad Aziende diverse.

#### *Le Cessioni di attività*

La Cessione di ambiti di attività ex art. 31 del Dlgs. 165/2001 a favore di una singola Azienda presenta principalmente vantaggi riguardo alla gestione unitaria delle risorse umane e alla definizione univoca delle responsabilità in quanto realizza una piena coincidenza tra titolarità formale e sostanziale del servizio e titolarità dei rapporti di lavoro Dal punto di vista organizzativo, questo modello appare indicato soprattutto nel caso di servizi ad alto grado di standardizzazione le cui caratteristiche qualitative sono relativamente poco costose da osservare e che non richiedono di essere erogati in prossimità dei luoghi di residenza degli assistiti (ad es. Laboratorio unico metropolitano).

A fronte di questi vantaggi, la cessione di attività ex art. 31 del d.lgs. 165/2001 è una soluzione organizzativa a carattere non temporaneo, per cui l'Organo di governo metropolitano dovrà tenere conto delle difficoltà di applicare tale modello nel caso di servizi che, anche dopo la cessione, rimangono caratterizzati da una forte integrazione tra strutture appartenenti a più Aziende con il possibile esito di aumentare i costi di transazione nella gestione dei processi.

#### **8.4. Le ipotesi di soluzione**

Compito fondamentale dell'Accordo quadro e delle Convenzioni specifiche è l'individuazione di criteri generali e di soluzioni operative atti a valorizzare le opportunità e a minimizzare i rischi dei modelli organizzativi prescelti per i servizi di interesse comune in ambito metropolitano. Questa sezione approfondisce le caratteristiche di tali criteri e soluzioni relativamente agli ambiti di interesse per la gestione aziendale più comunemente associati ai diversi modelli organizzativi che saranno individuati per l'istituzione dei servizi di interesse comune. In particolare, nella matrice riportata di seguito viene sintetizzata la tassonomia impiegata nei successivi paragrafi per descrivere i principali elementi che dovrebbero essere ricompresi nelle Convenzioni attuative nel caso di adozione dei diversi modelli organizzativi. Per le ragioni sopra richiamate, matrice è costruita in modo da considerare la possibilità che nel breve medio periodo permangano anche le Unità operative interaziendali di tipo b) e c) pur nell'auspicio che esse siano superate a favore del modello dipartimentale interaziendale o della cessione di attività.

## La matrice dei punti da sviluppare nelle Convenzioni specifiche

MODELLO ORGANIZZATIVO	Programmi/ Unità operativa interaziendale	Dipartimenti interaziendali	Cessione attività				
<b>1. Progettazione</b>							
	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Definizione congiunta degli obiettivi di produzione</li> <li>&gt; Analisi quantitativa dello stato attuale.</li> <li>&gt; Simulazione di scenari futuri</li> </ul>						
<b>2. Il sistema di budget</b>							
Definizione regolamento e linee guida (PAC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Condivisione dei budget unici a livello metropolitano</li> <li>&gt; Condivisione delle modalità di valutazione</li> <li>&gt; Obiettivi (di innovazione e qualità, produzione e sostenibilità economica) aggregati (non per Azienda).</li> </ul>						
Negoziazione	Nell'ambito del Dipartimento di afferenza sulla base delle indicazioni dell'Organo di governo metropolitano (OGM).	Con le Direzioni Aziendali in apposite sedute dell'OGM.	A seconda delle dimensioni territoriali dell'attività oggetto di cessione. <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Struttura grande: negoziazione con le Direzioni Aziendali in OGM.</li> <li>&gt; Struttura piccola/media: negoziazione a livello dell'Azienda cessionaria, nell'ambito del dipartimento di afferenza.</li> </ul>				
Controllo periodico e sistemico	Sistema di reporting periodico (trimestrale) del Dipartimento di afferenza.	da analizzare e discutere periodicamente nell'ambito di apposite sedute dell'OGM.	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Struttura grande: di apposite sedute dell'OGM.</li> <li>&gt; Struttura piccola/media: del Dipartimento di afferenza.</li> </ul>				
Revisione di budget	Se dal controllo periodico e sistemico dovessero emergere criticità tali da richiedere un processo di revisione di budget, questo è da tenersi al medesimo livello di negoziazione (di cui al punto precedente).						
Rendicontazione di fine anno	Fase guidata dall'Azienda che ha in organico il responsabile, previo parere dell'OGM.	Fase guidata dall'OGM cui viene sottoposta la rendicontazione finale.	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Struttura grande: fase guidata dall'OGM.</li> <li>&gt; Struttura piccola/media: fase guidata dall'Azienda cessionaria.</li> </ul>				
<b>3. Gestione risorse umane</b>							
	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Piano comune per il reclutamento e la formazione per le funzioni di interesse comune.</li> <li>&gt; Profilazione concorsuale mirata ad attività di interesse comune.</li> </ul>						
<b>4. Titolarità della produzione</b>							
	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Definizione delle modalità di attribuzione della titolarità prestazioni erogate.</li> </ul> Per le prestazioni in regime di ricovero per acuti: <table border="0" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 60%;"><i>Azienda di produzione della prestazione.</i></td> <td style="width: 40%;"><i>Azienda cessionaria.</i></td> </tr> <tr> <td>Per la specialistica ambulatoriale: <i>Azienda in cui ha luogo l'erogazione</i></td> <td><i>Azienda cessionaria.</i></td> </tr> </table>			<i>Azienda di produzione della prestazione.</i>	<i>Azienda cessionaria.</i>	Per la specialistica ambulatoriale: <i>Azienda in cui ha luogo l'erogazione</i>	<i>Azienda cessionaria.</i>
<i>Azienda di produzione della prestazione.</i>	<i>Azienda cessionaria.</i>						
Per la specialistica ambulatoriale: <i>Azienda in cui ha luogo l'erogazione</i>	<i>Azienda cessionaria.</i>						
<b>5. Sistema di remunerazione e criteri economico-finanziari</b>							
	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;Prevedere un meccanismo di compensazione per il differenziale tra tariffe e costi medi variabili</li> <li>&gt; Indicazione esplicita dei criteri di ribaltamento dei costi di produzione (analisi dei costi cessanti ed emergenti) per i servizi di supporto alle attività assistenziali.</li> <li>&gt;Condivisione e finanziamento di un piano per gli investimenti comuni.</li> <li>&gt;Finanziamento del Piano per il reclutamento e la formazione del personale.</li> <li>&gt; Potenziamento delle funzioni di controllo analitico sui costi di produzione.</li> </ul>						
<b>6. Strumenti per allineare obiettivi, valutazione dei risultati e meccanismi di premialità</b>							
	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Definizione di strumenti comuni di misurazione dei risultati per responsabili di strutture o programmi di interesse comune.</li> <li>&gt; Creazione di un Fondo di qualificazione dell'assistenza vincolato al conseguimento di obiettivi di interesse comune.</li> </ul>						
<b>7. Responsabilità professionale</b>							
Ripartizione responsabilità professionale e sanitaria	Resta ferma la responsabilità di ciascuna Azienda verso terzi, si configura una responsabilità condivisa fra Aziende che richiede una disciplina specifica da realizzarsi con protocollo.	Condivisione tendenzialmente paritaria di responsabilità fra le Aziende.	Assorbimento di responsabilità da parte dell'Azienda titolare della produzione, a sgravio parziale dell'Azienda di tutela				
<b>8. Il sistema informativo: ICT, utilizzo e condivisione dati, privacy</b>							
	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Definizione modalità di condivisione dati: facilitare la gestione degli scambi informativi tra i nodi della rete ma al tempo stesso garantire la tutela del diritto alla riservatezza e il corretto trattamento dei dati personali.</li> <li>&gt; Mappatura sistemi informativi utilizzati.</li> <li>&gt; Sviluppo e implementazione di sistemi informativi adeguati alle necessità programmatiche, di monitoraggio e di rendicontazione.</li> </ul>						

#### 8.4.1 La progettazione condivisa nei servizi di interesse comune: motivazioni e obiettivi

Nelle Convenzioni esaminate, finalità e risultati attesi dalla scelta di forme diverse di integrazione tra le Aziende non sono sempre definite e motivate in modo adeguato. Sono spesso presenti dichiarazioni generiche di intenti che fanno riferimento all'aumento dell'efficienza e al miglioramento della qualità nonché ad altre finalità definite in modo sommario, in assenza di una approfondita discussione degli obiettivi specifici dell'iniziativa in oggetto quali l'aumento di volumi, la riduzione delle liste di attesa, l'incremento dell'appropriatezza, ecc..). In particolare, questa carenza deve essere colmata nel caso di collaborazioni interaziendali di tipo strutturale e cioè che vanno oltre la mobilità dei professionisti e l'organizzazione di percorsi assistenziali richiedendo *“la condivisione di risorse produttive nella responsabilità di diversi decisori, per obiettivi di medio-lungo termine”* (Allegato 5, pag. 8).

I progetti alla base dell'istituzione di servizi comuni devono quindi essere basati su una analisi approfondita dei bisogni che le proposte di integrazione intendono soddisfare nonché degli specifici obiettivi di produzione e delle ragioni per cui non sono perseguibili dalle singole aziende in autonomia. Tali elementi informativi forniranno poi indicazioni essenziali per orientarsi tra le diverse soluzioni organizzative e tra gli istituti giuridici più idonei a realizzare i progetti. Sotto questo profilo, è importante che l'analisi preliminare - anche quantitativa - non sia solo retrospettiva, ma provi a formulare possibili scenari di cambiamento mediante un'adeguata formulazione delle finalità e delle motivazioni strategiche per le quali si propone l'integrazione. Per questa ragione, un'analisi quantitativa quanto più approfondita e completa diventa uno strumento imprescindibile per l'individuazione prospettica dei risultati attesi in termini di qualità, sicurezza e appropriatezza dei servizi e per una corretta definizione dei principi di funzionamento delle diverse Convenzioni attuative.

#### 8.4.2 La procedura di budget

L'analisi delle esperienze in atto condotta per l'elaborazione degli Allegati 2 e 5 aveva evidenziato come i budget congiunti elaborati per l'area assistenziale non sempre contengano un'adeguata programmazione dei volumi complessivi e dell'attività da svolgere in ambito metropolitano. In particolare, il documento raccomandava che nelle Convenzioni venissero *“definiti i budget congiunti delle Unità operative oggetto di integrazione, chiarendo quali sono le modifiche attese nelle attività rispetto allo status quo ex ante per quantità e caratteristiche qualitative. Questi obiettivi dovrebbero essere posti in relazione con una programmazione dei volumi complessivi e delle caratteristiche dell'attività da svolgersi in Area metropolitana, per dare conto del contributo della collaborazione all'insieme delle attività realizzate dalle singole Aziende. Per realizzare compiutamente questo passaggio è auspicabile ricondurre la discussione dei budget nelle nuove Unità operative all'interno dei processi ordinari che si svolgono nei Dipartimenti per quel che riguarda la definizione degli obiettivi e il monitoraggio delle attività che non dovrebbero quindi essere il risultato del solo confronto con le direzioni generali per evitare successivi problemi di raccordo con altre Unità operative che svolgono attività complementari. In particolare, nei casi in cui le nuove Unità operative interaziendali operino con una riserva di esclusiva in Area metropolitana in un dato ambito, una specifica definizione degli elementi sopra citati potrebbe ridurre significativamente il rischio per le Aziende che hanno ceduto le attività di trovarsi poi in una situazione di debolezza negoziale. Più in generale, la chiara definizione degli obiettivi, del percorso di budget e di verifica dei risultati da parte di tutte le direzioni generali secondo una visione collegiale e metropolitana, con il coinvolgimento delle direzioni di Dipartimento, è componente*



*essenziale di un accordo capace di contribuire a perseguire in modo equilibrato gli obiettivi di tutte le Aziende partecipanti e quindi di garantire un consolidamento della strategia di integrazione anche mediante ulteriori investimenti in personale e strutture” (Allegato 5, pag.8-9).*

Il budget, inteso quale piano di attività per la complessiva gestione aziendale (cfr. Delibera di Giunta Regionale n. 865/2013), assume quindi maggiore valenza strategica per la programmazione ed il governo delle attività che si sviluppano tra più Aziende. Per questo motivo occorre in primo luogo superare le differenti modalità di conduzione dei processi di budget, oggi fortemente ancorati alle dinamiche delle singole Aziende ed alla loro organizzazione interna, definendo modalità unitarie di conduzione delle diverse fasi del ciclo di budget rendendole da una parte coerenti con la nuova architettura dei servizi comuni e dall'altra funzionali ad un reale governo degli stessi. A tal fine è opportuno specificare le modalità di articolazione del processo di budget per ciascuno dei modelli organizzativi di integrazione adottati. Anche in questo ambito, fanno eccezione i Percorsi diagnostico-terapeutici e le reti cliniche che, configurandosi quali strumenti di governo clinico e non quali strutture organizzative dotate di autonomia in termini di assegnazione di risorse, non sono oggetto del processo di budget.

Definiti precisamente gli obiettivi della istituenda struttura o programma di rilievo metropolitano è fondamentale un attento lavoro di integrazione con gli obiettivi delle strutture e dei programmi aziendali più direttamente coinvolti e toccati dal progetto di interesse comune. A tale riguardo, è necessario superare l'attuale netta separazione tra processo di budget aziendale e processo di budget interaziendale, addivenendo alla definizione di linee guida uniche tra le Aziende, processi di negoziazione, periodici momenti di monitoraggio e valutazione finale da svolgersi in forma congiunta tra le Aziende. In questo modo dovrebbe essere possibile superare le difficoltà messe in luce dalle prime forme di integrazione e allo stesso tempo interpretare le indicazioni regionali in merito al regolamento di budget in una prospettiva genuinamente interaziendale e coerente con il modello organizzativo individuato.

Come emerge dalla matrice riassuntiva, anche in questo caso la complessità della procedura di budget e, soprattutto, la necessità di realizzare attraverso il budget gli obiettivi della programmazione congiunta rendono necessario, laddove possibile, un recupero della dimensione dipartimentale quale sotto-articolazione gestionale, sia per il governo dei modelli di integrazione sia per la riduzione dell'intervallo di controllo tra Organo di governo metropolitano, Direzioni dipartimentali e strutture produttive.

#### 8.4.3 La gestione delle risorse umane

I principali temi della gestione delle risorse umane possono essere analizzati a partire dai tre momenti che costituiscono i passaggi fondamentali di ogni rapporto di lavoro: l'entrata in servizio, la permanenza in servizio e l'uscita e approfondire gli aspetti di tale gestione che riguardano specificamente i servizi comuni interaziendali a seconda del modello organizzativo individuato.

Per quanto riguarda l'assunzione in servizio, qualunque sia il modello organizzativo prescelto, l'Organo di governo metropolitano definisce un Piano triennale di assunzione del personale che prevede espressamente una sezione dedicata ai profili professionali essenziali per i servizi di interesse comune, per assicurare che anche laddove una funzione venga attribuita stabilmente ad una singola struttura, siano concordati periodicamente tra le Aziende gli impegni di investimento in capitale umano. Al tempo stesso, si rende opportuna l'individuazione di profili concorsuali che tengano in adeguata considerazione attività professionali destinate ai servizi assistenziali e di

supporto di interesse comune, con ambiti di competenza superiori a quelli tradizionalmente riferibili ai perimetri aziendali. Ciascuna Azienda, nel definire il proprio piano triennale assunzionale da sottoporre alla Regione, dovrebbe poi individuare separatamente le richieste di personale relativo ai servizi comuni, in modo da far emergere chiaramente che si tratta di proposte derivanti da una programmazione congiunta e quindi non duplicativa.

Per quel che riguarda gli incarichi di direzione, *“questi dovranno essere definiti (in termini economici e di obiettivi) congiuntamente dalle direzioni coinvolte. Gli obiettivi dovrebbero avere respiro triennale con fasi annuali di valutazione intermedia, svolti in base a processi che coinvolgono tutte le Aziende interessate”* (Allegato 5, pag. 9). È infatti necessario che, attraverso l’Organo di governo metropolitano, le Aziende giungano all’individuazione di un sistema unico per allineare obiettivi, valutazione dei risultati e incentivi ai responsabili di tutti i servizi comuni, in modo tale che i meccanismi adottati nelle diverse Convenzioni specifiche siano allineati agli obiettivi di programmazione di ambito metropolitano.

Per quanto concerne invece gli aspetti di valutazione e incentivazione del personale l’Allegato 5 già ne indicava la particolare problematicità *“nel caso di modelli giuridici non definitivi (assegnazione temporanea) dato che, non configurandosi un trasferimento della titolarità datoriale, coesistono all’interno della stessa equipe di professionisti diversi sistemi di valutazione (...), con conseguenti e inevitabili disomogeneità nella gestione delle retribuzioni accessorie. Come si è visto in precedenza, non è prevista dalle norme la possibilità di gestire in modo “flessibile” e in modalità interaziendale i fondi delle diverse aziende che partecipano a Unità operative interaziendali, il che rende molto difficile riorganizzare i servizi rivedendo incarichi dirigenziali e posizioni organizzative presenti senza poter redistribuire i fondi in base agli incarichi assegnati o senza creare un fondo comune.*

*Nel caso di cessione di funzione e attività, questi problemi non si manifestano nella gestione ordinaria dato che si configura trasferimento della titolarità datoriale del rapporto di lavoro dal cedente al cessionario e quindi al fondo per il finanziamento dei trattamenti accessori di una sola azienda (la cessionaria). Tuttavia, nella fase di definizione degli accordi, soprattutto nel caso di progetti che riguardino Unità operative di medio-grandi dimensioni, il problema della istituzione di un unico ambito lavorativo che consenta una gestione efficace delle risorse umane provenienti da Aziende caratterizzate da regole e trattamenti economici molto differenti può costituire anche in questo caso un problema rilevante proprio nella fase progettuale e di avvio della collaborazione.*

*Sotto questo profilo, nel caso di accordi per la definizione di Unità operative interaziendali questi potrebbero considerare azioni volte alla graduale omogeneizzazione dei sistemi di valutazione e di incentivazione nonché, più in generale, delle condizioni lavorative tra il personale che pur afferendo alla stessa Unità operativa continua ad essere incardinato presso Aziende diverse. Si tratta spesso di condizione essenziale per evitare problemi nella gestione delle risorse umane (...) che nel più lungo termine possono ostacolare la revisione dei modelli organizzativi in relazione a innovazioni tecnologiche o gestionali”* (Allegato 5, pag. 9).

#### 8.4.4 La titolarità della produzione

Nella definizione dei rapporti economici tra le Aziende il primo nodo da sciogliere riguarda la definizione della titolarità della prestazione nei flussi informativi correnti (SDO, ASA, etc.). Infatti, la titolarità della prestazione è strettamente connessa alla transazione economica che ne deriva (in entrata per la struttura erogante, in uscita per l’azienda territoriale di residenza del paziente). È

così dunque che qualsiasi decisione in merito alle modalità di ribaltamento dei costi tra Aziende non può prescindere dalla definizione dell'Azienda che è titolare delle prestazioni.

Per le prestazioni ospedaliere in Area metropolitana, di norma, la titolarità delle prestazioni permane in capo all'Azienda che produce le prestazioni, mentre per le prestazioni di specialistica la titolarità è in capo alle Aziende territoriali in cui ha luogo di erogazione, anche nel caso in cui la produzione è realizzata da professionisti dell'AOU e dello IOR. Come criterio generale, pare preferibile che la titolarità delle prestazioni sia attribuita all'azienda di produzione, gestendo con criteri condivisi le collaborazioni professionali svolte nell'ambito delle reti cliniche e in presenza di Unità operative interaziendali. Più semplice l'attribuzione della titolarità delle prestazioni erogate nel caso dei Dipartimenti interaziendali con Unità operative nelle singole Aziende a cui quindi appartiene la titolarità della funzione produttiva per la parte di prestazioni da esse prodotte e ovviamente nel caso di cessione di attività in cui la funzione produttiva viene assegnata in modo chiaro all'azienda cessionaria.

Questo approccio è funzionale a generare minime movimentazioni di bilancio e risulta anche più adatto a consentire il rispetto degli obiettivi posti dalla programmazione regionale, dal Piano Nazionale Esiti e dalla normativa nazionale sui piani di rientro e sulle reti cliniche che quantificano i volumi di attività prodotti in capo alle strutture. Poiché in alcuni casi è necessario prevedere il soddisfacimento di obiettivi di volume per il singolo professionista, dovrà comunque essere garantita in parallelo anche l'imputazione delle prestazioni in base al codice fiscale dell'operatore, oltre che alla sede di produzione.

#### 8.4.5 La responsabilità professionale

Un tema che richiede particolare attenzione in sede di definizione di Convenzioni per progetti di interesse comune è quello della disciplina delle relazioni interaziendali per la gestione dei casi di responsabilità professionale fra le Aziende coinvolte. Secondo giurisprudenza costante e in accordo con quanto previsto dall'art. 7 della L. 24/2017, la responsabilità civile verso terzi per danni derivanti dall'attività oggetto della convenzione fa capo all'Azienda titolare della funzione assistenziale (Azienda di tutela), cui il paziente si è rivolto per ottenere la prestazione e a cui è associata la struttura/sede di erogazione. All'Azienda titolare della funzione assistenziale compete quindi la legittimazione processuale e spetta la conduzione dei rapporti con la controparte fino alla eventuale fase conclusiva di risarcimento del danno, salvo rivalsa nei confronti della Azienda cui è affidata la produzione della prestazione richiesta (Azienda di produzione) secondo le forme organizzative previste dalla convenzione.

La distinzione tra Azienda di tutela e Azienda di produzione si mantiene in tutti i modelli organizzativi proposti (inclusa la cessione di attività/ramo di Azienda), non realizzandosi mai un annullamento totale di responsabilità: le Aziende mantengono comunque una responsabilità diretta non trasferibile, ma la modalità di integrazione attivata attraverso l'Accordo quadro concretizza anche una "responsabilità solidale".

I rapporti fra le Aziende convenzionate dovrebbero pertanto essere attentamente regolati da protocolli operativi che disciplinano:

- la valutazione congiunta del caso riguardo ad *an* e *quantum* complessivamente riconosciuto;
- i trasferimenti finanziari fra Aziende a titolo di ripartizione degli oneri sostenuti per liquidare il danno riconosciuto;

- le relazioni con gli operatori interessati delle due Aziende e con la Corte dei Conti.

Tali protocolli operativi interaziendali per la regolazione della responsabilità sanitaria discendono dal diverso grado di ripartizione delle responsabilità (organizzativa-gestionale, economico-finanziaria, professionale e informativa) proprie delle diverse forme organizzative contemplate nelle Convenzioni sottoscritte dalle Aziende per articolare la funzione di produzione delle attività previste. Dovrebbero quindi essere elaborati protocolli differenziati a seconda delle diverse soluzioni organizzative adottate come sintetizzato nella matrice principale. In particolare, per le reti cliniche, non è definibile a priori una responsabilità condivisa tra aziende, mentre in presenza di Unità operative interaziendali resta ferma la responsabilità di ciascuna Azienda verso terzi, ma si configura una responsabilità condivisa fra Aziende che richiede una disciplina specifica da realizzarsi attraverso uno specifico protocollo, i cui punti dovranno essere condivisi e definiti dai Servizi di Medicina Legale delle Aziende firmatarie della convenzione. Nel caso di un Dipartimento interaziendale, con mantenimento di Unità operative dedicate in entrambe le Aziende convenzionate, si prevede una condivisione pressoché paritaria di responsabilità fra le Aziende convenzionate: le due Aziende sono separatamente responsabili nei confronti dei pazienti che si rivolgono alle rispettive sedi operative, con relativa legittimazione processuale e responsabilità di gestione. La condivisione di una Direzione unica delle due strutture altrimenti autonome configura una responsabilità individuale, di natura professionale e/o dirigenziale, in capo al Direttore. Infine, la cessione di ramo d'azienda implica il definitivo assorbimento di responsabilità da parte dell'Azienda titolare della produzione, a sgravio dell'Azienda di tutela.

#### 8.4.6 Il sistema informativo: ICT, utilizzo e condivisione dati, privacy

I progetti interaziendali (incluse tutte le diverse forme di collaborazione), essendo basati sulla integrazione di processi e percorsi tra le Aziende, richiedono una sempre maggiore condivisione delle informazioni, dei flussi di dati e delle immagini tra le diverse Aziende, per garantire:

- il miglioramento del percorso di cura del paziente;
- la condivisione dei flussi e delle informazioni al fine di monitorare al meglio i percorsi, i volumi di attività svolta e i risultati raggiunti;
- la possibilità di accedere alle medesime informazioni in tutte le sedi di erogazione, da parte di tutti i professionisti coinvolti.

Il DM 70/2015 individua come fondamento per l'implementazione delle reti cliniche la possibilità di disporre di informazioni condivise sul paziente tra i nodi della rete (gli standard individuati per i presidi ospedalieri prevedono l'integrazione dei sistemi informativi relativi alla trasmissione di informazioni sia di carattere gestionale che sanitario). Nell'ambito delle Convenzioni specifiche le esigenze, dal punto di vista informativo, sono riconducibili a tre aspetti principali:

- a. la gestione del processo assistenziale interaziendale;
- b. il supporto alla programmazione e il monitoraggio;
- c. la conduzione di *audit* clinici per verifiche di appropriatezza.

##### *a. Gestione del processo assistenziale*

Il processo assistenziale interaziendale richiede che tutti gli attori coinvolti nella presa in carico abbiano accesso a tutte le informazioni clinico-assistenziali, funzionali alla miglior gestione del paziente. A questo fine, è opportuno che nelle Convenzioni siano specificatamente declinati i debiti informativi che dovrebbero essere soddisfatti per assicurare un'efficace ed efficiente gestione del processo assistenziale oggetto delle Convenzioni stesse. È pertanto auspicabile che i

sistemi informativi aziendali siano funzionali a garantire la presa in carico integrata del paziente (es. acquisizione di software in comune o comunque interfacciabili tra loro, definizione condivisa dei contenuti di applicativi gestionali/cartelle cliniche, disponibilità di piattaforme informatiche integrate per la gestione a distanza dei team di valutazione multidisciplinare, etc.). In considerazione dell'evidente interdipendenza tra i sistemi informativi a supporto delle diverse attività interaziendali, le banche dati di area sanitaria e socio-sanitaria dovrebbero essere riconosciute quali proprietà condivise delle Aziende dell'Area metropolitana e conseguentemente il loro utilizzo dovrebbe essere disciplinato congiuntamente nell'ambito dell'Organo di governo metropolitano.

Le Convenzioni che regolano le collaborazioni interaziendali dovrebbero quindi prendere in considerazione due aspetti fondamentali: uno di tipo sanitario-informatico, relativo a come facilitare la gestione degli scambi informativi tra i nodi della rete, e uno di tipo tecnico-giuridico, finalizzato a garantire la tutela del diritto alla riservatezza e il corretto trattamento dei dati personali, senza tuttavia limitare la continuità informativa e l'efficacia della presa in carico nell'ambito dei percorsi di cura interaziendali. In considerazione della complessità tecnico-amministrativa dei modelli ipotizzati per disciplinare la questione del trattamento dati personali e tutela della privacy (es. istituto della co-titolarità del trattamento), allo stato attuale si ritengono non rilevanti eventuali problematiche di privacy, in quanto nella gestione integrata dei percorsi interaziendali deve necessariamente prevalere la sicurezza del paziente. Per ulteriori approfondimenti sul tema del trattamento dei dati sensibili nell'ambito dei processi interaziendali si ritiene opportuno rimandare alle valutazioni del *Data Protection Officer* (DPO) di Area metropolitana, previsto dal Regolamento generale sulla protezione dei dati (Regolamento UE 2016/679 - RGPD). La possibilità di usufruire di tali grandi risorse informative richiede, nell'interesse pubblico, di definire preventivamente soluzioni giuridiche e organizzative in grado di garantire pienamente la tutela del diritto alla riservatezza dei cittadini sui propri dati sanitari e la piena titolarità sugli stessi in capo alle Aziende del Servizio sanitario quali soggetti responsabili della coerenza tra qualsiasi loro uso successivo e contenuti del consenso acquisito. In questo senso, la Regione potrebbe definire i termini in cui ritiene di poter regolamentare la condivisione di tali dati con altri soggetti - in primis con i Centri universitari coinvolti nelle reti cliniche - per obiettivi comuni di ricerca, di ricerca traslazionale, di valutazione e di monitoraggio con riferimento ad attività assistenziali o a innovazioni anche organizzative nei diversi ambiti ospedalieri e territoriali.

#### *b. Supporto alla programmazione e monitoraggio*

I sistemi informativi aziendali, insieme alle banche dati regionali da essi alimentate, costituiscono la base dati principale per le valutazioni necessarie al lavoro istruttorio sui progetti interaziendali, propedeutico alla definizione dell'Accordo quadro e delle singole Convenzioni. Tali valutazioni comprendono *“un'analisi strutturata dei dati non solamente retrospettiva, ma anche prospettica che tenga in considerazione l'integrazione di più Aziende e che permetta l'esplicitazione chiara delle finalità e delle motivazioni strategiche per la quale si propone l'integrazione e da cui possano discendere obiettivi puntuali misurabili legati a efficientamenti del servizio metropolitano e/o a miglioramenti del percorso di cura del paziente (in termini di qualità, sicurezza e appropriatezza del percorso di cura offerto)”* [Documento istruttorio, luglio 2017]. Mentre i sistemi informativi relativi all'assistenza ospedaliera per acuti mostrano, in Emilia-Romagna, un livello di sviluppo discretamente avanzato (anche rispetto agli standard nazionali), le aree dell'assistenza territoriale e socio-sanitaria presentano ancora importanti problemi e lacune, che inevitabilmente si ripercuotono sulle capacità programmatiche.

In considerazione quindi delle diverse fasi di sviluppo dei tre principali blocchi di flussi informativi (area assistenza ospedaliera, area assistenza territoriale e area assistenza socio-sanitaria) è necessario implementare strumenti informativi efficaci per una adeguata valutazione dei bisogni della popolazione, della domanda e dell'offerta, garantendo alle attività di programmazione interaziendale il supporto informativo necessario. La messa a punto di sistemi di monitoraggio specifici per l'Accordo di programma riveste una particolare importanza alla luce del fatto che gli attuali strumenti di valutazione delle performance (es. PNE, indicatori InSIDER) non sono in grado di rappresentare le reti cliniche. Le analisi (di tipo retrospettivo) necessarie al monitoraggio dell'Accordo quadro e delle Convenzioni specifiche possono essere condotte da flussi amministrativi correnti. L'utilizzo delle banche dati regionali consente, infatti, la ricostruzione dei percorsi diagnostico-terapeutici per patologia (integrazione dati SDO, Farmaceutica, Specialistica Ambulatoriale) tramite identificativo personale anonimo, nonché la ricostruzione dei profili assistenziali per alcune categorie di pazienti e l'impatto di interventi sanitari. Come previsto dal Decreto Legislativo n.196 del 30 giugno 2003, nelle banche dati regionali i dati anagrafici di ciascun assistito sono sostituiti da un identificativo personale numerico e anonimo (PROG\_PAZ); questo consente di ricostruire ed analizzare i percorsi assistenziali nel tempo, in tutto rispetto delle normative vigenti. All'interno dello *staff* di supporto all'Organo di governo metropolitano è necessario garantire la disponibilità delle competenze necessarie alla conduzione delle analisi di cui sopra. In sede di rendicontazione, è opportuno sviluppare un sistema di reportistica funzionale agli obblighi informativi delle Aziende coinvolte, in grado di differenziare l'attività prodotta nell'ambito del processo interaziendale sia per Area di residenza (Azienda di tutela) sia per le singole Unità produttive (Azienda di produzione). Appare evidente come anche in ambito di monitoraggio dei progetti interaziendali si ripropone la distinzione tra Azienda di tutela e Azienda di produzione, con risvolti rilevanti anche sul piano delle compensazioni economiche tra le Aziende coinvolte nel progetto.

*c. Conduzione di audit clinici per verifiche di appropriatezza*

Eventuali audit clinici dovranno verosimilmente essere condotti sulle cartelle cliniche, qualora le informazioni necessarie non fossero desumibili direttamente da flussi amministrativi correnti, prevedendo quindi l'istituzione di commissioni ad hoc per eventuali verifiche di appropriatezza.

## **8.5. I meccanismi di finanziamento dei servizi e degli investimenti**

### **8.5.1 I problemi della remunerazione a tariffa**

Per quanto riguarda ambiti territoriali quali l'Area metropolitana di Bologna per i quali sono oggetto di considerazione ipotesi di progressiva programmazione condivisa dei servizi di interesse comune tra più Aziende, l'impiego di un sistema di remunerazione a tariffa, può comportare due principali effetti negativi.

Il primo effetto può essere indotto a seguito della realizzazione, anche parziale, della proposta di riconfigurazione delle attività assistenziali a livello metropolitano che prevede nello stesso ambito assistenziale una progressiva concentrazione della casistica più complessa nella nuova AOU e un orientamento dei casi di minore complessità verso le strutture delle Aziende territoriali. Questo produrrebbe un riflesso sulle relazioni finanziarie tra le Aziende in presenza di strumenti di remunerazione prevalentemente basati sui DRG prodotti. Infatti, dato che la tariffa DRG è calcolata come costo medio per il trattamento di tutti i pazienti confluiti nello stesso gruppo tariffario, la distribuzione della casistica trattata verrebbe segmentata nettamente in due gruppi

con concentrazione della parte più alta della distribuzione (a maggiori costi rispetto alla media perché a maggiore consumo di risorse) nelle strutture collocate nell'AOU e della parte più bassa della distribuzione (a minori costi rispetto alla media) nelle strutture delle AUSL.

Il secondo problema si presenta nell'ipotesi in cui, mediante l'Accordo quadro di programma, si proceda a definire in Area metropolitana un assetto in cui le Aziende assumono congiuntamente *“impegni anche relativi agli investimenti di lungo termine e alle politiche di reclutamento per professionalità di alta qualificazione perché tali decisioni sono collocate in un quadro di relazioni più stabile rispetto alle attuali esperienze di integrazione”* (Allegato 5, pag. 17). Infatti, per costruzione, il sistema di remunerazione a DRG contempla il finanziamento degli investimenti all'interno della valorizzazione del costo medio di gruppi omogenei di prestazioni che diventa la base per la definizione delle tariffe. Di conseguenza, soprattutto se i DRG ad alta specialità sono in grado di finanziare adeguatamente gli investimenti necessari per mantenere nel lungo termine la qualità assistenziale e la vocazione dei centri erogatori come poli di attrazione nazionale e internazionale, il sistema di per sé può incentivare scelte autonome sulle caratteristiche di tali investimenti da parte dei singoli produttori sulla base dei propri obiettivi, anche di equilibrio finanziario, senza considerare gli obiettivi e le priorità dell'intera Area metropolitana. D'altro canto, se il sistema di remunerazione a tariffa DRG è orientato anche a finalità di contenimento della spesa complessiva, in assenza di altri interventi a supporto degli investimenti, vi può essere un orientamento dei produttori a rallentare l'introduzione di tecnologie nuove se più costose in termini di oneri in conto capitale, almeno fino a quando le tariffe non saranno modificate al rialzo. Un affidamento esclusivo al sistema di remunerazione per DRG, in assenza di correttivi adeguati rispetto alla effettiva struttura dei costi – ad esempio sotto forma di condivisione sul lungo termine degli oneri finanziari derivanti dagli investimenti (e dei relativi rischi) con adeguate riduzioni nella copertura dei costi variabili – rischia di non garantire al sistema la tipologia, la qualità e il livello degli investimenti in innovazione necessari per garantire la compatibilità tra il conseguimento degli obiettivi complessivi del sistema metropolitano e l'equilibrio finanziario dei produttori.

Nel momento in cui si condivide la programmazione per obiettivi, i modelli organizzativi e le politiche di investimento all'interno di una *partnership* forte, è quindi prioritario mettere mano anche a strumenti di remunerazione delle prestazioni e dei servizi di interesse comune in modo che essi siano non solo coerenti con gli obiettivi definiti dalla programmazione condivisa, ma anche in grado di favorirne il pieno conseguimento. Oltre agli ambiti dei servizi comuni, la crescente integrazione tra le Aziende metropolitane può rendere necessario che, anche laddove non siano previste soluzioni istituzionali e organizzative fortemente innovative (quali le Cessioni di Unità operative o di ambiti più ampi dall'una all'altra Azienda) siano comunque apportate modifiche negli accordi di finanziamento volte a incentivare tutti i soggetti coinvolti al conseguimento di obiettivi comuni di programmazione. Di seguito sono discusse alcune proposte volte a integrare o modificare gli attuali meccanismi di remunerazione delle attività o di finanziamento di funzioni per i servizi di interesse comune nonché a potenziare e uniformare gli strumenti di analisi dei costi.

#### 8.5.2 Interventi correttivi ai sistemi di remunerazione a tariffa

Un numero crescente di prestazioni ospedaliere si colloca all'interno di percorsi assistenziali che prevedono una presa in carico dei pazienti da parte di strutture di Aziende diverse e su più livelli assistenziali. Per incentivare una coerente applicazione delle scelte di programmazione per reti cliniche integrate, l'Organo di governo metropolitano potrebbe gradualmente introdurre correttivi

ai sistemi di remunerazione a tariffa anche prevedendo meccanismi di finanziamento per episodio di cura nel suo complesso (*bundled payments*) mirati a ridurre il rischio di scelte non appropriate degli ambiti assistenziali in relazione a valutazione di convenienza economica. L'adozione di tali meccanismi - che pure presentano complessità applicative - sembra particolarmente opportuna nel caso in cui le Aziende istituiscano modelli gestionali quali i Dipartimenti di continuità. Infatti, essi fin dal loro disegno organizzativo sono ambiti mirati a garantire una efficace gestione complessiva di pazienti che richiedono interventi multi-livello. Per questa ragione tali Dipartimenti - che potrebbero avere anche Unità operative in Aziende diverse - offrono un contesto adatto a sperimentare sistemi innovativi di finanziamento anche per mettere a punto i necessari strumenti di analisi dei costi, di valutazione degli esiti di salute e di pesatura del rischio.

#### 8.5.3 I criteri di riparto dei costi per i servizi ausiliari

La ripartizione fra le Aziende d'Area metropolitana dei costi sostenuti dall'Azienda di produzione per la fornitura di servizi ausiliari (ad es. laboratorio analisi) può essere effettuata in base ad un insieme condiviso di principali *driver* economici. Tuttavia, la scelta specifica non è semplice in quanto non esiste una classificazione esaustiva e condivisa dei *driver* da utilizzare per ciascuna categoria di costo e spesso si ricorre a parametri di riferimento elementari, legati ad esempio al numero di dipendenti, ai metri quadri disponibili, al valore dei beni acquistati o i volumi di attività. È tuttavia raccomandabile, anche in ragione della estrema eterogeneità delle Aziende di Area metropolitana, esplorare la possibilità di ricorrere a *driver* più sofisticati, ad esempio prevedendo dei sistemi di pesatura o ponderazione che tengano maggiormente in considerazione le diverse caratteristiche delle Aziende che partecipano al servizio comune. A titolo esemplificativo, per il servizio comune che concentra gli esami di patologia clinica si potrebbero prefigurare due possibili driver di ribaltamento dei costi di produzione o una possibile combinazione dei due:

1. volumi di prestazioni richieste da parte delle Aziende di produzione (consumi effettivi) all'interno di vincoli quantitativi;
2. per le AUSL il ribaltamento può avvenire per fabbisogni stimati calcolati sulla base della popolazione residente ponderata per indicatori da concordare tra le parti.

Un altro elemento cruciale per favorire una maggiore condivisione delle responsabilità finanziarie per i servizi comuni è la definizione di un sistema di compartecipazione ai disavanzi nel caso in cui la produzione complessiva superi il tetto preventivato nel budget concordato a livello metropolitano, soprattutto per le prestazioni a più alto costo. In parallelo o comunque con le stesse finalità, possono essere inserite nei meccanismi per la valutazione dei responsabili dei servizi comuni clausole di penalizzazione nel caso di mancato rispetto dei volumi anche con riferimento a specifiche tipologie di prestazioni concordate in sede di budget.

#### 8.5.4 La condivisione e il finanziamento di un piano per gli investimenti comuni

Gli investimenti necessari per garantire nel tempo un sufficiente grado di adeguamento alle innovazioni tecnologiche e organizzative in un moderno sistema sanitario possono essere distinti in tre categorie: investimenti assistenziali direttamente utilizzati nell'erogazione di servizi alla persona, investimenti impiegati nei processi ausiliari (laboratori, attrezzature per la diagnostica), investimenti infrastrutturali (edilizia e attrezzature per il benessere dei pazienti e del personale). Se nel Servizio sanitario regionale gli investimenti del terzo tipo beneficiano di norma e in modo prevalente di trasferimenti specifici da parte della Regione, il contributo dei bilanci aziendali alla manutenzione e all'ammortamento delle tecnologie in uso oltre ai costi diretti ed indiretti dell'acquisizione di quelle innovative assume un rilievo ben maggiore. Il mantenimento di livelli



tecnologici uniformi su tutti i punti di una rete metropolitana sempre più integrata, con responsabilità spesso distribuite fra Aziende di tutela e di produzione e in presenza di Aziende per vocazione sottoposte ad una diversa pressione all'innovazione pone i problemi sopra-riciamati di programmazione congiunta delle priorità nonché di condivisione del rischio e delle responsabilità, andando oltre le valutazioni di opportunità dei singoli produttori.

Per favorire una programmazione condivisa degli investimenti nelle piattaforme tecnologiche da parte dell'Organo di governo metropolitano occorre definire un sistema di compartecipazione finanziaria alla copertura dei relativi oneri di lungo termine che potrebbe assumere la forma di un Fondo per il finanziamento degli investimenti alimentato da quote di ammortamento annuali da parte di tutte le Aziende, le cui caratteristiche fondamentali dovrebbero essere indicate nell'ambito dell'Accordo quadro, per essere poi definite nelle Convenzioni specifiche. Due sono i principi generali che devono essere considerati nell'applicazione del meccanismo di condivisione perché possa contribuire nel tempo a rafforzare la programmazione congiunta tra le Aziende. In primo luogo, la determinazione delle quote di ammortamento a carico delle singole Aziende potrebbe essere basata sui consumi attesi, che per le Aziende produttrici potrebbero includere anche la capacità di attrazione dall'esterno dell'Area metropolitana. Ad esempio, se si prevede che una piattaforma tecnologica collocata presso l'AOU produca servizi per il 50% a beneficio di ricoverati presso la stessa AOU, inclusi i residenti extra-provinciali, per il 30% di residenti dell'AUSL di Bologna e per il 10% di residenti dell'AUSL di Imola e per i ricoverati presso lo IOR, il riparto degli oneri potrebbe seguire approssimativamente tali percentuali.

In conseguenza di tale compensazione capace di contribuire in modo decisivo all'allineamento degli obiettivi sul lungo termine, occorre limitare il rischio che le Aziende territoriali siano penalizzate dall'applicazione delle tariffe DRG per il finanziamento delle singole prestazioni, ad esempio prevedendo un sistema di decurtazioni fortettarie al momento della valorizzazione delle attività prodotte a DRG nei confronti dei residenti e che tengano adeguatamente conto della parte di costi fissi già finanziati dalle Aziende territoriali attraverso le quote di ammortamento. Qualora si ritenga invece che l'attuale sistema tariffario non offra adeguata copertura ai costi fissi nessun aggiustamento si rende necessario.

In analogia con quanto descritto nel paragrafo sulla gestione delle risorse umane, anche per gli investimenti, l'Organo di governo metropolitano definisce un Piano triennale degli investimenti per i servizi e le strutture di interesse comune che definisce le quote a carico delle diverse Aziende. Allo stesso tempo, ciascuna Azienda, nel definire il proprio Piano triennale degli investimenti da sottoporre alla Regione, individua separatamente quelli relativi ai servizi e alle strutture comuni, in modo da indicare chiaramente che si tratta di proposte derivanti da una programmazione congiunta e quindi non duplicativi.

#### 8.5.5 Il finanziamento del piano per il reclutamento e la formazione del personale

In precedenza, è stata ribadita la necessità che l'Organo di governo metropolitano definisca un piano comune per il reclutamento e la formazione del personale destinato a operare nelle piattaforme in cui si concentrano gli investimenti o si collocano le funzioni di interesse comune. In questa sede si ricorda che, anche laddove l'attribuzione di una funzione venga fatta in via esclusiva ad una singola struttura, se essa opera sulla base di obiettivi comuni e di un mandato operativo sottoposto a valutazione congiunta, è necessario che tutte le Aziende concordino nel garantire un'equa ripartizione degli oneri relativi agli investimenti in capitale umano, per quel che riguarda sia la necessità di contribuire alle dotazioni numeriche di personale sia la formazione continua

sulle innovazioni e sui cambiamenti inevitabilmente connessi al cambiamento dei modelli organizzativi e degli assetti istituzionali.

#### 8.5.6 Il potenziamento delle funzioni di controllo sui costi di produzione

Come condizioni preliminari per superare le difficoltà del sistema tariffario ad operare adeguatamente in un'area in cui la programmazione e la gestione dei servizi diviene oggetto di decisioni strategiche condivise e reciprocamente vincolanti, occorre potenziare le funzioni di controllo analitico sui costi di produzione, rendendo sempre più sofisticata la capacità di valutarne le diverse componenti (costi fissi e variabili) imputabili ai diversi servizi e ai diversi progetti di investimento.

In presenza di un Organo di governo metropolitano che porta a una condivisione stabile di priorità e responsabilità all'interno di sistemi a rete, dal punto di vista delle scelte gestionali dovrebbero essere valutate le soluzioni più idonee a garantire standard di valutazione uniformi tra i servizi di controllo di gestione in ambito metropolitano. Il conseguimento di una piena standardizzazione delle procedure faciliterebbe grandemente la messa in atto di una profonda revisione delle regole di finanziamento dei produttori in grado da un lato di contenere le possibili distorsioni di un meccanismo di finanziamento a DRG. Questo risultato a sua volta costituirebbe una premessa per far sì che la gestione corrente del sistema sia orientata a una logica di rete interaziendale e che ciascuna Azienda disponga delle informazioni necessarie a realizzare un sistema equilibrato di compartecipazione finanziaria alla pianificazione degli investimenti di interesse comune.

#### **8.6. Gli strumenti per allineare obiettivi, valutazione dei risultati e meccanismi di premialità**

Per favorire i processi di integrazione interaziendale, l'Organo di governo metropolitano è chiamato a stabilire gli obiettivi strategici di miglioramento qualitativo del sistema metropolitano da attribuire ai Dipartimenti, alle strutture e ai programmi di interesse comune. Su un piano più operativo, come in parte già evidenziato in sezione 8.4, sulla scorta delle indicazioni dell'Organo di governo metropolitano, le Aziende devono collaborare nella definizione di strumenti di misurazione dei risultati – decisamente orientati a vantaggio del sistema nel suo complesso e al lungo termine – per la valutazione dei responsabili delle strutture o dei programmi di interesse comune. Sotto questo profilo, una maggiore integrazione delle funzioni di programmazione e controllo potrebbe contribuire in modo rilevante al superamento di situazioni in cui persistono strumenti di misurazione e valutazione differenziati e soprattutto centrati sui risultati delle singole Aziende, talvolta in conflitto con gli obiettivi di programmazione di ambito metropolitano.

Una migliore capacità di misurare e di valutare il raggiungimento di obiettivi di appropriatezza e di efficacia dei processi assistenziali – pur nella consapevolezza dei limiti dei dati e degli indicatori impiegati – suggerisce l'opportunità di prevedere nell'Accordo quadro interaziendale anche meccanismi incentivanti mirati a obiettivi di qualificazione quali il conseguimento di rilevanti obiettivi di salute o la realizzazione di cambiamenti nei processi organizzativi in grado di assicurare una più elevata qualità assistenziale e/o un contenimento dei costi, nelle aree che non siano già incluse negli obiettivi regionali o nazionali assegnati alle Aziende. In questo senso, l'Accordo di cui sopra potrebbe prevedere la destinazione di risorse a un Fondo di qualificazione dell'assistenza vincolato al conseguimento di obiettivi definiti dall'Organo di governo metropolitano per favorire la piena partecipazione delle Aziende di produzione all'efficace funzionamento delle reti assistenziali – anche nella fase di passaggio dagli Hub agli Spoke – con riferimento a temi quali la continuità dei percorsi di cura, la qualificazione dell'assistenza del malato cronico, anche in termini

di appropriatezza nella scelta dell'ambito, la prossimità, accessibilità e tempestività nell'erogazione dei servizi, etc.


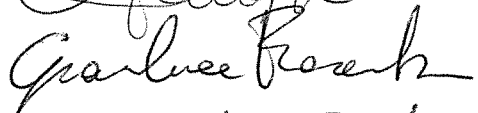

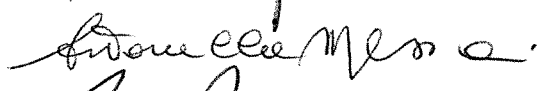

Oltre a queste misure a carattere metropolitano, per garantire un pieno allineamento tra gli obiettivi del sistema metropolitano nel suo complesso, delle singole Aziende e quindi delle strutture e dei programmi di interesse comune, la Regione, potrebbe valutare la possibilità di modificare o integrare gli obiettivi a cui è connessa la valutazione dei Direttori generali delle Aziende sanitarie coinvolte, introducendo indicatori di risultato relativi all'Area metropolitana nel suo complesso, in modo da rafforzare - direttamente e indirettamente - la tensione a dare priorità agli interventi volti a una programmazione condivisa e a modelli di produzione pienamente integrati. Allo stesso modo e come preconditione al perseguimento degli obiettivi congiunti ai diversi livelli organizzativi e all'efficacia dei meccanismi incentivanti per le direzioni generali e le altre posizioni di responsabilità, la Regione potrebbe considerare la definizione di un obiettivo di equilibrio di bilancio complessivo per le Aziende dell'Area metropolitane considerate nel loro insieme, rafforzando la propensione, ai vari livelli, ad assumere responsabilità solidali all'interno di un sistema metropolitano sempre più integrato.

### **8.7. I rapporti con l'Università**

La particolare specificità delle fonti normative che disciplinano le forme dell'integrazione tra le funzioni istituzionali del Servizio sanitario e quelle dell'Università - dal d.lgs. 517/1999 alla l.r. 29/2004 - e la particolare rilevanza del Protocollo di intesa e degli Accordi attuativi dello stesso a tutela della reciproca autonomia, fanno ritenere opportuno che l'Accordo quadro si limiti principalmente a richiamare tali fonti ove rilevanti nel regolare le Convenzioni specifiche che hanno appunto ad oggetto attività di collaborazione con l'Università. Ciò pare particolarmente opportuno con riferimento agli ambiti in cui tale collaborazione tra Servizio sanitario regionale e Università si svolge in strutture dell'AOU e/o in strutture di altre Aziende istituite quali "sedi ulteriori". Al riguardo, infatti, l'articolo 18 comma 3 del Protocollo prevede che l'Accordo attuativo del Protocollo, definito in ogni AOU di riferimento, oltre a disciplinare le attività oggetto di integrazione presso tali Aziende, *"disciplina anche le forme specifiche di collaborazione tra le Aziende ospitanti le sedi ulteriori ... e le Università per l'integrazione delle attività assistenziali con le funzioni di didattica e di ricerca. Tali forme dovranno essere coerenti con quanto stabilito da questo Protocollo"*.

Nel quadro definito dalle fonti sopra citate, a prescindere dal modello organizzativo individuato (Programma, Unità operativa, Dipartimento, etc), se in ambito di programmazione viene proposta una modifica nelle modalità di collaborazione tra Servizio sanitario regionale e Università che coinvolge una strutture di interesse comune tra le Aziende metropolitane, l'Azienda direttamente coinvolta nella definizione dell'Accordo attuativo con l'Università dovrebbe acquisire preventivamente il parere dell'Organo di governo metropolitano. Per gli aspetti di gestione ordinaria, la responsabilità di dare applicazione agli Accordi definiti con l'Università dovrebbe rimanere in capo alle singole Aziende a cui fanno riferimento le Unità operative coinvolte (nel caso ad esempio di un Dipartimento interaziendale) o che assumono temporaneamente la gestione di una struttura o di un programma interaziendale (per delega di funzione da parte delle altre). Infine, per quel che riguarda gli aspetti economico-finanziari delle Convenzioni relative a servizi di interesse comune che coinvolgono anche l'Università - quali gli impegni a garantire un adeguato reclutamento di personale (in caso di cessazione o di fabbisogno di particolari profili) o una sufficiente copertura degli investimenti - questi dovrebbero essere definiti applicando anche

all'Università i criteri ordinari definiti per le Aziende sanitarie, compatibilmente con quanto previsto dalle norme di riferimento e tenendo conto delle specifiche circostanze della collaborazione.

Mario Cavalli	
Marzia Cavazza	
Gianluca Fiorentini	
Chiara Gibertoni	
Antonella Messori	
Andrea Rossi	
Francesco Taroni	