



**BILANCIO
DI MISSIONE**
Due miladieci

2010



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



BILANCIO DI MISSIONE *Duemiladieci*

2010



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Indice

Presentazione del Direttore Generale	8
1. Contesto di riferimento	12
1.1 Quadro normativo e istituzionale.....	12
1.2 Il sistema delle relazioni con l'Università.....	14
1.3 La rete integrata dell'offerta regionale.....	15
1.4 Osservazioni epidemiologiche.....	28
1.4.1 <i>Statistica descrittiva dei pazienti anca</i>	29
1.4.2 <i>Statistica descrittiva dei pazienti protesi ginocchio</i>	31
1.4.3. <i>Statistica descrittiva dei pazienti protesi di spalla</i>	33
1.5 Accordi di fornitura	35
1.5.1 <i>Accordo di fornitura tra Rizzoli ed Azienda USL di Bologna</i>	36
1.5.2 <i>Accordo di fornitura tra Rizzoli ed Azienda USL di Imola</i>	38
2. Profilo aziendale	42
2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale	42
2.1.1 <i>Sostenibilità Economica</i>	42
2.1.2 <i>Sostenibilità Finanziaria</i>	48
2.1.3 <i>Sostenibilità Patrimoniale</i>	48
2.2 Impatto sul contesto territoriale	51
2.2.1 <i>Impatto economico</i>	51
2.2.2 <i>Impatto sociale</i>	53
2.2.3 <i>Impatto culturale</i>	56
2.2.4 <i>Impatto ambientale</i>	57
2.3 Contributo alla copertura dei Livelli essenziali di assistenza.....	61
2.3.1 <i>L'assistenza specialistica ambulatoriale</i>	62
2.3.2 <i>L'assistenza ospedaliera</i>	69
2.4 Didattica pre e post-laurea	74
2.5 Assetto organizzativo	76
3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali.....	80
3.1 Centralità del cittadino.....	80
3.2 Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria	85
3.3 Universalità ed equità di accesso.....	86
3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale.....	89
3.4.1 <i>Qualità e accreditamento</i>	89
3.4.2 <i>Risk management e sicurezza dei pazienti</i>	91
3.4.3 <i>Continuità assistenziale ed integrazione ospedale-territorio</i>	97
3.4.4 <i>Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica</i>	98
3.4.5 <i>Dipartimento unico Acquisti AVEC e procedure d'acquisto 2010</i>	100

3.5 Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa	102
3.5.1 Infrastrutture, investimenti, sviluppo informatico	102
3.5.2 Il governo dell'innovazione tecnologica.....	106
4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione.....	110
4.1 La "carta d'identità" del personale	110
4.2 Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa.....	116
4.3 Gestione del rischio e sicurezza.....	118
4.4 Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali.	123
4.5 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti	126
4.6 Formazione.....	128
4.7 Sistema informativo del personale	129
4.8 Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze.....	130
5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione	134
5.1 La comunicazione per l'accesso ai servizi	134
5.2 La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità.....	137
5.3 La comunicazione interna aziendale	139
6. Governo della ricerca e dell'innovazione.....	142
6.1 Creazione della infrastruttura locale per la Ricerca e l'innovazione	143
6.2 Sviluppo di un ambiente culturale favorevole.....	160
6.3 Garanzie di trasparenza	164
7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale	168
7.1 Il Rizzoli e la rete regionale hub & spoke ortopedica	168
7.2 Il nuovo reparto di Ortopedia Pediatrica.....	171
Conclusioni del Direttore Generale	178
Parere del Consiglio di Indirizzo e Verifica	180
Crediti	183

Presentazione



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Presentazione del Direttore Generale

Con il 2010 l'esperienza del bilancio di missione dell'Istituto Ortopedico Rizzoli giunge alla quinta annualità. Si è dunque colta questa occasione per offrire, con il documento di rendicontazione del 2010, uno sguardo retrospettivo sui cinque anni passati, ad esempio estendendo le serie storiche, di norma triennali, all'intero quinquennio alle spalle; anche confidando, in tal modo, di poter offrire una migliore capacità di lettura delle trasformazioni intervenute all'Istituto Ortopedico Rizzoli. In effetti le attività ed i progetti descritti in questo Bilancio di Missione 2010 consentono di tratteggiare il profilo di un Istituto significativamente cambiato in questi ultimi anni a seguito dell'integrazione nel Servizio Sanitario Regionale avviata nel 2006 (come previsto dalla L.R. n.29/2004).

Per chi lavora all'interno dell'Istituto la testimonianza dei cambiamenti intervenuti si legge innanzitutto sul piano organizzativo. In primo luogo con l'istituzione dei nuovi dipartimenti, dal 2009 pienamente operativi e che consentono, dunque, il pieno coinvolgimento dei professionisti dell'Istituto nelle decisioni inerenti l'organizzazione dell'attività assistenziale e di ricerca secondo i principi della clinical governance. Quindi con il nuovo dipartimento (Dipartimento Rizzoli RIT – Research Innovation & Technology), istituito nel 2010, dedicato al trasferimento tecnologico ed inclusivo dei 6 nuovi laboratori di ricerca che partecipano alla Rete Regionale per l'Alta Tecnologia – tecnopolo bolognese. Infine con numerose innovazioni riguardanti la struttura ed i processi organizzativi, tra cui ricordiamo il rafforzamento del controllo di gestione e l'introduzione di un sistematico processo di budget; l'istituzione di un nuovo Ufficio Qualità e accreditamento impegnato, tra l'altro, nel preparare l'audit per l'accREDITamento tenutosi nel 2010; la definizione di un Ufficio per il Risk management; l'introduzione di un Ufficio di Ingegneria Clinica per una moderna gestione degli apparati tecnologici per la clinica e per supportare le attività di technology assessment; l'attivazione di un Ufficio Marketing industriale per la gestione e valorizzazione economica dei brevetti; l'istituzione di un Ufficio Progetti per l'Innovazione per supportare il nuovo impegno dell'Istituto sul fronte dell'innovazione, del trasferimento tecnologico, della partecipazione a programmi di ricerca & sviluppo con partners d'impresa e che, proprio nel 2010, ha visto curare una importante missione in Cina. Queste innovazioni vanno a comporre il profilo riconoscibile di un Istituto più moderno e meglio attrezzato per fronteggiare la sfida di un ulteriore innalzamento della qualità dell'assistenza e della produttività della ricerca scientifica.

Anche chi guarda all'Istituto dall'esterno – sia esso cittadino, professionista sanitario, ricercatore – ha la possibilità di cogliere i segni tangibili della trasformazione in atto ed in particolare di quelle trasformazioni originate dall'integrazione dell'Istituto nel Servizio Sanitario Regionale. Innanzitutto a seguito della riorganizzazione delle ortopedie in ambito metropolitano: essa ha portato, dal settembre 2009, l'Istituto a gestire il reparto di ortopedia dell'Ospedale di Bentivoglio. Oggi personale medico e amministrativo del Rizzoli opera con continuità non più solo nella storica sede ospedaliera sui colli bolognesi, ma anche sul territorio del distretto Pianura Est. In questo ambito si colloca anche l'avvio della rete ortopedica regionale, secondo il modello hub & spoke, a partire dall'ortopedia oncologica e dall'ortopedia pediatrica. Nel 2010, in particolare, è stato siglato un accordo con l'Azienda USL di Piacenza che porta professionisti dell'Istituto a svolgere attività ambulatoriali specialistiche ed attività chirurgiche presso sedi dell'azienda sanitaria, integrando équipes locali e del Rizzoli. Oggi dunque professionisti del Rizzoli erogano prestazioni con continuità anche presso altre sedi sanitarie sul territorio regionale. Un terzo segno della partecipazione dell'Istituto a reti allargate riguarda non l'assistenza, ma la ricerca ed in particolare il fronte del trasferimento tecnologico, ovvero la partecipazione a processi dell'innovazione assieme a partner dell'industria biomedicale. Nel 2010, infatti, si è completata la formalizzazione degli accordi per la partecipazione

Presentazione del Direttore Generale

dell'Istituto alla Rete Regionale per l'Alta Tecnologia che porterà, nei prossimi anni, l'insediamento dei 6 neo-costituiti laboratori del Dipartimento Rizzoli RIT presso la nuova sede del tecnopolo di Bologna, nella ex-Manifattura Tabacchi.

L'organizzazione a rete – un tratto distintivo delle proposte di innovazione organizzativa degli ultimi anni – non si sostanzia però solo nei progetti ricordati sopra. La stessa redazione di questo documento di rendicontazione si muove sempre più lungo relazioni interaziendali tra le aziende sanitarie pubbliche dell'area metropolitana bolognese (oltre al Rizzoli anche l'Azienda USL di Bologna e l'Azienda Ospedaliera-Universitaria S.Orsola-Malpighi). Iniziata con il Bilancio di Missione 2008 la collaborazione, il confronto, lo scambio di dati è proseguita anche quest'anno, traducendosi nella redazione "collettiva" di alcune sezioni. Ugualmente importante, inoltre, è la collaborazione garantita sin dalla prima edizione del bilancio di missione del Rizzoli dall'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna con cui, tra l'altro, l'Istituto ha sottoscritto nel 2010 il nuovo Accordo Attuativo Locale.

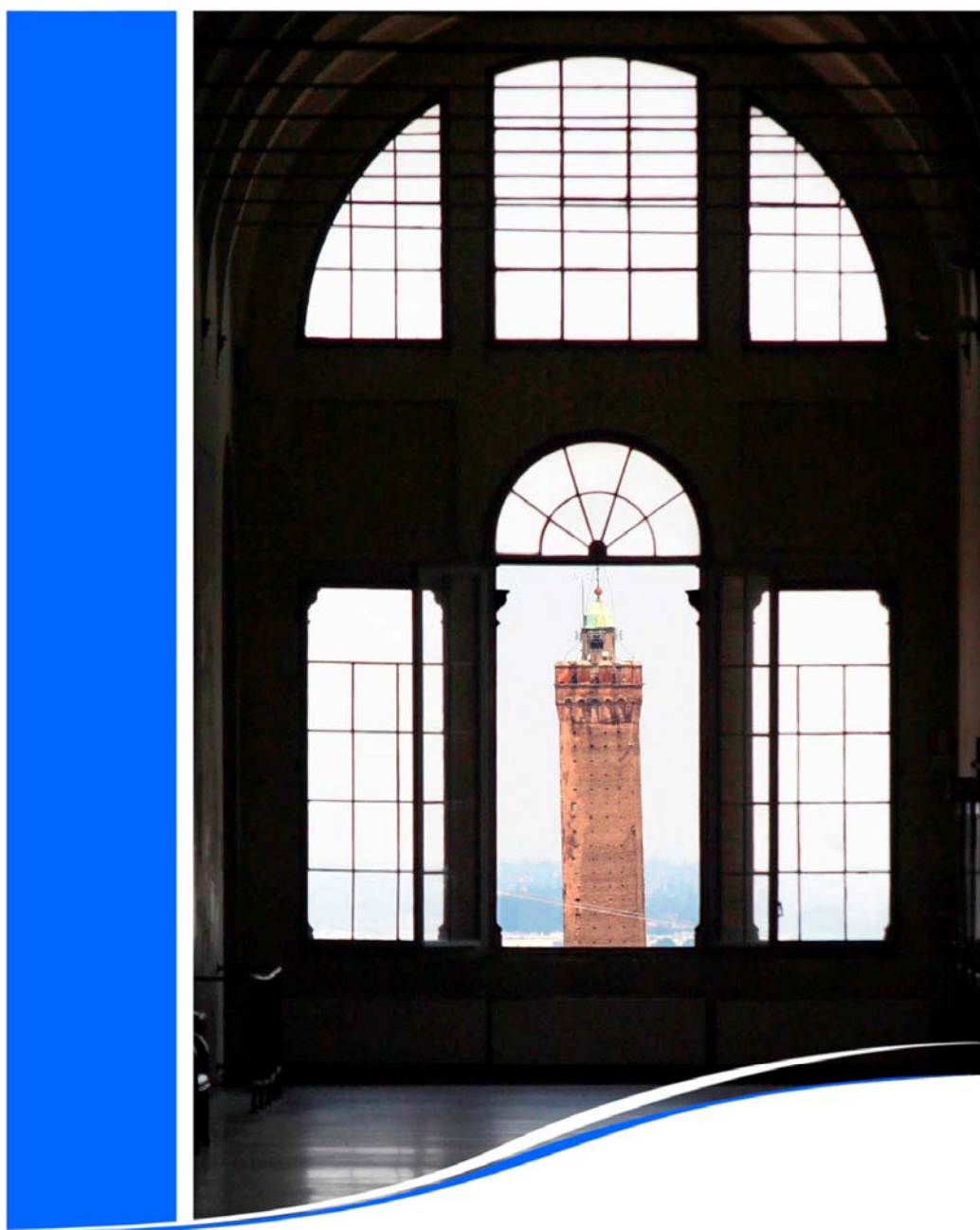
Dunque anche quest'anno l'augurio è che il Bilancio di Missione 2010 possa costituire un documento utile a conoscere l'attività dell'Istituto Ortopedico Rizzoli sia sul versante assistenziale che su quello della ricerca, anche laddove essa si dispiega oltre le tradizionali sedi operative.

Un doveroso ringraziamento va a quanti hanno collaborato alla stesura del documento ed a coloro che, con suggerimenti, osservazioni od anche critiche, vorranno consentirci di migliorarne la forma ed il contenuto.

Giovanni Baldi

CAPITOLO 1

Contesto di riferimento



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



1. Contesto di riferimento

Il “contesto di riferimento” entro cui opera l'Istituto Ortopedico Rizzoli è articolato in una pluralità di dimensioni: un contesto “istituzionale” (le leggi e le norme che “incanalano” l'azione aziendale, oltre agli obiettivi assegnati dalla committenza istituzionale) all'interno del quale si definisce anche – pure per l'Istituto Ortopedico Rizzoli – il sistema delle relazioni con l'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna; un contesto relativo alle condizioni di salute e di malattia (il quadro epidemiologico all'interno del quale affondano le radici gli obiettivi aziendali di tutela e promozione della salute); un contesto dato dalla popolazione delle tecnologie e tecniche disponibili per la diagnosi ed il trattamento dei pazienti; un contesto costituito dalla presenza di altri attori aziendali con cui l'Istituto sviluppa rapporti di collaborazione e/o di competizione, così come dalla presenza di aziende sanitarie “committenti” che acquistano le prestazioni sanitarie prodotte. E' a queste dimensioni che sono dedicati i capitoli seguenti.

In particolare, per l'anno 2010, si registrano importanti novità soprattutto sul fronte esterno, dopo che l'assetto organizzativo dell'Istituto è andato a regime nel 2009 con la piena operatività dei Dipartimenti. Sul fronte esterno si registra infatti, in primo luogo, la sottoscrizione dell'Accordo Attuativo Locale tra l'Istituto e l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna, chiamato tra l'altro a definire le strutture a direzione universitaria, essenziali per la didattica, la ricerca e l'assistenza. E' stata completata, inoltre, la formalizzazione degli accordi tra l'Istituto e la Regione Emilia-Romagna in merito alla partecipazione del Rizzoli alla Rete Regionale per l'Alta Tecnologia – tecnopolo bolognese, tramite la sottoscrizione, in data 21 aprile 2010, della *Convenzione per l'attuazione dell'Attività I.1.1 del POR-FESR 2007-2013 tra la Regione Emilia-Romagna e l'Istituto Ortopedico Rizzoli (IOR)*. Infine nel 2010 ha trovato la prima applicazione, grazie ad accordi sottoscritti con l'Azienda USL di Piacenza, la rete regionale ortopedica secondo il modello hub & spoke che vede l'Istituto svolgere funzione di hub regionale, secondo quanto previsto dalla delibera di Giunta Regionale n. 608/2009 (una rendicontazione di questa attività è riportata nel capitolo 7.1).

1.1 Quadro normativo e istituzionale

L'Istituto Ortopedico Rizzoli è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) avente personalità giuridica di diritto pubblico. Dopo la *site-visit* ministeriale tenutasi nel 2010, con Decreto del Ministero della Salute 11 aprile 2011 l'Istituto ha ottenuto la riconferma triennale del riconoscimento del carattere scientifico per la disciplina di “ortopedia e traumatologia”.

Nel 2010 erano presenti, in Italia, 43 IRCCS (erano 32 nel 2004): 19 di diritto pubblico e 24 di diritto privato. Tra questi solo due istituti hanno oggi il riconoscimento di IRCCS per la disciplina ortopedica e traumatologica: il Rizzoli (dal 1981) e l'Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano (dal 2006).

La legislazione relativa agli IRCCS è stata profondamente rivista nell'ultimo decennio. Nel 2003, a seguito del Decreto Legislativo 16 ottobre 2003, n.288, *Riordino della disciplina degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n.3*, è stata assegnata alle Regioni la competenza delle “funzioni legislative e regolamentari connesse alle attività di assistenza e di ricerca” svolte da questi istituti. Le nuove norme mantengono comunque un collegamento peculiare tra gli IRCCS ed il Ministero della Salute,

Capitolo 1 - Contesto di Riferimento

spettando a quest'ultimo la nomina del Direttore Scientifico (sentito il Presidente della Regione interessata). La nuova legge dello stato ha quindi innescato adeguamenti delle diverse legislazioni regionali. Con la L.R. n.2/2006 la Regione Emilia-Romagna ha adattato le proprie norme al nuovo quadro legislativo nazionale, offrendo in tal modo una regolamentazione stabile e definitiva per gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico aventi sede in regione.

La nuova legge della Regione Emilia-Romagna, tra le altre cose, promuove una piena integrazione di tali istituti nel Servizio Sanitario Regionale, visto che si ribadisce che gli IRCCS "aventi sede nel territorio regionale sono parte integrante del SSR, 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" (art.10, comma 1 della L.R. 29/2004 – *Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale* – come modificata dalla L.R. n.2/2006). Coerentemente al dettato legislativo il Rizzoli ha sviluppato in questi anni nuovi ambiti di integrazione nel Servizio Sanitario Regionale, come testimoniato, ad esempio, dalla partecipazione all'Associazione di acquisto di *Area Vasta Emilia Centrale-AVEC* (composta dalle aziende sanitarie della provincia di Bologna e Ferrara), dalla riorganizzazione delle ortopedie in ambito metropolitano realizzata nel 2009 e dall'avvio della rete regionale hub & spoke per l'ortopedia che nel 2010 ha visto le prime significative realizzazioni (si veda il capitolo 7.1).

La stabilizzazione del quadro normativo sia nazionale che regionale ha quindi consentito al Rizzoli il superamento della fase dei commissari di nomina ministeriale ed il conseguente adattamento del profilo istituzionale ed organizzativo al nuovo quadro normativo. Nel periodo intercorso tra la fine del 2006 e quella del 2008 l'Istituto è stato infatti impegnato in un percorso che ha visto come prima tappa la nomina nel 2006 del Direttore Generale (delibera della Giunta Regionale n.865 del 19 giugno 2006), è proseguito con l'insediamento dei nuovi organi (Consiglio di Indirizzo e Verifica, Collegio sindacale, Direttore Scientifico), con l'adozione degli atti fondamentali (Piano strategico aziendale, Atto aziendale, Regolamento organizzativo) e si è completato con l'adozione di una nuova struttura macro-organizzativa consistente nell'istituzione di due Dipartimenti e con la nomina dei loro organi di vertice (deliberazione n.655 del 30 dicembre 2008 di presa d'atto della composizione dei Comitati di Dipartimento). Nel 2010 il Direttore Generale è stato quindi riconfermato per ulteriori 4 anni con delibera della Giunta Regionale n.211 del 29 settembre 2010.

Sempre nel 2010 si registra l'istituzione del Dipartimento Rizzoli RIT (Research Innovation & Technology) che include i 6 nuovi laboratori di ricerca e trasferimento tecnologico con cui l'Istituto partecipa alla Rete Regionale per l'Alta Tecnologia (tecnopolo di Bologna). Il nuovo Dipartimento è stato formalizzato con il nuovo Atto Aziendale adottato con delibera n.327 del 12 luglio 2010.

Infine, a fine 2010, è stata effettuata anche la nomina del nuovo Collegio Sindacale dell'Istituto da parte della Regione Emilia-Romagna. La nomina è avvenuta in conformità alle disposizioni della L.R. n.29/2004 (art. 10, comma 6) che prevede che il Collegio Sindacale sia composto da tre membri, di cui uno designato dalla Regione, con funzioni di Presidente, uno designato dalla Conferenza Territoriale Sociale Sanitaria e uno dallo Stato. Il 15 novembre 2010, con delibera della Giunta Regione n. 1696/2010, il Collegio Sindacale è stato nominato. Il 17 dicembre è avvenuta la seduta d'insediamento. In base alla legislazione vigente il Collegio sindacale ha compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile, di vigilanza sulla

gestione economica, finanziaria e patrimoniale, di esame e valutazione del bilancio di esercizio. Ad esso compete altresì il controllo sulla compatibilità dei costi della contrattazione collettiva integrativa con i vincoli di bilancio e quelli derivanti dall'applicazione delle norme di legge, con particolare riferimento alle disposizioni inderogabili che incidono sulla misura e sulla corresponsione dei trattamenti accessori.

1.2 Il sistema delle relazioni con l'Università

Sin dai primi del '900 l'Istituto Ortopedico Rizzoli è sede della clinica ortopedica dell'Università di Bologna. Tale relazioni di lungo corso è proseguita anche dopo l'ottenimento del titolo di IRCCS, nel 1981. Anche oggi, pertanto, l'Istituto è sede di svolgimento dell'attività di ricerca e didattica per la disciplina ortopedica dell'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna. Il rapporto storico tra l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna e l'Istituto è testimoniato anche dalle numerose convenzioni od accordi con Facoltà e Dipartimenti dell'università bolognese. Ad esse si aggiungono ulteriori convenzioni con altre università italiane (Università degli Studi di Ferrara, Firenze, Modena e Reggio Emilia, Padova, Parma, Pisa, Trieste), prevalentemente per collaborazioni nella didattica e per la realizzazioni di tirocinii formativi.

Per quanto attiene i rapporti tra il Rizzoli e l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna occorre innanzitutto osservare che il dato storico della presenza dell'attività universitaria al Rizzoli è recepito dall'art. 10 della L.R. 29/2004 e successive modifiche ed integrazioni che assegna al Rizzoli la qualificazione di “sede ulteriore della Facoltà di Medicina e Chirurgia per le attività di ricerca e didattica connesse all'ortopedia”. L'Istituto è dunque sede della formazione in ambito ortopedico e riabilitativo per l'Università di Bologna nell'ambito dei corsi di Laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia, compresi i corsi di laurea delle Professioni Sanitarie e di Scienze Motorie, come pure delle scuole di specializzazione medica. Una descrizione dettagliata di questa attività è fornita nel capitolo 2.4 Didattica pre e post-laurea. Il personale universitario convenzionato è composto, alla data del 31 dicembre 2010, da 20 docenti o ricercatori e da 5 unità di personale tecnico o amministrativo.

Le relazioni fra il Servizio Sanitario Regionale e l'Università sono disciplinate tramite Protocollo d'intesa, come previsto dall'art. 9 della L.R. n.29/2004. Tale Protocollo d'intesa è stato sottoscritto da Regione Emilia-Romagna e Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena-Reggio Emilia e Parma in data 14 febbraio 2005. Esso precisa la cornice di principi e norme, al livello regionale, per la collaborazione tra il SSR e le Università presenti in Emilia-Romagna, rimandando ad un Accordo Attuativo Locale la declinazione di tali principi in sede locale. Frutto di un intenso lavoro svolto nel 2009 sia a livello di Commissione Paritetica, sia a livello di incontri bilaterali tra Direzione dell'Istituto e Presidenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia (e svolto anche con il supporto del Consiglio di Indirizzo e Verifica dell'Istituto), *l'Accordo Attuativo Locale* tra il Rizzoli e l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna è stato sottoscritto il 23 luglio 2010. L'Accordo, di durata triennale, ha come oggetto specifico la definizione:

- delle strutture a direzione universitaria, essenziali per la didattica, la ricerca e l'assistenza, inserite nell'ambito dei Dipartimenti, così come definiti nell'Atto Aziendale, nel Regolamento Organizzativo Rizzoli (ROR) e nei Regolamenti di Dipartimento;

Capitolo 1 - Contesto di Riferimento

- dell'afferenza alle strutture aziendali dei professori e dei ricercatori universitari, nonché delle figure equiparate;
- delle modalità di attribuzione e revoca degli incarichi attribuiti alla componente universitaria dei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI);
- dell'impegno orario di presenza nelle strutture aziendali del personale universitario;
- delle modalità di partecipazione del personale del SSR alle attività didattiche;
- dei criteri di partecipazione dell'Università al finanziamento.

Con riferimento alla individuazione delle Strutture a Direzione Universitaria, ad esempio, l'Accordo prevede che essa avvenga tenendo conto:

- della loro essenzialità per le funzioni istituzionali di didattica della Facoltà di Medicina e Chirurgia in ambito ortopedico;
- del rispetto del livello minimo di attività;
- della adeguata presenza di personale universitario nella dotazione organica della struttura (es. nel caso di Struttura Complessa almeno il 30% del personale dirigente deve essere di ruolo universitario a tempo indeterminato o determinato).

Continua inoltre l'applicazione dell'accordo, stipulato nel 2008, sulla formazione specialistica dei laureati in medicina e chirurgia. Tale accordo regola la partecipazione del personale del SSN alla formazione dei medici, definisce l'organizzazione dell'attività formativa, stabilisce le modalità di partecipazione degli specializzandi alle attività assistenziali definendone altresì la graduazione delle responsabilità, regola le modalità per la copertura assicurativa, l'accertamento delle idoneità e della presenza degli specializzandi stessi.

Oltre a ciò occorre ricordare che già oggi, conformemente a quanto previsto dal comma 3, art. 10 della L.R. n.29/2004, è realizzato un importante ambito di integrazione tra Università di Bologna ed Istituto Ortopedico Rizzoli, con la partecipazione alla programmazione dell'attività del Rizzoli ed alla sua verifica. All'interno del Consiglio di Indirizzo e Verifica dell'Istituto, infatti, un componente è nominato dalla Regione d'intesa con l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna. Il Consiglio, organo dell'Istituto, svolge funzioni di indirizzo e verifica, con particolare riferimento alle scelte strategiche e alla gestione e valorizzazione del patrimonio.

Infine, nell'ottica del miglioramento degli strumenti formativi e dell'integrazione con l'Università di Bologna, il Rizzoli partecipa al Consorzio MED3, costituito da Alma Mater Studiorum – Università di Bologna, Azienda USL di Bologna, Azienda USL di Imola, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e Consorzio Interuniversitario per il Calcolo Automatico-CINECA con l'intento di svolgere una funzione attiva nella promozione ed elaborazione di progetti di formazione a distanza e di un utilizzo dei corsi già attivati, al fine di favorire questa innovativa metodica di formazione continua per tutto il personale.

1.3 La rete integrata dell'offerta regionale

L'Istituto Ortopedico Rizzoli partecipa da tempo alla rete regionale dell'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale ed ospedaliera, contribuendo così a garantire i *Livelli Essenziali di Assistenza* (LEA) in ambito regionale, con particolare riferimento all'ortopedia e traumatologia. Con l'approvazione della L.R. n. 2/2006 l'integrazione del Rizzoli nella rete ospedaliera della regione Emilia-Romagna è

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

divenuto un obiettivo fissato dalla legge regionale. L'Istituto è così chiamato a svolgere funzioni di alta qualificazione relativamente alle attività assistenziali, partecipando al tempo stesso al sistema della ricerca nazionale ed internazionale.

In effetti l'Istituto Ortopedico Rizzoli svolge una funzione di riferimento per l'ortopedia non solo in ambito regionale, ma anche su scala nazionale. L'alta specializzazione ed il livello di eccellenza accumulati in oltre un secolo di storia, unitamente all'impegno nella ricerca traslazionale (una ricerca scientifica con ricadute a breve termine sull'attività assistenziale), hanno portato l'Istituto a diventare un centro di riferimento nazionale, come testimoniato sia dalla persistente capacità di attrazione (nel 2010 il 55,5% dei ricoverati proviene da fuori regione), sia dallo sviluppo di attività di eccellenza nel campo dell'oncologia muscolo-scheletrica (più del 70% dei ricoverati nella *V Divisione di Chirurgia ortopedico-traumatologica ad indirizzo oncologico* proviene da fuori regione), della trapiantologia (es. trapianto articolare totale di spalla, trapianto di caviglia), della medicina rigenerativa (es. riparazione biologica delle lesioni della cartilagine), della protesica (sviluppo della chirurgia mininvasiva, dell'impiego di protesi di rivestimento, dell'esecuzione chirurgica assistita; alti volumi di revisioni di protesi, assai spesso su casi già operati altrove).

Tab. 1.1 - Posti letto dei presidi pubblici e privati accreditati nel territorio metropolitano e della provincia di Bologna (anni 2004-2010)

Posti letto accreditati	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Azienda USL Bologna	1.926	1.869	1.889	1.859	1.843	1.823	1.817
AO-U Bologna	1.743	1.734	1.714	1.730	1.758	1.716	1.654
IOR	312	312	312	324	324	343	336
Privato accreditato	1.053	861	754	908	895	892	898
Totale metropolitano	5.034	4.776	4.669	4.821	4.820	4.774	4.705
Imola	570	577	581	577	590	591	564
Totale provincia	5.604	5.353	5.250	5.398	5.410	5.365	5.269

Nota: l'incremento dei posti letto, tra 2008 e 2009, dell'Istituto Ortopedico Rizzoli è dovuto interamente all'affidamento della gestione del reparto di Ortopedia dell'ospedale di Bentivoglio (17 posti letto).

Fonte: Elaborazione Azienda USL di Bologna su dati Regione Emilia-Romagna.

Assistenza ospedaliera. Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera sono ricomprese tutte le prestazioni ed i servizi di diagnosi, cura, riabilitazione effettuati nelle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate, in regime di ricovero ordinario, *day hospital* e *day surgery*, lungodegenza intensiva riabilitativa. La tabella 1.1 riporta alcuni dati che evidenziano il ruolo ed il peso dell'Istituto Ortopedico Rizzoli nell'ambito della rete ospedaliera metropolitana.

Struttura dell'offerta. Complessivamente il territorio dell'Azienda USL di Bologna presenta, nel 2010, una dotazione di 4.705 posti letto, di cui 1.817 presso l'Azienda USL, 1.654 presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Orsola-Malpighi, 336 presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli e 898 presso strutture private accreditate. Rispetto al 2009 si registra una diminuzione di 69 posti letto (erano infatti 4.774 al 31 dicembre 2009).

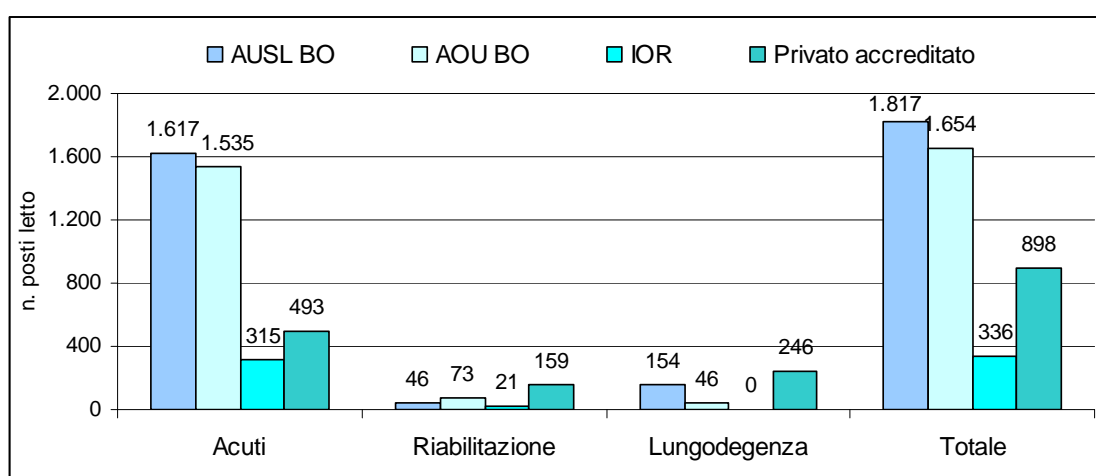
Capitolo 1 - Contesto di Riferimento

Nella ripartizione dei posti letto in area metropolitana in letti per acuti, riabilitazione e lungo degenza, si nota che più del 90% dei posti letto pubblici è destinato ad acuti e meno del 10% a riabilitazione e lungo degenza, mentre tra i posti letto delle strutture private accreditate il 45% è attribuito a riabilitazione e lungo degenza. Inoltre, rispetto al 2004 la dotazione totale di posti letto sul territorio aziendale si è ridotta del 6,5%. L'indice di posti letto per mille abitanti è pari a 5,51 di cui 4,64 per acuti e 0,87 per post acuti (lungodegenza e riabilitazione) rispetto ad uno standard nazionale che, entro il 2011, dovrà essere ridotto a 4,00‰. Si stima però che, in considerazione della distribuzione dei ricoveri tra residenti e non residenti, circa 1350 posti letto, pari al 28%, siano utilizzati per la mobilità attiva.

Tab. 1.2 – Dotazione di posti letto al 31 dicembre (anni 2006-2010)

	2006	2007	2008	2009	2010
Degenza ordinaria	301	304	304	321	314
Day Hospital	11	11	11	13	13
Day Surgery	-	9	9	9	9
Totale	312	324	324	343	336

Graf. 1.1 - Posti letto del territorio AUSL di Bologna per tipologia (2010)

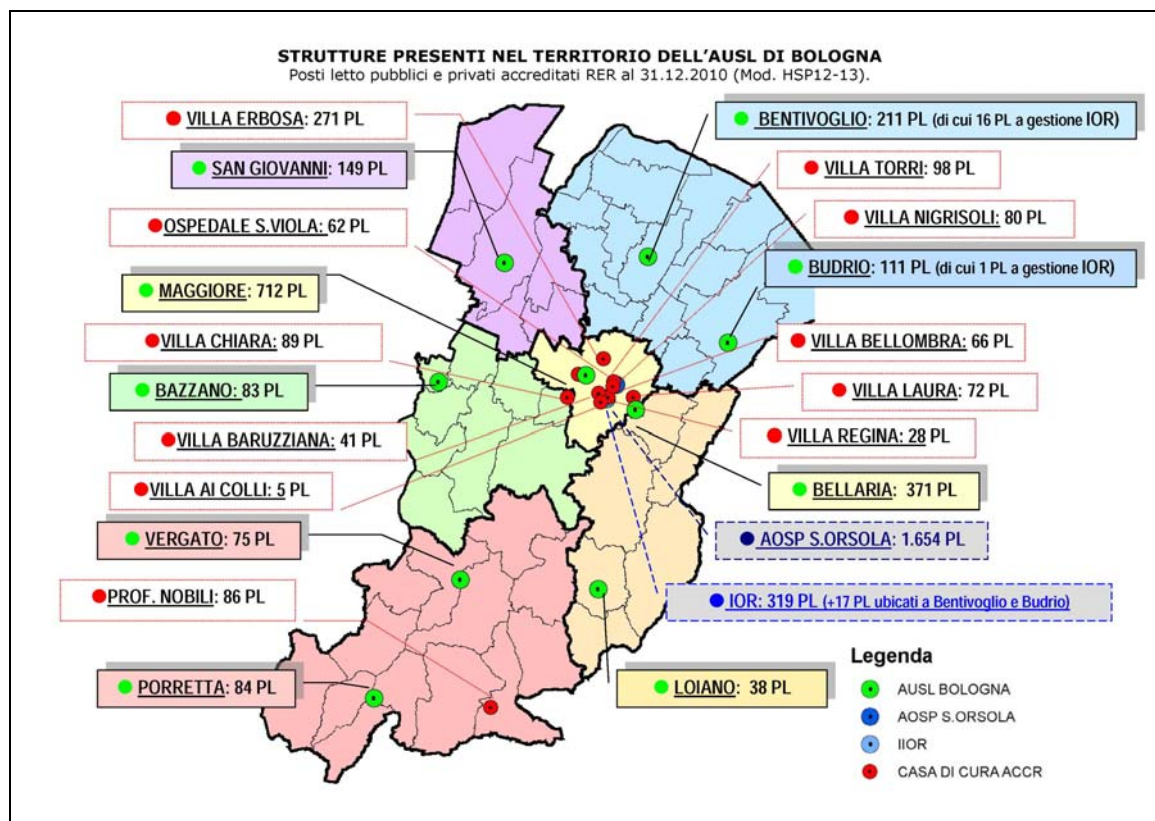


Fonte: Azienda USL di Bologna su dati Regione Emilia-Romagna.

Diverso è l'andamento dei posti letto dell'Istituto Ortopedico Rizzoli nel periodo considerato. La crescita del numero di posti letto è determinata in primo luogo dall'affidamento al Rizzoli, nel settembre 2009, del reparto di ortopedia di Bentivoglio (17 posti letto presso l'Ospedale di Bentivoglio a cui si aggiungono 2 posti letto di *day hospital* a Bentivoglio e Budrio) a seguito della riorganizzazione metropolitana delle ortopedie.

Questo era stato preceduto, nel passaggio tra 2006 e 2007, dall'istituzione di 9 posti letto aggiuntivi in regime di *day surgery*. Nel 2010, invece, si ha una lieve contrazione di posti letto di degenza ordinaria a seguito della sottrazione di spazi per i cantieri in corso in ospedale e per la revisione di alcuni *setting* organizzativi di degenza.

Fig. 1.1 – L’offerta di posti letto ospedalieri localizzata nel territorio dell’AUSL di Bologna al 31 dicembre 2010



Fonte: Azienda USL di Bologna. Mod.HSP12-13

La partecipazione del Rizzoli alla dotazione di posti letto e dunque all’offerta di prestazioni ospedaliere non è però solo di ordine quantitativo, ma anche di tipo “qualitativo”. Il Rizzoli, infatti, partecipa al sistema delle specialità ad alta qualificazione con *6 centri di riferimento formalizzati*: Chirurgia vertebrale d’elezione, Ortopedia pediatrica, Ortopedia oncologica, Gravi patologie infettive ossee, Chirurgia del piede e Banca delle Cellule e del Tessuto Muscolo-scheletrico, centro di riferimento regionale per l’attività di prelievo, conservazione e trapianto del tessuto osseo (per una sintetica descrizione si veda la specifica scheda, più avanti).

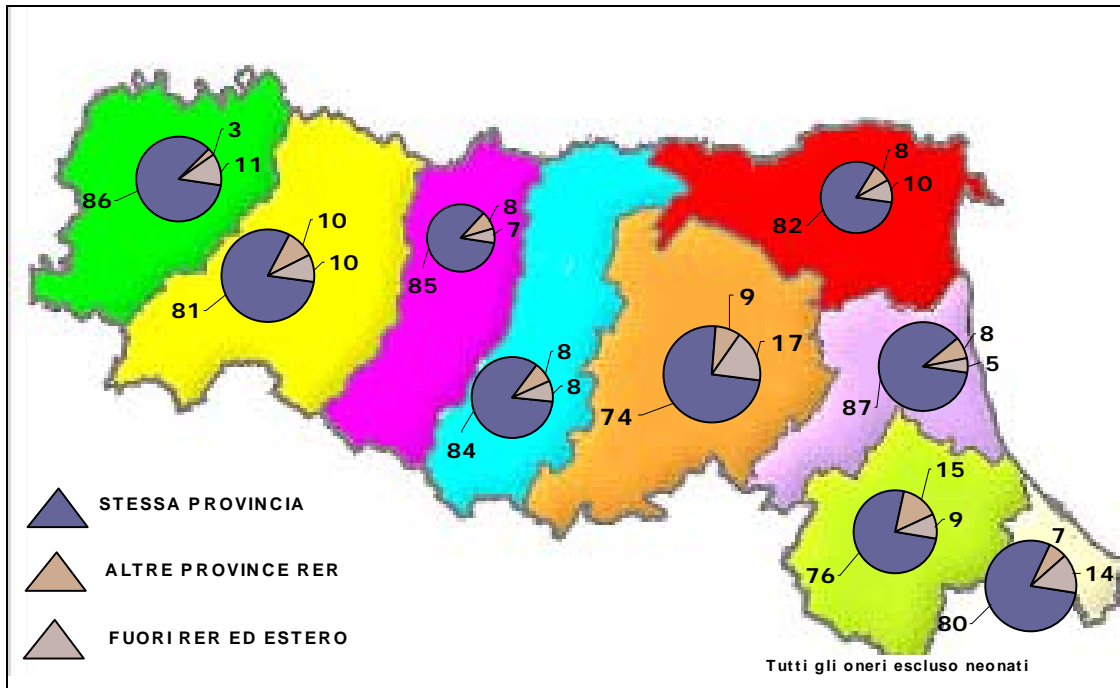
L’attrazione del sistema sanitario bolognese e del Rizzoli. L’attrazione complessiva delle strutture ospedaliere metropolitane si mantiene superiore a quella media regionale. Complessivamente, i dimessi nel 2010 dalle strutture ospedaliere pubbliche e private del territorio dell’Azienda USL di Bologna sono stati 200.816, di cui il 21,3 % residenti al di fuori della Regione Emilia Romagna, verso una media delle strutture ospedaliere pubbliche e private regionali del 14,7%. Se si considera il valore dei casi, il 24,9% deriva dai residenti al di fuori della Regione Emilia Romagna, verso una media regionale del 17,0%. Le percentuali di attrazione del sistema Bologna sono sostanzialmente invariate rispetto al 2009.

Analizzando le tre aziende sanitarie pubbliche dell’area metropolitana la percentuale di attrazione appare superiore presso il Rizzoli, con più del 72% dei 20.502 dimessi residenti al di fuori del territorio aziendale, seguito dall’AO-U con quasi il 31% dei 67.832 dimessi e dall’Azienda USL (pubblico+privato) con il 25,4% dei 112.482 dimessi. In totale sono stati effettuati più di 64.000 ricoveri (circa il 32% del totale) per utenti residenti al di fuori del territorio aziendale. L’Istituto Ortopedico Rizzoli partecipa

Capitolo 1 - Contesto di Riferimento

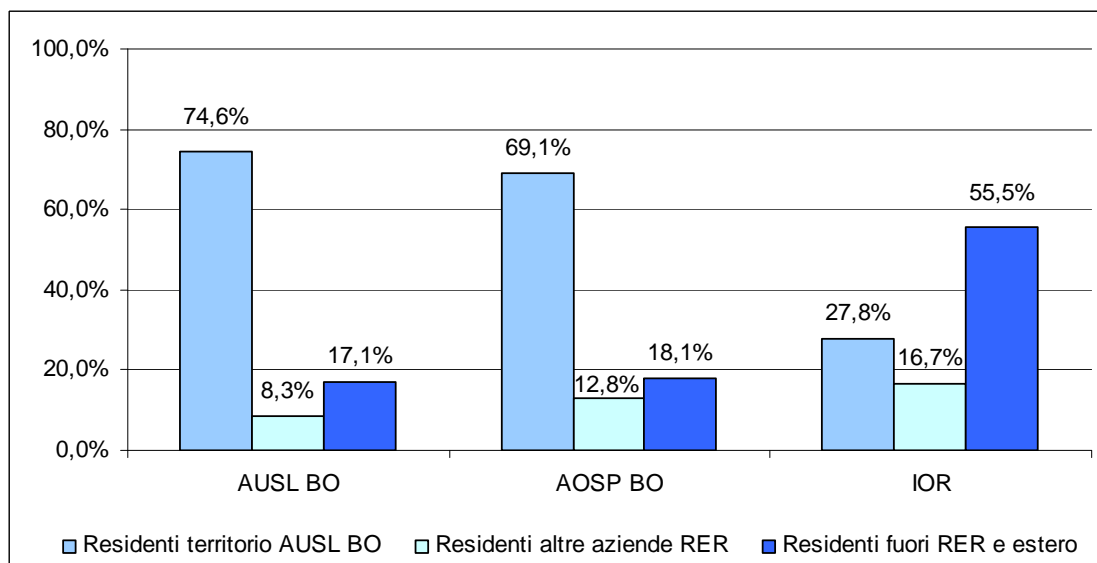
dunque in misura significativa a determinare questa capacità di attrazione, pur a fronte di dimensioni assai contenute. Esso esibisce infatti da decenni una capacità di attrazione molto elevata sul territorio nazionale. Nel 2010 i ricoverati residenti fuori regione (ed estero) sono risultati pari al 55,5% del totale dei ricoverati.

Graf. 1.2 - Residenza dei dimessi dalle strutture pubbliche delle province dell'Emilia-Romagna (anno 2010)



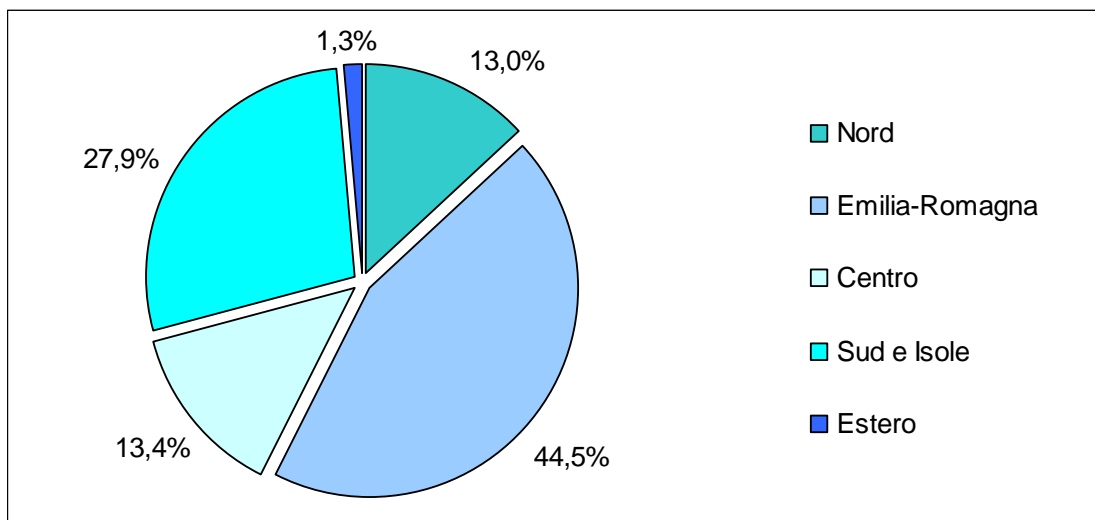
Fonte: Azienda USL di Bologna su dati Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Graf. 1.3 - Residenza dei dimessi dalle strutture dell'Azienda USL di Bologna, dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e dall'Istituto Ortopedico Rizzoli (anno 2010)



Fonte: Azienda USL di Bologna e Istituto Ortopedico Rizzoli

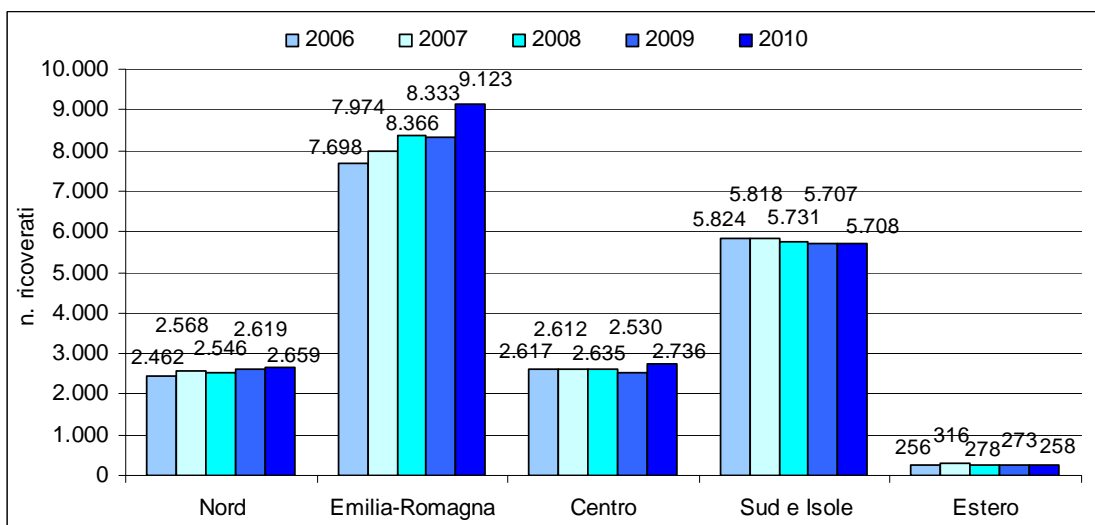
Graf. 1.4 - Ricoveri presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli distinti per provenienza (2010)



Fonte: Sistema Informativo Rizzoli, Istituto Ortopedico Rizzoli

Le variazioni intervenute nel corso del periodo 2006-2010, in merito alla zona di provenienza dei ricoverati, risultano assai contenute. Esse segnano comunque un progressivo incremento della quota dei ricoverati residenti in Emilia-Romagna, conseguenza della più forte integrazione dell'Istituto nel Servizio Sanitario Regionale. Tale tendenza risulta accentuata nel passaggio tra 2009 e 2010 in conseguenza dell'assunzione della gestione, da parte del Rizzoli, del reparto di Ortopedia presso l'ospedale di Bentivoglio, plausibilmente a servizio di un'utenza prevalentemente locale. Tale interpretazione è confermata anche dalla sostanziale stabilità dei dati, in valore assoluto, relativi ai ricoverati dalle altre aree geografiche: Nord, Centro, Sud e Isole, Estero come risulta dal grafico seguente.

Graf. 1.5 - Ricoveri presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli distinti per provenienza (anni 2006-2010)



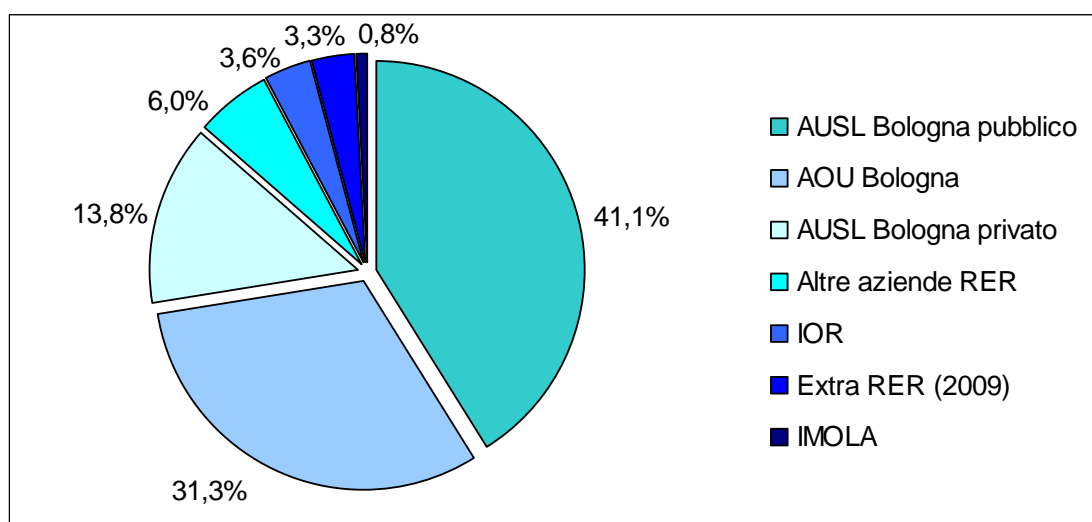
Fonte: Sistema Informativo Rizzoli, Istituto Ortopedico Rizzoli

Consumo di ricoveri da parte della popolazione residente. Complessivamente nel 2010 i ricoveri dei residenti nell'Azienda USL di Bologna sono stati 154.257 (esclusi i neonati sani), in riduzione dello 0,5% rispetto al 2008. Di questi, 5.226 (pari al 3,4%) sono stati garantiti dal Rizzoli.

Capitolo 1 - Contesto di Riferimento

Come gli scorsi anni, il 90% dei ricoveri è stato effettuato all'interno delle strutture metropolitane, di cui il 55% in strutture dell'Azienda USL e private accreditate del territorio aziendale. La "fuga" ha interessato circa il 10% dei pazienti: di questi il 6,8% si è rivolto ad altre aziende regionali compresa Imola e il 3,3% (dato 2009) presso ospedali di altre Regioni. L'Istituto Ortopedico Rizzoli partecipa all'offerta di prestazioni di ricovero per i residenti dell'area metropolitana nella misura del 3,3% (si veda il grafico 1.6).

Graf. 1.6 - Sedi di ricovero della popolazione residente nel territorio dell'Azienda USL di Bologna (2010)



Fonte: Azienda USL di Bologna, Banca dati SDO Regione Emilia-Romagna

Tempi di attesa dei ricoveri. Il Rizzoli partecipa con gli altri presidi dell'area metropolitana al raggiungimento degli obiettivi di rispetto dei tempi di attesa per alcune tipologie di ricovero definiti, in base all'accordo Stato-Regioni, con delibera della Giunta Regionale n.1532/2006. Visto il carattere monospécialistico dell'Istituto, esso partecipa solo ad un limitato sottoinsieme degli obiettivi di contenimento dei tempi di ricovero e precisamente per quanto riguarda chemioterapia e ricovero per intervento programmabile di protesi d'anca. La situazione dei tempi di attesa per il ricovero in queste due specialità, in *ambito metropolitano*, è illustrata nella tabella 1.3. Solo il 29,3% dei ricoveri per intervento di artroprotesi d'anca è effettuato entro 30 giorni (anche se il dato dell'area metropolitana bolognese risulta migliore rispetto alla media regionale). Tale criticità deriva dal costante incremento della richiesta, in conseguenza del progressivo incremento delle indicazioni di trattamento e dall'ampliamento della fascia di età trattabile (si veda il cap. 1.4 *Osservazioni epidemiologiche*). A ciò si aggiunge il fatto che la forte capacità d'attrazione esercitata dall'Istituto si traduce in un allungamento delle liste d'attesa. E' questo un fenomeno che caratterizza l'Istituto Ortopedico Rizzoli, in conseguenza di una solida reputazione nazionale consolidata nel tempo.

Tab. 1.3 – Volumi e tempi di attesa 0-30gg per ricoveri programmati secondo l'accordo Stato-Regioni. Area Bologna vs Totale RER (2009)

	Totale area Bologna		Totale RER
	N° casi	% ≤ 30gg.	% ≤ 30gg.
Chemioterapia (DH)	4.307	97,6%	96,4%
Intervento Protesi d'Anca (D.O.)	2.463	29,3%	25,1%

Fonte: Azienda USL di Bologna, Banca dati SDO Regione Emilia-Romagna

Pronto soccorso. Gli accessi totali di residenti e non residenti ai PS degli ospedali del territorio dell'Azienda USL Bologna nell'anno 2010 (407.519) si sono ridotti complessivamente del 3,3% rispetto al 2009. La riduzione degli accessi è avvenuta a carico sia di residenti (-10.381) sia di non residenti (-3.728).

Sono nettamente diminuiti gli accessi presso il Rizzoli (-29,5%), in conseguenza della riduzione dell'orario di apertura al solo periodo diurno (ore 7.30-19.30). Gli accessi sono altresì diminuiti presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Orsola-Malpighi (-3,5%), mentre sono aumentati complessivamente dell'1% nelle strutture dell'Azienda USL. Nel 2010 il 60,9% degli accessi è affluito ai PS degli ospedali dell'Azienda USL (contro il 58% del 2009), il 32,2% al PS dell'AO-U (come nel 2009) e il 6,9% a quello del Rizzoli (era il 9,5% nel 2009).

La variazione è principalmente da ricondurre al piano di riorganizzazione delle attività di ortopedia e traumatologia dell'area metropolitana di Bologna messo in atto a partire dall'agosto 2009, che prevede, tra l'altro, l'estensione alle 24 ore delle attività del Pronto Soccorso Ortopedico dell'Ospedale Maggiore dalle precedenti 12 ore e il superamento dell'accettazione notturna al Rizzoli.

La maggior parte degli accessi continua ad essere costituita da casi a bassa gravità (codici colore bianco e verde) specialmente negli ospedali di cintura. E' però lievemente aumentata la percentuale dei casi più gravi (codici giallo e rosso), passata dal 15,3% del 2009 al 15,8% del 2010. I codici giallo e rosso continuano ad essere maggiormente rappresentati nei PS dell'ospedale Maggiore, dell'AOU e del Rizzoli.

Tab. 1.4 – Accessi ai pronto soccorso e dati triage delle strutture pubbliche ospedaliere metropolitane (anni 2009-2010)

	N° Accessi 2009 (residenti e non residenti)	N° Accessi 2010 (residenti e non residenti)	Δ 2010 verso 2009	% ricoverati rispetto agli accessi 2010	% accessi codice bianco 2010	% accessi codice verde 2010	% accessi codice giallo 2010	% accessi codice rosso 2010
Maggiore	113.076	116.898	3.822	16,7	21,4	59,6	17,7	1,3
Bentivoglio	42.884	42.897	13	8,6	27,1	67,4	5,0	0,5
Budrio	18.449	18.443	-6	9,9	31,8	61,3	6,3	0,6
S.Giovanni	21.782	22.018	236	10,6	25,6	68,7	5,5	0,2
Bazzano	20.373	20.122	-251	9,6	14,9	78,5	6,3	0,3
Loiano	5.416	5.536	120	10,5	33,2	58,1	8,2	0,4
Porretta	12.425	11.251	-1.174	16,0	24,3	66,8	7,7	1,2
Vergato	11.123	10.836	-287	9,7	34,5	57,6	7,2	0,7
Totale Azienda AUSL	245.528	248.001	2.473	13,2	24,0	63,6	11,5	0,9
AOU	136.171	131.384	-4.787	19,0	26,0	53,4	19,3	1,3
IOR	39.929	28.134	-11.795	7,3	21,0	55,8	23,1	0,0
Ambito Metropolitano	421.628	407.519	-14.109	14,6	24,4	59,8	14,8	1,0

Fonte: Azienda USL di Bologna

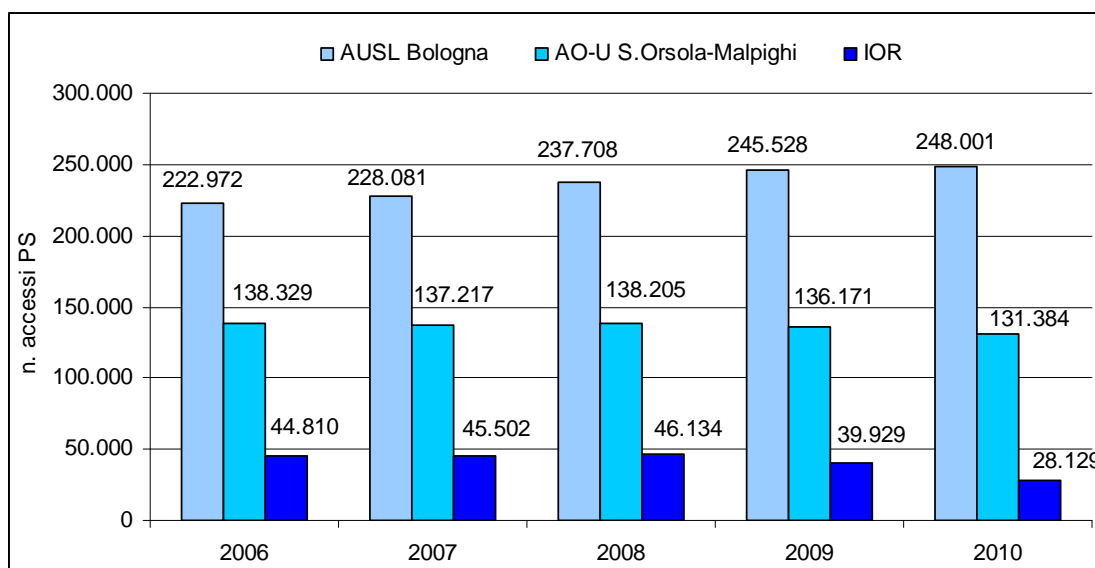
Capitolo 1 - Contesto di Riferimento

Tab. 1.5 – Numero accessi al Pronto Soccorso nell’area metropolitana di Bologna (anni 2006-2010)

	2006		2007		2008		2009		2010	
	v.a.	%	v.a.	v.a.	%	%	v.a.	%	v.a.	%
AUSL Bologna	222.972	54,9	228.081	55,5	237.708	56,3	245.528	58,2	248.001	60,9
AO-U S.Orsola-Malpighi	138.329	34,1	137.217	33,4	138.205	32,7	136.171	32,3	131.384	32,2
IOR	44.810	11,0	45.502	11,1	46.134	10,9	39.929	9,5	28.134	6,9
Totale	406.111	100,0	410.800	100,0	422.047	100,0	421.628	100,0	407.519	100,0

Fonte: Banca dati Flussi Ministeriali, Regione Emilia-Romagna

Graf. 1.7 - Numero accessi al Pronto Soccorso nell’area metropolitana di Bologna (anni 2006-2010)



Fonte: Banca dati Flussi Ministeriali, Regione Emilia-Romagna

Funzioni regionali svolte dal Rizzoli. Il Rizzoli è sede di importanti funzioni regionali che partecipano a tutti gli effetti alla rete dei servizi e sono parte integrante della programmazione e degli obiettivi regionali. Tali funzioni riguardano:

- la funzione di *hub* nell’ambito della rete regionale ortopedica, organizzata secondo il modello *hub & spoke*, per le seguenti linee di servizio: ortopedia oncologica; chirurgia vertebrale; ortopedia pediatrica; revisione e sostituzione di protesi; terapia chirurgica delle gravi patologie infettive ossee; chirurgia del piede (secondo quanto previsto dalla delibera della Giunta Regionale 4 maggio 2009, n.608 che recepisce la previsione, contenuta nella legge n.133 del 6 agosto 2008, secondo cui le regioni “stipulano accordi” con gli IRCCS pubblici);
- la funzione di *hub*, nell’ambito della rete regionale, per le malattie rare dell’apparato muscolo-scheletrico. L’Istituto è centro di riferimento regionale per 69 patologie rare, tra cui osteogenesi imperfetta, osteodistrofie congenite, osteopetrosi, acondroplasia, esostosi multipla, neurofibromatosi, istiocitosi croniche ed istiocitosi X, atrofie muscolari spinali, distrofie muscolari, miopatie congenite ereditarie (delibera della Giunta Regionale n.2124/2005);
- l’attività di registrazione di impianti ed espunti di protesi ortopediche. Il Rizzoli è infatti sede regionale dei registri degli impianti (RIPO) e degli espunti (REPO) di protesi ortopediche, per i quali riceve specifico finanziamento. Tali registri

rappresentano uno dei principali strumenti attraverso i quali la Commissione Ortopedica Regionale può esercitare il proprio ruolo ai fini della valutazione della qualità dell'assistenza in questo settore. Per una descrizione del *Registro dell'Implantologia Protesica Ortopedica* (RIPO) si veda il cap. 1.4 *Osservazioni epidemiologiche*, in cui è contenuta una breve scheda informativa;

- la Medicina rigenerativa, ambito in cui il Rizzoli è all'avanguardia. Collegata alla Banca delle Cellule e del Tessuto Muscolo-scheletrico, è operativa una *Cell Factory* approvata AIFA per la produzione di farmaci per la terapia cellulare ed il Rizzoli è titolare di rilevanti progetti di ricerca in questo settore, alcuni dei quali sostenuti dalla Regione Emilia-Romagna nell'ambito del Programma di Ricerca Regione-Università;
- la *Banca delle Cellule e del Tessuto Muscolo-scheletrico* (BTM) (vedi la successiva scheda descrittiva).

La Banca delle Cellule e del Tessuto Muscolo-scheletrico (BTM). Presso il Rizzoli ha sede la Banca delle Cellule e del Tessuto Muscolo-scheletrico (BTM), all'avanguardia in Italia ed in Europa, che costituisce centro di riferimento regionale. Nata negli anni '60 sotto la direzione del Prof. Mario Campanacci – allora la denominazione era “Banca dell'osso” - la BTM è progressivamente cresciuta sino ad ottenere il riconoscimento della Regione Emilia-Romagna, ai sensi della legge n°91/1999, quale struttura di eccellenza per la raccolta, la conservazione, la processazione, la validazione e la distribuzione di tessuto muscolo-scheletrico.

La BTM è la prima banca nazionale per quantità e tipologie diversificate di tessuto distribuito. Essa ha convenzioni con le regioni Abruzzo, Molise, Umbria e con la Provincia Autonoma di Bolzano che l'hanno scelta quale loro banca. E' l'unica banca pubblica del tessuto muscolo-scheletrico italiana fornita di impianto di processazione sterile in classe A (utilizza i tessuti donati in Emilia-Romagna, in Toscana ed in Piemonte). Ha una convenzione con le analoghe banche di Torino, Milano e Verona per lo scambio e la processazione di tessuti. Supporta la Banca della Regione Lazio per la formazione degli operatori e la consulenza operativa. Infine è l'unica banca pubblica europea a produrre e distribuire (anche all'estero) pasta d'osso. A fronte dell'esperienza acquisita essa è stata riconosciuta quale Banca di rilievo nazionale.

La BTM è certificata ISO 9001:2008. Ha superato gli *audit* annuali di sorveglianza e rinnovo, estendendo la certificazione anche ai processi di microbiologia e controllo di qualità, nonché alla “progettazione e sviluppo di nuovi servizi” e, per il settore 37 (*Education*), alla “progettazione ed erogazione di eventi formativi, corsi a catalogo, stage, convegni e meeting”. E' certificata anche dal Centro Nazionale Trapianti.

Attualmente, l'area a contaminazione controllata dispone di 4 camere sterili di classe A (ISO 4.8) con *background* B (ISO 5), fornite di un sistema di monitoraggio in continuo particellare, microbiologico e dei parametri critici. Nel 2006, con l'implementazione di un sistema qualità conforme alle norme di buona fabbricazione (*Good Manufacturing Practice - GMP*), ha iniziato un'attività di *cell factory* con la produzione di condrociti autologhi in cleanroom ottenendo nel 2009 l'autorizzazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) per la parte produttiva e di controllo in *process*, estesa nel 2010 anche ai test di controllo qualità per il rilascio finale del prodotto: unica realtà pubblica italiana

ad essere autorizzata alla manipolazione cellulare estensiva per l'intero percorso.

La BTM soddisfa pienamente il bisogno regionale di tessuto muscoloscheletrico per impianti e trapianti e distribuisce oltre il 50% dei tessuti da banca sull'intero territorio nazionale. Come previsto dal quadro normativo di riferimento, svolge il ruolo di Banca delle Cellule per la *Cell Factory*, assumendosi gli aspetti inerenti all'idoneità del donatore, all'idoneità del prelievo, alla qualità e sicurezza delle procedure, conservazione e distribuzione del prodotto, tracciabilità donatore-ricevente, *follow-up* e raccolta di eventuali reazioni/eventi avversi.

Sono in corso numerosi studi in vitro e in vivo su prodotti ossei innovativi (es. tessuti combinati), anche con l'utilizzo di fattori di crescita. Notevole impulso è stato dato all'attività di ricerca, soprattutto nell'ambito dell'ingegneria tissutale e cellulare finalizzata alla rigenerazione biologica di tessuto muscolo-scheletrico. È attualmente in fase preclinica l'utilizzo di cellule mesenchimali per la terapia di patologie gravemente invalidanti articolari e scheletriche (come artrosi ed osteoporosi).

Nell'ambito della promozione dell'eccellenza clinica, tecnologica ed organizzativa si segnala l'estensione alle unità di ortopedia delle aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna di un sistema di tracciabilità a radiofrequenza già attivo da oltre tre anni presso la Banca delle Cellule e del Tessuto Muscoloscheletrico del Rizzoli.

Tale sistema consente la gestione della tracciabilità e del magazzino dei segmenti tissutali ed è costituito da un *database* integrato ad un sistema di identificazione a radio-frequenza (RFID). Uno speciale microchip (*tag*) è applicato ad ogni confezione di tessuto e contiene una serie di informazioni utili sia alla gestione del magazzino in tempo reale, che alla ricostruzione della "storia" del tessuto.

Infine, BTM e *Cell Factory* partecipano, tramite il Laboratorio Prometeo (Prodotti in Medicina rigenerativa e Tissue Engineering in Ortopedia), alle attività della Rete Regionale per l'Alta Tecnologia tramite il tecnopolo bolognese.

Dati di attività: prelievi. Nel 2010, la BTM ha partecipato con una propria equipe a 36 prelievi da donatori cadavere multiorgano ed a 23 prelievi da donatori multitessuto, con una raccolta complessiva di 1002 segmenti osteotendinei. Tali segmenti ossei sono stati utilizzati sia per interventi di trapianto in pazienti oncologici e traumatizzati gravi presso il Rizzoli ed altri ospedali (sia regionali che extra-regionali), sia per impianto (segmenti sottoposti a manipolazione minima) presso le divisioni ortopediche della Regione Emilia-Romagna e di ambito nazionale, nonché presso banche del tessuto di altre regioni.

Nel 2010 sono stati anche prelevati 12 tessuti osteocondrali freschi, specificatamente prelevati e trattati per la realizzazione di trapianti di caviglia intera e di ginocchia, e 921 epifisi femorali (572 presso il Rizzoli e 349 presso le strutture regionali o nazionali convenzionate). Sempre nel 2010 sono state prelevate, processate e reimpiantate anche 59 teche craniche autologhe.

Dati di attività: tessuti distribuiti. I tessuti complessivamente distribuiti nel 2010 dalla BTM sono stati 6.629, di cui 1.488 presso il Rizzoli e 5.141 presso ospedali pubblici, cliniche private, studi dentistici (sia regionali che extraregionali) o banche di altre regioni. Il numero complessivo dei tessuti

distribuiti all'esterno del Rizzoli risulta costantemente in crescita, registrando un incremento del 21%, rispetto al 2009, della distribuzione regionale, extraregionale ed internazionale di tessuto validato.

Innovazioni nella processazione del tessuto muscolo-scheletrico (*Tissue factory*). Nel 2010 la BTM ha processato tessuto muscolo-scheletrico in camera sterile di Classe A con le consolidate metodologie di taglio, segmentazione, morcellizzazione, liofilizzazione, demineralizzazione (parziale o totale) e produzione di pasta d'osso *DBSint*, prodotto estrudibile costituito da matrice ossea demineralizzata di origine umana, veicolata da un carrier sintetico a base di idrossiapatite nanostrutturata arricchita con magnesio (Mg++) in soluzione fisiologica. Questa produzione è nata dalla collaborazione con la Ditta Fin-Ceramica Faenza SpA. Tutti i prodotti sono sottoposti a rigidi controlli di qualità, sia di processo che di prodotto.

Tab. 1.6 – Dati di produzione della Banca delle Cellule e del Tessuto Muscoloscheletrico (anni 2007-2010)

	2007	2008	2009	2010
Tessuti processati	527	441	482	627
Tessuti prodotti	2.462	2.976	3.574	4.088
Tessuti liofilizzati confezioni	503	741	672	863
Osso morcellizzato confezioni	665	659	730	894
Osso demineralizzato confezioni	328	290	932	1.028

Fonte: Banca delle Cellule e del Tessuto Muscolo-scheletrico IOR

La BTM provvede anche all'importazione di tessuti, non disponibili nel territorio nazionale, da banche estere autorizzate dal Centro Nazionale Trapianti, occupandosi della verifica della corrispondenza dei criteri di idoneità agli standard europei, della gestione delle richieste e della tracciabilità. La distribuzione avviene in outsourcing, tramite la rete di informatori scientifici di ditte con le quali la BTM, previa verifica dei necessari requisiti qualitativi, sottoscrive accordi convenzionali.

La BTM riveste anche il ruolo di coordinamento, produzione di allograft e cellule, trasferimento tecnologico, process validation e quality control nell'ambito di un importante progetto europeo di ricerca e sviluppo di nuovi tessuti ingegnerizzati.

Manipolazione cellulare estensiva. I condrociti autologhi espansi e caricati su *scaffold* (cartilagine ingegnerizzata), prodotti con metodica convalidata per efficacia e sicurezza, in linea con quanto prescritto dalle cGMP e dalle normative vigenti, con i requisiti di qualità farmaceutica dei prodotti per terapia cellulare somatica, anche nel 2010 sono stati utilizzati principalmente nella terapia della necrosi idiopatica dell'epifisi femorale che, secondo protocollo clinico approvato, prevede, oltre alla rigenerazione della massa ossea, la ricostruzione della cartilagine articolare. Come per i casi degli anni precedenti, l'esito post trapianto è positivo.

Sono stati sottoposti a prelievo di cartilagine, per isolamento ed espansione di condrociti autologhi, 20 pazienti; di questi, 11 sono stati sottoposti ad impianto di cartilagine ingegnerizzata.

Nel 2010 sono state prodotte in asepsi 10 colture di cellule staminali mesenchimali (CSM) per la convalida del metodo produttivo e del metodo

Capitolo 1 - Contesto di Riferimento

analitico secondo le norme GMP, a partenza dal midollo osseo, che attualmente è ancora la materia prima più utilizzata.

Sono stati redatti il protocollo clinico e il dossier (IMPD) del prodotto medicinale a base di CSM per la ricostruzione del seno mascellare in chirurgia maxillo-facciale, con lo scopo di permettere l'impianto dentale in pazienti edentuli su tessuto osseo neoformato.

Nel 2010 sono state prodotte in asepsi anche 8 colture di cellule staminali mesenchimali (ASC) derivate da tessuto adiposo di scarto. In particolare, sono state eseguite prove per la messa a punto del metodo di isolamento, di espansione, purificazione e tipizzazione di queste cellule mesenchimali, che trovano diversi potenziali impieghi clinici, non solo per le loro capacità di rigenerazione dei tessuti, ma anche grazie alla loro funzione immunomodulatoria.

Assistenza specialistica ambulatoriale. Oltre a partecipare alla rete dell'offerta ospedaliera, il Rizzoli garantisce un'offerta significativa anche nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale, anche se, date le limitate dimensioni, più dal punto di vista qualitativo che quantitativo. Presso l'Istituto l'offerta di specialistica ambulatoriale riguarda 12 discipline. Dal punto di vista dei volumi, tuttavia, è nettamente prevalente la disciplina "ortopedia e traumatologia".

Nel biennio 2009-2010 l'area della specialistica ambulatoriale è stata oggetto di importanti interventi volti a potenziare l'offerta ed a migliorare l'appropriatezza. Nel 2009, ad esempio, è stata sviluppata l'offerta di prime visite e sono stati sottoposti a revisione i percorsi per i controlli, contribuendo, così, come indicato dalla delibera della Giunta Regionale n.1035/2009, al miglioramento dell'appropriatezza. Nel 2010 i percorsi per i controlli ambulatoriali definiti nel 2009 relativamente alla protesi d'anca e di ginocchio (periodicità dei controlli) sono stati consolidati. Altre azioni assunte nel 2009 sono state mantenute anche nel 2010:

- è stata aumentata l'offerta di visite ambulatoriali attraverso l'apertura di un ambulatorio aggiuntivo per l'ortopedia pediatrica (l'unità operativa del Rizzoli è l'unica nel territorio regionale);
- sono state attivate prestazioni in orario aggiuntivo per rispondere alla domanda di prestazioni diagnostiche radiologiche ad alta tecnologia (TAC e RM).

Nel 2010, inoltre, sono stati organizzati incontri con i referenti del *call center* per le prenotazioni, gestito da CUP2000, per verificare la congruità delle indicazioni di invio alle varie divisioni e l'accesso alla prima visita per migliorare l'adeguatezza degli invii presso l'Istituto. L'analisi dell'attività è stata monitorata periodicamente dal gruppo dei referenti della specialistica anche relativamente alle problematiche dei fuori numero e delle attese da parte dei pazienti.

La visita ortopedica infatti necessita spesso di controllo radiologico e di rimozione o applicazione di apparecchi gessati con conseguente allungamento dei tempi della prestazione. Al fine di ottimizzare l'erogazione di tali prestazioni composite è stata quindi avviata una sperimentazione che prevede di prenotare tali prestazioni contestualmente alla visita, anticipando quando possibile l'effettuazione delle indagini radiologiche.

Oltre a ciò, sempre nel 2010, è stato istituito un ambulatorio dedicato all'effettuazione, un giorno a settimana, di visite ortopediche di controllo post-Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore, oltre ad altre disponibilità all'interno delle griglie degli ambulatori divisionali, per complessive 70 visite. I pazienti afferenti a questo ambulatorio richiedono mediamente un numero maggiore di controlli per la conclusione dell'iter diagnostico terapeutico. L'attività di questo ambulatorio, rientrante nel quadro delle azioni di riorganizzazione del pronto soccorso metropolitano, viene quindi monitorata settimanalmente per verificarne l'occupazione e l'appropriatezza.

Infine il 2010 ha visto l'Istituto effettuare una ricognizione dell'occupazione degli spazi per l'attività libero-professionale presso il Poliambulatorio ai fini di una razionalizzazione volta a consentire l'inserimento di ulteriori professionisti nella fascia pomeridiana dedicata alla libera professione.

1.4 Osservazioni epidemiologiche

La presenza, nel bilancio di missione di un *provider* pubblico di prestazioni sanitarie (IRCCS o azienda ospedaliera), di un capitolo dedicato ad osservazioni epidemiologiche ha indubbiamente un diverso significato che nel caso di un'azienda sanitaria locale. Ciò è ancora più vero nel caso di un ospedale monospecialistico come è l'Istituto Ortopedico Rizzoli. Oltre a ciò occorre considerare che il Rizzoli costituisce un punto di riferimento per l'ortopedia – svolgendo la funzione di *hub* per alcune particolari patologie ortopediche – nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, ma allo stesso tempo, in quanto IRCCS, esso è chiamato ad operare con riferimento al complessivo bacino nazionale (come testimoniato dal fatto che circa il 55% dei ricoveri riguarda pazienti provenienti da regioni diverse dall'Emilia-Romagna).

In considerazione di ciò, in questo capitolo vengono presentati alcuni dati, in senso lato di tipo epidemiologico, relativi alle caratteristiche socio-anagrafiche e cliniche dei pazienti sottoposti a protesi d'anca, di ginocchio e di spalla in Emilia-Romagna, nel periodo 2000-2009. Tali dati sono il frutto dell'attività di monitoraggio condotta dal *Registro dell'Implantologia Protesica Ortopedica* (RIPO), istituito nel 1990 presso il Rizzoli sul modello dei registri dei paesi scandinavi che vantano la maggiore esperienza mondiale in questo campo. Dal gennaio 2000 il RIPO è diventato registro regionale ed oggi raccoglie i dati sulle protesi d'anca, di ginocchio e di spalla.

Il RIPO permette di fornire uno strumento di monitoraggio delle diverse tipologie di protesi d'anca, di ginocchio e di spalla, sia per macrocategorie quali la fissazione all'osso, l'accoppiamento articolare, la modularità, sia per singolo modello protesico.

Permette, inoltre di identificare i fattori di rischio legati al paziente o alle procedure chirurgiche che possono ridurre in modo significativo la sopravvivenza della protesi. Infine permette di condurre una efficace sorveglianza post-marketing dei singoli dispositivi medici. Infatti ogni componente impiantata è tracciabile nel singolo paziente, grazie alla registrazione del codice prodotto e del lotto di produzione.

Di seguito riportiamo le statistiche descrittive dei casi registrati al RIPO relativamente a protesi d'anca, protesi di ginocchio e protesi di spalla. Occorre osservare che il RIPO non registra le protesi da resezione per tumore. I dati sono aggiornati al 31 dicembre 2009. Al momento della stesura del documento, infatti, sono ancora in fase di raccolta i dati relativi agli interventi di protesizzazione del 2010.

Capitolo 1 - Contesto di Riferimento

1.4.1 Statistica descrittiva dei pazienti anca

Tab. 1.7 – Numero di interventi di protesizzazione effettuati su pazienti con data di ricovero compresa fra il 1 gennaio 2000 e il 31 dicembre 2009, per tipo di intervento e classi d'età dei pazienti all'intervento

Tipo di intervento	<40		40-49		50-59		60-69		70-79		≥80		Totale
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	
Protesi primaria	1.701	3.1	3.456	6.3	7.799	14.3	15.928	29.2	19.888	36.5	5.766	10.6	54.538
Protesi di rivestimento	179	15.5	300	25.9	404	34.9	222	19.2	52	4.5	1	0.1	1.158
Endoprotesi	17	0.1	43	0.2	135	0.6	764	3.5	5.375	24.7	15.406	70.9	21.740
Reimpianto	170	1.9	365	4.1	912	10.3	2.312	26.1	3.626	40.9	1.485	16.7	8.870
Espianto	18	3.2	25	4.5	55	9.9	145	26.0	225	40.3	90	16.1	558
Altro	20	4.8	20	4.8	50	12.1	106	25.6	140	33.8	78	18.8	414
Totale*	2.105	2.4	4.209	4.8	9.355	10.7	19.477	22.3	29.306	33.6	22.826	26.2	87.278

Fonte: RIPO

La percentuale di endoprotesi eseguite su pazienti ultranovantenni si è mantenuta stabile negli anni, ed è attualmente pari al 16,3%. Ciò rappresenta un dato cui porre attenzione per gli inevitabili problemi anestesilogici e di riabilitazione che tali pazienti presentano. Altrettanto stabile è stata la percentuale di artroprotesi primarie eseguite su pazienti con età inferiore ai 50 anni (9,9%). Anche questa categoria deve essere considerata con particolare attenzione in quanto vengono richiesti ai dispositivi medici prestazioni e durate nel tempo superiori a quelle standard.

Tab. 1.8 – Età media dei pazienti sottoposti a protesizzazione d'anca per tipologia di intervento

Tipo di intervento	Età media	Range di variabilità
Protesi primaria	66.6	14-101
Endoprotesi	82.8	20-109
Protesi di rivestimento	51.4	15-81
Reimpianto	69.6	17-98
Globale	70.8	14-109

Fonte: RIPO

Tab. 1.9 – Età media dei pazienti sottoposti a protesizzazione d'anca per tipologia di intervento (anno 2000 e 2009)

Tipo di intervento	Anno intervento 2000		Anno intervento 2009	
	Età media	Range di variabilità	Età media	Range di variabilità
Protesi primaria	66.5	16-100	66.6	14-97
Endoprotesi	82.9	32-104	83.4	20-102
Reimpianto	69.1	23-98	69.4	29-97
Globale	71.0	16-104	70.6	14-102

Fonte: RIPO

Tab. 1.9 bis – Età media dei pazienti affetti da coxartrosi sottoposti a protesizzazione d'anca per tipologia di intervento (anno 2003 e 2009)

Tipo di intervento	Anno intervento 2003*		Anno intervento 2009	
	Età media	Range di variabilità	Età media	Range di variabilità
Protesi di rivestimento	49.8	18-72	53.2	21-77

* Il confronto è fatto con l'anno 2003, primo anno di rilevazione del dato

Fonte: RIPO

L'età media dei pazienti trattati sia con protesi totale che con protesi parziale (impiantata quasi esclusivamente per frattura di collo di femore) si è innalzata nel decennio esaminato per la popolazione femminile, in linea con il progressivo invecchiamento della popolazione. Si è invece leggermente abbassata per la popolazione maschile.

Tab. 1.10 – Età media dei pazienti affetti da coxartrosi sottoposti a protesizzazione d'anca per sesso (anno 2000 e 2009)

Sesso	Interventi primari convenzionali			
	Anno intervento 2000		Anno intervento 2009	
	Età media	Range di variabilità	Età media	Range di variabilità
Maschi	67.4	33-92	66.8	24-91
Femmine	68.9	31-91	70.0	25-92

Fonte: RIPO

Limitando l'analisi ai soli interventi eseguiti per il trattamento della coxartrosi primitiva (che rappresenta oltre il 65% delle indicazioni all'intervento di elezione) si osserva che il genere maschile non ha mostrato una variazione significativa dell'età media cui accede all'intervento, mentre nel genere femminile si osserva un innalzamento di circa 1,5 anni.

Tab. 1.11 – Numero di interventi di protesi d'anca effettuati su pazienti con data di ricovero compresa fra il 1 gennaio 2000 e 31 dicembre 2009, per tipo di intervento e sesso dei pazienti

Tipo intervento	Maschi		Femmine		Totale
	N.	%	N.	%	N.
Artroprotesi	21.076	38.6	33.462	61.4	54.538
Endoprotesi	5.305	24.4	16.435	75.6	21.740
Reimpianto	2.789	31.4	6.081	68.6	8.870
Espianto	201	36.0	357	64.0	558
Protesi di rivestimento	772	66.7	386	33.3	1.158
Altro	160	38.6	254	61.4	414
Totale	30.303	34.7	56.975	65.3	87.278

Fonte: RIPO

Le donne vengono operate con protesi d'anca con frequenza maggiore rispetto all'uomo, sia a causa della maggiore incidenza di patologie congenite (displasia o lussazione congenita dell'anca), sia a causa dei fattori ormonali che rendono le ossa ed in particolare il femore, maggiormente soggetti alle fratture nell'età postmenopausale.

Tab. 1.12 – Numero di interventi di artroprotesi primarie effettuati su pazienti con data di ricovero compresa fra il 1 gennaio 2000 e il 31 dicembre 2009, per diagnosi

Diagnosi nelle artroprotesi primarie	Numerosità	Valori %
Artrosi primaria	36.293	66.8
Esiti di LCA e DCA	6.120	11.3
Frattura collo femore	4.869	9.0
Necrosi testa femore (idiopatica, da dialisi, da cortisone)	3.131	5.8
Artrosi post traumatica	1.330	2.4
Necrosi post traumatica	757	1.4
Artriti reumatiche	669	1.2
Esiti frattura collo femore	371	0.7

Capitolo 1 - Contesto di Riferimento

<i>Diagnosi nelle artroprotesi primarie</i>	<i>Numerosità</i>	<i>Valori %</i>
Esito epifisiolisi	150	0.3
Esito morbo di Perthes	126	0.2
Esiti coxite settica	97	0.2
Tumore	94	0.2
Esiti morbo di Paget	62	0.1
Esiti coxite TBC	43	0.1
Altro	187	0.3
Totale**	54.299	100.0

**239 dati mancanti, pari allo 0.4% della casistica

Fonte: RIPO

1.4.2 Statistica descrittiva dei pazienti protesi ginocchio

Tab. 1.13 – Numero di interventi di artroprotesi di ginocchio effettuati su pazienti con data di ricovero compresa fra il 1 luglio 2000 e il 31 dicembre 2009, per tipo di intervento e classi d'età dei pazienti all'intervento

<i>Tipo intervento</i>	<i><40</i>		<i>40-49</i>		<i>50-59</i>		<i>60-69</i>		<i>70-79</i>		<i>≥80</i>		<i>Totale</i>
	<i>N.</i>	<i>%</i>	<i>N.</i>	<i>%</i>	<i>N.</i>	<i>%</i>	<i>N.</i>	<i>%</i>	<i>N.</i>	<i>%</i>	<i>N.</i>	<i>%</i>	
Bi-tricomp	126	0.4	398	1.1	2.367	6.7	10.624	29.9	17.980	50.7	3.999	11.3	35.494
Unicomp	9	0.2	122	2.5	851	17.7	2.007	41.7	1.537	31.9	286	5.9	4.812
Reimpianto	14	0.5	66	2.6	227	8.9	764	29.9	1.181	46.2	302	11.8	2.554
Espiamento	7	1.3	16	3.0	62	11.8	169	32.1	224	42.6	48	9.1	526
Solo rotula	2	0.7	8	2.9	19	7.0	92	33.8	127	46.7	24	8.8	272
Altro	22	4.5	40	8.3	114	23.6	156	32.2	134	27.7	18	3.7	484
Totale*	180	0.4	650	1.5	3.640	8.2	13.812	31.3	21.183	48.0	4.677	10.6	44.142

* In 2 casi (0.005%) non è stato comunicato il dato al RIPO

Fonte: RIPO

Tab. 1.14 - Età media dei pazienti sottoposti a protesizzazione di ginocchio per tipologia di protesi nel periodo 2000-2009

<i>Tipo di intervento</i>	<i>Età media</i>	<i>Range di variabilità</i>
Primario bi/tricompartimentale	70.9	13-94
Primario unicompartmentale	66.6	32-91
Reimpianto	69.9	26-90
Totale	70.3	13-94

Fonte: RIPO

Tab. 1.15 - Età media dei pazienti sottoposti a protesizzazione di ginocchio per tipologia di protesi (anni 2001 e 2009)

<i>Tipo di intervento</i>	<i>Anno intervento 2001*</i>		<i>Anno intervento 2009</i>	
	<i>Età media</i>	<i>Range di variabilità</i>	<i>Età media</i>	<i>Range di variabilità</i>
Primario bi/tricompartimentale	71.2	23-92	70.4	23-90
Primario unicompartmentale**	68.9	45-87	65.9	36-88
Reimpianto***	71.7	26-87	68.8	27-90

* Il confronto è fatto con l'anno 2001, primo anno di rilevazione del dato.

** La differenza osservata nell'età media all'intervento primario unicompartmentale nel 2001 rispetto a quella osservata nel 2009 è statisticamente significativa (t-test, p=0.001)

*** La differenza osservata nell'età media all'intervento di reimpianto nel 2001 rispetto a quella osservata nel 2009 è statisticamente significativa (t-test, p=0.004)

Fonte: RIPO

I dati della tabella mostrano che recentemente si è significativamente abbassata l'età media di impianto delle protesi di ginocchio ed in particolare delle protesi unicompartmentali. Così come si verifica nella protesizzazione dell'anca, il sesso femminile è quello maggiormente interessato. Nella protesizzazione di ginocchio la differenza tra i due sessi è ancor più accentuata

Tab. 1.16 - Numero di interventi di protesica di ginocchio effettuati su pazienti con data di ricovero compresa fra il 1 luglio 2000 e il 31 dicembre 2009, per tipo di intervento e sesso dei pazienti

Tipo intervento	Maschi		Femmine		Totale
	N.	%	N.	%	N.
Bi/tricompartmentale	9.467	26.7	26.028	73.3	35.495
Unicompartmentale	1.499	31.1	3.314	68.9	4.813
Reimpianto	632	24.7	1.922	75.3	2.554
Espianto	190	36.1	336	63.9	526
Solo rotula	62	22.8	210	77.2	272
Altro	171	35.3	313	64.7	484
Totale	12.021	27.2	32.123	72.8	44.144

Fonte: RIPO

Tab. 1.17 - Numero di interventi di artroprotesi unicompartmentali primarie effettuati su pazienti con data di ricovero compresa tra il 01/07/2000 e il 31/12/2009, per diagnosi

Diagnosi nelle protesi unicompartmentali primarie	Numerosità	Valori %
Artrosi primaria	4.112	85.7
Necrosi condilo	275	5.7
Deformità	226	4.7
Artrosi post-traumatica	59	1.2
Necrosi post-traumatica	48	1.0
Necrosi idiopatica	30	0.6
Esito frattura	16	0.3
Artrite reumatica	12	0.3
Esito osteotomia	9	0.2
Altro	10	0.2
Totale*	4.797	100.0

* in 16 casi (0,3%) non è stato comunicato il dato al RIPO

Fonte: RIPO

Tab. 1.18 - Numero di interventi di protesi bi/tricompartmentali primarie effettuati su pazienti con data di ricovero compresa tra il 01/07/2000 e il 31/12/2009, per diagnosi

Diagnosi nelle protesi bi/tricompartmentali primarie	Numerosità	Valori %
Artrosi primaria	30.747	87.0
Deformità	2.200	6.2
Artrite reumatica	628	1.8
Artrosi post-traumatica	619	1.8
Esito frattura	458	1.3
Esito osteotomia	235	0.7
Necrosi condilo	204	0.6
Necrosi post-traumatica	52	0.1
Esito di artrite settica	45	0.1
Necrosi idiopatica	32	0.1
Esito polio	27	0.1
Tumore	12	0.03
Altro	100	0.3
Totale*	35.359	100.0

* 136 dati mancanti, pari allo 0,4% della casistica degli interventi primari

Fonte: RIPO

Capitolo 1 - Contesto di Riferimento

1.4.3. Statistica descrittiva dei pazienti protesi di spalla

Di seguito sono riportati alcuni dati relativi alle protesi di spalla, conseguenti alle rilevazioni del RIPO che per questa tipologia di intervento raccoglie i dati a partire dall'1 luglio 2008.

Tab. 1.19 – Numero di interventi di protesi di spalla effettuati su pazienti con data di ricovero compresa fra il 1 luglio 2008 e il 31 dicembre 2009, per tipo di intervento

<i>Tipo di intervento</i>	<i>Numero interventi</i>	<i>Valori percentuali</i>
Artroplastica totale anatomica	54	9.6
Artroplastica totale inversa	254	45.2
Emiartroplastica	167	29.7
Protesi di copertura	38	6.8
Revisioni	44	7.8
Espianti	5	7.8
Totale	562	100.0

Fonte: RIPO

Tab. 1.20 - Numero di interventi di protesi di spalla effettuati su pazienti con data di ricovero compresa fra il 1 luglio 2008 e il 31 dicembre 2009, per tipo di intervento e sesso dei pazienti

<i>Tipo intervento</i>	<i>Maschi</i>		<i>Femmine</i>		<i>Totale</i>
	<i>N.</i>	<i>%</i>	<i>N.</i>	<i>%</i>	<i>N.</i>
Artroplastica totale anatomica	21	13.6	33	8.1	54
Artroplastica totale inversa	43	27.9	211	51.7	254
Emiartroplastica	56	36.4	111	27.2	167
Protesi di rivestimento	20	13.0	18	4.4	38
Revisioni	12	7.8	32	7.9	44
Espianti	2	1.3	3	0.7	5
Totale	154	100.0	408	100.0	562

Fonte: RIPO

Tab. 1.21 – Numero di interventi primari di spalla effettuati su pazienti con data di ricovero compresa fra il 1 luglio 2008 e il 31 dicembre 2009, per età media e sesso dei pazienti

<i>Sesso</i>	<i>n.</i>	<i>%</i>	<i>Età media</i>	<i>I.C. al 95%</i>
Maschi	120	25.3	65.9	63.5-68.3
Femmine	355	74.7	72.5	71.7-73.3

Fonte: RIPO

Il Registro dell'Implantologia Protesica Ortopedica (RIPO). Il Registro dell'Implantologia Protesica Ortopedica (RIPO) è stato istituito presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli nel 1990. Per i primi 10 anni di attività (1990-1999) esso ha elaborato i dati relativi alle sole protesi totali d'anca effettuate al Rizzoli (circa 7.600 interventi primari e circa 1.900 reimpianti). Dal gennaio 2000 l'attività del RIPO è stata allargata a tutti i 63 centri pubblici e privati accreditati per la Chirurgia Ortopedica della regione Emilia-Romagna prevedendo la registrazione dei dati relativi non solo alla protesi totale d'anca, ma anche alla protesi parziale d'anca, a quella di ginocchio e più recentemente a quella di spalla. La sede del registro è rimasta presso il Laboratorio di Tecnologia Medica dell'Istituto Ortopedico Rizzoli. Collaborano alla gestione del RIPO un biologo, tre statistici e personale amministrativo esclusivamente dedicato.

Le finalità del registro sono essenzialmente tre:

- fornire dati epidemiologici sugli interventi di protesizzazione dell'anca e del ginocchio e della spalla;
- monitorare l'efficacia delle diverse tipologie di protesizzazione, anche in rapporto alla clinica del paziente, alla terapia e ai fattori di rischio;
- condurre sorveglianza post-marketing dei dispositivi medici.

La procedura adottata dal RIPO prevede che per ogni intervento di protesi d'anca, di ginocchio o di spalla (sia esso primario che di revisione di impianto mobilizzato) venga compilata una scheda che contiene i dati identificativi del paziente, la patologia che ha reso necessario l'intervento, le profilassi antibiotiche ed antitromboemboliche, l'eventuale utilizzo di innesti ossei, le eventuali complicazioni nel periodo perioperatorio. Vengono inoltre registrate, utilizzando le etichette autoadesive allegate alla protesi, il nome commerciale, il lotto di produzione di ogni singola componente e la tipologia di cemento osseo eventualmente utilizzata per la fissazione dell'impianto.

L'esito dell'intervento (e quindi la sua efficacia) viene monitorata utilizzando come end-point la eventuale rimozione dell'impianto stesso. La diffusione dei dati del Registro avviene tramite report periodici che vengono consegnati ai responsabili di tutti i reparti chirurgici. I dati aggregati sono visibili nel sito: <http://ripo.cineca.it>. L'adesione dei centri ortopedici al registro è quasi totale; circa il 94% degli interventi vengono comunicati. Alla data del 31 dicembre 2009 il RIPO aveva registrato dati relativamente a 87.278 protesi d'anca, 44.142 protesi di ginocchio e 562 protesi di spalla.

Il Registro degli Espianti Protesi Ortopediche (REPO). Presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli è attivo da fine 2001 anche il *Registro degli Espianti Protesi Ortopediche (REPO)*. Nel 2010 sono pervenuti al REPO 419 protesi articolari o parti di esse espantate presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli (erano state 365 nel 2009). Nella tabella che segue sono riportati i dati relativi alle protesi trasmesse al REPO, distinte per reparto.

Tab. 1.22 – Numero protesi trasmesse al REPO, per reparto (anno 2010)

<i>Reparto</i>	<i>Protesi anca ricevute</i>	<i>Protesi ginocchio ricevute</i>	<i>Altre protesi articolari</i>	<i>Segnalazioni incidente</i>
Ortopedia-Traumatologia e Chir. protesica	115	7	2	28
Clinica I	70	18	1	3
Clinica II	16	18	1	1
Clinica III	6	27	1	8
Clinica IV – oncol.	20	34	2	13
Chir. Ricostruttiva articolare	16	8	0	0
Chir. Spalla	0	0	4	0
Sport	1	0	0	0
Dozzinanti	4	0	1	4
Chir. Deformità rachide	0	0	13	0
Rianimazione	1	0	1	1
Chir. Vertebrale oncol./degen.	0	0	13	7
Ortopedia Bentivoglio	18	0	0	4
Ospedale Maggiore	1	0	0	1
Totale	268	112	39	70

Fonte: RIPO

Nel 2010 è stata applicata regolarmente la procedura per la gestione del Registro degli Espianti Protesi Ortopediche PG19 DS che definisce il percorso che seguono i dispositivi dal momento dell'espianto in Sala Operatoria all'archiviazione. Sul campione, dal momento del ricevimento presso il Laboratorio di Tecnologia Medica, sono state eseguite le seguenti procedure:

- verifica della corrispondenza tra identificativo apposto sul campione e modulo di accompagnamento firmato da personale di Sala Operatoria ed autisti incaricati del trasporto;
- registrazione ed assegnazione di un codice numerico interno;
- trattamento preliminare di detersione con soluzione enzimatica (DIALZIMA H) allo 0,5% per 12 ore;
- trattamento di sterilizzazione in soluzione di formalina al 4% per 24 ore;
- asciugatura in aria e conservazione a temperatura ambiente.

I dispositivi espantati, conservati a cura del REPO, sono resi disponibili a tutti i ricercatori che ne facciano motivata richiesta a scopo di studio. Recentemente alcune delle protesi conservate nel REPO sono state analizzate con questi fini:

- determinazione delle cause di fallimento e modalità di collasso del materiale in colli modulari fratturati di protesi d'anca;
- determinazione dei fenomeni di *fretting* nelle zone di modularità;
- analisi degli accoppiamenti articolare ceramica-ceramica, per lo studio dei fenomeni di usura della testina e di *chipping del liner*;
- analisi della microstruttura dei frammenti dei componenti ceramici fratturati;
- analisi del *pattern* di usura del polietilene in protesi totali e monocompartimentali di ginocchio.

Oltre che per scopo di studio i dispositivi sono conservati a fini medico-legali, legate alle segnalazioni di incidente o mancato incidente. Il REPO ha collaborato alla segnalazione al Ministero della Salute di 70 dispositivi cui è occorso incidente (contro i 26 del 2009 ed i 15 del 2008).

1.5 Accordi di fornitura

Il Rizzoli partecipa all'offerta di servizi e prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale con gli ospedali dell'area metropolitana, ma si diversifica da questi in quanto istituto monospecialistico ortopedico con bacino d'utenza nazionale. Esso eroga per i residenti dell'area metropolitana bolognese il 3% circa del consumo totale di ricoveri e prestazioni ortopedico-traumatologiche-riabilitative. L'Istituto, inoltre, è riferimento per diverse patologie in settori superspecialistici quali l'ortopedia in età pediatrica, i tumori dell'apparato muscolo-scheletrico, la chirurgia vertebrale, la chirurgia ortopedica del distretto spalla-gomito.

Assieme alle altre aziende sanitarie pubbliche della provincia di Bologna il Rizzoli partecipa al percorso di pianificazione integrata delle politiche di sviluppo di medio-lungo periodo e degli obiettivi strategici che ne discendono, utilizzando lo strumento dell'Accordo di fornitura per la declinazione operativa dei programmi annuali. Nel 2010, come già negli anni precedenti, il Rizzoli ha stipulato un accordo di fornitura con

l'azienda sanitaria territoriale di riferimento (Azienda USL di Bologna) ed anche con l'Azienda USL di Imola.

1.5.1 Accordo di fornitura tra Rizzoli ed Azienda USL di Bologna

La definizione degli obiettivi di produzione del sistema pubblico dell'area metropolitana bolognese tiene conto dei risultati conseguiti dagli accordi di fornitura precedenti in termini di volumi di produzione e di volumi economici di scambio tra le aziende, oltre che dei seguenti elementi di contesto:

- esigenza di recuperare la mobilità passiva extraprovinciale per alcune tipologie di interventi;
- partecipazione alla riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni cosiddette critiche (es. Risonanza Magnetica);
- necessità di riqualificare la produzione ambulatoriale e di Pronto Soccorso non seguito da ricovero;
- necessità di individuare azioni congiunte di respiro poliennale mirate a massimizzare i livelli di integrazione, tenuto conto del tendenziale incremento delle condizioni di autosufficienza produttiva locale e delle specifiche missioni in aree di eccellenza proprie dei soggetti produttori;
- necessità di garantire percorsi appropriati per tutto l'iter diagnostico-terapeutico dei pazienti.

Nella definizione delle tipologie, dei volumi di produzione e di scambio delle prestazioni di *ricovero*, *specialistica ambulatoriale*, *pronto soccorso non seguito da ricovero* è stato preso come principio ispiratore il criterio dell'appropriatezza di produzione e della qualità dei servizi, nonché l'adeguamento delle strutture di produzione alle richieste di rimodulazione della rete provinciale, con l'obiettivo di fornire localmente i massimi livelli di erogazione di prestazioni di ricovero nelle discipline di base e/o di media assistenza, riservando invece la produzione di prestazioni di alta specializzazione ai centri individuati dalla programmazione attuativa regionale e provinciale (in campo ortopedico l'Istituto Ortopedico Rizzoli). L'accordo di fornitura tra il Rizzoli e l'Azienda USL di Bologna definisce congiuntamente sia gli obiettivi di produzione, sia gli obiettivi di appropriatezza.

Per l'anno 2010 la principale novità riguarda l'attuazione della riorganizzazione dell'ortopedia nell'area metropolitana che vede quindi ridisegnare l'accordo di fornitura, in considerazione della nuova tipologia di struttura rappresentata dalla Ortopedia Bentivoglio (con gestione affidata al Rizzoli dal settembre 2009). L'attività di tale unità operativa è sotto la responsabilità e il governo dell'Istituto, ma deve rispondere a precisi *obiettivi di area* come la riduzione delle liste di attesa per interventi ortopedici dell'area Bologna Nord, la qualificazione dell'attività ambulatoriale del corrispettivo territorio, la riduzione della mobilità passiva dell'area stessa.

L'obiettivo relativo all'appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici prevede la riduzione di trattamento in regime ordinario per quei ricoveri che rientrano tra i 79 DRG potenzialmente inappropriati segnalati dalla Regione con il contestuale trasferimento ad altri regimi di ricovero (ad esempio *day hospital* o *day surgery*). L'accordo, come negli anni precedenti, contempla inoltre specifiche azioni relative alla politica del farmaco da attivare al fine del raggiungimento degli obiettivi che discendono dalle principali indicazioni normative in materia.

Capitolo 1 - Contesto di Riferimento

La produzione 2010. Per l'attività di degenza 2010 l'accordo tiene conto anche di quanto espresso nella delibera della Giunta Regionale n. 608/2009 in merito alle funzioni *hub* riconosciute al Rizzoli dalla Regione Emilia-Romagna.

L'accordo economico per la parte degenza è pari a 22.470.056 euro, dei quali però 2.745.456 euro riguardano l'attività dell'unità operativa Ortopedia Bentivoglio. Al netto dell'Ortopedia Bentivoglio l'accordo prevede dunque, per la degenza, un valore pari a 19.724.600 euro (+2,2% rispetto al 2009, quando per l'attività di degenza era previsto un valore di 19.300.000 euro). Rispetto al 2009 sono confermati gli obiettivi di produzione volti ad incrementare i DRG ad alta complessità (ortopedia oncologica, chirurgia vertebrale, ortopedia pediatrica, chirurgia protesica, chirurgia piede e spalla).

Riguardo all'attività di degenza post-acuta e riabilitativa, allo scopo di garantire percorsi di continuità assistenziale appropriati ed integrati col territorio, è stata mantenuta la dotazione prevista già nel 2009 di posti letto presso strutture riabilitative esterne, e richiesta la partecipazione alla attività della CEMPA (centrale unica metropolitana).

Sia per l'attività di Pronto Soccorso, sia per la produzione di prestazioni di specialistica ambulatoriale l'accordo 2010 non introduce particolari variazioni rispetto ai valori degli anni precedenti.

Politica del farmaco e promozione dell'appropriatezza prescrittiva. Per le tipologie di farmaci di cui alla circolare n.10 del 6 giugno 2002 e circolare n.20 del 12 dicembre 2003 della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna, l'accordo di fornitura con l'Azienda USL di Bologna per il 2010 prevede un mantenimento dei valori agli anni precedenti.

La regolamentazione della mobilità è effettuata tramite attivazione del file F, mentre quanto dovuto a copertura dei costi sostenuti per lo svolgimento delle attività di distribuzione diretta effettuata dalla Farmacia ai sensi della legge n.405/2001, è contabilizzato con fatturazione separata.

Con l'accordo l'Azienda USL di Bologna ed il Rizzoli si sono reciprocamente impegnate a:

- adottare le raccomandazioni della *Commissione linee guida, indicatori farmaci, farmacovigilanza* (CLIFF) ed il Prontuario Provinciale anche nella prescrizione in dimissione e nella prescrizione ambulatoriale almeno nel 70% dei casi definendo congiuntamente adeguati sistemi di verifica;
- promuovere la prescrizione dei principi attivi commercializzati anche come equivalenti (generici), con particolare riguardo ai principi attivi appartenenti a classi e/o sottoclassi terapeutiche sulle quali la *Commissione Terapeutica Provinciale* (CTP) ha espresso valutazioni di sovrapposibilità in termini di efficacia clinica e sicurezza, assumendoli come farmaci di riferimento sia nella prescrizione in dimissione, sia nella prescrizione ambulatoriale;
- realizzare iniziative di informazione e formazione necessarie alla diffusione delle raccomandazioni, linee guida, protocolli terapeutici, così come concordato nell'ambito della CLIFF e della CTP secondo gli indirizzi espressi nel paragrafo dedicato alle strategie comuni della *clinical governance*.

Una puntuale rendicontazione delle attività 2010 realizzate nell'ambito della politica del farmaco è riportata nel paragrafo 3.4.4.

Valore economico dell'accordo. Il valore economico dell'accordo, relativamente all'anno 2010, ammonta 25.701.056 euro. Come ricordato, il significativo aumento relativo al 2009 (+14,1%) è in larga parte dovuto alla valorizzazione dell'attività dell'unità Ortopedia Bentivoglio. L'andamento dei valori economici dell'accordo di fornitura tra Azienda USL di Bologna ed Istituto Ortopedico Rizzoli nel quinquennio 2006-2010 è riportato nella tabella seguente.

Tab. 1.23 – Valore economico dell'accordo di fornitura con l'Azienda USL di Bologna (anni 2006-2010; valore in euro)

	2006	2007	2008	2009	2010
Degenza	17.300.000	18.000.000	18.630.000	19.300.000	22.470.056*
Specialistica (compreso PS)	3.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000
Farmaci	302.330	500.000	600.000	220.000	231.000
Totale	20.602.330	21.500.000	22.230.000	22.520.000	25.701.056

* Include 2.745.456 euro attribuiti all'unità Ortopedia Bentivoglio.

Sistema di monitoraggio e verifica. In tema di controlli sull'attività di ricovero, l'accordo conferma innanzitutto l'obbligo del Rizzoli (erogante) di effettuare controlli interni sulla propria attività produttiva, sia sul versante amministrativo che su quello sanitario, al fine di "certificare" il prodotto erogato. All'Azienda USL di Bologna è riservata la possibilità di attivare controlli esterni, intesi soprattutto come controlli di merito e finalizzati non solo alle esigenze dell'accordo, utilizzando in primis il contenuto informativo delle *Schede di Dimissione Ospedaliera* (SDO), al fine di valutare la completezza delle informazioni (es. proposta di ricovero sempre correttamente compilata, tipo di ricovero in regime ordinario sempre correttamente compilato, ecc.), evidenziare fenomeni opportunistici di particolare rilevanza numerica o desumere indicazioni in ordine all'appropriatezza generica di alcune tipologie di ricovero. In quest'ambito il riferimento normativo principale resta l'allegato 7 della delibera della Giunta Regionale n.2126 del 19 dicembre 2005 che definisce le priorità individuate dalla Regione Emilia-Romagna in tema di controlli interni ed esterni. Nel caso in cui da quest'attività di screening su base informatica non sia possibile trarre conclusioni certe circa la correttezza dei comportamenti o circa l'appropriatezza dei ricoveri, tenuto conto della numerosità della base campionaria, è comunque prevista la possibilità di procedere:

- alla contestazione al produttore, attraverso nota formale, del gruppo di SDO individuate;
- a richiedere al committente una verifica diretta delle cartelle corrispondenti alle SDO individuate.

Relativamente all'attività specialistica ambulatoriale è ribadito l'obbligo della struttura erogante di effettuare controlli interni sulla propria attività produttiva, sia sul versante amministrativo che su quello sanitario, al fine di verificare che il prodotto erogato risulti conforme alle indicazioni che derivano dalla corretta applicazione del nomenclatore tariffario vigente.

1.5.2 Accordo di fornitura tra Rizzoli ed Azienda USL di Imola

L'Istituto Ortopedico Rizzoli ha sottoscritto anche nel 2010 un accordo di fornitura con l'Azienda USL di Imola per l'assistenza ai residenti sul territorio dell'azienda imolese.

Capitolo 1 - Contesto di Riferimento

L'accordo è relativo alle prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale, di pronto soccorso non seguite da ricovero e di politica del farmaco. Il valore dell'accordo 2010 risulta pari a 1.000.000 euro, dunque superiore all'anno precedente (+11,9%), ed è costruito sulla base dell'erogato 2009. Anche in questo caso nell'accordo viene ricompresa anche l'attività effettuata dall'unità Ortopedia Bentivoglio.

Tab. 1.24 – Valore economico annuo dell'accordo di fornitura con l'azienda di residenza Azienda USL di Imola (anni 2006-2010; valore in euro)

<i>Attività</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
Degenza	670.000	760.000	782.800	829.220	935.500
Specialistica e PS	56.000	80.000	66.720	62.000	62.000
Area Farmaci	30.000	30.000	45.000	2.500	2.500
Totale	756.000	870.000	894.520	893.720	1.000.000

Gli importi relativi all'accordo per attività di ricovero e specialistica ambulatoriale sono da considerarsi come volumi massimi ammissibili e non è previsto l'accoglimento di richieste di conguaglio a consuntivo, da parte del soggetto produttore, per superamento dei valori economici di riferimento. Gli importi relativi all'area farmaci sono valori previsionali, oggetto di verifica a consuntivo degli effettivi consumi con valutazione dell'appropriatezza prescrittiva.

CAPITOLO 2

Profilo aziendale



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



2. Profilo aziendale

In questa sezione è tratteggiato il “profilo aziendale” dell'Istituto Ortopedico Rizzoli con riferimento ad una pluralità di aspetti. Come per ogni organizzazione complessa, infatti, sono diverse le dimensioni su cui focalizzare l'attenzione – un fatto ancora più vero nel caso di un IRCCS, in cui convivono e sono chiamate ad integrarsi attività assistenziali e di ricerca scientifica.

In questo capitolo vengono pertanto presentati i dati di bilancio 2010 con particolare attenzione agli indicatori di sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale; l'impatto sul territorio della presenza e dell'operare dell'Istituto; il contributo che il Rizzoli fornisce alla copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nell'ambito del Servizio Sanitario sia regionale che nazionale; l'impegno alla ricerca ed alla didattica, oltre che l'assetto organizzativo dell'Istituto. Diversi sono gli elementi più significativi descritti in questa sezione.

Dal 2006 ad oggi l'Istituto ha certamente modernizzato la sua struttura organizzativa, accentuando differenziazione e specializzazione, ovvero dotandosi di unità operative appositamente incaricate di presidiare importanti ambiti quali il *risk management*, la gestione dell'innovazione tecnologica ed il *technology assessment*, la valorizzazione dei brevetti ed altro ancora. Allo stesso tempo la gestione di altre attività è stata esternalizzata, ad esempio tramite l'affidamento della manutenzione, delle pulizie, della gestione dell'impiantistica, della raccolta dei rifiuti ad un *global service*. Altre aree di attività prima in sofferenza, come la manutenzione, gestione e valorizzazione della parte monumentale, hanno trovato nuove soluzioni grazie ad importanti accordi con le fondazioni bancarie cittadine.

Ciò ha consentito di focalizzare energie e risorse per l'innovazione sulle attività centrali: assistenza e ricerca. Potenziamento dell'attività di *day surgery*, più forte integrazione nella rete sanitaria dell'ambito metropolitano, dispiegamento dell'assistenza ortopedica in ambito regionale secondo il modello *hub & spoke*, progressivo aumento della complessità dei casi trattati – questi sono alcuni elementi distintivi del profilo assistenziale che l'Istituto ha ridisegnato in questi anni.

A ciò si unisce, sul versante della ricerca, un sempre più forte impegno nella partecipazione ai bandi europei per il finanziamento della ricerca ed un inedito impegno sul versante della ricerca & sviluppo, testimoniato in primo luogo dalla partecipazione alla costruzione della Rete Regionale per l'Alta Tecnologia a cui l'Istituto partecipa con il Dipartimento Rizzoli RIT (*Research, Innovation & Technology*).

2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

La programmazione finanziaria regionale per il 2010 è stata impostata, in continuità con gli esercizi precedenti, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario per le aziende del Servizio Sanitario Regionale. Di seguito si presentano dati ed indicatori relativi a sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale per l'Istituto Ortopedico Rizzoli.

2.1.1 Sostenibilità Economica

Per l'Istituto Ortopedico Rizzoli l'esercizio 2010 si chiude con un utile pari 983.862 euro, con un significativo miglioramento rispetto al vincolo economico-finanziario assegnato dalla Regione che con delibera di Giunta n.234/2010 aveva definito il

Capitolo 2 - Profilo aziendale

quadro economico-finanziario entro il quale le aziende del Servizio Sanitario Regionale hanno poi predisposto gli strumenti di programmazione aziendali per il 2010. Gli indicatori proposti nelle pagine seguenti sono stati costruiti dal conto economico riclassificato, elaborato a livello regionale per il periodo 2008-2010 con riferimento alle aziende ospedaliere.

Tab. 2.1 - Risultato netto d'esercizio (anni 2008-2010; valori espressi in unità di euro)

	2008	2009	2010
Risultato netto d'esercizio	+184.308	+196.597	+983.862
Equilibrio di bilancio da Delibera Regionale	-887.929	-711.000	-318.960

Dal punto di vista gestionale, l'Istituto, dopo aver completato, nel 2009, quanto previsto dal Regolamento Organizzativo Rizzoli (ROR) e aver consolidato quelle azioni finalizzate ad accrescere gli strumenti di gestione idonei al raggiungimento degli obiettivi clinico-assistenziali all'interno dei vincoli di bilancio (processo di budget, perfezionamento degli strumenti di valutazione anche attraverso le attività svolte dal Nucleo Interno di Valutazione), si è trovato, nel 2010, nella necessità di affrontare e governare nuove complessità, legate in parte ai vincoli di finanziamento ed in parte alla realizzazione di alcuni accordi che hanno imposto un ri-orientamento della produzione:

- conferma dell'assegnazione per la ricerca corrente 2009 anche per il 2010 (in riduzione rispetto agli anni precedenti) da parte del Ministero della Salute;
- valorizzazione a TUC della casistica fuori Regione;
- conclusione dei finanziamenti regionali ad hoc per le stabilizzazioni della ricerca (pari a 0,9 milioni di euro da reperire nel bilancio dell'Istituto);
- accordo con la Regione Emilia-Romagna stipulato ai sensi della L. 133 del 6/8/2008 per le funzioni Hub dell'Istituto di alcune funzioni superspecialistiche (delibera della Giunta Regionale n. 608/2009);
- riorganizzazione dell'attività ortopedica in ambito metropolitano che ha portato, a partire dal mese di agosto 2009, alla chiusura notturna del Pronto Soccorso del Rizzoli; al trasferimento, dall'ospedale Maggiore al Rizzoli, della chirurgia vertebrale oncologica; all'affidamento al Rizzoli della gestione dell'Unità Operativa Complessa Ortopedia dell'ospedale di Bentivoglio.

Di seguito si riportano gli indicatori volti ad apprezzare le cause gestionali che hanno portato al risultato economico esposto in bilancio e a valutare il grado di incidenza dei costi caratteristici connessi con l'utilizzo dei principali fattori produttivi oltre che a conoscere la composizione dei costi caratteristici aziendali.

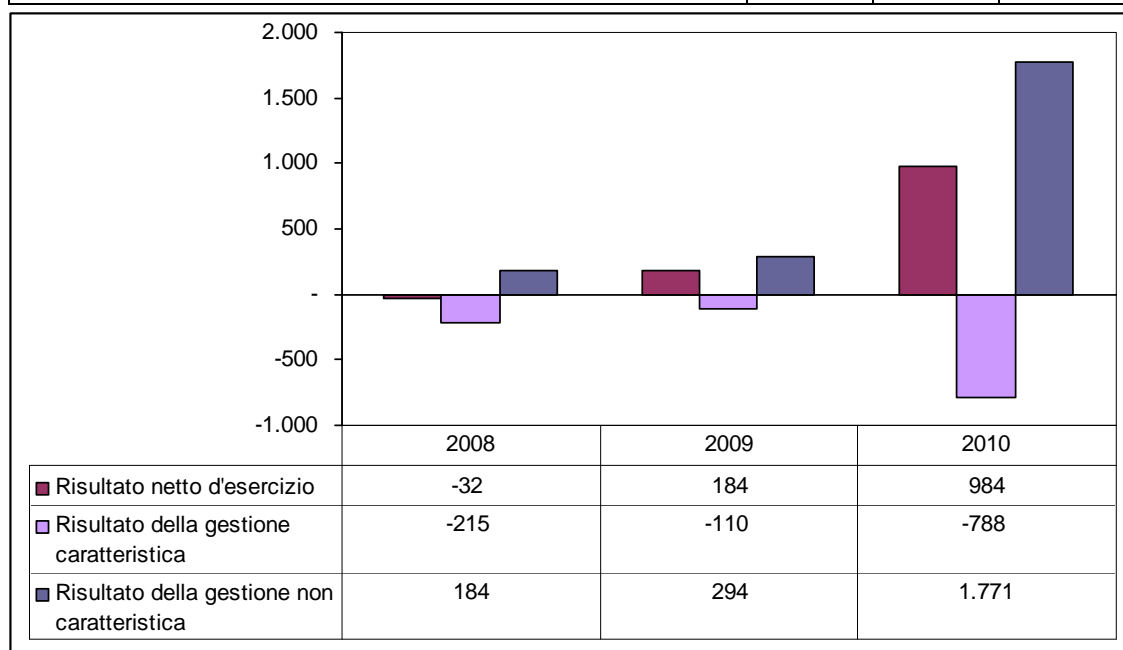
Nel grafico 2.1 è rappresentata l'incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto, nel periodo 2008-2010. Tale indicatore misura la performance dell'attività tipica dell'Istituto ed il contributo di quella a carattere episodico (straordinaria) alla formazione del risultato d'esercizio.

Il grafico evidenzia nel 2010 una sostanziale tenuta della *performance* aziendale rispetto all'esercizio precedente

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

Graf. 2.1 - Incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto (anni 2008-2010 - valori in migliaia di euro)

	2008	2009	2010
Risultato netto d'esercizio	184	197	984
Risultato della gestione caratteristica	-110	-980	-788
Risultato della gestione non caratteristica	294	1.177	1.771
<i>Incidenza della gestione caratteristica sul risultato netto</i>	-60%	-499%	-80%
<i>Incidenza della gestione non caratteristica sul risultato netto</i>	-159,6%	-598,5%	-180,0%



Tab. 2.2 - Risultati netti di esercizio dell'ultimo triennio in rapporto ai risultati complessivi regionali (valori in migliaia di euro e valore percentuale)

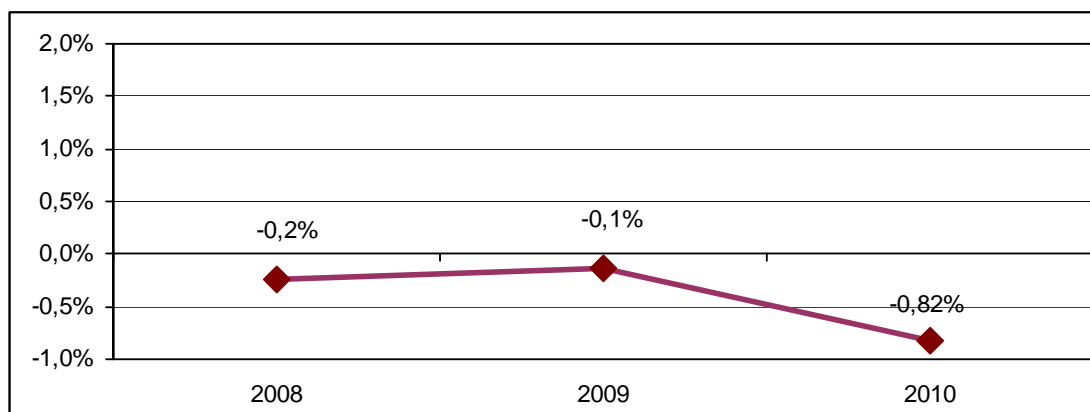
	2008	2009	2010
IOR	184	197	984
SSR	-77.242	-140.420	-119.393
Incidenza dei risultati di esercizio IOR risultati d'esercizio complessivi RER	-0,2%	-0,1%	-0,82%

L'indicatore di cui sopra misura l'apporto della gestione aziendale alla *performance* complessiva del sistema regionale, cioè il peso del risultato economico dell'Istituto Ortopedico Rizzoli rispetto a quello complessivo regionale.

Il Rizzoli è l'unica azienda "produttrice" della regione a chiudere l'esercizio con un utile. Il trend non mostra significativi scostamenti nel triennio 2008-2010. Di seguito si riporta la rappresentazione grafica.

Capitolo 2 - Profilo aziendale

Graf. 2.2 - Risultati netti di esercizio in rapporto ai risultati complessivi regionali (anni 2006-2009; valori in migliaia di euro)

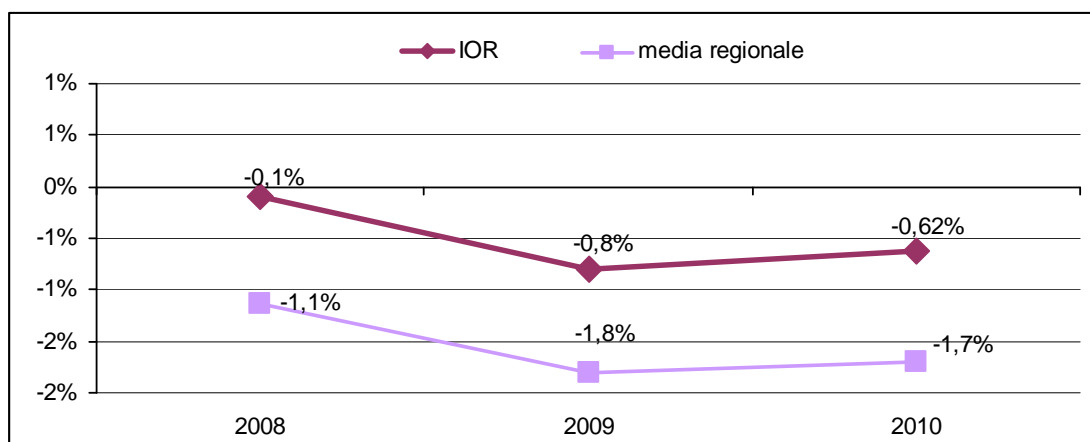


Tab. 2.3 - Risultati della gestione caratteristica (ROC) /ricavi disponibili, a confronto con i medesimi indicatori di livello regionale (anni 2008-2010; valori in migliaia di euro e valori percentuali)

	2008	2009	2010
Risultato operativo caratteristico	-110	- 980	-788
Ricavi disponibili	118.335	123.488	126.260
IOR	-0,09%	-0,79%	-0,62%
Media regionale	-1,1%	-1,8%	-1,7%

Per ricavi disponibili si intendono le risorse con le quali l'Istituto deve svolgere la propria attività tipica. L'indicatore misura l'incidenza del risultato della gestione caratteristica sulle risorse disponibili; tenuto conto che un comportamento ideale porterebbe l'indicatore allo 0%, si evidenzia per lo IOR un indicatore pari all'ideale, migliore rispetto alla media regionale. Di seguito si riportano gli stessi dati in forma grafica.

Graf. 2.3 - Risultati della gestione caratteristica (ROC)/ricavi disponibili a confronto con i medesimi indicatori di livello regionale (anni 2008-2010; valori percentuali)

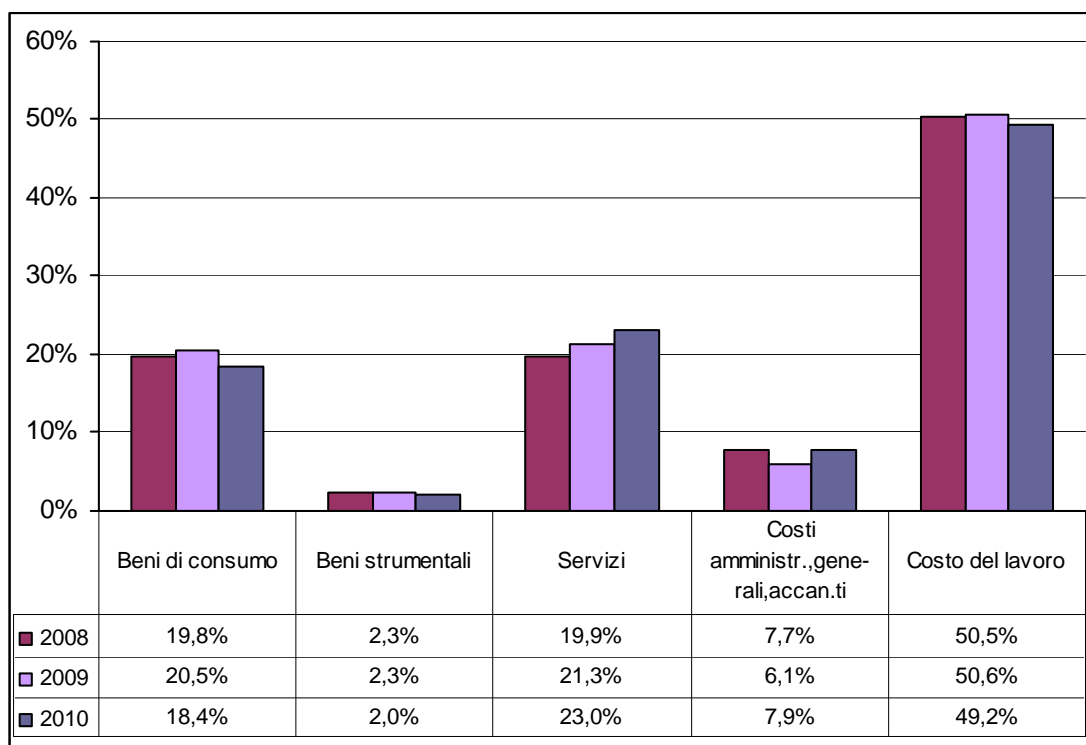


Il grafico seguente (2.4) rappresenta l'andamento, nel triennio 2008-2010, dei principali aggregati di fattori produttivi in rapporto ai ricavi disponibili. Dall'analisi di questo indicatore risulta evidente come le risorse aziendali in tutti i periodi presi a

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

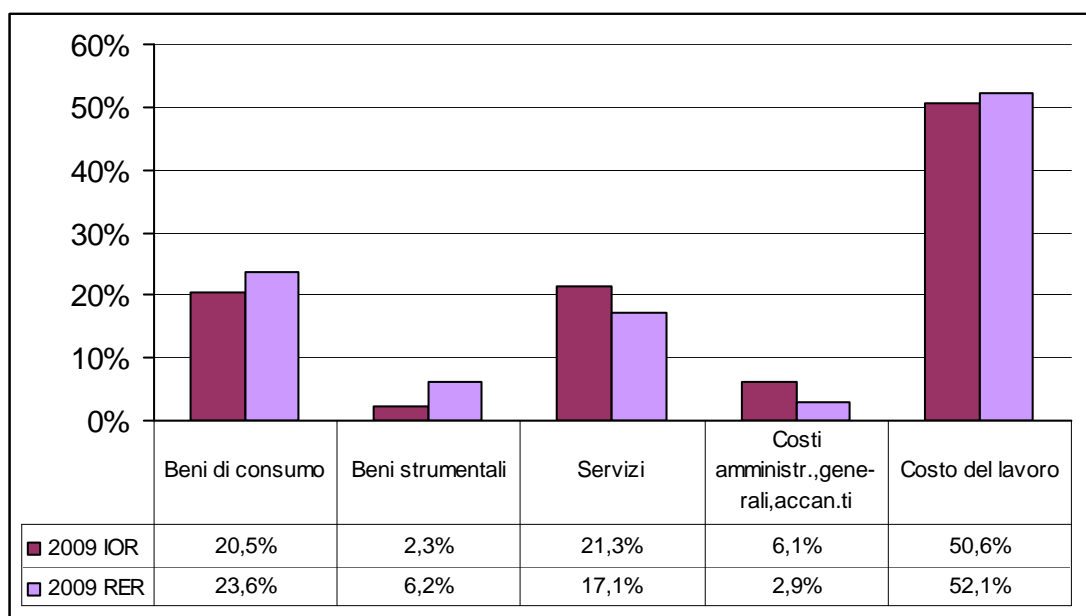
riferimento vengono assorbite principalmente dal costo del lavoro. Si registra un sensibile assorbimento dei costi dei servizi per effetto del *global service* avviato nel maggio del 2008 e a regime nel 2009.

Graf. 2.4 - Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili (anni 2008-2010; valori percentuali)



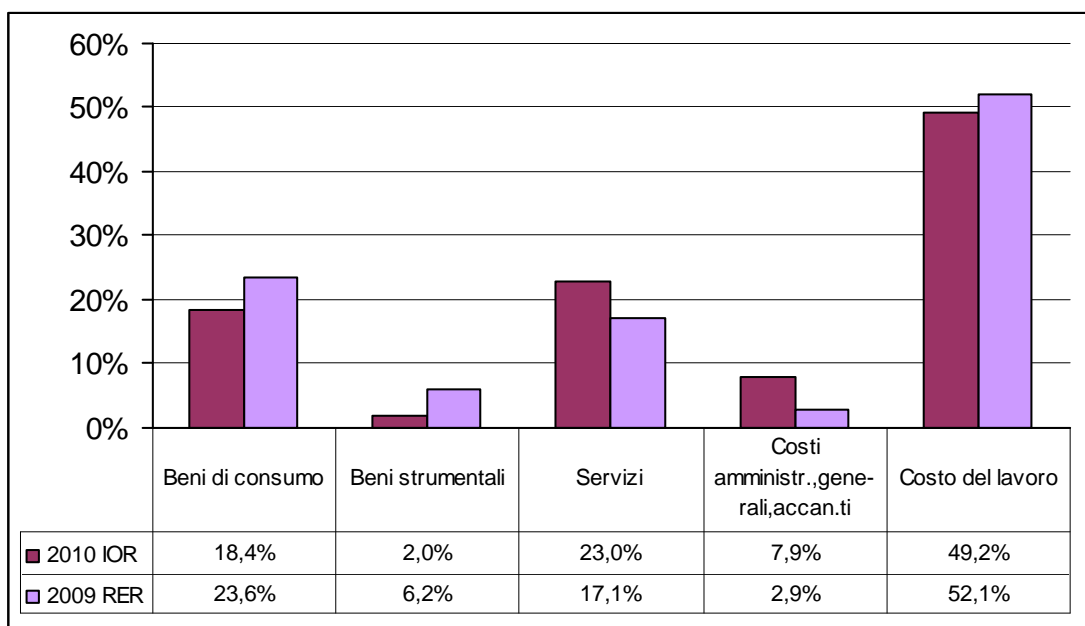
I grafici che seguono (2.5 e 2.6) mettono a confronto la realtà del Rizzoli con quella regionale (riferita alle sole aziende ospedaliere ed ospedaliero-universitarie), rispettivamente negli anni 2009 e 2010.

Graf. 2.5 - Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili e confronto con media regionale (anno 2009; valori percentuali)



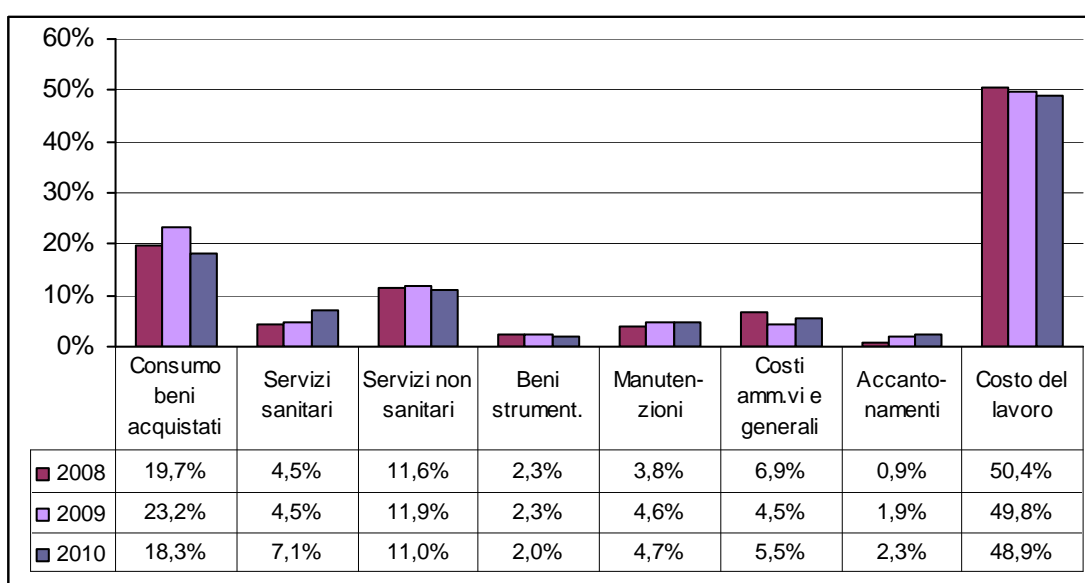
Capitolo 2 - Profilo aziendale

Graf. 2.6 - Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili e confronto con media regionale (anno 2010; valori percentuali)



Rispetto alla media regionale gli indici aziendali, sia per il 2009 che per il 2010, sono inferiori per quanto riguarda il costo di beni di consumo, strumentali ed il costo del lavoro, mentre appaiono superiori relativamente i costi di servizi, amministrativi e generali. Nel grafico seguente (2.7), le stesse categorie di fattori produttivi analizzate precedentemente rispetto ai ricavi disponibili, sono analizzate *rispetto al consumo totale di risorse impiegate*.

Graf. 2.7 - Composizione percentuale dei costi di esercizio annuali (anni 2008-2010; valori percentuali)



L'indicatore mostra la composizione percentuale dei costi per macro categorie di fattori produttivi sul totale annuo aziendale. Nel periodo preso a riferimento, il costo

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

dei beni di consumo unitamente a quello del personale dipendente, pur rappresentando la percentuale di maggior peso sul totale dei costi aziendali, evidenzia un *trend* decrescente, nonostante l'adeguamento ai contratti nazionali di lavoro. Si rileva, invece, un maggiore incidenza dei servizi sanitari legato ai costi di "prestazioni di degenza ospedaliera" derivante dall'attività di ortopedia a Bentivoglio (accordo Azienda USL di Bologna).

2.1.2 Sostenibilità Finanziaria

Tra gli indicatori individuati per l'analisi della sostenibilità finanziaria si colloca, innanzitutto, il rendiconto finanziario di liquidità (si veda tabella 2.4). Tale analisi dei flussi di liquidità ha l'obiettivo di rappresentare i movimenti in entrata ed in uscita intervenuti nelle risorse finanziarie aziendali, così da evidenziarne la variazione intervenuta nel periodo di riferimento. Analizzando i flussi di cassa generati nell'esercizio è possibile evidenziare quanto segue:

Tab. 2.4 – Rendiconto finanziario di liquidità (fonti e impieghi). Anni 2008-2010

	2008	2009	2010
Disponibilità liquide iniziali	5.256.995	-788.030	5.547.603
+/- liquidità generata/assorbita dalla gestione corrente	-13.357.723	14.054.885	8.892.377
+ fonti di liquidità extracorrente - impieghi di liquidità extracorrente	5.192.355	-7.719.252	-7.327.666
+ contributi per ripiano perdite es. precedenti	2.120.343	0	0
Disponibilità liquide finali	-788.030	5.547.603	7.112.314

Tab. 2.5 - Durata media esposizione verso i fornitori (giorni dalla data del protocollo; situazione al 31 dicembre di ogni anno; anni 2006-2010)

	2006	2007	2008	2009	2010
Giorni di ritardo dalla data protocollo IOR	390	270	90	90	90

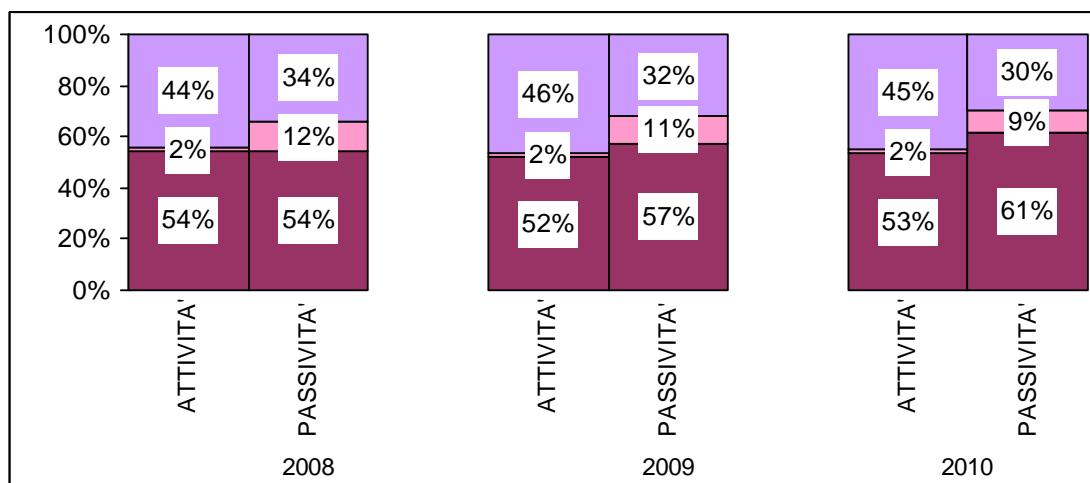
L'indicatore di cui sopra evidenzia che rispetto al 2006 e 2007 si sono drasticamente ridotti i tempi di pagamento. Nel'ultimo triennio i fornitori di beni e servizi sono stati pagati a 90 giorni (data protocollo IOR) e il personale non dipendente a 60 giorni.

2.1.3 Sostenibilità Patrimoniale

Gli indicatori per l'analisi della sostenibilità patrimoniale sono volti ad esaminare le condizioni da cui dipende la solidità del patrimonio aziendale, attraverso l'analisi della struttura degli investimenti e dei finanziamenti, a rilevare le dinamiche di investimento in atto, con particolare riferimento ai tassi di rinnovamento ed al grado di obsolescenza delle immobilizzazioni strumentali. Il grafico che segue mostra le condizioni da cui dipende la solidità del patrimonio aziendale attraverso l'analisi della struttura degli investimenti e dei finanziamenti.

Capitolo 2 - Profilo aziendale

Graf. 2.8 - Rappresentazione dello stato patrimoniale riclassificato in chiave finanziaria (anni 2008-2010)

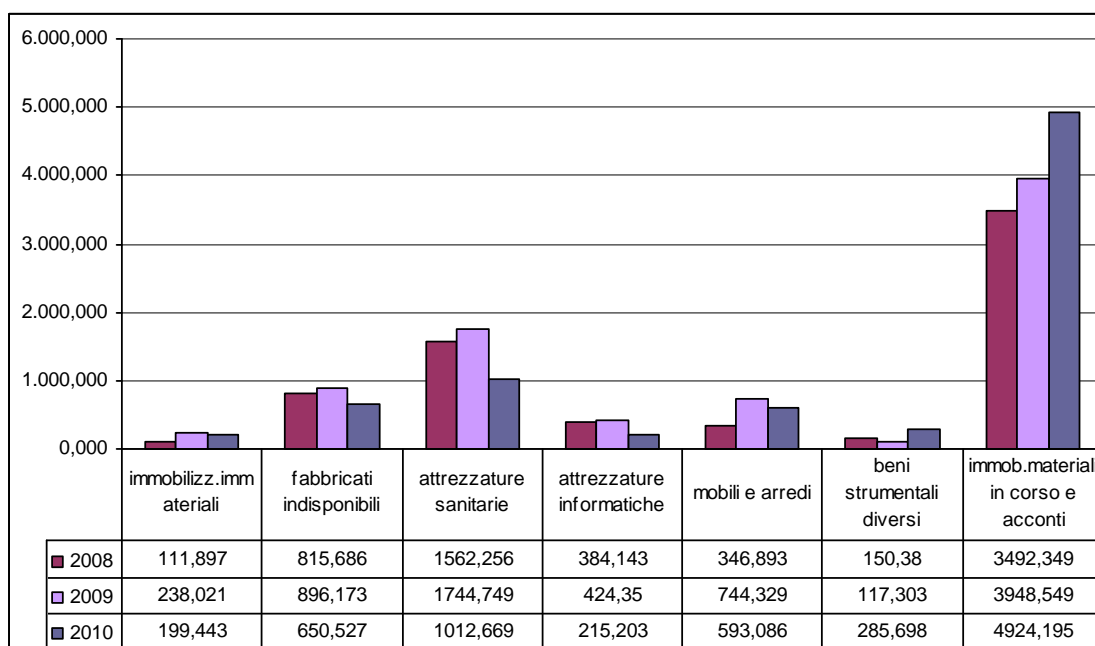


Tab. 2.6 – Sostenibilità patrimoniale anno 2010 (valori %)

ATTIVITA'		PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	53%	61%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	9%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	45%	30%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'

In una situazione di equilibrio l'attivo con patrimonio immobilizzato dovrebbe essere finanziato prevalentemente con patrimonio netto e finanziamenti di medio lungo periodo (ad es. mutui). Gli indicatori aziendali evidenziano per il 2010 un buon equilibrio patrimoniale, anche se si rileva un aumento delle passività a breve termine.

Graf. 2.9 - Valore assoluto nuovi investimenti per singola tipologia (valori in migliaia di euro; anni 2008-2010)



Tab. 2.7 - Totale investimenti lordi (anni 2008-2010; valori in migliaia di euro)

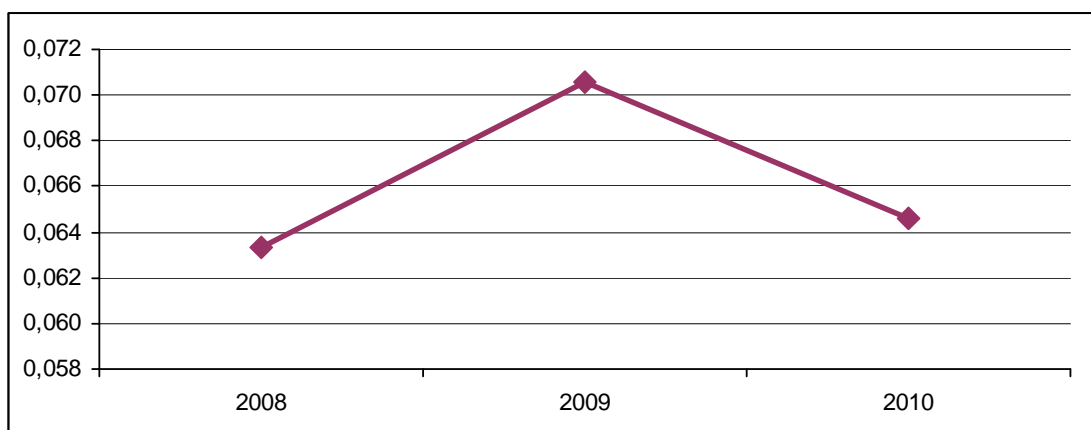
	2008	2009	2010
IMMATERIALI	1.336.934	1.574.955	1.752.027
MATERIALI	106.925.372	113.331.600	120.119.121
FINANZIARIE	164.670	72.682	77.682
TOTALE INVESTIMENTI LORDI	108.426.976	114.979.237	121.948.830
IMMATERIALI	111.897	238.021	199.443
MATERIALI	6.751.707	7.875.453	7.681.378
FINANZIARIE			5.000
di cui nuovi investimenti in IMMOBILIZZAZIONI	6.863.604	8.113.474	7.885.821
IMMATERIALI	210.505	298.734	389.900
MATERIALI	65.641.384	68.843.265	71.853.828
FINANZIARIE	164.670	72.682	77.682
valore residuo beni durevoli	66.016.559	69.214.681	72.321.410
IMMATERIALI	1.126.429	1.276.221	1.362.127
MATERIALI	41.283.988	44.488.337	48.265.294
FINANZIARIE	-	-	-
fondo ammortamento immobilizzazioni	42.410.417	45.764.558	49.627.421

Il totale investimenti lordi è stato calcolato sulla base delle indicazioni regionali: costo storico + incrementi + rivalutazioni – fuori uso – cessioni – svalutazioni + saldo lavori in corso. Il grafico (2.9) e la tabella (2.7) di cui sopra mostra la composizione dei nuovi investimenti. Per una descrizione analitica degli investimenti si rimanda al documento di bilancio sezione Nota Integrativa. L'analisi della situazione patrimoniale si completa con la valutazione della propensione dell'Istituto verso nuovi investimenti. L'indicatore sul grado di rinnovo del patrimonio dell'Istituto (tabelle 2.8 e grafico 2.10) mette in evidenza i nuovi investimenti di un anno sul totale di quelli realizzati fino al 31 dicembre, indipendentemente dalla fonte di finanziamento.

Tab. 2.8 – Grado di rinnovo del patrimonio dell'Istituto (anni 2008-2010; valori in migliaia di euro)

	2008	2009	2010
nuovi investimenti in immobilizzazioni (a)	6.864	8.113	7.881
totale investimenti lordi (b)	108.427	114.979	121.949
<i>indicatore grado di rinnovo del patrimonio: (a)/(b)</i>	0,06	0,07	0,06

Graf. 2.10 - Grado di rinnovo del patrimonio dell'Istituto (anni 2008-2010)



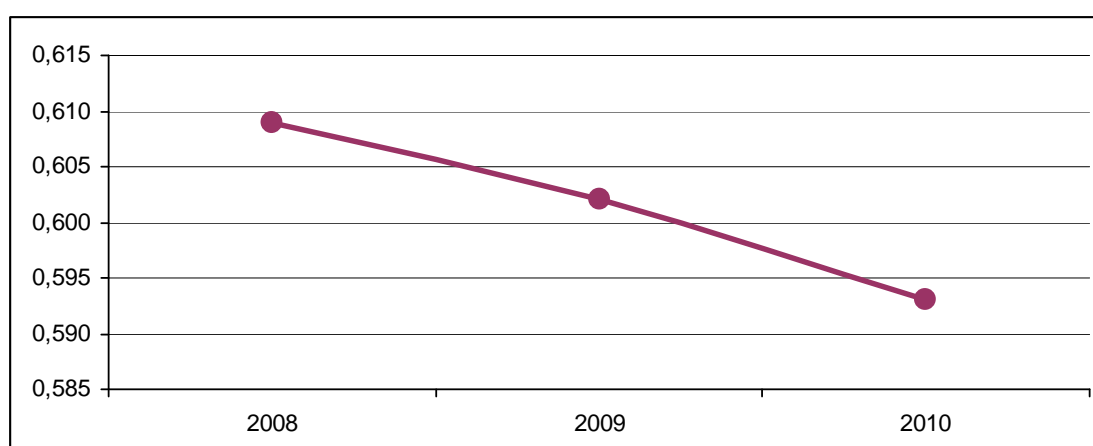
Capitolo 2 - Profilo aziendale

Tab. 2.9 - Grado di obsolescenza del patrimonio dell'Istituto: valore residuo beni durevoli/totale investimenti lordi (anni 2008-2010; valori in migliaia di euro)

	2008	2009	2010
Valore residuo beni durevoli (a)	66.017	69.215	72.321
totale investimenti lordi (b)	108.427	114.979	121.949
<i>indicatore grado di obsolescenza del patrimonio: (a)/(b)</i>	0,61	0,60	0,59

L'indicatore di cui sopra misura il grado di obsolescenza degli investimenti. L'indicatore non mostra significativi scostamenti nel triennio considerato.

Graf. 2.11 - Grado di obsolescenza del patrimonio dell'Istituto: valore residuo beni durevoli/totale investimenti lordi (anni 2008-2010)



2.2 Impatto sul contesto territoriale

La presenza dell'Istituto Ortopedico Rizzoli a Bologna genera indubbiamente effetti sul contesto, vuoi di tipo economico, ambientale, sociale o culturale. A ciò si riferisce l'espressione "impatto sul contesto territoriale". Essa richiama l'idea delle ricadute (positive o negative che siano) sul territorio dove esso è ubicato ed opera. In questo capitolo si proverà pertanto a "misurare" l'impatto economico dell'Istituto (il contributo che la sua presenza garantisce all'economia soprattutto locale), ma anche il suo "impatto sociale", inteso però come tessitura di reti di relazioni con la comunità di riferimento, ed il suo "impatto culturale", questo inteso come offerta di opportunità culturali a partire dalla valorizzazione del proprio patrimonio artistico, monumentale, culturale. A queste tre dimensioni, infine, se ne aggiunge una quarta relativa all'impatto ambientale, ovvero all'interscambio con l'ambiente per l'acquisizione di risorse energetiche, idriche, ecc. e per il rilascio o meno di residui, rifiuti, sostanze inquinanti.

2.2.1 Impatto economico

La presenza dell'Istituto Ortopedico Rizzoli a Bologna genera un impatto indubbiamente positivo sull'economia locale. Da un lato infatti esso offre opportunità occupazionale a 1.400 persone circa, in larghissima parte assunti con contratti a tempo indeterminato. Il Rizzoli risulta pertanto una tra le maggiori aziende della

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

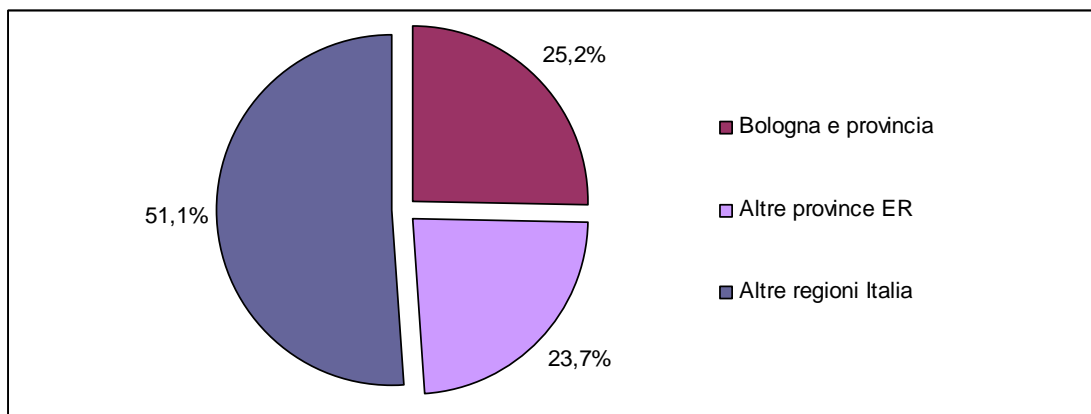
provincia di Bologna, contribuendo a circa lo 0,3% dell'occupazione provinciale. Nei confronti del proprio personale (dipendenti, collaboratori, borsisti) esso ha erogato nel 2010 retribuzioni nette per un volume complessivo pari a 28,9 milioni di euro a cui si aggiungono altri 7,4 milioni di euro di compensi per l'attività libero-professionale intramoenia del personale SSR e circa 6,3 milioni di euro (incluso i compensi per l'attività libero-professionale) per il personale universitario che svolge attività all'interno dell'Istituto in base al vigente accordo. Nel complesso la presenza dell'Istituto genera ricadute sul territorio in termini di reddito e dunque di ricchezza familiare per 42-43 milioni di euro annui.

Tab. 2.10 - Importi delle retribuzioni nette erogate e dei compensi per attività libero-professionale (anni 2006-2010; valori in euro)

	2006	2007	2008	2009	2010
Importo netto retribuzioni SSR	26.703.690	25.927.535	26.242.659	25.726.950	26.432.696
Importo netto retribuzioni contrattisti, borsisti, co.co.co.	1.428.718	1.540.224	1.898.523	1.965.964	2.449.365
Compensi per attività libero-professionale personale SSR	6.823.789	7.599.944	7.354.217	7.519.367	7.399.150
Importo trattamento economico del personale universitario in convenzione, incluso compensi per attività libero-professionale (Importo al lordo delle trattenute Irpef)	n.d.	6.846.097	6.893.649	8.275.145	6.310.260
Totale	n.d.	39.228.264	42.389.048	43.487.426	42.591.472

Dall'altro esso genera flussi economici, in termini di acquisti di beni e servizi presso fornitori locali (Bologna e provincia), per circa 4 milioni di euro circa (pari al 25,2% del totale). Il valore complessivo degli acquisti di beni e servizi non sanitari e per beni sanitari (escluso però i presidi medici ed i prodotti farmaceutici) è risultato pari infatti, nel 2010, a 15,7 milioni di euro.

Graf. 2.12 - Spese per acquisto di beni e servizi 2010: ripartizione territoriale per sede del fornitore (valori percentuali; base complessiva 15,7 milioni di euro)



Nota: base di 15,7 milioni di euro spesi nel 2010 per acquisti di beni e servizi non sanitari e per beni sanitari (escluso prodotti farmaceutici e presidi medici).

Capitolo 2 - Profilo aziendale

2.2.2 Impatto sociale

In questo contesto il concetto di “impatto sociale”, più che riferirsi all’impatto generato dalla presenza dell’Istituto sulla società, rimanda ad un significato prossimo a quello di “capitale sociale”, ovvero alla dotazione di relazioni sociali e di reputazione di cui esso gode.

La misurazione di un tale aspetto è tutt’altro che agevole, ma possiamo assumere come indicatore *proxy* la densità di relazioni intrattenute con singoli individui, con realtà associative, con altre organizzazioni ed istituzioni per finalità “sociali”, tra cui le relazioni di sostegno che si manifestano o in prestazioni di attività volontaria (volontariato) o in donazioni in denaro od in beni.

Cittadini, aziende, fondazioni ed associazioni, tramite il trasferimento di risorse finanziarie o di prestazioni di servizi offerte gratuitamente riconoscono infatti la rilevanza sociale dell’organizzazione e delle sue attività. Gli indicatori utilizzati sono pertanto relativi a due fenomeni distinti, seppure interconnessi:

- quantità e valore delle donazioni;
- quantità e rilevanza delle iniziative di volontariato promosse a beneficio dell’Istituto.

Per quanto riguarda le donazioni si registra nel quinquennio un trend di crescita per quanto riguarda il numero delle donazioni ricevute ed invece un andamento altalenante del valore delle donazioni (209.743 euro nel 2010, contro i circa 80.000 del 2008 e del 2009). Sono escluse dal computo i finanziamenti ottenuti da fondazioni bancarie (Fondazione Cassa di Risparmio in Bologna, Fondazione del Monte di Bologna e Ravenna, Fondazione del Monte dei Paschi di Siena) per la ricerca scientifica o la valorizzazione del patrimonio.

Un rilevante segno del legame con la realtà cittadina è infatti costituito dall’impegno delle fondazioni cittadine alla manutenzione straordinaria e valorizzazione del patrimonio monumentale dell’Istituto.

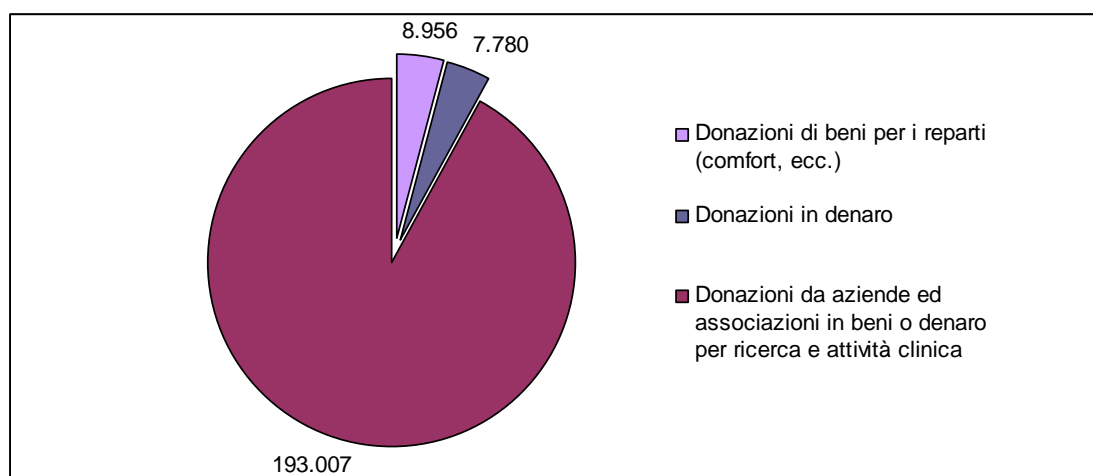
La Fondazione Cassa di Risparmio in Bologna ha infatti sottoscritto una convenzione, nel 2007, per l’inserimento del complesso monumentale di San Michele in Bosco nel progetto di un museo cittadino “diffuso”: *Genus Bononiae - Musei nella città*. La Fondazione del Monte di Bologna e Ravenna, a sua volta, ha in corso il finanziamento della riqualificazione del parco di San Michele in Bosco (600.000 euro complessivi su base quinquennale). A completamento della prima fase dei lavori il parco rimesso a nuovo è stato inaugurato il 29 giugno 2010.

Tab. 2.11 - Numero e valore delle donazioni da parte di aziende, associazioni, cittadini (anni 2006-2010)

	2006		2007		2008		2009		2010	
	<i>n.</i>	<i>importo</i>	<i>n.</i>	<i>importo</i>	<i>n.</i>	<i>importo</i>	<i>n.</i>	<i>importo</i>	<i>n.</i>	<i>importo</i>
Donazioni da aziende, associazioni, cittadini	26	90.310	35	346.206	38	80.241	46	79.286	56	209.743

Nota: Sono esclusi i contributi erogati a vario titolo (progetti di ricerca scientifica, manutenzione patrimonio monumentale) da fondazioni bancarie.

Graf. 2.13 - Ripartizione delle donazioni 2010 (euro)



Le donazioni per 209.743 euro ricevute nel 2010 vedono al loro interno una forte prevalenza di donazioni da parte di aziende e realtà associative finalizzate a sostenere attività di ricerca scientifica o clinica (193.007 euro, pari al 92,0%, frutto di 15 donazioni) ed in misura assai minore di donazioni in attrezzature o beni di miglioramento del comfort di specifici reparti (TV, PC, giochi, ecc.) o di donazioni in denaro indirizzate genericamente all'Istituto o a specifici reparti.

Nel 2010 le donazioni in beni o attrezzature per il comfort alberghiero sono state 12 (per 8.956 euro), quelle in denaro 29 (per 7.780 euro).

Per quanto riguarda la collaborazione con associazioni di volontariato si segnala una relativa continuità nel quinquennio. Anche nel 2010, come negli anni precedenti, l'Istituto ha beneficiato dell'attività di alcune significative realtà associative:

- l'*Associazione per lo Studio e la Cura dei Tumori delle ossa e dei tessuti molli*, associazione sempre attiva nell'erogazione di donazioni all'Istituto e che gestisce, sulla base di un'apposita convenzione, la Foresteria "Villa Putti" per offrire ospitalità a titolo gratuito alle famiglie dei ragazzi e dei giovani ricoverati nella Sezione di Chemioterapia dei tumori muscolo-scheletrici;
- il *Gruppo Volontari IOR*, associazione di volontariato tradizionalmente operante a sostegno dei ricoverati. Particolarmente significativa è l'attività che svolgono nei reparti, dove sono presenti tutti i giorni e dove svolgono le seguenti attività: supporto umano a pazienti e loro accompagnatori; supporto per l'alimentazione ai pazienti soli in appoggio al personale di reparto; supporto per alloggio e sistemazione notturna degli accompagnatori; informazioni e consigli per l'"assistenza viaggio"; acquisti di generi di prima necessità; informazioni sul servizio sociale dell'ospedale. Riconoscendo la rilevanza di questa presenza l'Istituto ha concesso all'associazione la disponibilità di una sede interna.
- l'*Associazione Cilla*, volta a supportare le persone ricoverate ed i loro familiari ed a garantire ospitalità ai pazienti dell'ambulatorio di Genetica medica del Rizzoli provenienti da fuori regione;
- la *FACE Associazione Famiglie Cerebrolesi sezione provinciale di Bologna Onlus*, associazione che svolge attività di assistenza e di animazione ludica presso il reparto di Ortopedia e Traumatologia Pediatrica;

Capitolo 2 - Profilo aziendale

- l'Associazione Nazionale Spettacolo a Beneficio dei Bambini in Ospedale (Ansabbio) associazione impegnata, anche a seguito di specifica convenzione, nell'organizzazione di momenti di animazione, con particolare riferimento ai reparti pediatrici. L'associazione si caratterizza per la proposta della "star therapy", la visita di esponenti del mondo dello spettacolo ai piccoli pazienti ricoverati, oltre all'organizzazione di una festa per i bambini ricoverati in occasione delle festività di Natale.

Fig. 2.1 - La campionessa di nuoto Federica Pellegrini in visita al Rizzoli



Fig. 2.2 - Un momento dell'Open Day 2010 con gli studenti liceali in visita ai laboratori di ricerca



Oltre a ciò, in misura più marcata che in passato, l'Istituto ha promosso direttamente, sia nel 2009 che nel 2010, alcune iniziative di rilevanza sociale, contribuendo in tal modo a tessere una più ampia rete di relazioni con la comunità cittadina in cui esso è inserito.

Rientrano in quest'ambito le seguenti attività svolte nel 2010:

- l'organizzazione di eventi a beneficio dei pazienti ricoverati, con particolare riferimento a bambini e ragazzi dei reparti di Ortopedia e Traumatologia pediatrica, Chemioterapia, Chirurgia delle deformità del rachide. Questa attività, curata direttamente dalla segreteria della Direzione Generale, ha visto nel 2010 numerose iniziative tra cui la festa di Carnevale, la festa del Natale, la tradizionale visita dell'Arcivescovo di Bologna in occasione dell'Epifania, oltre a numerose visite ai pazienti più piccoli ricoverati da parte di personaggi del mondo dello sport e dello spettacolo;
- la realizzazione di un'iniziativa di *co-marketing* assieme al negozio IKEA di Bologna-Casalecchio che nel periodo dall'1 al 18 aprile ha invitato i propri clienti a donare un libro all'Istituto Ortopedico Rizzoli in cambio un buono-spesa da 5 euro. In tal modo IKEA ha potuto donare all'Istituto 1.600 libri nuovi o in buone condizioni, per ampliare le librerie del reparto di Ortopedia Pediatrica, di Chemioterapia e dello spazio giochi presso il poliambulatorio dell'Istituto;
- l'iniziativa "Spotty in ospedale", con il famoso cagnolino delle storie per l'infanzia in visita al reparto di Ortopedia Pediatrica grazie alla collaborazione con la *Fiera del libro* per ragazzi e l'evento *Bolibri*;
- il progetto "*Una giornata nella ricerca scientifica del Rizzoli*" (seconda edizione) tramite cui l'Istituto ha dato la possibilità a 200 studenti di 4 licei scientifici di Bologna di entrare in contatto con il mondo della ricerca scientifica del Rizzoli, visitando i laboratori di ricerca dell'Istituto ed incontrando alcuni giovani ricercatori

per meglio comprendere i fattori determinanti della carriera professionale nel mondo scientifico;

2.2.3 Impatto culturale

Per lungo tempo l'ospedale Rizzoli ha trovato sede nel complesso monastico di San Michele in Bosco risalente al XV secolo. La progressiva liberazione dell'area monumentale dall'attività assistenziale ha quindi consentito all'Istituto di impegnarsi in progetto di valorizzazione del complesso monumentale e del patrimonio storico e culturale in esso contenuto.

Nel 2007, a tal fine, l'Istituto ha stipulato importanti convenzioni con le due fondazioni cittadine di origine bancaria: la Fondazione Cassa di Risparmio in Bologna e la Fondazione del monte di Bologna e Ravenna. Con la prima è stato stipulato un *Protocollo di Intesa per la Valorizzazione del Compendio Monumentale di San Michele in Bosco* (unitamente all'Arcidiocesi di Bologna) volto all'inserimento del monastero di San Michele in Bosco nell'ambito del progetto "Genus Bononiae - Musei nella Città" sviluppato dalla Fondazione. Con la seconda è stata sottoscritta una convenzione per la riqualificazione del parco di San Michele in Bosco. Il primo progetto ha visto l'avvio nel 2008, anno in cui è avvenuta la consegna degli spazi dell'area monumentale dell'Istituto alla Fondazione Cassa di Risparmio in Bologna. Il secondo progetto è stato avviato all'inizio del 2009 con l'esecuzione di un primo stralcio dei lavori che ha portato all'inaugurazione del parco riqualificato il 29 giugno 2010. In occasione di tale evento è stato prodotto il volume Naldi M. (a cura di), *San Michele aveva un bosco. Vedute e visioni sul colle di San Michele in Bosco dal '500 ad oggi*, realizzato dalla Fondazione del Monte di Bologna e Ravenna con la collaborazione dell'Istituto.

Nel corso del 2010 è proseguita l'attività di valorizzazione del patrimonio artistico e storico-scientifico dell'Istituto da parte delle Biblioteche Scientifiche. Personale della biblioteca ha preso parte, con loro interventi, al ciclo dei 3 Convegni dedicati al "*Ruolo di San Michele in Bosco nella città di Bologna*" organizzati nel 2010 dall'Istituto Rizzoli e dalla Fondazione Cassa di Risparmio in Bologna. E' stata inoltre intensificata l'attività relative all'effettuazione di visite sia nella Biblioteca Umberto I che nella Donazione Putti. Le richieste sono pervenute da varie parti d'Italia sia da enti privati e pubblici, sia da associazioni culturali: fra quelle più importanti si può ricordare la visita di antiquari provenienti da tutto il mondo svoltasi il 23 settembre, essendo state le Biblioteche Scientifiche dell'Istituto inserite nel programma della 23° *Mostra Internazionale del Libro Antico*, in occasione della manifestazione "*ArteLibro*" tenutasi a Bologna dal 20 al 26 settembre 2010.

Oltre a ciò si è registrato anche un aumento di ospiti che sono convenuti in Istituto per vario titolo tanto da far registrare, nel corso dell'anno, 2.217 utenti accompagnati in visite guidate dalle bibliotecarie sia alla Biblioteca Umberto I che alla Donazione Putti, contro i 1.791 del 2009. Fra gli ospiti più significativi si segnalano i partecipanti al 3° ISOC Meeting (*International Society of Orthopaedic Centers*), l'Associazione dei più importanti Ospedali Ortopedici del mondo. E' proseguita, infine, l'effettuazione di riprese fotografiche e cinematografiche ai locali richieste da più parti e per vari usi.

Capitolo 2 - Profilo aziendale

2.2.4 Impatto ambientale

La presenza fisica sul territorio di un'azienda sanitaria in cui operano circa 1.400 persone, caratterizzata da impianti tecnologici diffusi e ad alta complessità, ha indubbiamente un importante impatto ambientale. Consumi di energia e di acqua, produzione e smaltimento di rifiuti, esigenze di trasporto di cose e di mobilità delle persone. Sono gli ingredienti dalla cui combinazione si origina l'impatto ambientale dell'Istituto Ortopedico Rizzoli. Consapevole di ciò, seguendo le indicazioni regionali, anche l'Istituto ha sviluppato attivamente in questi ultimi anni politiche per migliorare il proprio interscambio con l'ambiente. Di seguito si fornisce una rendicontazione delle attività svolte dall'Istituto nel 2010 per ridurre il proprio impatto ambientale, con particolare riferimento ai consumi energetici e idrici, alla gestione dei rifiuti, alle politiche aziendali di mobilità.

Politiche per l'uso razionale dell'energia. Il tema dell'uso razionale dell'energia, ovvero dell'avvio di azioni per il risparmio energetico e per l'adozione di fonti di energia rinnovabili in sostituzione di quella derivante da combustibili fossili, è un tema assai rilevante per l'Istituto Ortopedico Rizzoli, caratterizzato da grandi dimensioni e da rilevante impiantistica. Dal 2006 l'Istituto dispone di un *energy manager* proprio al fine di sviluppare tali politiche. Inoltre esso ha ottenuto recentemente la **certificazione energetica** degli edifici dell'Ente: nel 2007 per l'ospedale (edificio denominato "Monoblocco") e nel 2008 per l'Istituto di Ricerca. I consumi nel quadriennio 2007-2010, tradotti in Tonnellate Equivalenti di Petrolio (TEP), sono riportati nella tabella seguente.

Tab. 2.12 – Consumi energetici in Tonnellate Equivalenti di Petrolio (TEP) (anni 2007-2009)

	Ospedale			Centro di ricerca			Totale IOR		
	Gas	Energia elettr.	Totale	Gas	Energia elettr.	Totale	Gas	Energia elettr.	Totale
2007	1.587	1.702	3.290	212	460	672	1.799	2.162	3.961
2008	1.535	1.526	3.061	240	483	723	1.775	2.009	3.784
2009	1.399	1.694	3.093	170	466	637	1.569	2.160	3.729
2010	1.496	1.772	3.268	228	481	709	1.724	2.253	3.977

Nota: TEP calcolate sulla base della delibera EEN 03/2008

Per quanto concerne il Risparmio energetico, tutti i nuovi interventi e l'attività di manutenzione ordinaria e straordinaria che hanno influenzato impianti e componenti esterne degli edifici sono stati progettati e realizzati tenendo conto delle nuove normative regionali e nazionali sul risparmio energetico. In questa ottica procede, con la collaborazione dei tecnici della ditta aggiudicataria del *global service*, lo studio per ottenere una regolazione sempre più affinata degli impianti.

Oltre a ciò, nei progetti in corso di redazione nell'ambito della **IV fase del programma di finanziamenti per la sanità ex art.20 L.67/88**, coerentemente con la delibera della Giunta Regionale n.6 del 10 gennaio 2007, ad oggetto "*Approvazione del Piano Energetico Regionale*", (con obbligo per le aziende sanitarie dell'adozione di provvedimenti di qualificazione dei consumi energetici per uno sviluppo sostenibile), e con *l'Atto di indirizzo e coordinamento sui requisiti di rendimento energetico e sulle procedure di certificazione energetica degli edifici*, approvato il 4 marzo 2008, e inoltre in accordo con i principi dello sviluppo sostenibile espressi nel *Protocollo di Kyoto e nella Dichiarazione di Johannesburg* - la progettazione del sistema edificio-impianto,

dal progetto preliminare sino agli elaborati definitivi a base di gara approvati, comprende:

- la selezione delle soluzioni più idonee ai fini dell'uso razionale dell'energia e della riduzione dell'impatto ambientale (incluse le caratteristiche architettoniche e tecnologiche dell'involucro edilizio, le caratteristiche degli impianti di climatizzazione invernale ed estiva, degli impianti di illuminazione artificiale e degli altri usi elettrici o energetici obbligati);
- la verifica dei requisiti energetici;
- l'esecuzione dei calcoli e la redazione delle relazioni previste dalla legislazione energetica vigente (in conformità alle disposizioni di cui al Decreto Legislativo n. 192/05 e alla normativa tecnica di riferimento).

L'Istituto ha messo in campo, inoltre, azioni di promozione del risparmio energetico. Nel 2010 il Rizzoli ha aderito alla "Campagna informativa per il risparmio energetico e la tutela ambientale", promossa dalla Regione, nell'ambito del programma "Il sistema sanitario regionale per uno sviluppo sostenibile" e della campagna di informazione "Io spengo lo spreco". In tal ottica si è resa disponibile sulla Intranet aziendale tutta la documentazione relativa al corso di formazione a distanza rivolto agli operatori del Servizio Sanitario Regionale, che la Regione ha promosso in collaborazione con ENEA (*Uso razionale dell'energia nelle strutture ospedaliere*). Dell'iniziativa è stata data completa comunicazione a tutti i dipendenti tramite la nuova Intranet aziendale.

Impianto di cogenerazione esistente. Nel 2010 il Rizzoli ha usufruito dei benefici previsti per la cogenerazione dalla vigente normativa in quanto l'indice di risparmio energetico "IRE" e il limite tecnico "LT" sono risultati non inferiori ai valori minimi fissati dall'Autorità per l'energia elettrica e il gas con la delibera n°42/02 e s.m.i.

Flussi informativi. L'Istituto risponde al *flusso informativo* secondo le indicazioni regionali, fornendo i dati necessari al *monitoraggio dei consumi* energetici ed all'elaborazione dei dati stessi da parte del Gruppo regionale energia.

Fornitura energia elettrica. Il Rizzoli, infine, ha aderito al bando pubblicato sul sito Intercent-ER nel mese di novembre 2009 per la fornitura di energia elettrica, come previsto nelle politiche regionali d'acquisto di beni e servizi. Nel 2010, pertanto, l'Istituto fruisce dell'appalto di fornitura energia elettrica Intercent-ER.

Gestione della risorsa idrica. I consumi di acqua in ospedale sono dovuti essenzialmente all'uso igienico sanitario (legati alle attività assistenziali) ed all'uso tecnologico (produzione di vapore per uso sterilizzazione e raffreddamento degli impianti di climatizzazione). Nel 2010 la situazione impiantistica è rimasta invariata rispetto al 2009. I consumi 2010 (stimati a causa del riscontro di imprecisioni della misurazione del contatore principale, poi sostituito a marzo 2011 da HERA) possono essere stimati in crescita del 2,4%, sia per l'andamento stagionale (maggiori consumi di acqua delle torri evaporative), sia per alcuni interventi effettuati di svuotamento totale dell'impianto idrico.

Tab. 2.13 – Consumi idrici in mc (anni 2007-2010)

	Ospedale	Centro di ricerca	Totale IOR
2007	92.505	21.910	114.415
2008	93.289	15.201	108.490
2009	42.973	16.930	59.903
2010*	44.047	17.315	61.362

* I dati relativi al 2010 sono stimati (si veda il testo).

Capitolo 2 - Profilo aziendale

Gestione dei rifiuti. Negli ultimi anni l'Istituto ha compiuto alcuni passi significativi per giungere ad un miglior governo del ciclo dei rifiuti prodotti. In primo luogo va segnalata la messa in funzione, a dicembre 2009, della *nuova area ecologica* (deposito temporaneo dei rifiuti ospedalieri e del centro di ricerca). Nell'area sono stati collocati tutti i *container* che precedentemente erano distribuiti in posizioni meno protette, sia presso l'ospedale (sul lato della struttura monumentale), sia presso il centro di ricerca (area di parcheggio). L'accesso al deposito temporaneo dei rifiuti è concesso al personale della ditta Aimeri Ambiente Srl, subentrata a Manutencoop Servizi Ambientali di Bologna tramite la sua acquisizione a fine 2009, che effettua la raccolta rifiuti per conto dell'Istituto. Nel 2010 sono entrate a pieno regime tutte le attività inerenti la gestione di tale nuova area ecologica. La nuova disponibilità di spazi, di attrezzature e la messa a punto di percorsi e procedure per la movimentazione e gestione dei rifiuti, hanno permesso una gestione più funzionale degli stessi, in linea con quanto previsto dalle Linee Guida Regionali.

Nell'anno 2010 sono stati compiuti ulteriori passi significativi nella gestione del ciclo dei rifiuti prodotti, consolidando quanto avviato negli anni precedenti. Come pianificato nel 2009, nel giugno 2010 è andato a regime presso tutte le unità operative del Rizzoli il sistema rilevazione dei dati di produzione dei rifiuti speciali a rischio infettivo (CER 180103*). Il sistema permette il monitoraggio mensile del volume e del peso dei rifiuti con CER 180103* prodotti nelle singole unità operative e nei servizi (es. sala operatoria, ecc.). Il percorso implementato è entrato immediatamente a regime in tutte le unità operative, mentre rimangono ancora alcune criticità nella gestione del sistema per quanto riguarda i blocchi operatori.

Oltre a ciò, l'Istituto, recependo il D.M. (Ministero dell'Ambiente, Territorio e Tutela del Mare) del 17 dicembre 2009, si è regolarmente iscritto al *Sistema Informativo di Controllo e Tracciabilità dei Rifiuti* (SISTR). Il SISTR semplifica le procedure e gli adempimenti sulla raccolta e smaltimento rifiuti, riducendo i costi sostenuti dalle imprese e gestisce in modo innovativo ed efficiente un processo complesso e variegato con garanzia di maggiore trasparenza, conoscenza e prevenzione dell'illegalità. La figura di delegato SISTR dell'Istituto, prevista nel D.M. 17/2009 è stata formalizzata con deliberazione n.139 dell'1 aprile 2010. Sono state portate a termine tutte le attività gestionali, organizzative e formative riferite al sistema in attesa dell'imminente fase operativa.

I dati di produzione dei rifiuti sanitari smaltiti negli anni 2007-2010 sono riportati nella tabella 2.15. Si evidenzia in particolare un trend discendente relativo alla produzione di alcuni rifiuti come per esempio il legno, ingombranti misti, ferro e acciaio. La diminuita produzione di questi rifiuti è da imputare principalmente a una maggiore attenzione nella formulazione dei contratti di acquisto per sostituzione di attrezzature, beni, ecc., in cui viene richiesto al fornitore lo smaltimento del bene da sostituire. Fortemente ridotto nel periodo risulta anche lo smaltimento di liquidi di sviluppo e liquidi di fissaggio, conseguente all'introduzione di tecnologie *filmless* per l'attività radiologica. Rimane pressoché stabile la produzione dei rifiuti sanitari a rischio biologico, mentre è aumentato il volume dei medicinali citotossici e citostatici conseguente all'introduzione di nuovi protocolli terapeutici presso il Servizio di Chemioterapia. Occorre infine osservare che oli e grassi da cucina non rientrano più nell'elenco dei rifiuti prodotti in azienda in quanto vengono invece smaltiti da CIR Food così come previsto dal contratto stipulato per la fornitura del servizio mensa.

Tab. 2.14 – Rifiuti smaltiti in kg (anni 2007-2010)

Codice CER	descrizione	2007	2008	2009	2010
080318	toner esauriti	-	570	1.013	1.264
080111 *	pitture e vernici	210	87	-	-
090101 *	liquidi sviluppo	2.455	826	344	45
090104 *	liquidi di fissaggio	3.007	820	100	26
090107	lastre di scarto	450	200	100	180
130208 *	altri oli per motori,ingranaggi...	-	620	100	1.000
150107	vetro bianco	27.500	28.200	21.380	26.630
150202 *	filtri per cappe a rischio chimico	140	1	40	223
150203	assorbenti, materiali filtranti	400	-	-	-
160211 *	app. fuoriuso cont. clor. (frigo)	660	870	1.980	340
160213 *	app. fuoriuso cont. Sost. Peric. (P.C.)	2.270	3.755	3.000	420
160214	altre app. f.uso diverse da...	75	2045	3.580	540
160216	comp. Rimossi da app. f.uso	3.470	-	-	-
160506 *	sostanze chimiche da laboratorio	900	0.5	233	260
160601 *	accumulatori al piombo	-	750	-	1.200
170405	ferro e acciaio	13.730	24.710	20.410	5.130
170904	materiali inerti	2.500	-	-	-
180103 *	rifiuti sanitari rischio biologico	146.958	144.029	147.032	147.503
180104	rifiuti assimilati agli urbani	196.931	225.206	224.326	195.760
180106 *	sost. Chimiche cont. sost. Pericol.	20.694	23.468	29.096	27.682
180108 *	medicinali citotossici e citostatici	2.476	3.361	3.305	4.154
180109	farmaci	154	108	89	190
200101	carta e cartone	32.320	33.920	33.200	32.360
200121 *	tubi al neon	180	307	-	400
200125	olii e grassi cucina	86.460	60.660	45.540	-
200138	legno	4.310	4.400	7.780	5.430
200307	ingombranti misti	13.060	13.610	14.650	11.510

Nota: l'asterisco indica i rifiuti pericolosi

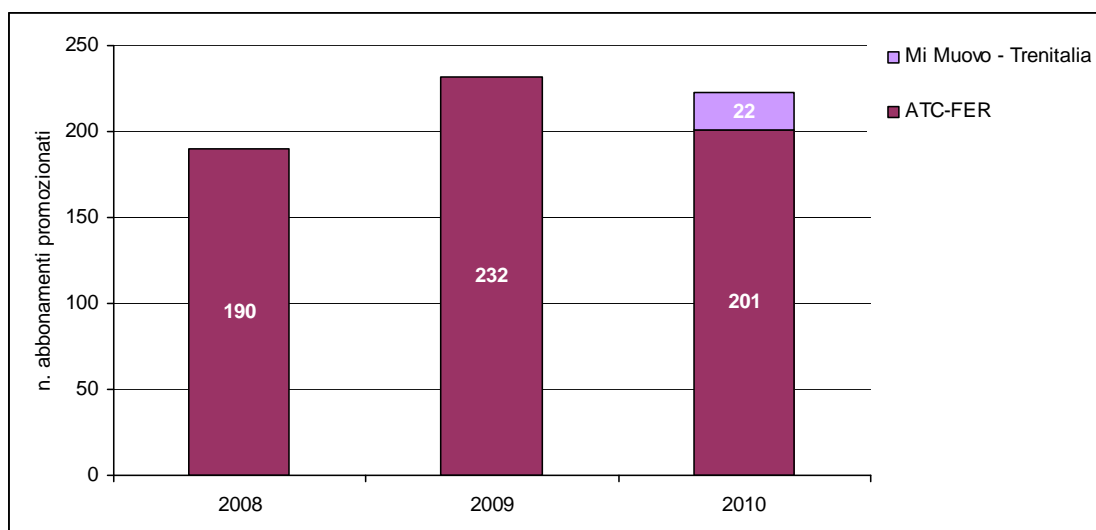
Politiche per la mobilità sostenibile. Dal 2006 il Rizzoli dispone di una funzione di *mobility management* a cui è assegnato il compito di promuovere forme di mobilità sostenibile con particolare riferimento agli spostamenti casa-lavoro del personale dell'Istituto. Le politiche adottate sono caratterizzate da una pluralità di azioni ed iniziative volte ad incrementare l'attenzione e la consapevolezza delle conseguenze delle scelte personali legate alla mobilità, diffondendo la conoscenza di mezzi e forme di mobilità sostenibile e orientando i dipendenti verso stili di mobilità che possano avere influenze positive sulla salute e contribuire a migliorare l'ambiente.

Campagna per la mobilità sostenibile. L'iniziativa è stata riproposta per il terzo anno consecutivo e mira ad incentivare l'utilizzo del trasporto pubblico negli spostamenti casa-lavoro del personale. Nel 2010 essa ha permesso ai dipendenti la sottoscrizione anche dei nuovi abbonamenti "*Mi Muovo*" integrati. Pur considerando la collocazione collinare dell'Istituto con una limitata connessione alla città tramite il

Capitolo 2 - Profilo aziendale

trasporto pubblico, le adesioni si sono mantenute stabili (pari a circa il 16% del personale), dimostrando l'interesse per l'iniziativa da parte del personale.

Graf. 2.14 - Abbonamenti promozionati nell'ambito delle campagne per la mobilità sostenibile (anni 2008-2010)



Nel 2010 il personale che ha sottoscritto un abbonamento annuale per bus urbano, bus extraurbano, treno ha ottenuto:

- una riduzione del 5% da parte di ATC-FER sul costo di listino dell'abbonamento;
- un "buono trasporto" aziendale pari a € 100 per i nuovi abbonati 2010 e di €110 per coloro che rinnovavano l'abbonamento.

Nel corso del 2010 inoltre il Comune di Bologna ha approvato la revisione del Piano Spostamenti Casa-Lavoro dell'Istituto, strumento di monitoraggio e valutazione, la cui approvazione è necessaria per poter procedere poi alla sottoscrizione delle convenzioni con i vettori del trasporto pubblico locale. L'Istituto, inoltre, partecipa al "Gruppo Gestione Ambientale" della Regione Emilia-Romagna nel sottogruppo "Mobilità sostenibile" ed è componente del *Local Stakeholder Forum* del progetto europeo triennale Benefit, coordinato da ATC Spa, per la promozione della mobilità sostenibile nelle città.

2.3 Contributo alla copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza

I *Livelli Essenziali di Assistenza* (LEA) sono l'insieme delle prestazioni che il Servizio Sanitario Regionale, in quanto articolazione del Servizio Sanitario Nazionale, deve garantire ai propri cittadini, in attuazione del principio costituzionale di tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività. Tali prestazioni possono essere distinte in riferimento a tre diversi livelli di erogazione:

- assistenza distrettuale;
- assistenza ospedaliera;
- assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro.

In quanto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), il Rizzoli eroga prestazioni e servizi che contribuiscono a garantire la copertura dei LEA in riferimento al livello dell'assistenza ospedaliera e, in misura parziale, al livello dell'assistenza

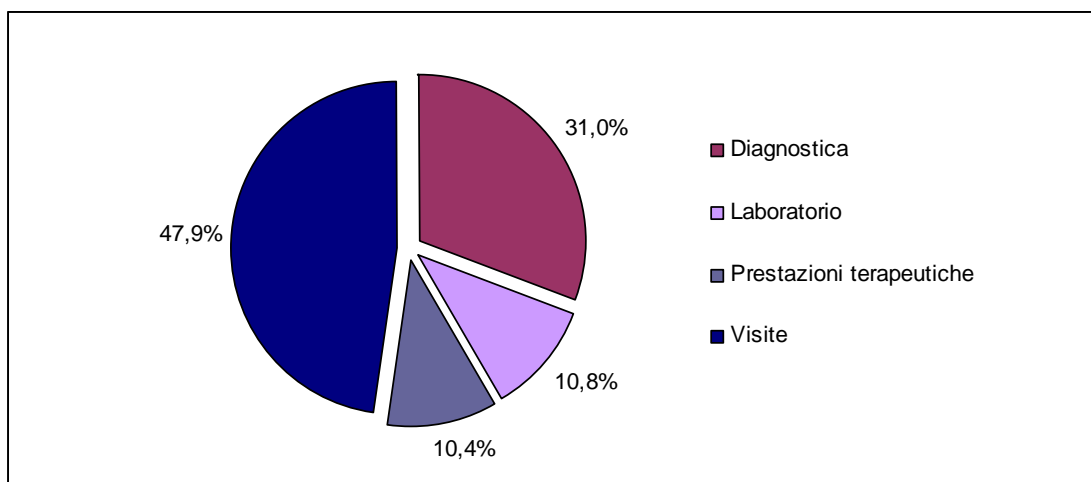
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

distrettuale (riguardo all'assistenza farmaceutica ed alla specialistica ambulatoriale). E' pertanto essenzialmente con riferimento a questi due livelli di assistenza che verrà di seguito presentato il contributo dato dall'Istituto nel 2010 alla copertura dei LEA garantiti dal Servizio Sanitario Regionale.

2.3.1 L'assistenza specialistica ambulatoriale.

In base ai dati della Banca dati regionale ASA, nel corso del 2010 l'Istituto Ortopedico Rizzoli ha erogato 235.720 prestazioni di specialistica ambulatoriale (il dato include sia le prestazioni erogate in regime SSN, sia quelle in regime di *Libera Professione Intramoenia*, ad esclusione della cosiddetta intramoenia "allargata"), con una riduzione dell'8,6% rispetto al 2009 (quando vennero erogate 258.023 prestazioni di specialistica ambulatoriale), essenzialmente a causa della chiusura notturna del pronto soccorso, attuata dal 20 agosto 2009. Tali prestazioni sono articolate in diverse tipologie: 73.011 prestazioni di diagnostica (pari al 31,0%), prevalentemente prestazioni diagnostiche con radiazioni; 25.405 analisi di laboratorio (10,8%); 24.475 prestazioni terapeutiche (10,4%) e 112.826 visite (47,9%)

Graf. 2.15 - Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nel 2010 (valori %)



Fonte: elaborazione su dati Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

Nonostante la riduzione del numero di prestazioni erogate, la valorizzazione economica dell'intera specialistica ambulatoriale 2010 fa segnare un incremento del 3,6% rispetto al valorizzato nel 2009. Essa è infatti pari a 5.777.914 euro, contro i 5.577.125 euro del 2009.

Nel quinquennio 2006-2010 si registra un picco, in termini di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate, nel 2008. Quindi nel 2009 e nel 2010 si registra una diminuzione dell'erogato, principalmente in conseguenza della chiusura notturna del pronto soccorso. La riduzione da H24 ad H12 del Pronto Soccorso del Rizzoli ha infatti determinato una contrazione delle prestazioni richieste, originate dai pazienti trattati al Pronto Soccorso, sia per prestazione terapeutiche, prestazioni di diagnostica (soprattutto esami radiografici), visite ambulatoriali. Per queste ultime due tipologie di prestazioni la riduzione del numero delle prestazioni eseguite nel 2009 e 2010, originata dalla chiusura notturna del Pronto Soccorso, risulterebbe ancora più accentuata se non fosse in parte compensata da un incremento dell'attività ambulatoriale ordinaria.

Capitolo 2 - Profilo aziendale

Tab. 2.15 - Assistenza specialistica ambulatoriale: prestazioni e valorizzazioni per tipologia di prestazioni (anno 2010)

		Prestazioni		Importi (€)	
		N.	% su tot. aziendale	Val.	% su tot. aziendale
Diagnostica	D1-D.Strument. con radiaz.	61.686	26,17	1.373.436	23,77
	D2-D.Strument. no radiaz.	11.302	4,79	806.731	13,96
	D3-Biopsia	23	0,01	1.090	0,02
	Totale	73.011	30,97	2.181.258	37,75
Laboratorio	L1-Prelievi	1.286	0,55	3.344	0,06
	L2-Chimica clinica	9.605	4,07	38.066	0,66
	L3-Ematologia/coagulaz.	1.737	0,74	12.878	0,22
	L4-Immunoemat. e trasfusione.	2	0	16	0
	L5-Microbiologia/virologia	553	0,23	4.503	0,08
	L6-Anatomia ed ist. patol.	35	0,01	2.275	0,04
	L7-Genetica/citogen.	12.187	5,17	1.421.706	24,61
	Totale	25.405	10,78	1.482.786	25,66
Riabilitazione	R1-Riab.diagnostica	3	0	23	0
	Totale	3	0	23	0
	T5-Chirurgia ambulatoriale	543	0,23	23.519	0,41
	T9-Altre prestaz. terapeutiche	23.932	10,15	387.104	6,70
	Totale	24.475	10,38	410.623	7,11
Visite	V1-Prima visita	61.057	25,90	921.840	15,95
	V2-Visita di controllo	51.723	21,94	771.264	13,35
	V3-Osservaz. breve intensiva	46	0,02	10.120	0,18
	Totale	112.826	47,86	1.703.224	29,48
TOTALE AZIENDALE		235.720	100,00	5.777.914	100,00

Nota: L'attività di riabilitazione svolta presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli è riservata ai ricoverati, non per gli esterni
Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

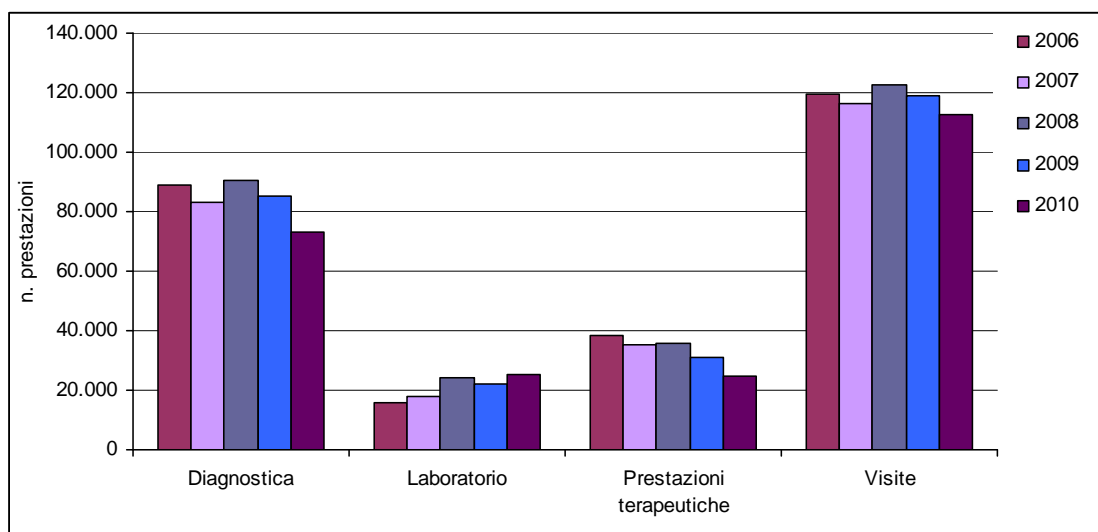
Tab. 2.16 - Prestazioni di specialistica ambulatoriale per tipologia (anni 2006-2010)

	2006	2007	2008	2009	2010
Diagnostica	88.685	83.133	90.458	85.412	73.011
Laboratorio	15.559	18.107	23.957	22.301	25.405
Prestazioni terapeutiche	38.256	35.174	35.681	31.124	24.478
Visite	119.674	116.263	122.785	119.186	112.826
Totale	262.174	252.677	272.881	258.023	235.720

* In considerazione della scarsa rilevanza numerica delle prestazioni erogate (9 prestazioni nel quinquennio) le prestazioni di riabilitazione sono state accorpate alle prestazioni terapeutiche.

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

Graf. 2.16 – Numero prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate distinte per tipologia (anni 2006-2010)



Fonte: elaborazione su dati Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

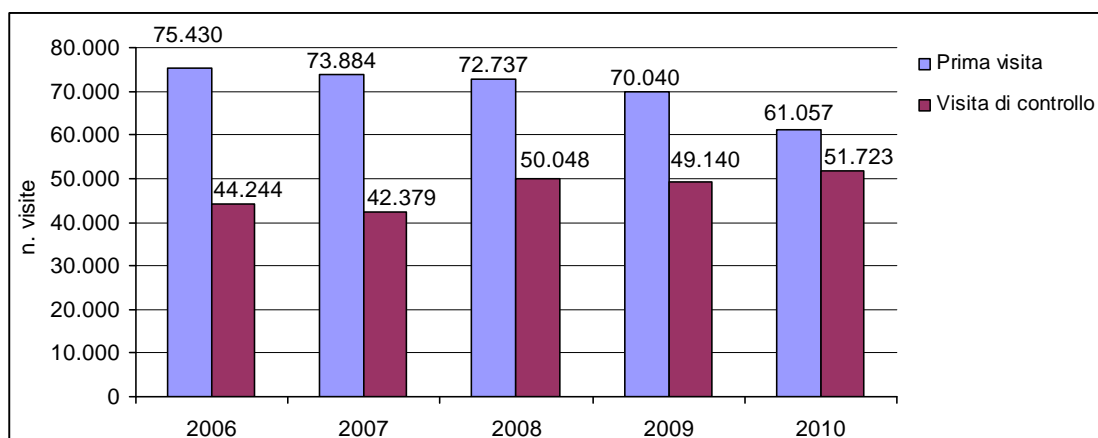
Nell'arco del quinquennio le variazioni più significative interne alle diverse tipologie considerate riguardano le visite e le prestazioni di laboratorio. Per quanto riguarda le visite si registra una diminuzione delle visite generate dal Pronto Soccorso, conseguenza della chiusura notturna avvenuta nell'agosto 2009. Negli ultimi anni crescono invece, seppure in misura più limitata, le prime visite e le visite di controllo, in conseguenza di un incremento dell'offerta di queste prestazioni ambulatoriali.

Tab. 2.17 - Prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite (anni 2008-2010)

	2008	2009	2010	Differenza 2010 su 2008	
				v.a.	%
Prima visita SSN amb.	10.513	12.474	13.802	3.289	31,3%
Visita di controllo SSN amb.	40.022	37.342	42.119	2.097	5,2%
Visita altro in regime LP	28.914	32.028	30.911	1.997	6,9%
Visita PS	43.336	37.342	25.994	-17.342	-40,0%
Totale visite	122.785	119.186	112.826	-9.959	-8,1%

Fonte: Elaborazione Controllo di gestione IOR su dati Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

Graf. 2.17 - Prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite (anni 2006-2010)



Fonte: elaborazione su dati Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna (non sono qui considerate le prestazioni di OBI)

Capitolo 2 - Profilo aziendale

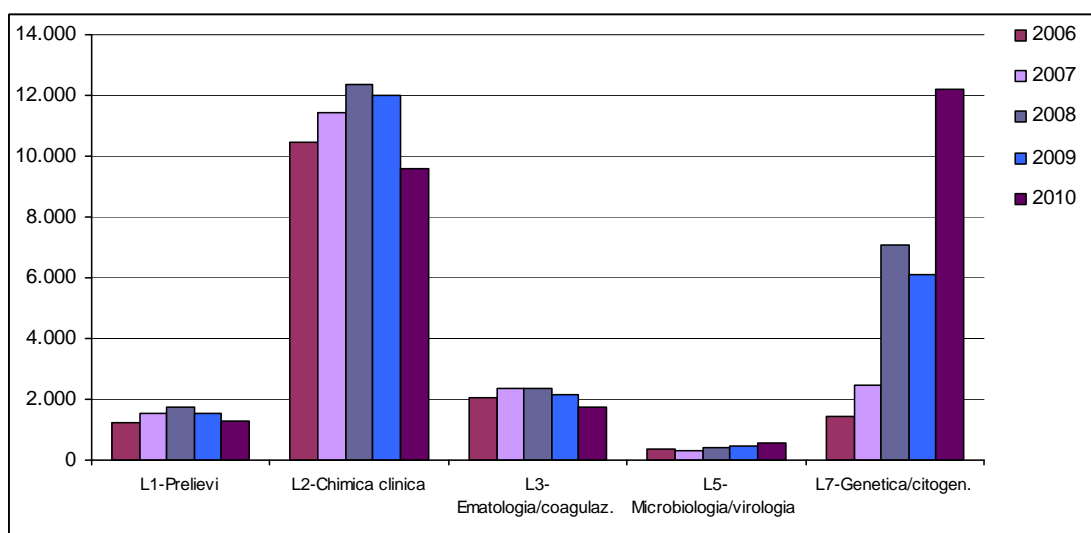
All'interno delle prestazioni di laboratorio, invece, si registra la forte crescita delle analisi genetiche in conseguenza dello sviluppo di attività della struttura di *Genetica medica e malattie rare ortopediche*, riconosciuto come *hub* della rete regionale per le malattie rare scheletriche.

Tab. 2.18 - Prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio (anni 2006-2010)

	2006	2007	2008	2009	2010
L1-Prelievi	1.222	1.544	1.719	1.548	1.286
L2-Chimica clinica	10.465	11.420	12.366	12.001	9.605
L3-Ematologia/coagulaz.	2.045	2.368	2.375	2.159	1.737
L4-Immunoemat.e trasfusione.	2	2	2	2	2
L5-Microbiologia/virologia	356	305	421	487	553
L6-Anatomia ed ist.patol.	16	2	1	1	35
L7-Genetica/citogen.	1.453	2.466	7.073	6.103	12.187
Totale	15.559	18.107	23.957	22.301	25.405

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna.

Graf. 2.18 - Prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio (anni 2006-2010)



Fonte: elaborazione su dati Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

Prestazioni critiche. Il Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa esplicita un elenco di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale definite “critiche” per le quali deve essere garantita l'erogazione, almeno nel 90% dei casi, entro i tempi fissati (30 giorni per le prime visite e 60 giorni per le prestazioni strumentali).

Tali tempi sono misurati non con riferimento alla singola struttura, bensì con riferimento all'area territoriale (nel caso di Bologna, all'area metropolitana). Al fine di conseguire il rispetto di tali tempi, le aziende sanitarie possono mettere in atto diverse azioni tra cui l'incremento dell'offerta interna, il ricorso alla libera professione, ecc.

Anche il Rizzoli contribuisce all'erogazione di tali prestazioni critiche, seppure in misura alquanto limitata, in conseguenza della sua natura di istituto monospécialistico ortopedico. Nel 2010 il contributo offerto dal Rizzoli al rispetto delle soglie per le prestazioni critiche risulta decisamente limitato (8.811 prestazioni, pari allo 0,9% della produzione provinciale).

Tab. 2.19 - Valore e volumi prestazionali per prestazioni critiche di assistenza specialistica ambulatoriale (anno 2010) - Confronto tra aziende ospedaliere

Azienda di ricovero	Prestazioni erogate		Valore della produzione	
	Totale aziendale	% sul totale della produzione provinciale	Totale aziendale	% sul totale della produzione provinciale
AOSP PARMA	155.355	31,5%	6.997.287	39,2%
AOSP REGGIO E.	78.339	15,0%	3.335.709	16,9%
AOSP MODENA	77.041	11,1%	3.727.392	14,7%
AOSP BOLOGNA	162.835	14,4%	7.766.833	18,8%
AOSP FERRARA	101.815	29,5%	3.387.079	28,6%
IOR	8.811	0,9%	292.257	0,9%

Note: la selezione riguarda le prestazioni "critiche" in base ai tempi di attesa, con Regime di erogazione SSN e Modalità di accesso programmabile, urgente e urgente differibile.

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

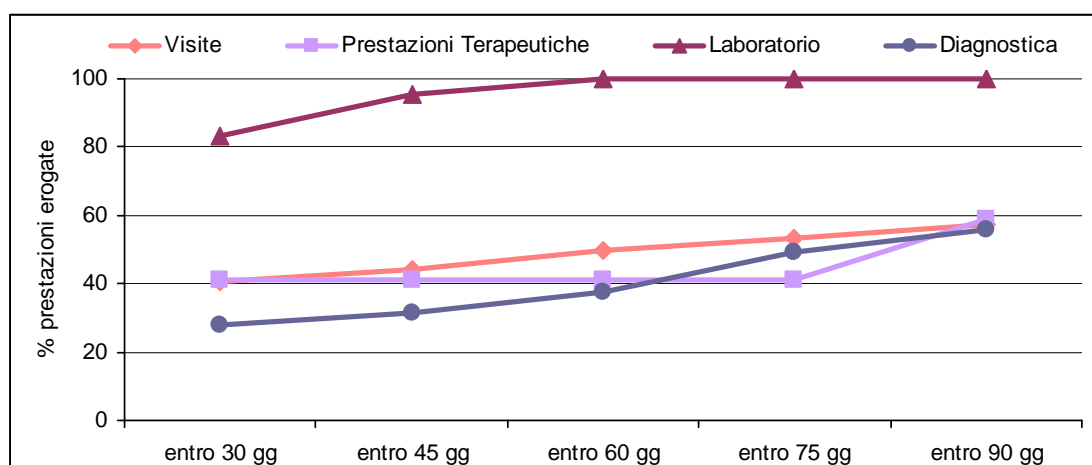
Tempi di attesa. La situazione dei tempi di attesa relativa all'anno 2010 per diagnostica, laboratorio, prestazioni terapeutiche e visite è evidenziata nella tabella 2.20 e nel grafico 2.19. L'andamento migliore si registra per le prestazioni di laboratorio, visto che l'83,46% di queste prestazioni sono erogate entro 30 giorni dalla richiesta ed entro 60 giorni sono soddisfatte tutte le richieste. I dati relativi al 2010, invece, evidenziano tempi di erogazione più lunghi per diagnostica e visite. Inoltre un'analisi dell'andamento nel triennio 2008-2010 per queste due classi di prestazioni - diagnostica e visite - evidenzia un allungamento dei tempi di risposta.

Tab. 2.20 - Prestazioni ambulatoriali in rapporto ai tempi di attesa (anno 2010)

Tipologia prestazione	Totale erogato	Prestazioni con attesa >0g	entro 1-30 gg %	entro 1-45 gg %	entro 1-60 gg %	entro 1-75 gg %	entro 1-90 gg %	oltre 90 gg %
Visite	10.774	10.774	40,83	44,37	49,55	53,33	57,38	42,62
Prestazioni terapeutiche	21	17	41,18	41,18	41,18	41,18	58,82	41,18
Laboratorio	14.415	1.433	83,46	95,25	100	100	100	0
Diagnostica	9.229	9.222	27,93	31,6	37,75	49,27	55,71	44,29

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

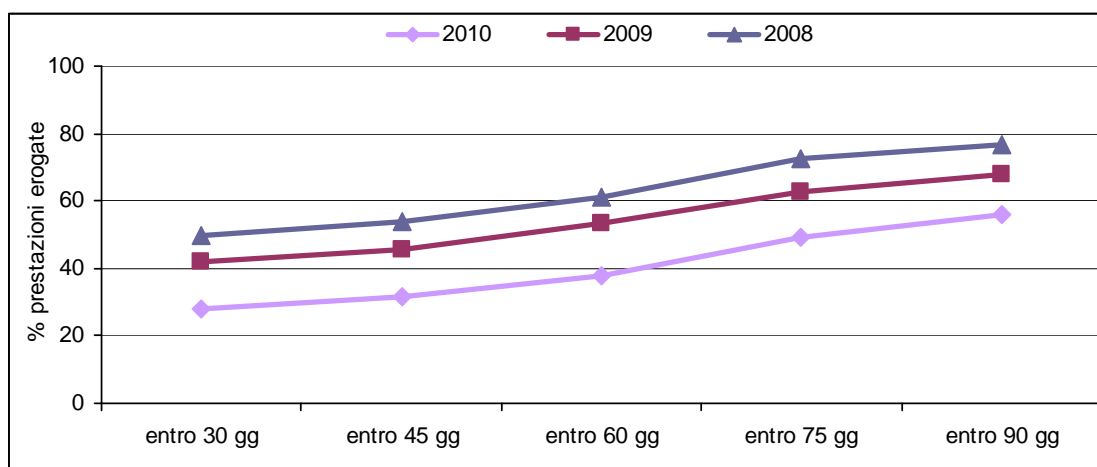
Graf. 2.19 - Prestazioni ambulatoriali in rapporto ai tempi di attesa (anno 2010; valori %)



Fonte: elaborazione su dati Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

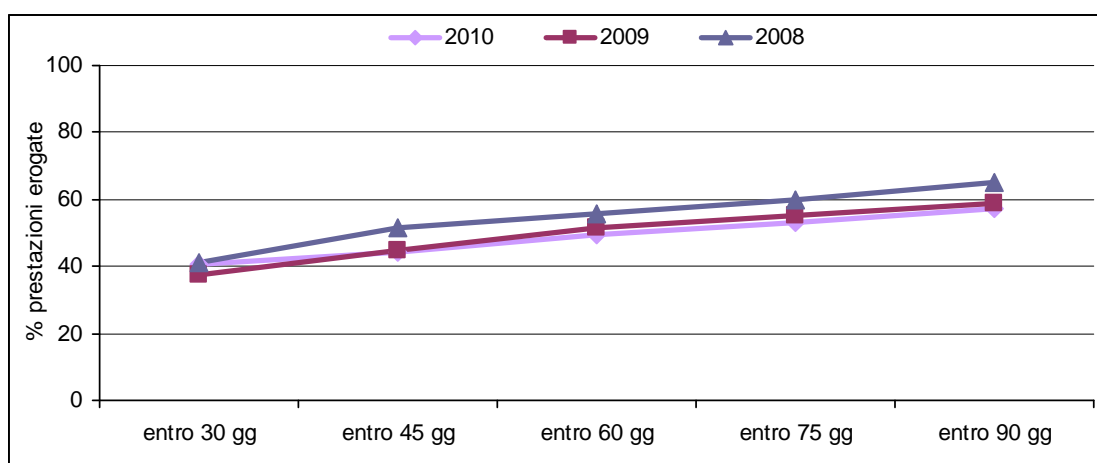
Capitolo 2 - Profilo aziendale

Graf. 2.20 - Tempi intercorsi tra prenotazione ed effettuazione della prestazione diagnostica (anni 2008-2010; valori %)



Fonte: elaborazione su dati Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

Graf. 2.21 - Tempi intercorsi tra prenotazione ed effettuazione della visita (anni 2008-2010; valori %)



Fonte: elaborazione su dati Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

La specialistica ambulatoriale in regime di Libera Professione Intramoenia (LPI).

Oltre alle prestazioni erogate in regime di SSN, il personale dell'Istituto presta attività di specialistica ambulatoriale in regime di *Libera Professione Intramoenia* (LPI): sia visite che prestazioni diagnostiche. In merito all'organizzazione del lavoro e degli spazi si segnala che il personale medico effettua l'attività LPI fuori orario di lavoro, mentre il restante personale è in orario di lavoro. Gli spazi dedicati sono gli stessi che vengono utilizzati per l'attività istituzionale, ma separati in termini di orario: al mattino si svolge l'attività in regime di SSN, al pomeriggio l'attività libero-professionale. Nel 2010 l'Istituto ha realizzato un progetto sull'ottimizzazione dell'utilizzo degli spazi pomeridiani, conseguendo un aumento del numero di visite per ore di ambulatorio dedicate.

I dati della specialistica ambulatoriale LPI per il triennio 2008-2010 sono riportati nella tabella 2.21. Nel corso del 2010 il personale dell'Istituto ha erogato, individualmente od in équipe, 59.232 prestazioni in regime di LPI, contro le 56.086 prestazioni del 2008 e le 57.635 del 2009. La parte più consistente delle prestazioni erogate in regime di LPI è costituita dalle visite (l'89,4% di tutte le prestazioni erogate). L'aumento che si registra tra 2009 e 2010 è riconducibile essenzialmente ad un

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

aumento delle visite (+2,8% rispetto al 2009) e delle prestazioni diagnostiche radiologiche (+3,4% rispetto al 2009), mentre invece diminuisce il numero delle densitometrie effettuate.

Tab. 2.21 - Prestazioni di specialistica ambulatoriale in regime di Libera Professione Intramoenia (anni 2008-2010)

	2008		2009		2010	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Visite	49.961	89,1	51.494	89,3	52.950	89,4
<i>(di cui visite ortopediche)</i>	<i>(48.109)</i>	<i>(85,8)</i>	<i>(49.712)</i>	<i>(86,2)</i>	<i>(50.994)</i>	<i>(86,1)</i>
<i>(di cui visite altre discipline)</i>	<i>(1.852)</i>	<i>(3,3)</i>	<i>(1.782)</i>	<i>(3,1)</i>	<i>(1.956)</i>	<i>(3,3)</i>
Radiologia d'equipe	4.619	8,2	4.761	8,3	4.927	8,3
<i>(di cui radiologia tradizionale)</i>	<i>(2.482)</i>	<i>(4,4)</i>	<i>(2.368)</i>	<i>(4,1)</i>	<i>(2.355)</i>	<i>(4,0)</i>
<i>(di cui ecotomografia)</i>	<i>(1.669)</i>	<i>(3,0)</i>	<i>(1.922)</i>	<i>(3,33)</i>	<i>(2.052)</i>	<i>(3,5)</i>
<i>(di cui TAC)</i>	<i>(235)</i>	<i>(0,4)</i>	<i>(248)</i>	<i>(0,4)</i>	<i>(252)</i>	<i>(0,4)</i>
<i>(di cui RMN)</i>	<i>(233)</i>	<i>(0,4)</i>	<i>(223)</i>	<i>(0,4)</i>	<i>(268)</i>	<i>(0,5)</i>
Densitometrie	1.506	2,7	1.380	2,4	1.355	2,3
Totale	56.086	100,0	57.635	100,0	59.232	100,0

La maggior parte delle visite afferisce alla disciplina ortopedica (50.994 visite, pari al 96,3% di tutte le visite LPI). Le restanti visite (1.956, pari al 3,7% di tutte le visite LPI) afferiscono a più discipline: medicina interna e reumatologia, riabilitazione, anestesia, oncologia, chirurgia generale.

Nell'organizzazione dell'Istituto l'attività LPI di visita è distinta tra attività interna (presso il poliambulatorio del Rizzoli o presso strutture convenzionate a Bologna) ed attività esterna (attività di libera professione intramoenia "allargata"), ovvero svolta presso ambulatori esterni autorizzati. Nel 2010 l'attività interna è consistita di 28.836 visite presso il poliambulatorio del Rizzoli e di 5.598 visite in strutture convenzionate per un totale di 34.434 visite (+8,2% rispetto al 2009: 31.605) con una tariffa media unitaria di 138 euro (+ 2,4% rispetto al 2009: 134,7 euro). Si evidenzia che, per le prenotazioni interne, da alcuni anni è stato attivato uno specifico punto prenotazione telefonico in convenzione con la società CUP2000 e che la riscossione avviene da sempre attraverso il tesoriere convenzionato o attraverso bollettini postali. La tabella 2.21 mette in luce un incremento dell'attività LPI in ambulatori esterni convenzionati (+63,2% tra 2010 e 2006) ed una corrispondente riduzione di quella in ambulatori esterni autorizzati (-17,0% tra 2010 e 2006). Nel 2010 54 dirigenti medici erano autorizzati allo svolgimento di visite in regime LPI in 92 ambulatori privati, distribuiti sul territorio nazionale. Il costo medio per visita della LPI allargata è risultato pari a 136,7 euro (era pari a 137,7 euro nel 2009).

Tab. 2.22 - Prestazioni di specialistica ambulatoriale (visite) in regime di Libera Professione Intramoenia (anni 2006-2010)

	2006	2007	2008	2009	2010
Visite LPI interna (escluso amb. Convenzionati)	28.728	28.285	26.335	27.034	28.836
Visite LPI in ambulatori esterni Convenzionati	3.430	4.102	3.971	4.571	5.598
Visite LPI allargata	22.308	21.407	19.655	19.889	18.516
Totale visite	54.466	53.794	49.961	51.494	52.950

Capitolo 2 - Profilo aziendale

2.3.2 L'assistenza ospedaliera

La produzione ospedaliera. Nel 2010 l'Istituto Ortopedico Rizzoli ha effettuato complessivamente 20.502 dimissioni, di cui 14.742 in regime ordinario (71,9%) e 5.760 in regime di *day hospital/day surgery* (28,1%).

Il numero complessivo delle dimissioni risulta in crescita rispetto al 2009 (+5,4%), quando le dimissioni erano state 19.460. Questo andamento è anche correlato all'incremento del numero dei posti letto complessivi dell'Istituto, in conseguenza dell'acquisizione, da settembre 2009, del reparto di ortopedia dell'Ospedale di Bentivoglio.

Si conferma il trend di progressiva crescita della percentuale dei ricoveri in regime di *day hospital/day surgery* sul totale dei ricoveri (28,1% nel 2010, contro il 26,6% del 2009 ed il 24,0% del 2008).

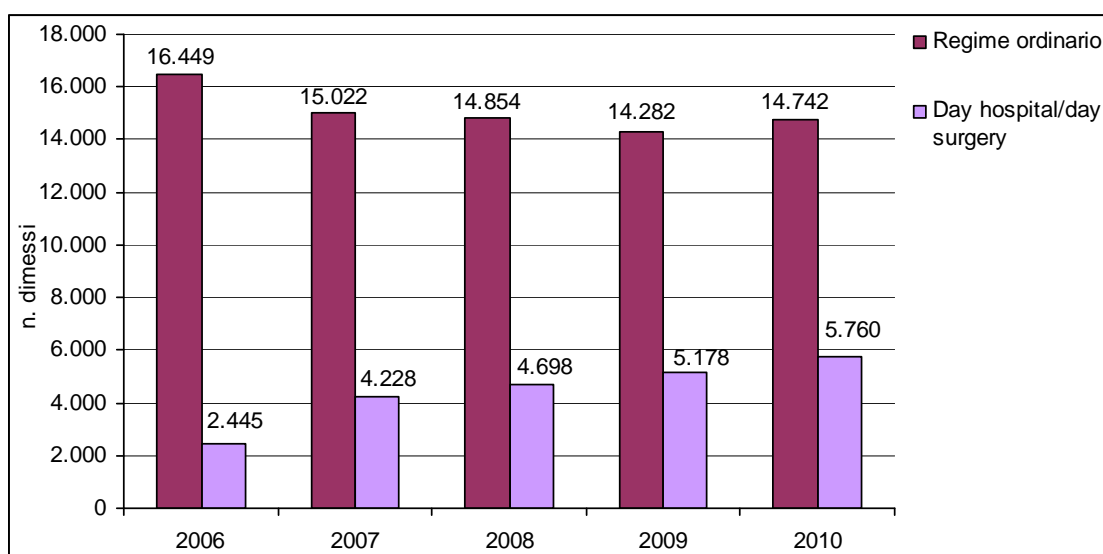
Tab. 2.23 Numero di dimessi in regime ordinario e day hospital/day surgery (anni 2006-2010)

	2006	2007	2008	2009	2010
Dimessi in regime ordinario	16.449	15.022	14.854	14.282	14.742
Dimessi in regime di day hospital/day surgery	2.445	4.228	4.698	5.178	5.760
Totale dimessi	18.894	19.250	19.552	19.460	20.502

La degenza media (per la disciplina "ortopedia e traumatologia") risulta pari a 5,52 giornate per i ricoveri ordinari nel 2010, contro le 5,53 giornate del 2009 e le 5,43 del 2008.

Un confronto con le altre aziende ospedaliere ed ospedaliero-universitarie dell'Emilia-Romagna in merito alla produzione ospedaliera è riportato nella tabella 2.24.

Graf. 2.22 - Numero di dimessi in regime ordinario e day hospital/day surgery (anni 2006-2010)



Fonte: elaborazione su Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

Tab. 2.24 - Numero di dimessi in regime ordinario e day hospital nelle aziende ospedaliere ed IRCCS dell'Emilia-Romagna (anno 2010)

Azienda di ricovero	Regime Ordinario		Day-hospital		Totale	
	Totale dimessi	di cui in libera professione	Totale dimessi	di cui in libera professione	Totale dimessi	di cui in libera professione
AOSP PARMA	41.451	202	11.352	21	52.803	223
AOSP REGGIO E.	33.516	114	16.035	83	49.551	197
AOSP MODENA	32.589	326	12.524	83	45.113	409
AOSP BOLOGNA	57.274	1.105	13.621	13	70.895	1.118
AOSP FERRARA	27.615	67	11.064	35	38.679	102
IOR	14.742	957	5.760	2	20.502	959
TOTALE	207.187	2.771	70.356	237	277.543	3.008

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Tali dati evidenziano il peso contenuto del Rizzoli se paragonato a quello di aziende di dimensioni maggiori. Essi, tuttavia, consentono di apprezzare l'incidenza dell'attività libero-professionale per il regime ordinario (il Rizzoli ha contribuito nel 2010 al 31,9% dei ricoveri ordinari in libera professione delle aziende ospedaliere regionali). Nel complesso, al Rizzoli, si registrano nel 2010 959 dimissioni in regime di Libera Professione su una produzione complessiva di 20.502 casi (pari al 4,7%). Considerando solo i ricoveri in regime ordinario l'incidenza della libera professione sale al 6,5% (957 dimessi su 14.742). Nel periodo 2006-2010 si rileva un trend di progressiva flessione dei ricoveri effettuati in libera professione, passati da 1.171 nel 2006 a 959 nel 2010 (-18,1%).

Tab. 2.25 - Numero di dimessi in regime di Libera Professione presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli (anni 2006-2010)

	2006	2007	2008	2009	2010
n. dimessi in regime di Libera Professione	1.171	1.159	1.087	1.023	959

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

In relazione a tale attività l'Istituto ha sviluppato accordi con il mondo assicurativo per le convenzioni di equipe, con un intenso lavoro che ha coinvolto le equipe mediche, infermieristiche e tecniche al fine di determinare un tariffario per le prestazioni di degenza. Si è ritenuto quindi strategico affrontare il tema della diffusione della sanità integrativa anche per ampliare la capacità di risposta ai bisogni di salute. Nel corso del 2010, pertanto, l'Istituto ha stipulato convenzioni per la fornitura di prestazioni nell'ambito delle assicurazioni sanitarie integrative con Sistemi Sanitari Scarl, Prevetnet Spa, CAMPA Mutua Sanitaria Integrativa, New Med Spa, CASPIE.

Trattandosi di un istituto monospecialistico ortopedico il Rizzoli è un ospedale ad attività prevalentemente chirurgica. Ciò è testimoniato dall'alta percentuale, stabile nel corso degli anni, di casi chirurgici sul totale dei dimessi. Nel 2010 la percentuale dei ricoveri chirurgici sul totale dei ricoveri è risultata pari al 66,7%, in leggera crescita rispetto al 2009 (quando era pari al 65,6%) e comunque significativamente superiore alla media delle aziende ospedaliere ed ospedaliero-universitarie della regione (pari al 42,2%).

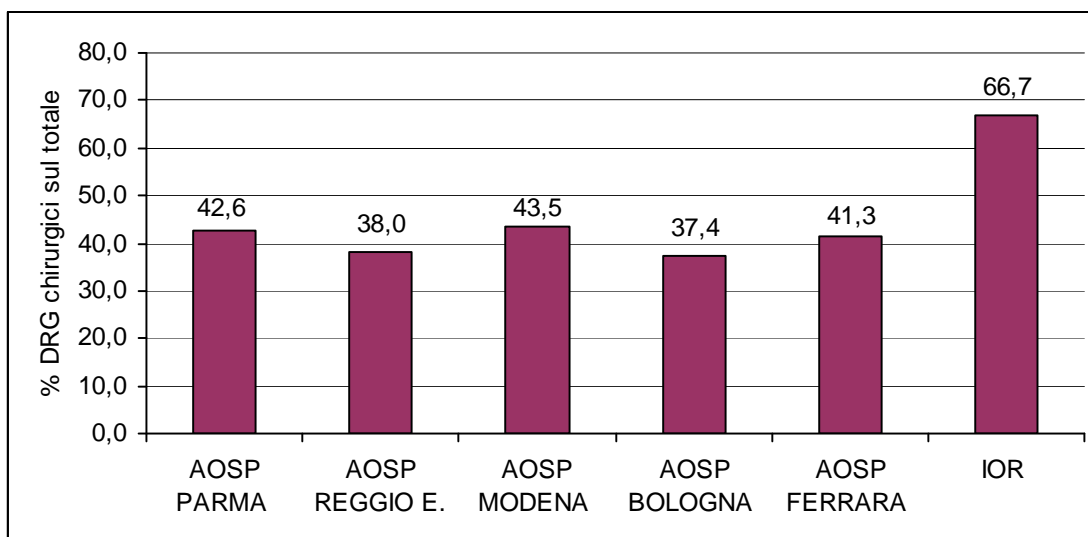
Capitolo 2 - Profilo aziendale

Tab. 2.26 – Numero di casi chirurgici sul totale dei ricoveri e sui ricoveri in regime di Libera Professione (anno 2010)

Azienda di ricovero	Tutti i DRG		DRG chirurgici		% casi chirurgici sul totale	
	Totale ricoveri	Ricoveri in libera professione	Totale ricoveri	Ricoveri in libera professione	Totale ricoveri	Ricoveri in libera professione
AOSP PARMA	52.803	223	22.508	210	42,6%	94,2%
AOSP REGGIO E.	49.551	197	18.818	118	38,0%	59,9%
AOSP MODENA	45.113	409	19.632	399	43,5%	97,6%
AOSP BOLOGNA	70.895	1.118	26.524	898	37,4%	80,3%
AOSP FERRARA	38.679	102	15.984	102	41,3%	100,0%
IOR	20.502	959	13.676	937	66,7%	97,7%
TOTALE	277.543	3.008	117.142	2.664	42,2%	88,6%

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Graf. 2.23 - Percentuale di casi chirurgici sul totale dei ricoveri: confronto tra aziende ospedaliere ed Irccs (anno 2010)



Fonte: elaborazione su Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Di particolare rilevanza sono i dati relativi all'attività protesica, una delle principali attività caratterizzanti l'Istituto. Nel periodo 2006-2010 si evidenzia un trend di progressiva crescita, seppure con una sostanziale stabilità nell'attività protesica tra 2009 e 2010 (si veda la tabella seguente).

Tab. 2.27 – Attività protesica: numero interventi effettuati (anni 2006-2010)

	2006	2007	2008	2009	2010
Protesi d'anca (parziale/totale)	1.506	1.440	1.398	1.518	1.527
Revisioni protesi d'anca (parziale/totale)	297	271	275	293	290
Protesi di ginocchio (totale/monocompartimentale)	598	715	740	596	630
Revisioni protesi di ginocchio (parziale/totale)	123	128	157	175	147
Protesi spalla/gomito	62	58	58	84	86
Protesi articolazione tibiotarsica	31	24	38	39	19
Totale	2.617	2.636	2.666	2.705	2.699

Andamento dei ricoveri potenzialmente inappropriati. Nel 2010 la percentuale di ricoveri potenzialmente inappropriati presso il Rizzoli, calcolata sulla base delle indicazioni della delibera della Giunta Regionale n. 1890/2010 (ricoveri per acuti in regime ordinario, di durata superiore ad 1 giorno e con età compresa tra 18 e 74 anni, con DRG individuato dalla lista contenuta nella delibera), risulta pari al 4,6%. Si tratta di un dato di poco superiore alla media delle aziende ospedaliere ed IRCCS dell'Emilia-Romagna (4,1%). Occorre osservare che un confronto diretto con le altre aziende ospedaliere in merito a questo indicatore risulta essere metodologicamente problematico per via del carattere monospécialistico (ortopedico) dell'Istituto. Inoltre, il cambiamento dei criteri di definizione dei "ricoveri potenzialmente inappropriati", avvenuto appunto con DGR n. 1890/2010, non consente di procedere ad un confronto con gli anni precedenti.

Tab. 2.28 - Percentuale di casi attribuiti a DRG inappropriati sul totale dimessi (anno 2010)

Azienda di ricovero	Ricoveri con DRG individuati da DGR 1890/2010 (*)	Totale ricoveri per acuti	% ricoveri inappropriati sul totale ricoveri
AOSP PARMA	2.228	51.712	4,3%
AOSP REGGIO E.	1.755	47.758	3,7%
AOSP MODENA	1.394	44.199	3,2%
AOSP BOLOGNA	2.955	68.022	4,3%
AOSP FERRARA	1.842	37.059	5,0%
IOR	860	18.901	4,6%
TOTALE	11.034	267.651	4,1%

(*) Ricoveri per acuti in regime ordinario, di durata >1 giorno ed età compresa tra 18 e 74 anni, con DRG individuato dalla lista contenuta nella DGR 1890/2010.

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Al fine di accrescere l'appropriatezza del ricovero ospedaliero sono state effettuate le seguenti azioni:

- monitoraggio costante della casistica in merito ai criteri di appropriatezza;
- implementazione della attività di day surgery, con un indice di day surgery che è progressivamente cresciuto negli ultimi anni;
- attivazione di un percorso di Osservazione Breve Intensiva (OBI) a partire dal 15 ottobre 2009 per la riduzione dei DRG potenzialmente inappropriati.

Case mix. L'andamento dei ricoveri nel tempo è stato accompagnato da un aumento del peso totale e, conseguentemente, del peso medio della casistica. Considerando il peso medio relativo alla casistica più significativa, quella di ortopedia e traumatologia, si registra un incremento della complessità della casistica nel quinquennio considerato: da 1,33 del 2006 a 1,49 del 2010.

Tab. 2.29 - Peso medio casi dell'Istituto Ortopedico Rizzoli (anni 2006-2010)

	2006	2007	2008	2009	2010
009-CHIRURGIA GENERALE	2,42	2,55	2,51	2,06	2,09
036-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1,33	1,39	1,40	1,44	1,49
049-TERAPIA INTENSIVA	3,85	2,72	2,25	2,92	2,12
064-ONCOLOGIA	1,04	1,10	1,12	0,97	0,96
069-RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	2,27	2,20	2,13	1,67	1,60

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Capitolo 2 - Profilo aziendale

Altro dato che conferma l'incremento della complessità della casistica trattata è rappresentato dalla costante crescita della percentuale di casi ordinari con peso superiore a 2,5 sul totale dei casi trattati: passati dall'1,7% nel 2004 al 2,7% nel 2006, fino ad arrivare al 4,4% nel 2008. Negli anni 2009 e 2010 l'incremento significativo che si registra (rispettivamente 8,4% e 8,7%) non è immediatamente confrontabile con la serie degli anni precedenti, visto che a partire dal 2009 sono cambiati i sistemi di classificazione (sono stati adottati l'ICD9 CM 2007 e la versione del Grouper 24) e sono cambiati i pesi, secondo quanto disposto dal D.M. 18 dicembre 2008 "Aggiornamento dei sistemi di classificazione". Con la nuova classificazione il Rizzoli risulta, tra le aziende ospedaliere dell'Emilia-Romagna, quello con la percentuale più alta di casi con peso superiore a 2,5.

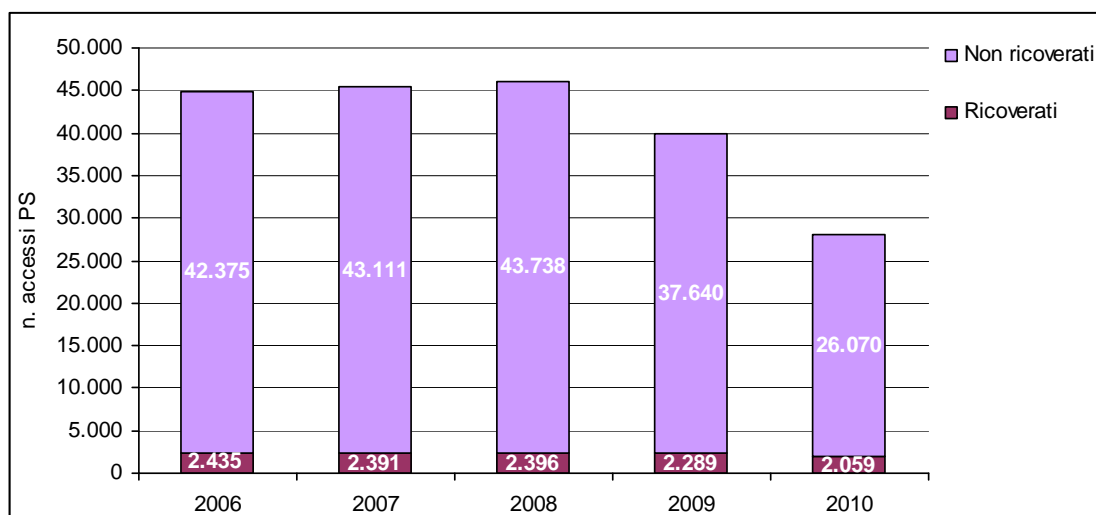
Tab. 2.30 - Casi ordinari di peso superiore a 2,5: valore % sul totale dei casi (2010)

Azienda di ricovero	Totale ricoveri ordinari	Ricoveri ordinari di peso > 2.5	% ricoveri di peso > 2.5 sul totale
AOSP PARMA	41.451	3.154	7,6%
AOSP REGGIO E.	33.516	1.542	4,6%
AOSP MODENA	32.589	1.672	5,1%
AOSP BOLOGNA	57.274	4.561	8,0%
AOSP FERRARA	27.615	1.511	5,5%
IOR	14.742	1.282	8,7%
TOTALE	207.187	13.722	6,6%

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Attività di Pronto Soccorso. Nell'agosto 2009 è avvenuta la riorganizzazione del servizio di pronto soccorso traumatologico ortopedico bolognese, con il passaggio, per il pronto soccorso del Rizzoli, da H24 ad H12 diurno (con orario 7.30-19.30). Nella fascia oraria notturna rimane aperto unicamente il servizio di pronto soccorso traumatologico ortopedico dell'Ospedale Maggiore di Bologna, con cui sono stati stipulati accordi per il trasferimento di una quota di pazienti ricoverati nella fascia oraria notturna. A seguito della riorganizzazione, nel 2009 e soprattutto nel 2010, risultano diminuiti in modo significativo gli accessi al pronto soccorso del Rizzoli. Il numero degli accessi passa infatti dai 46.134 del 2008, ai 39.929 del 2009, ai 28.129 del 2010 (vedi tab. 2.31).

Graf. 2.24 – Accessi al pronto soccorso (anni 2006-2010)



Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

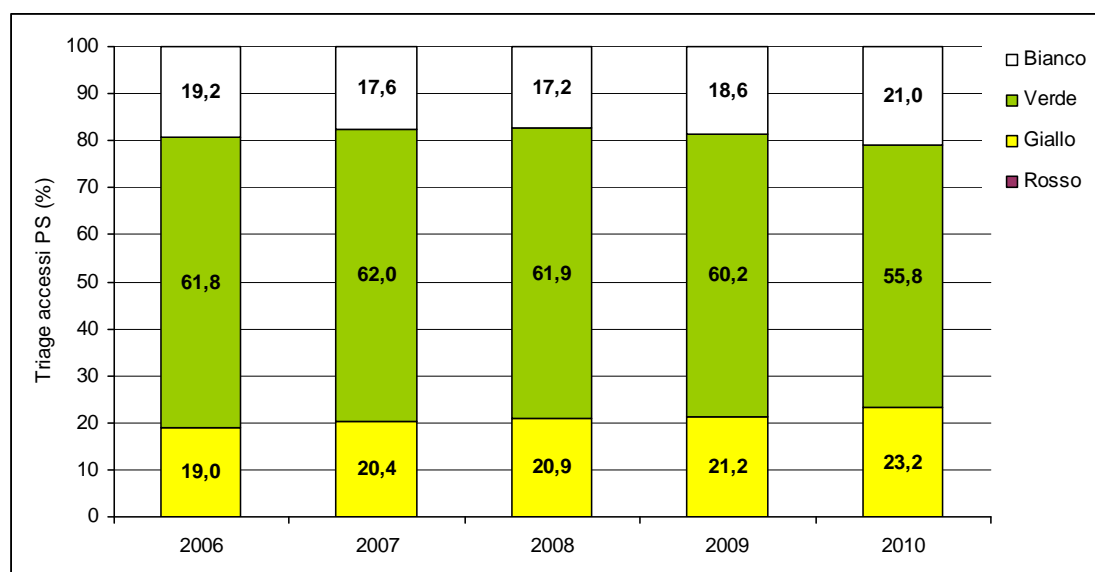
Tab. 2.31 - Accessi al pronto soccorso (anni 2006-2010)

	2006	2007	2008	2009	2010
Totale	44.810	45.502	46.134	39.929	28.129
- di cui ricoverati (v.a.)	2.435	2.391	2.396	2.289	2.059
- di cui ricoverati (%)	5,4	5,3	5,2	5,7	7,3
- di cui non ricoverati (v.a.)	42.375	43.111	43.738	37.640	26.070

Fonte: Regione Emilia-Romagna

La riorganizzazione del pronto soccorso in area metropolitana e l'apertura solo H12 del pronto soccorso del Rizzoli ha portato ad un cambiamento del profilo degli utenti. In particolare i dati relativi al *triage* evidenziano un incremento delle fasce "estreme": "codici bianchi" e "codici gialli" (trattandosi di un pronto soccorso ortopedico sono assolutamente irrilevanti, dal punto di vista quantitativo, i "codici rossi"), come si evince dal grafico 2.25. Proseguendo un trend già in atto crescono, soprattutto nel passaggio dal 2009 al 2010, i "codici gialli": questi passano dal 21,2% al 23,2% degli accessi. Corrispondentemente cresce la percentuale degli accessi che da origine ad un ricovero: 7,3% nel 2010 contro il 5,7% del 2009. L'apertura solo diurna, a sua volta, sembra determinare un incremento dei "codici bianchi" che passano, in effetti, dal 17,2% del 2008 al 18,6% del 2009, al 21,0% del 2010.

Graf. 2.25 – Dati triage Pronto Soccorso IOR (anni 2006-2010)



Fonte: Sistema Informativo Rizzoli, Istituto Ortopedico Rizzoli

2.4 Didattica pre e post-laurea

L'Istituto Ortopedico Rizzoli è sede di svolgimento di attività di ricerca e didattica dell'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna, secondo quanto previsto dall'art. 10 della L.R. 29/2004 e successive modifiche ed integrazioni (vedi il capitolo 1.2 // *sistema delle relazioni con l'Università*). In particolar modo l'Istituto, conformemente alla propria natura monospecialistica, partecipa all'attività di insegnamento universitario per quanto riguarda l'ortopedia e le discipline affini. Il numero dei docenti e ricercatori universitari in servizio in convenzione con il Rizzoli è pari a 20 unità al 31 dicembre 2010, a cui si aggiungono 5 unità di personale amministrativo o tecnico.

Capitolo 2 - Profilo aziendale

Tab. 2.32 Personale dell'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna in convenzione con l'Istituto Ortopedico Rizzoli alla data del 31 dicembre (anni 2006-2010)

	2006	2007	2008	2009	2010
Docenti e ricercatori	21	19	22	22	20
Personale tecnico e amministrativo	5	5	5	4	5
Totale docenti e ricercatori	26	24	27	26	25

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Il personale docente, in particolare, svolge attività nell'ambito del Corso di laurea in Medicina e Chirurgia. Attività di docenza è svolta, presso l'Istituto, anche nell'ambito di corsi di laurea triennali per le professioni sanitarie, di recente attivazione:

- Corso di laurea in Podologia (43 iscritti complessivi nell'anno accademico 2010/2011);
- Corso di laurea in Tecniche Ortopediche (41 iscritti complessivi nell'anno accademico 2010/2011);
- Corso di laurea in Scienze infermieristiche.

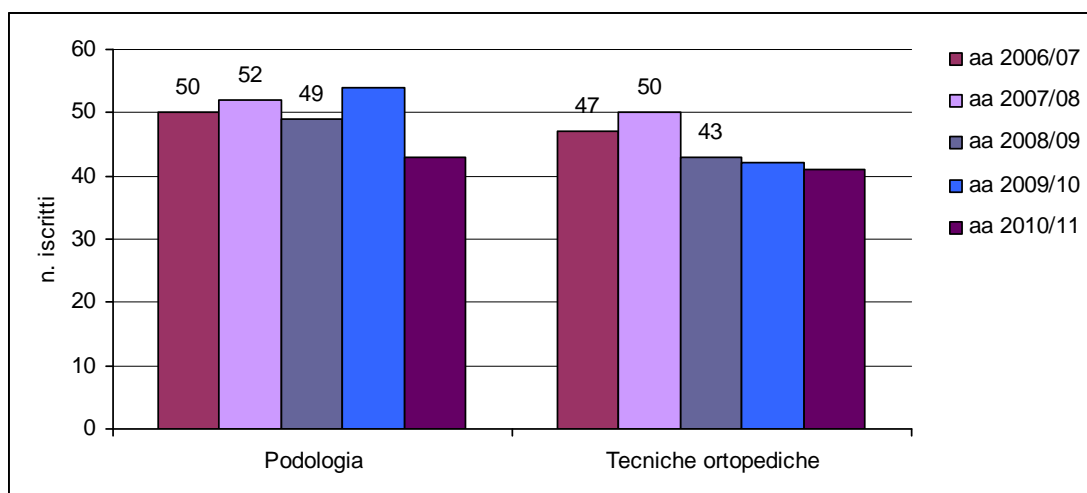
Tab. 2.33 - Numero studenti per anno di corso dei Corsi di laurea e D.U. Podologia e Tecniche ortopediche (anno accademico 2009/2010)

	Primo anno	Secondo anno	Terzo anno	Totale
Podologia	14	11	18	43
Tecniche ortopediche	15	12	14	41

* Include anche il Diploma universitario

Fonte: Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Graf. 2.26 - Numero totale studenti dei Corsi di laurea e Diploma Universitario in Podologia e in Tecniche ortopediche (anni accademici 2006/07 – 2010/11)



Fonte: elaborazione su dati Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

L'attività universitaria svolta presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli concerne anche la formazione specialistica. L'Istituto è infatti sede di attività della Scuola di specializzazione in Ortopedia e Traumatologia e della Scuola di specializzazione in Medicina fisica e riabilitazione. Significativamente, inoltre, l'Istituto ha continuato ad ospitare, anche nel 2010, il *Congresso nazionale dei medici in formazione specialistica in Medicina fisica e riabilitazione*, giunto alla quarta edizione.

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

L'Istituto è anche sede di attività formative e di ricerca per attività di dottorato. Nell'anno accademico 2010/2011 è infatti attivo presso il Rizzoli un dottorato in *Bioingegneria* ed i dottorandi presso l'Istituto coperti da borse di studio per il XXV ciclo sono 2. Non sono invece stati attivati nuovi corsi di dottorato. Infine l'Istituto, nel quinquennio 2006-2010, è stato sede di Master Universitari di I e II livello (es. in *Assistenza infermieristica in ortopedia e traumatologia*, ecc.). Occorre tuttavia osservare che non sono stati attivati Master nell'anno accademico 2010/2011. Personale dell'Istituto è inoltre referente (tutor) per il tirocinio di Ortopedia del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e di Farmacia e Informazione Scientifica del Farmaco del Corso di Laurea in Farmacia.

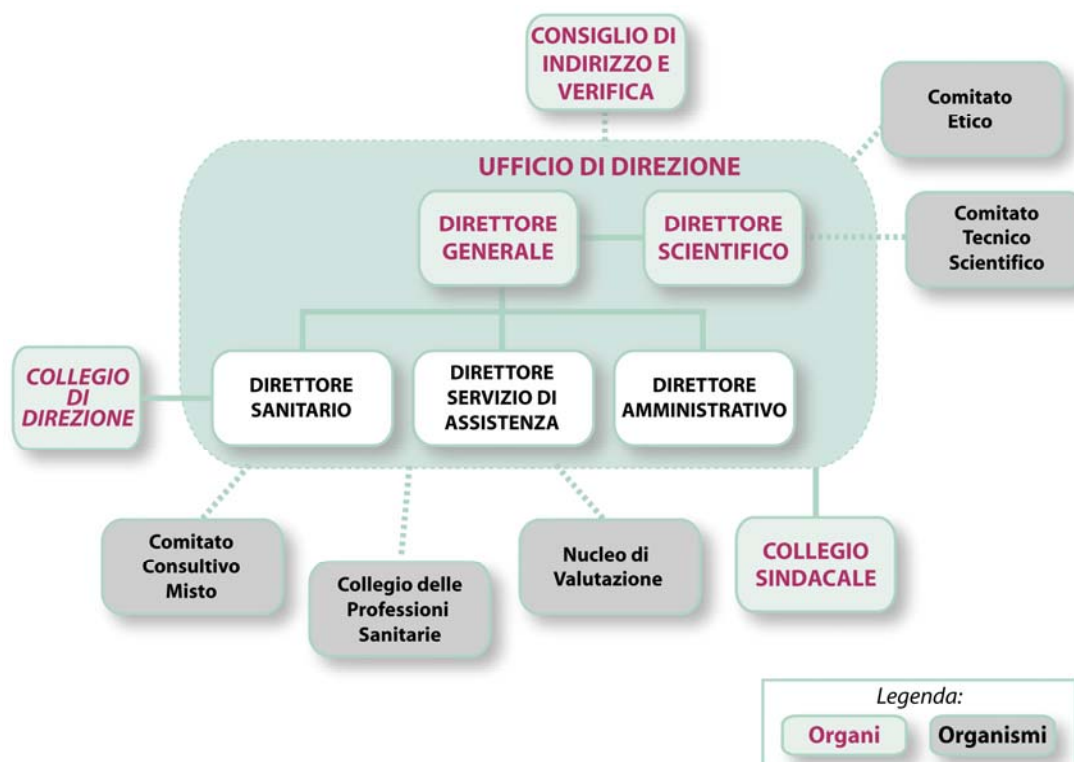
2.5 Assetto organizzativo

La struttura organizzativa dell'Istituto Ortopedico Rizzoli vede al vertice gli organi previsti dalla legislazione nazionale e regionale:

- Direttore Generale;
- Direttore Scientifico;
- Collegio di Indirizzo e Verifica;
- Collegio Sindacale;
- Collegio di Direzione.

Direttore Generale e Direttore Scientifico, unitamente ai tre direttori di area (Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo e Direttore del Servizio di Assistenza infermieristica, tecnica e della riabilitazione), costituiscono l'Ufficio di Direzione (vedi fig. 2.3).

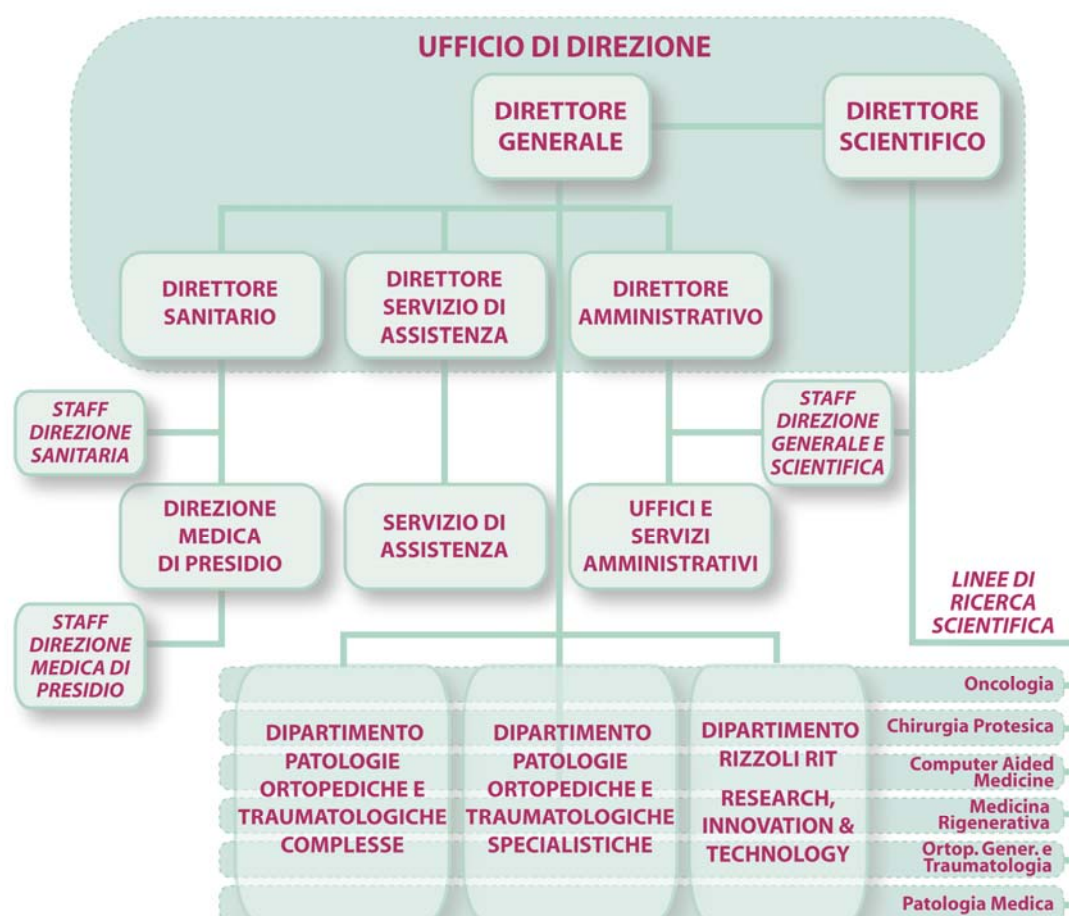
Fig. 2.3 – Organigramma dell'Istituto Ortopedico Rizzoli: organi ed organismi



Capitolo 2 - Profilo aziendale

La struttura organizzativa prevede due Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) il *Dipartimento Patologie Ortopediche-Traumatologiche Complesse* ed il *Dipartimento Patologie Ortopediche-Traumatologiche Specialistiche*, composti da unità assistenziali e da unità di ricerca, così da facilitare lo svolgimento di attività di ricerca *traslazionale*. Ad essi si affianca il *Dipartimento Rizzoli RIT-Research, Innovation & Technology* relativo ai laboratori di ricerca che partecipano alla costituzione del tecnopolo bolognese. L'attività di ricerca è organizzata in 6 linee di ricerca che attraversano orizzontalmente le strutture dipartimentali (vedi fig. 2.4).

Fig. 2.4 – Organigramma dell'Istituto Ortopedico Rizzoli - i Dipartimenti e le Linee di Ricerca



I Dipartimenti sono organizzati secondo quanto previsto dal *Regolamento dei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI)* e dal *Regolamento del Dipartimento Rizzoli RIT*. Essi sono gestiti utilizzando gli strumenti gestionali ed organizzativi a disposizione del Direttore e del Comitato di Dipartimento, finalizzati a garantire il migliore funzionamento del Dipartimento e delle Strutture ad esso afferenti ed a favorire la partecipazione di tutti i professionisti. Mensilmente i Comitati di Dipartimento si sono riuniti ed hanno discusso i temi strategici del 2010, condividendoli tra la componente di diritto ed elettiva, che rappresenta i professionisti del Rizzoli.

Un importante momento strategico per l'azienda ed i suoi professionisti è stato il percorso di accreditamento regionale (descritto in modo più dettagliato nel capitolo

3.4) che ha visto coinvolti tutti i professionisti delle unità operative assistenziali dei Dipartimenti e, a loro supporto, dei Servizi Amministrativi, Tecnici e di Staff del Rizzoli. La verifica ha avuto esito positivo ed è stata un'importante occasione di confronto e revisione delle procedure organizzative ed operative, nonché del presidio degli aspetti di governo clinico.

Nel 2010 si è dato avvio operativo alla strutturazione del modello *hub & spoke*, a seguito del riconoscimento regionale di funzione *hub* al Rizzoli avvenuto con la delibera della Giunta Regionale n.608/2009 per le funzioni di ortopedia oncologica, chirurgia vertebrale, ortopedia pediatrica, revisione e sostituzione di protesi, terapia chirurgica delle gravi patologie infettive ossee, chirurgia del piede. Tale riconoscimento ha comportato l'acquisizione di un nuovo ruolo di riferimento per i professionisti operanti nelle altre aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna (per una descrizione dettagliata si veda il capitolo 7.1).

La ricerca scientifica. La ricerca scientifica di tipo *traslazionale* costituisce un elemento distintivo della missione dell'Istituto che nel 1981 ha ottenuto il riconoscimento, da parte del Ministero della Sanità, di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) - riconoscimento riconfermato per un ulteriore triennio a seguito della *site-visit* ministeriale del 2010 (D.M. 11 aprile 2011).

L'attività di ricerca svolta in Istituto si distingue tra *ricerca corrente* (finanziata dal Ministero della Salute sulla base di programmi pluriennali predefiniti) e *ricerca finalizzata*. Quest'ultima si sviluppa attraverso la partecipazione a bandi specifici, regionali, nazionali ed internazionali promossi da enti ed istituzioni pubbliche o private ed anche tramite l'effettuazione di ricerche su commissione o sponsorizzate. L'attività di ricerca dell'Istituto è svolta, sotto la direzione del Direttore Scientifico (nominato dal Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali), dai 9 laboratori di ricerca afferente ai *Dipartimenti ad Attività Integrata* (DAI) e dai 6 laboratori di ricerca afferenti al Dipartimento Rizzoli-RIT (*Research, Innovation & Technology*), secondo un programma pluriennale articolato in 6 linee di ricerca (per una descrizione più dettagliata si rimanda al capitolo 6 - *Ricerca e innovazione*).

Didattica e formazione. L'Istituto è infine sede delle attività didattiche in ambito ortopedico e riabilitativo dell'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna, sia nell'ambito di alcuni corsi di laurea, sia per la formazione specialistica (per una descrizione più dettagliata vedi il capitolo 1.2 *Il sistema di relazioni con l'Università* ed il capitolo 2.4 *Didattica pre e post-laurea*). E' stato siglato nel luglio 2010 l'Accordo Attuativo Locale con l'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna, che definisce le strutture del Rizzoli essenziali ai fini della didattica.

CAPITOLO 3

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

In questa sezione sono descritti i principali obiettivi e le strategie attraverso cui l'Istituto Ortopedico Rizzoli articola le sue finalità istituzionali e concorre al perseguimento, in tal modo, delle finalità del Servizio Sanitario Regionale. Se nel corso del 2009 il principale obiettivo, sul fronte assistenziale, era quello di partecipare alla riorganizzazione dell'ortopedia in ambito metropolitano, nel 2010 l'Istituto, sulla base di accordi con la Regione Emilia-Romagna (delibera della Giunta Regionale n. 608/2009) assume come riferimento il territorio regionale e procede ad avviare la rete ortopedica regionale secondo il modello *hub & spoke* (per una rendicontazione di questo programma si veda il capitolo 7.1).

Sul versante interno, invece, si segnalano alcune importanti attività di miglioramento, come una prima riorganizzazione dei front office per l'accesso ai servizi sanitari in area ospedaliera, la prosecuzione della ricerca di maggiore efficienza tramite politiche d'acquisto in area vasta, la gestione sistematica del "rischio clinico" e del parco tecnologico dell'Istituto, nonché un forte impegno in investimenti in nuove infrastrutture (con la prosecuzione del cantiere presso l'ospedale per la realizzazione della cosiddetta "spina"), in attrezzature, in tecnologie informatiche (con alcune implementazioni del progetto "Sistema informativo per l'eccellenza").

3.1 Centralità del cittadino

Il principio della centralità del cittadino, "titolare del diritto alla salute e partecipe della definizione delle prestazioni, della organizzazione dei servizi e della loro valutazione", è fissato per il Servizio Sanitario Regionale dalla L.R. n.29/2004 (art.1).

La sua traduzione operativa avviene tramite programmi e attività che spaziano dai programmi aziendali su consenso informato, ospedale senza dolore, tutela della *privacy*, sino all'operatività di organismi di "rappresentanza" come il Comitato Consultivo Misto; da una organizzazione *user friendly* degli accessi a modalità innovative di gestione del contenzioso, ad azioni per accrescere la capacità del cittadino di tutelare la propria salute e di usare in modo appropriato i servizi sanitari: educazione alla salute, orientamento ai servizi, informazione medico-sanitaria. Conformemente al dettato legislativo l'Istituto Ortopedico Rizzoli riconosce all'utente il diritto di partecipare alla valutazione della qualità dei servizi, sia tramite la raccolta di segnalazioni, sia tramite lo svolgimento periodico di indagini di soddisfazione in merito ai servizi forniti.

Oltre a ciò l'Istituto è stato tra i primi a livello nazionale, ancora all'inizio degli anni '90, a promuovere la partecipazione delle rappresentanze degli utenti nella valutazione della qualità "percepita" o "dal lato degli utenti" tramite esperienze di coinvolgimento poi confluite nel Comitato Consultivo Misto.

Le segnalazioni degli utenti. Da diversi anni l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) raccoglie tutte le segnalazioni degli utenti, dividendole in reclami, suggerimenti, rilievi, elogi, conformemente alle indicazioni regionali. Oltre a fornire puntuale risposta al cittadino, ne dà riscontro a tutte le figure professionali – dirigenti area medica, area infermieristica e tecnica, ciascuno per le proprie competenze e responsabilità – ed alle Direzioni dell'Ente secondo modalità individuate nella *Procedura per la gestione delle comunicazioni avanzate da parte della Pubblica Tutela dell'Ente* (deliberazione n. 742 del 22 novembre 2004).

Capitolo 3 - Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Oltre a ciò l'URP redige annualmente un report di analisi, messo all'attenzione di tutte le direzioni aziendali e di unità operativa, ai Collaboratori Professionali Sanitari Esperti ed al CCM (e disponibile anche nella Intranet e nel sito web dell'Istituto). Nel corso del 2010 sono pervenute 837 segnalazioni di cui 528 elogi (63,2%), 215 reclami (25,8%), 81 rilievi (9,7%), 11 suggerimenti (1,3%).

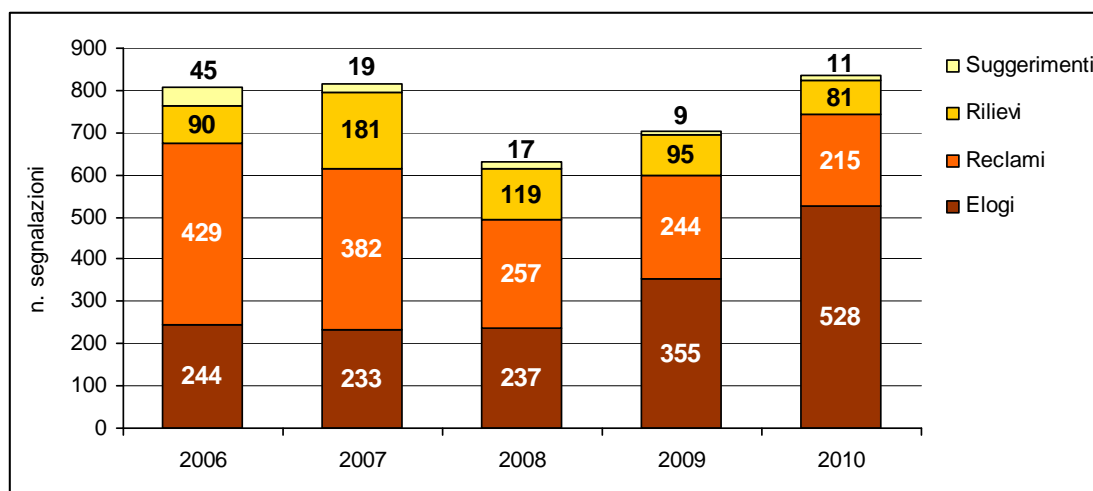
I dati del 2010 confermano un trend in atto da qualche anno di crescita degli elogi e di riduzione dei reclami, come rappresentato dal grafico 3.1.

Tab. 3.1 – Segnalazioni pervenute all'URP per tipologia (anni 2006-2010)

	2006		2007		2008		2009		2010	
	v.a.	%	v.a.	v.a.	%	%	v.a.	%	v.a.	%
Elogi	244	30,2	233	28,6	237	37,6	355	50,5	528	63,2
Reclami	429	53,1	382	46,9	257	40,8	244	34,7	215	25,8
Rilievi	90	11,1	181	22,2	119	18,9	95	13,5	81	9,7
Suggerimenti	45	5,6	19	2,3	17	2,7	9	1,3	11	1,3
Totale	808	100,0	815	100,0	630	100,0	703	100,0	835	100,0

Nota: I dati sono al netto delle segnalazioni "improprie" trasmesse all'URP (nella misura di qualche unità ogni anno).
Fonte: URP

Graf. 3.1 – Segnalazioni pervenute all'URP per tipologia (anni 2006-2010)

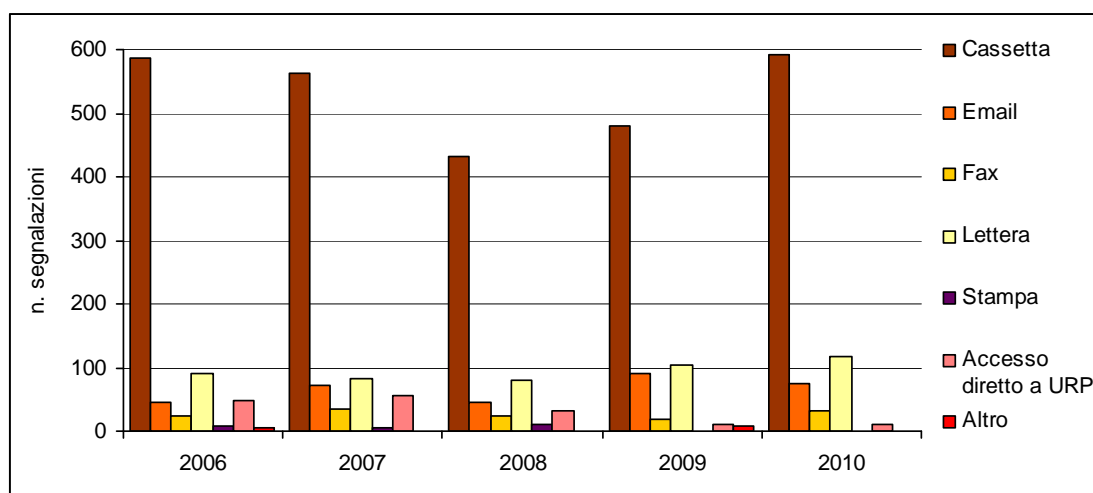


Fonte: elaborazione su dati URP

La modalità di trasmissione delle segnalazioni tuttora più diffusa è mediante le apposite cassette ubicate presso i reparti e gli ambulatori.

Nel 2010 591 delle 837 segnalazioni raccolte dall'URP (pari al 70,6%) sono state trasmesse in tal modo. Negli ultimi anni risultano in crescita le segnalazioni trasmesse tramite e-mail o tramite lettera (si veda il grafico 3.2).

Graf. 3.2 - Segnalazioni pervenute all'URP per modalità di trasmissione (anni 2006-2010)

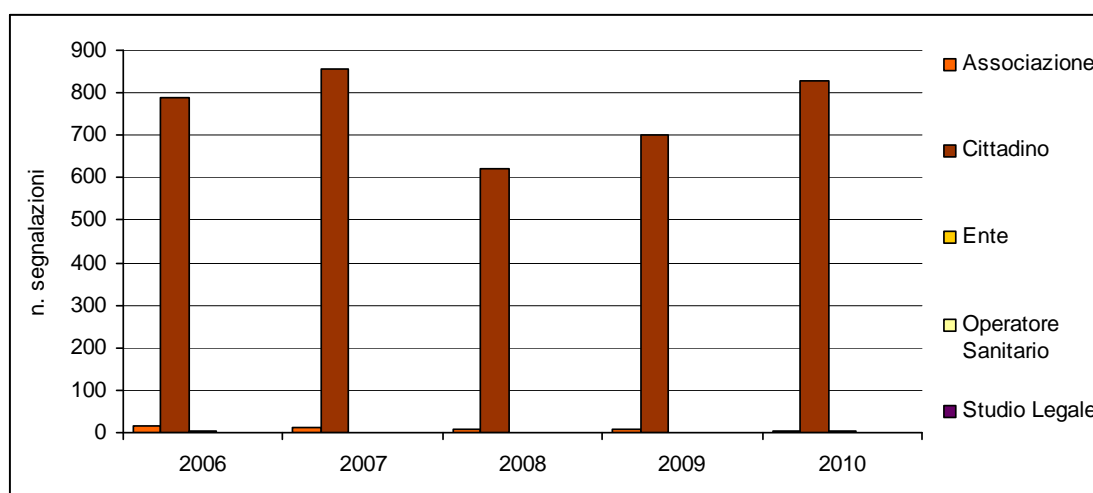


Fonte: URP

Nel 2010, come peraltro negli altri anni del quinquennio considerato, la quasi totalità delle segnalazioni è stata recapitata direttamente dal cittadino che solo in pochissimi casi si è servito di “intermediari” nel suo rapporto con l’istituzione (si veda il grafico 3.3). Su 837 segnalazioni ricevute, in effetti, 830 sono state trasmesse all’URP direttamente dal cittadino-utente (99,2%). In altri 5 casi (0,6%) l’utente si è invece rivolto ad una delle associazioni di tutela che operano presso l’ospedale Rizzoli.

Questi dati testimoniano che fa parte della cultura generale del cittadino la prospettiva di un rapporto diretto con l’istituzione erogatrice di servizi per la trasmissione delle proprie valutazioni, positive o negative che siano. Solo quando l’evento che riguarda l’utente è particolarmente grave o complesso questi ricorre a soggetti intermediari (agenzie specializzate nel contenzioso).

Graf. 3.3 – Segnalazioni pervenute all'URP per agente (anni 2006-2010)



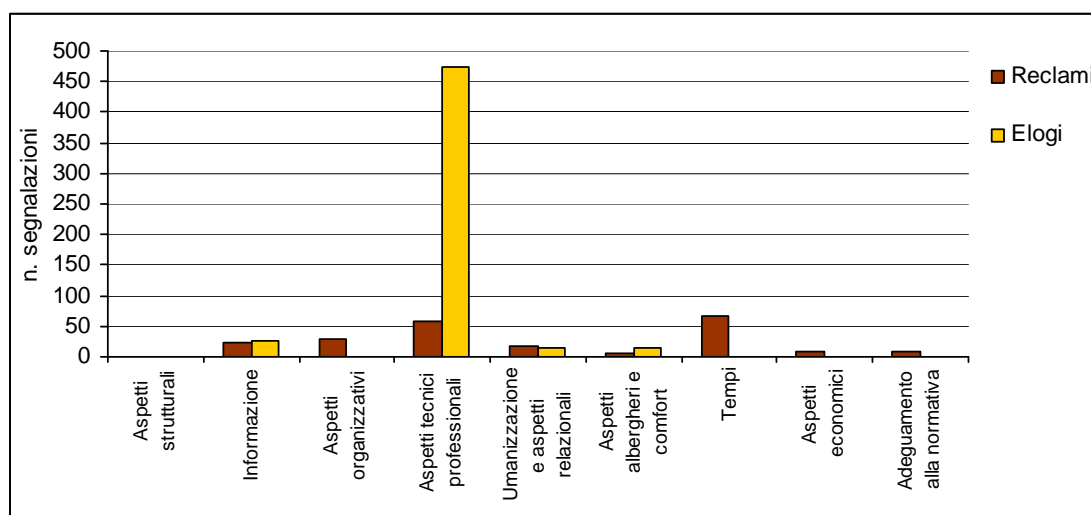
Fonte: URP

Un confronto tra reclami ed elogi ricevuti nel 2010 e distinti per tema trattato nella segnalazione evidenzia una situazione ampiamente asimmetrica. Gli elogi sono focalizzati in modo quasi esclusivo (90,0%) sugli “aspetti tecnici e professionali”,

Capitolo 3 - Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

mentre i reclami risultano maggiormente distribuiti, con punte più significative in merito a tempi di erogazione delle prestazioni (31,2%), aspetti tecnici e professionali (27,0%), aspetti organizzativi (14,0%), informazione (11,6%) (vedi il grafico 3.4). Infine occorre osservare che nonostante un alto numero di segnalazioni relative ai tempi di attesa si evidenzia comunque una diminuzione del numero di reclami, per questo aspetto, in rapporto al 2009.

Graf. 3.4 Confronto tra reclami ed elogi per tema trattato nella segnalazione (anno 2010)



Fonte: elaborazione su dati URP

Da parte dell'URP è stata fornita risposta scritta a tutti i cittadini che hanno presentato una segnalazione, anche a coloro che hanno sottoposto all'attenzione di questa amministrazione un elogio (ad eccezione di 2 elogi che hanno visto un ringraziamento verbale) (si veda la tab. 3.2). Infine, sulla base delle segnalazioni pervenute nel 2010, l'URP ha trasmesso al Responsabile della Gestione del Rischio dell'Istituto 15 reclami relativi a problematiche di tipo tecnico professionale.

Tab. 3.2 - Esito della segnalazione (anni 2006-2010)

	2006		2007		2008		2009		2010	
	v.a.	%	v.a.	%					v.a.	%
Risoluzione	16	2,0	21	2,4	23	3,7	28	3,9	23	2,8
Chiarimento	152	18,8	170	19,6	118	19,2	102	14,4	121	14,4
Confermato operato dell'azienda	26	3,2	13	1,5	6	1,0	17	2,4	18	2,2
Accoglimento richiesta di rimborso	6	0,7	3	0,3	3	0,5	1	0,1	0	0,0
Trasmissione al servizio legale	1	0,1	0	0,0	4	0,7	3	0,4	1	0,1
Scuse	137	17,0	146	16,8	103	16,7	92	13,0	59	7,1
Assunzione di impegno	84	10,4	124	14,3	30	4,9	65	9,2	40	4,8
Ringraziamento scritto all'elogio/Altro	386	47,8	391	45,0	328	53,3	401	56,6	575	68,6
Totale	808	100,0	868	100,0	630	100,0	709	100,0	835	100,0

Fonte: URP

Indagini sulla qualità percepita. La raccolta delle segnalazioni degli utenti è solo una delle modalità con cui la “voce degli utenti” viene raccolta ed incanalata nel processo di miglioramento ed innovazione dei servizi erogati. Ad essa si affianca un programma sistematico di rilevazione delle opinioni e delle valutazioni degli utenti su facilità d’accesso e qualità dei servizi. Presso l’Istituto Ortopedico Rizzoli da diversi anni sono infatti svolte con continuità indagini sulla “qualità percepita” dai cittadini che accedono ai servizi, secondo una programmazione annuale curata dall’URP. Nel corso del 2010 è stata effettuata la rilevazione della qualità percepita in alcuni servizi ed ambulatori. Per ogni indagine è stato adottato un procedimento di campionamento semplice, con somministrazione di un numero di questionari calcolato in base al numero di accessi di un mese del 2009 estratto a caso (intervallo di confidenza del 95%, percentuale accettabile di errore del 5%). Complessivamente sono stati raccolti ed elaborati 1.362 questionari. In dettaglio i questionari raccolti sono stati i seguenti:

- Poliambulatorio: 264
- Ambulatorio Reumatologia: 124
- Ambulatori Genetica Medica: 37
- Ambulatorio Medicina Fisica e Riabilitativa: 106
- Radiologia Diagnostica TAC: 124
- Radiologia Diagnostica RMN: 171
- Ecografia: 175
- Pronto Soccorso: 332
- Ambulatorio Medicina Rigenerativa: 29

I dati sono stati elaborati secondo la ricodifica condivisa con il gruppo di lavoro regionale e cioè di riduzione dei livelli della scala da 6, utilizzata nei questionari, a 3 secondo le seguenti modalità: i tre punti negativi sono stati condensati in un’unica area di insoddisfazione, la metà positiva è stata suddivisa in un’unica area per il livello 4 (corrispondente all’area di soddisfazione) e un’altra per i livelli 5 e 6 (estrema soddisfazione) (si veda lo schema seguente).

INSODDISFATTI			SODDISFATTI	ESTREMAMENTE SODDISFATTI	
Del tutto inadeguato	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Del tutto adeguato
1	2	3	4	5	6

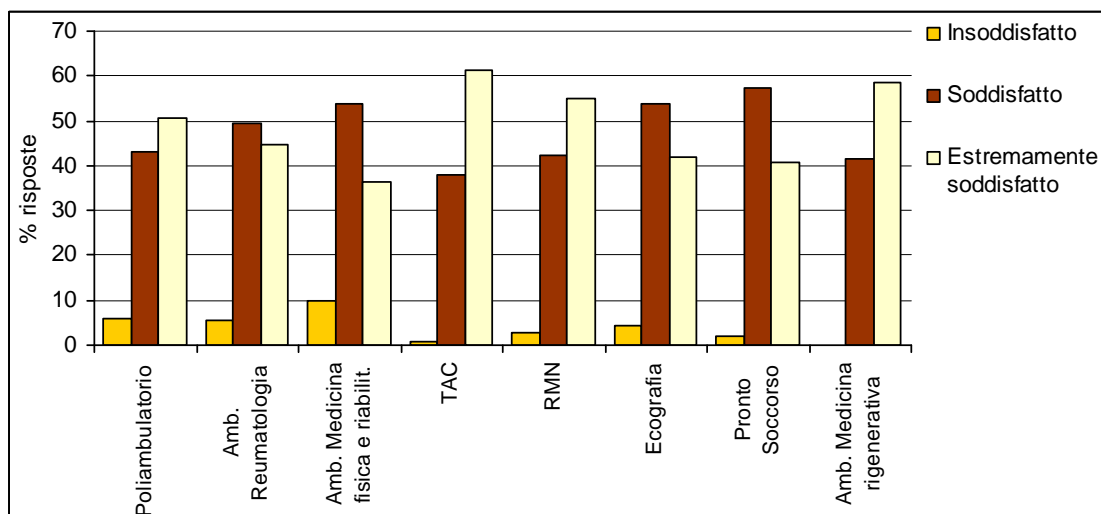
Il gruppo di lavoro regionale ha inoltre condiviso delle soglie-target da assumere come obiettivo per la qualità percepita:

- insoddisfatti: < 5%
- soddisfatti: da 0 a 20%
- estremamente soddisfatti: > 75%

Le indagini effettuate hanno consentito di rilevare una valutazione sostanzialmente positiva, da parte degli utenti, in merito ai servizi indagati (si veda il grafico 3.5). I report con i risultati sono stati quindi presentati al Collegio di Direzione, ai Direttori di Dipartimento, ai Responsabili della qualità dipartimentale, ai Direttori/Responsabili, ai CPSE interessati, all’Agenzia Sanitaria e Sociale ed al Comitato Consultivo Misto. I report sono infine a disposizione per la consultazione nella Intranet aziendale.

Capitolo 3 - Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Graf. 3.5 – Indagini sulla qualità percepita 2010: giudizio complessivo in merito al servizio



Dalla qualità percepita al miglioramento aziendale. Nel corso dell'anno 2010 è stato condiviso con i dipartimenti un regolamento in cui sono descritti i flussi, gli strumenti e la tempistica utilizzata dall'URP per la trasmissione dei dati relativi alla qualità percepita da coloro che accedono alle prestazioni. Il Responsabile URP ha collaborato con i referenti della qualità dipartimentale per l'individuazione delle criticità e delle azioni di miglioramento.

L'attività del Comitato Consultivo Misto. Nel corso del 2010 il Comitato Consultivo Misto (CCM) del Rizzoli ha proseguito l'attività istituzionale di verifica e proposta per il miglioramento dei servizi svolgendo 7 sedute plenarie, 4 incontri per la lettura delle segnalazioni dei cittadini e 1 sopralluogo presso i laboratori di ricerca. Nel 2010 è proseguito l'impegno dei componenti del Comitato nello sviluppo del *Progetto Umanizzazione* che ha previsto le seguenti attività:

1. presentazione del progetto con i relativi aggiornamenti al Collegio di Indirizzo e Verifica ed ai Comitati di Dipartimento per la condivisione dei contenuti;
2. distribuzione di un questionario, con domanda aperta, ai pazienti ricoverati (distribuzione una volta alla settimana per tutto l'anno);
3. incontri con il personale medico ed infermieristico delle unità di degenza per approfondimenti sui temi della relazione e la raccolta delle criticità organizzative che influenzano il rapporto con il paziente.

Il Coordinatore del CCM ha inoltre partecipato, come rappresentante dell'utenza, agli incontri del Comitato Aziendale per la Gestione Integrata del Rischio. Infine un componente del Comitato ha partecipato agli incontri del Comitato Aziendale *Ospedale senza dolore*.

3.2 Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria

La L.R. n.29/2004 individua la *Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria* (CTSS) quale organo della partecipazione degli enti locali alla definizione dei piani attuativi locali e, più in generale, alla programmazione sanitaria. L'integrazione dell'Istituto Ortopedico Rizzoli nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, secondo quanto

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

previsto dalla L.R. n.10/2006, ha aperto anche per il Rizzoli una fase di più intensa partecipazione ai lavori della CTSS di Bologna.

Per quanto riguarda gli ambiti di interesse del Rizzoli la Conferenza ha discusso in più occasioni, tra 2008 e 2009, ed infine approvato il programma di riorganizzazione dell'ortopedia in ambito metropolitano, poi attuato a partire dall'agosto 2009. Nel 2010 l'Istituto Ortopedico Rizzoli ha partecipato alla elaborazione e realizzazione di azioni che hanno coinvolto la CTSS tra le quali le maggiormente significative sono:

1. **Programma Reumatologia.** Nel 2010 è stata discussa una nuova organizzazione della Reumatologia metropolitana. L'ipotesi iniziale che prevedeva la creazione di una struttura complessa presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria è stata in seguito superata dalla prospettiva di realizzare un sistema a rete, in grado di valorizzare tutte i "nodi" della rete già esistente presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, l'Azienda USL di Bologna e l'Istituto Ortopedico Rizzoli. In particolare a fine 2010 è stato concordato che l'Istituto sarà sede della funzione di coordinamento delle reumatologie attraverso una Struttura Semplice Dipartimentale. I lavori per la definizione del programma sono quindi proseguiti nell'inizio del 2011.
2. **Accordo di fornitura.** Nel 2010 è stato definito l'accordo di fornitura tra Istituto Ortopedico Rizzoli ed Azienda USL che ha confermato i contenuti dell'accordo 2009, particolarmente mirato all'orientamento della produzione verso le prestazioni di ricovero e ambulatoriali sulle quali si è maggiormente concentrata la domanda dei cittadini. I dati di fine 2010 confermano la sostanziale capacità del Rizzoli di rispondere al bisogno evidenziato nell'accordo di fornitura.
3. **Azioni strategiche.** Sono state illustrate in CTSS le azioni strategiche rilevanti quali il consolidamento della riorganizzazione ortopedica metropolitana avviata a fine 2009 (riorganizzazione del Pronto Soccorso, Ortopedia di Bentivoglio, Chirurgia vertebrale concentrata nel Rizzoli); lo sviluppo del Tecnopolo con il consolidamento dell'attività di 6 nuovi laboratori di ricerca; il raggiungimento dell'accreditamento istituzionale; l'inaugurazione della nuova degenza di Ortopedia Pediatrica; il completamento del restauro del Parco adiacente all'Istituto; la progettazione di una nuova struttura edilizia per la degenza di Chemioterapia e ambulatori per l'attività libero-professionale, oltre al prosieguo dei lavori per il corpo di collegamento interno tra ali nord e sud (detto "spina") e per 4 nuove sale operatorie.

3.3 Universalità ed equità di accesso

Universalità ed equità di accesso sono principi ispiratori del Servizio Sanitario Regionale. Politiche relative all'accesso ai servizi sanitari - al fine di tradurre operativamente tali principi - debbono mirare sia ad adeguare la rete dei servizi e la loro distribuzione territoriale, anche con l'intento, laddove possibile, di innalzare la qualità dei nodi periferici; sia di predisporre modalità di accesso *user-friendly* ed anche in grado di riconoscere le differenze che caratterizzano l'utenza e che sono rilevanti ai fini dell'accesso (es. in termini di risorse culturali, capacità linguistiche, abilità psico-fisiche, ecc.).

Occorre pertanto riconoscere che a fianco di un lavoro di semplificazione e di allargamento delle modalità e opportunità di accesso (innovazione delle attività di *front-office*), esiste anche un indispensabile lavoro di riorganizzazione della rete dei

Capitolo 3 - Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

servizi che ha evidenti ricadute sulla qualità dei nodi della rete e dunque sulla equità di accesso di tipo “territoriale”. E’ infatti indubitabile che universalità e, soprattutto, equità di accesso presuppongono un assetto “razionale” della rete dei servizi, nel senso della ricerca di una distribuzione ottimale delle risorse (professionali e tecnologiche) sul territorio. In questa direzione si sono mossi alcuni importanti programmi che l’Istituto ha messo in campo nel 2009 e 2010 su richiesta della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e della Regione Emilia-Romagna.

Nel 2009, infatti, l’Istituto ha partecipato al ridisegno dell’assistenza ortopedica in area metropolitana, finalizzato a garantire standard assistenziali elevati e omogenei in tutta l’area metropolitana bolognese, valorizzare le eccellenze, facilitare l’accesso ai servizi e dare una risposta più efficace e tempestiva ai nuovi bisogni assistenziali in ambito ortopedico.

Questo progetto, promosso dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Bologna, è stato realizzato nel periodo agosto-settembre 2009 attraverso le azioni di riorganizzazione delle attività di pronto soccorso traumatologico, delle attività di chirurgia vertebrale comprendendo anche l’oncologia vertebrale, dell’attività ortopedica nei Distretti Pianura Est e Pianura Ovest.

Più precisamente esso è consistito nelle seguenti azioni:

- apertura 24 ore su 24 Pronto Soccorso Ortopedico dell’ospedale Maggiore e funzionamento H12 (ore 7.30-19.30) del Pronto Soccorso Ortopedico del Rizzoli;
- concentrazione delle attività e delle competenze professionali di chirurgia vertebrale di elezione (neoplastica e degenerativa) al Rizzoli e di chirurgia vertebrale traumatologica al Maggiore;
- estensione da parte del Rizzoli della propria attività all’ospedale di Bentivoglio nell’ottica della piena partecipazione alla rete ortopedica metropolitana e della ulteriore qualificazione dei presidi sanitari metropolitani;
- integrazione in rete delle strutture ortopediche cittadine per il trattamento delle patologie traumatologiche.

Nel 2010, invece, a seguito del riconoscimento al Rizzoli della funzione di hub nella rete regionale *hub & spoke* ortopedica (delibera della Giunta Regionale 4 maggio 2009, n.608), ha preso avvio la costruzione della rete regionale che ha portato ad una “distribuzione” di professionisti dell’Istituto su più sedi nel territorio regionale.

L’Azienda USL di Piacenza è stata la prima azienda ad avviare una relazione con il Rizzoli nelle discipline di ortopedia oncologica e ortopedia pediatrica. Sul modello dell’esperienza di Piacenza sono stati predisposti nel 2010 accordi con altre aziende sanitarie ed altre Aree Vaste che hanno trovato pratica attuazione nel 2011. Vista la rilevanza di quest’attività, una specifica rendicontazione è riportata nel capitolo 7.1.

Sempre sul versante delle “facilitazioni all’accesso ai servizi” va ricordata la prosecuzione e lo sviluppo dell’attività di telemedicina, volta a facilitare l’accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (visita ortopedica, ecc.) da parte di utenti residenti fuori regione. Nel 2009 l’Istituto ha ceduto la propria quota del capitale sociale di TelemedicinaRizzoli Spa, società specializzata in servizi di telemedicina di cui l’Istituto aveva promosso la nascita nel 2000, ritenendo esaurito il proprio compito di supporto alla fase di avvio dell’azienda.

Tab. 3.3 – Attività di teleconsulto (anni 2002-2010)

anno	Teleconsulto ortopedico di follow up	Teleconsulto ortopedico di Second opinion	Teleconsulto anestesiologicalo e di medicina trasfusionale	Altri teleconsulti (medicina generale, oncologia)	Totale teleconsulti
2002	13	9	0	0	22
2003	32	84	0	0	116
2004	141	150	0	0	291
2005	91	144	10	1	246
2006	66	228	26	1	321
2007	56	251	94	0	401
2008	64	270	147	0	481
2009	55	259	117	2	433
2010	46	189	144	2	381

Anche nel 2010, invece, è proseguita la collaborazione operativa con la società, appunto per l'erogazione di prestazioni di teleconsulto. Nel 2010 la rete dei centri (POD) di TelemedicinaRizzoli in collegamento remoto con il Rizzoli sono divenuti 4 (Palermo, Lecce, Cosenza, Portici (NA)) a seguito della chiusura, ad inizio anno, della sede di Iglesias. La riduzione dei nodi periferici della rete ha quindi inciso sul numero complessivo di teleconsulti effettuati nell'anno (381 teleconsulti nel 2010 contro i 433 nel 2009, con una riduzione del 12%). Sul versante interno l'attività di teleconsulto è garantita da un'équipe composta da 76 medici che si avvale di 2 postazioni centrali attive. Nei 9 anni di operatività del servizio (2002-2010) l'Istituto ha erogato complessivamente 2.692 teleconsulti, divenendo anche in questo ambito una realtà d'avanguardia pur in assenza di una quadro normativo adeguato a supportare il radicamento di pratiche di telemedicina nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

Sempre in tema di telemedicina il Rizzoli è impegnato anche nel servizio di teleconsulto asincrono che collega i centri sanitari italiani nel mondo, collocati in 22 diversi paesi, a centri sanitari di riferimento in Italia (IRCCS e grandi ospedali pubblici e privati), promosso dal Ministero della Salute nell'ambito del Progetto *Integrazione e Promozione degli Ospedali e dei Centri Sanitari Italiani nel Mondo* (IPOCM). Nell'ambito di tale progetto l'Istituto ha erogato nel 2010 9 teleconsulti (62 complessivi dall'avvio del progetto, nel 2005).

Rete *hub & spoke* e telemedicina possono essere letti come dispositivi di diffusione delle competenze sul territorio e dunque come strumenti di facilitazione dell'accesso. Ad essi si è affiancato, nel periodo 2009-2010, una ugualmente significativa riorganizzazione dei punti di *front office* interno, sempre con l'intento di facilitare i percorsi relativi all'accesso ai servizi.

Nel contesto di una politica di facilitazione dell'accesso l'Istituto ha dunque attivato una riorganizzazione dei punti di *front office* per l'utenza:

- il front office unico di accettazione ambulatoriale in ospedale;
- il front office unico per la richiesta della copia della documentazione clinica.

Il primo è stato istituito per concentrare in un unico punto ed omogeneizzare l'accesso amministrativo degli utenti alle prestazioni ambulatoriali. Infatti, mentre per le attività ambulatoriali effettuate presso il Poliambulatorio il percorso del paziente è unico ed uguale per tutti, per le attività ambulatoriali implementate negli ultimi tempi presso la sede ospedaliera (ambulatorio di reumatologia, di terapia antalgica, di medicina rigenerativa, genetica medica, ecc.), il percorso era differenziato per ogni

Capitolo 3 - Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

ambulatorio con conseguente complicatezza informativa. Con l'apertura di un unico punto di *front office*, avvenuta nel giugno 2010, si è data quindi una risposta rassicurante al paziente in termini di maggiore informazione e chiarezza del percorso e un supporto organizzativo agli erogatori.

Il *front office* unico per la richiesta della copia della documentazione clinica, invece, è stato istituito per superare la precedente segmentazione che vedeva uno sportello apposito per ogni tipo di documento clinico. Tale sportello unico è stato attivato nel 2007 per le copie di cartelle cliniche e radiografie e quindi esteso, nel 2009, anche ai referti ambulatoriali. Con l'attivazione di un ufficio unico per il rilascio della documentazione clinica, centralizzata presso la sede ospedaliera, si è realizzata la semplificazione dell'accesso al servizio per l'utenza, presupposto anche per una semplificazione dell'informazione agli utenti. Infine è importante ricordare che, nell'ambito dei lavori sul monoblocco ospedaliero (il cosiddetto cantiere "spina") è prevista la realizzazione della *hall* dell'Ospedale, che prevede un accesso dei pazienti a tutti i *front office*, in posizione di prossimità all'ingresso, così da rendere i servizi all'utenza ancora più accessibili anche dal punto di vista logistico.

3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

In questo capitolo sono illustrate le azioni 2010 dell'Istituto in merito a qualità ed accreditamento (3.4.1), risk management e sicurezza dei pazienti (3.4.2), continuità assistenziale ed integrazione ospedale-territorio (3.4.3), politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica (3.4.4), Dipartimento unico acquisti AVEC e procedure d'acquisti 2010 (3.4.5).

3.4.1 Qualità e accreditamento

In tema di qualità l'Istituto Ortopedico Rizzoli è tenuto a far convivere e ad integrare norme e modelli diversi di riferimento. Da un lato, infatti esso deve disporre della certificazione ISO:9001:2008 essendo questa un requisito obbligatorio previsto dalla legge n. 288/2003 (art 13. lett. h) per il riconoscimento del titolo stesso di IRCCS. Nel 2008, pertanto, l'Istituto ha ottenuto la certificazione ISO:9001:2008 da parte di un ente di certificazione riconosciuto. Il mantenimento di tale certificazione richiede il superamento di una verifica di riconferma programmata per il 2011. Dall'altro, in quanto parte integrante del Servizio Sanitario Regionale, esso è sottoposto all'obbligo dell'accreditamento delle strutture sanitarie. E' stato in particolare con riferimento a questo obiettivo che l'Istituto ha lavorato nel 2009 e nel 2010, dopo aver ridefinito la sua organizzazione interna delle funzioni di controllo e miglioramento della qualità (con l'istituzione di un *Ufficio Qualità e Accreditamento* in staff alla Direzione Sanitaria), anche in relazione al nuovo assetto dipartimentale. Conseguentemente, in accordo con l'Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale, l'audit sull'accreditamento dei Dipartimenti del Rizzoli si è svolto nel mese di maggio 2010.

Ai modelli sopracitati si è aggiunto nel 2010 l'obbligo di rispondere ai requisiti di accreditamento per le strutture di ricerca industriale e di trasferimento tecnologico a seguito della nascita del terzo Dipartimento dello IOR soprannominato Dipartimento RIT "Research Innovation & Technology". La Convenzione firmata nell'aprile 2010 per l'attuazione dell'attività I.1.1 del POR-FESR 2007-2013 "Creazione di tecnopoli per la ricerca industriale e il trasferimento tecnologico" tra la Regione Emilia-Romagna e l'Istituto Ortopedico Rizzoli prevede l'obbligo di accreditamento del dipartimento al fine

di contribuire in maniera sostanziale alla Rete dell'Alta Tecnologia per la promozione della ricerca industriale e trasferimento tecnologico regionale. Le verifiche di accreditamento (pre-audit e audit) sono previste nel primo semestre del 2011. Questo triplice riferimento ha spinto l'Istituto a promuovere l'integrazione dei vari modelli e, soprattutto, il presidio delle interfacce e delle integrazioni tra Ricerca e Assistenza e tra queste due aree "core business" dell'Istituto ed i processi di supporto amministrativi e tecnici. Ciò al fine di realizzare un unico Sistema di Gestione per la Qualità, fortemente integrato con il processo di pianificazione, programmazione e controllo dell'Istituto e univocamente orientato alle strategie della Direzione tutta.

Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie. Nell'anno 2010 è proseguito il forte impegno per il conseguimento degli adempimenti necessari per l'accREDITamento. La visita ispettiva nel mese di maggio 2010 ha dato complessivamente risultati molto positivi. L'impegno degli ultimi due anni oltre a soddisfare i specifici requisiti ha innescato un cambiamento nell'approccio alla "qualità" in termini di sistema e visione per processi e risultati. A supporto delle attività per l'AccREDITamento è stata svolta attività formativa residenziale e sul campo con l'obiettivo di promuovere la conoscenza del modello di accREDITamento oltre a potenziare le competenze inerenti la definizione dei processi/percorsi e del loro monitoraggio, la modalità di gestione delle azioni di miglioramento e la conduzione delle verifiche dei risultati. La formazione residenziale articolata in momenti teorici e momenti di esercitazione concreta ha coinvolto quasi 300 professionisti. La formazione sul campo ha visto la partecipazione attiva di circa 100 operatori distribuiti nelle diverse unità operative dell'assistenza.

Certificazione ISO 9001:2008. Le attività messe in campo durante l'anno 2010 sono state orientate al miglioramento basato sui suggerimenti emersi durante la verifica ispettiva dell'Ente di certificazione del 2009. Le verifiche di sorveglianza dell'Ente di certificazione nel mese di ottobre hanno confermato la certificazione; inoltre è stato apprezzato lo sforzo compiuto per il consolidamento e la maturazione del Sistema, ma anche l'integrazione in continuo sviluppo e crescita tra Laboratori di Ricerca e Unità Operative di assistenza, imprescindibili per promuovere sempre più la "ricerca traslazionale". E' stata infine svolta attività formativa sul campo che ha coinvolto circa 60 ricercatori.

AccREDITamento istituzionale delle strutture di ricerca industriale e di trasferimento tecnologico. Nell'autunno del 2010 è stato attivato il processo di implementazione dei requisiti di accREDITamento previsti nella *Delibera N° 1213/2007 Linee Guida per l'accREDITamento dei Laboratori di Ricerca industriale e trasferimento tecnologico e dei Centri per l'innovazione e nella Determinazione del Direttore Generale Attività Produttive, commercio, turismo 19 Maggio 2010 n. 5199 "Approvazione documenti tecnici per la procedura di accREDITamento delle strutture di ricerca industriale e trasferimento tecnologico dell'Emilia-Romagna e avviso di apertura dei termini per la presentazione delle domande"*. I requisiti richiamano solo in parte quanto già implementato in occasione della certificazione ISO 9001:2008, essendo focalizzati prevalentemente sugli aspetti caratteristici di un tecnopolo, che oltre a dover dare garanzia del processo di ricerca vero o proprio, sono orientati alle peculiarità dei processi per promuovere il trasferimento tecnologico che necessitano di competenze e processi orientati alla promozione e marketing, gestione dei contratti con l'industria e riservatezza del patrimonio intellettuale. In linea generale il maggior impegno è rivolto alla creazione di sinergie sia con altre strutture di ricerca, sia con il mondo industriale regionale, nazionale e internazionale.

Capitolo 3 - Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

3.4.2 Risk management e sicurezza dei pazienti

Dal 2007 presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli è attivo un Programma aziendale per la Gestione Integrata dei Rischi (deliberazione n. 658 del 21 dicembre 2007), così come previsto dalle Linee di indirizzo per la gestione dei rischi alle aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna. L'attenzione è rivolta ai processi ed alle attività intrinsecamente rischiose della struttura sanitaria e l'obiettivo è la valutazione ed il governo dei rischi connessi con queste attività, migliorando in tal modo la gestione complessiva dell'azienda. Affinché sia efficace il sistema aziendale di risk management del Rizzoli interessa tutte le aree in cui gli errori e gli incidenti possono manifestarsi durante il processo diagnostico ed assistenziale del paziente. Pertanto il Programma aziendale è dinamico ed integrato, ossia pur mantenendo divise le responsabilità e le competenze, condivide strategie e strumenti operativi con le altre aree problematiche dell'azienda. Nel 2010 le attività di *risk management* sono state prevalentemente rivolte a sostenere la verifica di accreditamento istituzionale avvenuta nel maggio 2010 e che ha coinvolto anche il sistema di gestione del rischio, sia a livello aziendale che dipartimentale. In particolare, si è rafforzato il ruolo delle Direzioni di Dipartimento e dei Referenti dipartimentali di Risk Management, in collaborazione con il Collegio di Direzione e la Direzione Sanitaria, nelle scelte strategiche ed operative del sistema di gestione integrata del rischio. Si è ulteriormente consolidata la funzione del gruppo di "regia aziendale" (il *Comitato Aziendale per la Gestione Integrata dei Rischi-CAGIR*) che vede il coinvolgimento dei servizi/funzioni competenti per la sicurezza aziendale e che ha avuto un ruolo sostanziale nel coordinamento delle attività di gestione del rischio, anche finalizzate alla visita di verifica. Il *team* dei valutatori della Regione Emilia-Romagna ha apprezzato l'approccio sistemico ed integrato del programma aziendale di gestione del rischio, non rilevando particolari criticità ed evidenziando come punti di eccellenza molti degli aspetti valutati. A tale proposito, si riporta il commento finale del verbale di verifica restituito dalla Regione alla Direzione aziendale: *"La gestione del rischio dell'IRCCS IOR risulta affrontata con particolare attenzione, sensibilità e cura di tutti gli aspetti interessanti il sistema aziendale. Le modalità utilizzate, costituzione del Cagir, costituzione della rete, formazione, monitoraggio costante delle attività e supporto alle varie articolazioni operative, costituiscono momento di eccellenza per la costruzione del contesto di governance aziendale, esplicitandosi in occasioni di discussione in sede di Collegio di direzione, formulazione di obiettivi di budget, opportunità di lavoro trasversale ed interdisciplinare. Apprezzabile la ricerca delle integrazioni tra i sistemi informativi e la elaborazione di reportistica aggregata."*

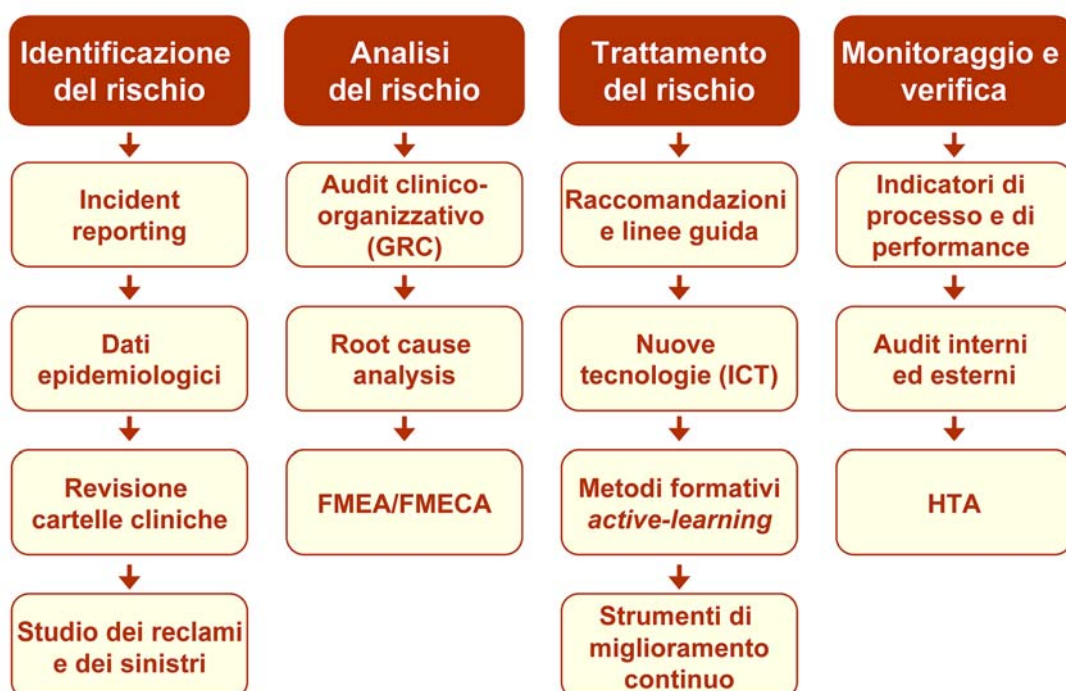
Attività sistemiche di gestione dei rischi. Come premessa alla stesura del *Piano delle attività 2010 per la gestione integrata del rischio*, sono state individuate le principali criticità aziendali derivanti dalla integrazione delle fonti e dei flussi informativi riguardanti la sicurezza. In generale, nell'ambito del CAGIR, sono state effettuate attività di analisi integrata e di valutazione dei dati e delle informazioni relative ai vari aspetti della sicurezza, al fine di individuare le priorità per interventi di miglioramento. Inoltre sono stati realizzati incontri di approfondimento da parte di sottogruppi di lavoro specifici e circoscritti ad aree tematiche omogenee (gestione del contenzioso, rischio clinico, sicurezza degli ambienti e dei lavoratori, qualità percepita dai cittadini). In particolare, sono state effettuate specifiche "mappature dei rischi" relativamente ai servizi di diagnostica di laboratorio e di diagnostica per immagini, al fine di definire una tassonomia dei "pericoli" presenti in questi ambiti e di attivare interventi per la prevenzione dei rischi.

Fasi e strumenti per la gestione del rischio clinico. Il processo di clinical risk management realizzato presso l'Istituto può essere suddiviso in quattro fasi principali:

1. la *fase di identificazione del rischio*;
2. la *fase di analisi del rischio*, che include la ricerca delle cause e la stima delle conseguenze (gravità e probabilità) e che porta alla valutazione e alla quantificazione del rischio;
3. la *fase di trattamento del rischio*, che comprende policy, strategie e il sistema delle regole di riduzione e prevenzione dei rischi;
4. la *fase di monitoraggio e verifica* dell'attuazione e dell'impatto delle azioni di riduzione e prevenzione dei rischi individuate.

Per ogni fase vengono utilizzati strumenti *ad hoc*: in particolare nella fase di identificazione, gli strumenti principali sono *l'incident reporting*, le *segnalazioni relative alla farmacovigilanza ed alla dispositivivigilanza*, la *raccolta di dati epidemiologici (cadute accidentali, infezioni, lesioni da compressione, ecc.)*, la *revisione delle cartelle cliniche*, lo *studio dei reclami e dei sinistri*. Per la fase di analisi gli strumenti più utilizzati sono *l'Audit clinico-organizzativo di gestione del rischio clinico (GRC)*, la *Root Cause Analysis (RCA)* e la *Failure Mode and Effect (Criticality) Analysis (FMEA/FMECA)*. Gli strumenti che sono utilizzati per il *trattamento del rischio* sono *l'applicazione delle raccomandazioni ministeriali e regionali, linee-guida e best practice che riguardano anche l'introduzione di Information e Communication Technology (ICT)*, nonché l'utilizzo di strumenti e tecniche di miglioramento continuo e di *active-learning*. Infine, per la *fase di monitoraggio e verifica* dell'attuazione ed impatto delle azioni di riduzione e prevenzione dei rischi, si impiegano *indicatori di processo e di performance*, con valutazioni periodiche ed audit interni ed esterni ed attività di *Health Technology Assessment (HTA)* per la valutazione delle nuove tecnologie. Una rappresentazione grafica delle diverse fasi di clinical risk management è presentata nella figura 3.1.

Fig.3.1 - Fasi e strumenti di *Clinical Risk Management*

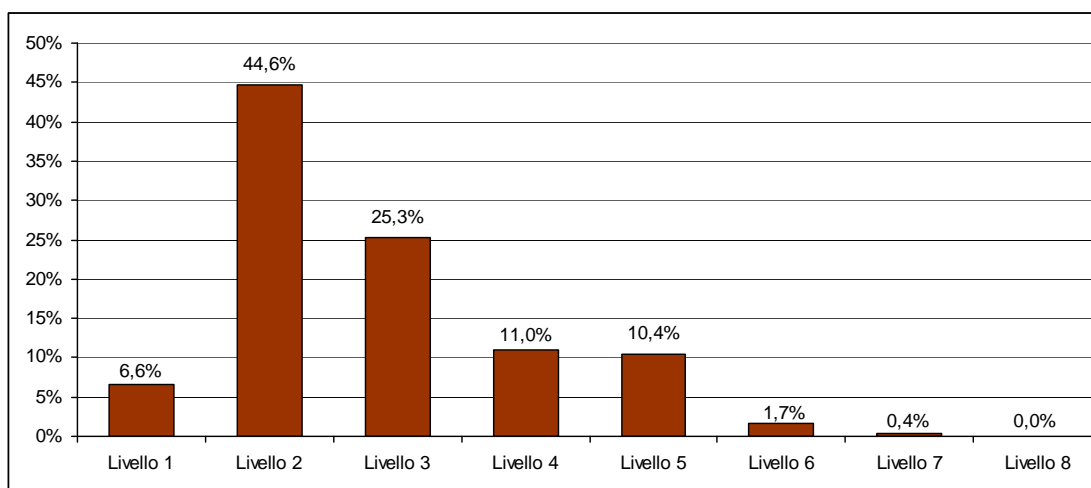


Capitolo 3 - Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Fase di identificazione del rischio: gli strumenti utilizzati. L'*incident reporting* è una modalità strutturata di raccolta delle segnalazioni di eventi indesiderati da parte degli operatori sanitari al fine di fornire una base di analisi per la predisposizione di strategie e azioni correttive e di miglioramento atte a prevenire l'accadimento futuro di eventi analoghi. Possono essere oggetto di segnalazione: *near miss* o "quasi eventi", cioè eventi che hanno la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato; eventi avversi, cioè *eventi inattesi* che comportano un danno al paziente, non intenzionale ed indesiderabile; *eventi sentinella*, cioè eventi avversi di particolare gravità, che possono comportare morte o grave danno fisico o psichico al paziente.

Il sistema aziendale di *reporting* volontario è diffuso in tutte le strutture dell'Istituto dal 2009 e nel 2010, anche a seguito di attività formative aziendali rivolte sia alla rete dei referenti di *risk management* che a tutti gli altri operatori sanitari, si è avuto un sensibile aumento di segnalazioni spontanee (482 nel 2010 rispetto a 297 nel 2009, pari +62%); inoltre il 76,5% degli eventi segnalati sono stati relativi a "near-miss" o incidenti senza conseguenze per il paziente (corrispondenti ai primi 3 livelli della scala di gravità degli esiti, utilizzata per valutazione delle conseguenze degli eventi), come rappresentato nel grafico 2, a dimostrazione dell'elevata sensibilizzazione degli operatori sanitari a segnalare situazioni di potenziale rischio per i pazienti. Le numerose segnalazioni pervenute sono state analizzate sia a livello aziendale che a livello dipartimentale e delle singole unità operative, permettendo di individuare criticità legate ai processi diagnostici ed assistenziali e di intervenire per evitare il riaccadimento degli eventi.

Graf. 3.6 - Eventi indesiderati segnalati suddivisi per livello di gravità degli esiti (valori %; anno 2010)



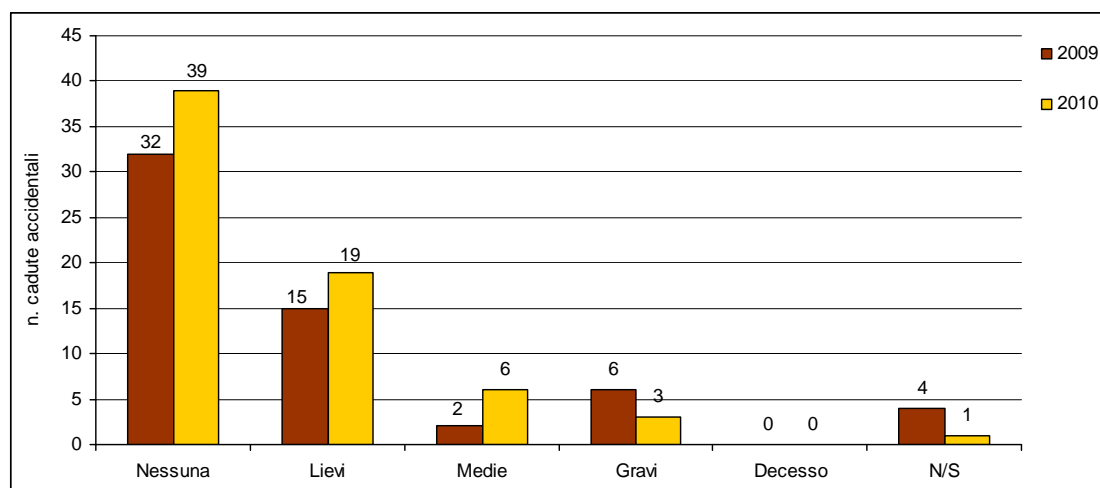
Fonte: Report aziendale Incident reporting IOR, anno 2010

Sempre nell'ambito dei sistemi di segnalazione aziendali, per quanto riguarda il sistema di *dispositivovigilanza e farmacovigilanza*, a seguito delle attività di sensibilizzazione, in particolare del personale medico, effettuate dal Servizio di Farmacia in collaborazione con la Direzione Sanitaria (diffusione di linee guida aziendali, organizzazione di un convegno regionale a cui sono stati invitati i maggiori esperti nazionali ed i responsabili del Ministero della Salute e della Regione Emilia-Romagna per questa tematica, audit e incontri informativi con i singoli professionisti) sono significativamente aumentate negli ultimi anni le segnalazioni di incidenti e

mancati incidenti relativi a dispositivi medici ed a reazioni avverse ai farmaci (ADR): 106 segnalazioni di incidenti/mancati incidenti di dispositivi medici nel 2010, 37 nel 2009, 14 nel 2008 e 5 nel 2007; 13 segnalazioni di ADR nel 2010, 5 nel 2009, 4 nel 2008 ed 1 nel 2007.

Per quanto riguarda il sistema di *sorveglianza e monitoraggio delle cadute accidentali*, nel 2010 è stata diffusa la procedura aziendale che prevede l'utilizzo di strumenti di valutazione dei pazienti a rischio di caduta e l'applicazione di interventi assistenziali e di attività informative e educative rivolte ai pazienti per la prevenzione delle cadute accidentali in ospedale; sono state inoltre effettuate attività formative residenziali e sul campo su questo argomento, rivolte al personale infermieristico e di riabilitazione ed al personale di supporto. A seguito di queste attività di sensibilizzazione del personale sono pervenute complessivamente 68 segnalazioni di caduta accidentale nel 2010 rispetto alle 59 pervenute nel 2009, con un incremento del 15,3% (l'incidenza media di cadute accidentali rilevata nel 2010 al Rizzoli è pari allo 0,41%, significativamente inferiore alle incidenze medie (0,86%-4%) di cadute accidentali per gli ospedali per acuti riportate in studi nazionali ed internazionali: Regione Toscana. Centro per la Gestione del Rischio Clinico. *Progetto regionale "La prevenzione delle cadute in ospedale"*, 2007; *National Patient Safety Agency. Slips trips and falls in hospital*. London: National Patient Safety Agency, 2007.). E' da sottolineare positivamente come rispetto all'anno precedente vi sia stato un aumento delle segnalazioni di cadute senza nessuna conseguenza per i pazienti, mentre sono diminuite del 50% le cadute con danni gravi (da 6 nel 2009 a 3 nel 2010), come rappresentato nel grafico 3.7. Analogamente le richieste di risarcimento danni conseguenti a cadute accidentali di pazienti ricoverati si sono ridotte da 2 nel 2009 ad 1 nel 2010.

Graf. 3.7 – Numero di cadute accidentali suddivise per livello di gravità dei danni (2010)



Fonte: Report aziendale Segnalazioni cadute accidentali IOR, anno 2010.

L'identificazione delle aree di rischio è stata realizzata anche partendo dall'analisi della *documentazione sanitaria*. Per quanto attiene la *review* della documentazione sanitaria, è stato controllato il 5% delle cartelle cliniche dei pazienti ricoverati nel 2010 mediante la check-list proposta dalla Regione Emilia-Romagna (delibera di Giunta Regionale n.1706-2009). Inoltre per verificare la corretta applicazione di alcune procedure e strumenti operativi ritenuti critici per la sicurezza dei pazienti (es. profilassi antibiotica ed antitrombotica, identificazione paziente/lato/sito chirurgico,

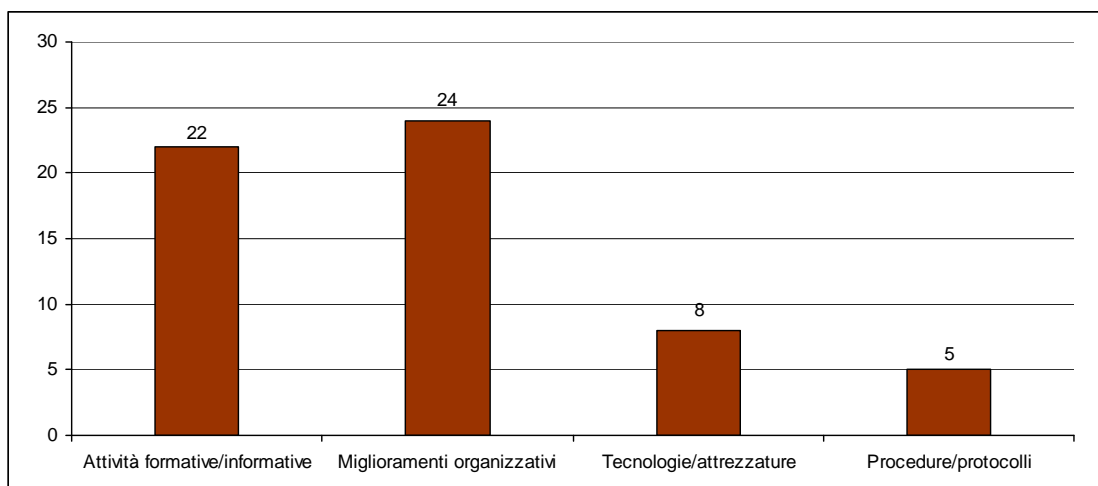
Capitolo 3 - Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

conteggio garze in sala operatoria, valutazione del rischio di cadute accidentali, scheda integrata di terapia, gestione dei cateteri venosi, ecc.) sono stati effettuati controlli sulla documentazione sanitaria mediante l'utilizzo di check-list di controllo specifiche. A seguito delle criticità emerse dall'analisi delle reportistiche prodotte, sono stati condotti audit con i professionisti per l'individuazione di eventuali fattori causali e sono stati realizzati interventi per il miglioramento.

Ulteriori fonti informative per l'individuazione delle aree di rischio sono stati l'analisi dei *reclami e dei sinistri*, gestiti a livello aziendale rispettivamente dall'Ufficio relazioni per il pubblico (URP) e dal Settore Contenzioso dell'Ufficio Affari Istituzionali. Per quanto riguarda la gestione del contenzioso sanitario, vi è stata una riduzione del 15% dei sinistri aperti nel 2010 rispetto a quelli del 2009 (da 101 sinistri nel 2009 ad 86 nel 2010). I flussi informativi dei reclami e dei sinistri sono stati analizzati a livello aziendale dal sottogruppo per la gestione del contenzioso non solo dal punto di vista amministrativo e assicurativo, ma anche ai fini di attività di miglioramento clinico ed organizzativo (es: revisione della modulistica del consenso informato, attività formative per migliorare la comunicazione e la relazione professionisti-cittadini, ecc.).

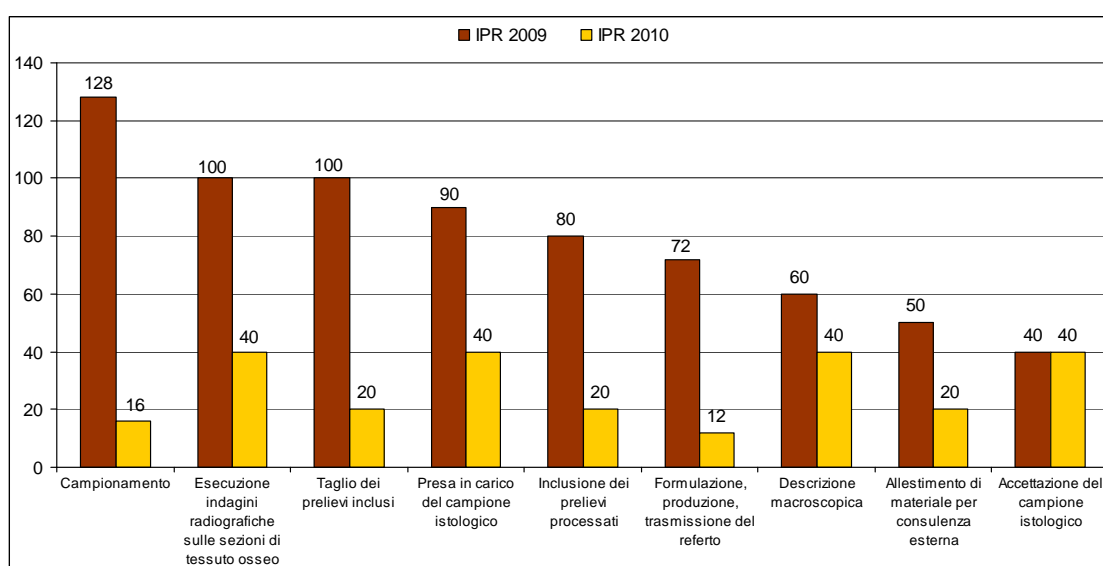
Fase di analisi del rischio: gli strumenti utilizzati. Per l'analisi delle cause degli eventi indesiderati e delle situazioni di rischio sono stati utilizzati la *Root Cause Analysis (RCA)* e l'*Audit clinico-organizzativo di gestione del rischio clinico (GRC)*. La RCA è stata utilizzata per l'analisi approfondita delle "cause-radice" di 2 eventi sentinella, segnalati al Ministero della salute ed alla Regione come indicato dal Protocollo ministeriale per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella e gestiti internamente secondo le linee guida aziendali per la gestione della "crisi aziendale". Gli eventi indesiderati segnalati mediante l'*Incident reporting* sono invece stati analizzati mediante l'*Audit GRC*, che è stato utilizzato in modo strutturato e diffuso in tutte le unità operative per identificare i fattori causali degli eventi e definire le conseguenti azioni correttive e di miglioramento. Nel 2010, sono stati effettuati complessivamente da parte delle unità operative 32 *Audit GRC* e realizzate 61 azioni di miglioramento suddivise in modifiche organizzative e riprogettazione di processi, attività di sensibilizzazione e formative rivolte agli operatori sanitari, revisione ed elaborazione di procedure e protocolli, acquisizione di nuove tecnologie ed attrezzature, come rappresentato nel grafico seguente.

Graf. 3.8 – Azioni di miglioramento realizzate dalle unità operative a seguito degli audit GRC suddivise per tipologia (2010)



A partire dal 2003, la *FMEA/FMECA* viene utilizzata sperimentalmente presso il Rizzoli per l'analisi proattiva dei rischi relativi ad alcuni processi ad alto rischio (gestione e somministrazione dei farmaci chemioterapici, gestione degli emocomponenti, percorso peri-operatorio, identificazione del paziente, ecc.). Nel 2010 è stata completata dal Servizio di Anatomia Patologica l'analisi FMECA del processo di gestione e trattamento dei campioni istologici; la valutazione del processo effettuata dopo l'attuazione delle azioni di miglioramento ha mostrato la riduzione dei valori IPR (Indici di Priorità di Rischio) relativi ai rischi relativi alle attività analizzate nel 2009, come rappresentato nel grafico 3.9. A seguito dei positivi risultati raggiunti, nel 2011 questa tecnica di analisi verrà estesa a livello aziendale agli altri processi di diagnostica di laboratorio e di diagnostica per immagini.

Graf. 3.9 – Calcolo IPR del processo di “Gestione e trattamento dei campioni istologici” mediante la tecnica FMECA prima e dopo l'attuazione di azioni di miglioramento (anni 2009-2010)



Fase di trattamento del rischio: gli strumenti utilizzati. Al fine della riduzione e prevenzione dei rischi sono applicate *raccomandazioni, linee guida e best practice* basate su evidenze scientifiche.

A tale proposito, l'IRCCS IOR ha aderito al *Progetto regionale SOSnet* per la sicurezza in Sala Operatoria e dal 2010 ha adottato sperimentalmente la “*Check-list per la sicurezza*” dell'OMS proposta dal Ministero della Salute. A seguito delle 16 raccomandazioni per la sicurezza in Sala Operatoria emanate dal Ministero della Salute e dalla Regione, è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare per l'implementazione delle raccomandazioni; il gruppo di lavoro ha elaborato una procedura per il posizionamento intraoperatorio del paziente chirurgico.

Sono inoltre state applicate e monitorate, secondo le indicazioni della delibera di Giunta Regionale n.1706/2009, procedure e linee guida per la corretta *identificazione dei pazienti*, per la *profilassi antibiotica* e la *profilassi tromboembolica*, per la *gestione clinica dei farmaci* e per la *ricognizione della terapia farmacologica*. A seguito della diffusione della raccomandazione regionale per la *prevenzione di atti violenti sugli operatori sanitari* è stato costituito un gruppo di lavoro aziendale per il recepimento delle indicazioni regionali; il gruppo ha effettuato un'analisi delle criticità presenti a livello aziendale ed ha elaborato un piano di interventi formativi ed organizzativi che saranno attivati nel 2011.

Capitolo 3 - Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Per quanto riguarda l'utilizzo di nuove tecnologie (ICT) sono state implementate nuove procedure informatiche sul sistema RIS-PACS per il miglioramento della sicurezza in Radiologia; è stata inoltre implementata in Pronto Soccorso e nel Poliambulatorio una procedura informatica per la verifica dell'identità dei pazienti mediante lettura ottica della tessera sanitaria. Per il 2011 è prevista la sperimentazione di un sistema informatizzato per la prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica e l'utilizzo di braccialetti per l'identificazione mediante barcode dei pazienti ricoverati.

Fase di monitoraggio e verifica: gli strumenti utilizzati. Infine, gli strumenti utilizzati nelle *fasi di monitoraggio e verifica* dell'attuazione ed impatto delle azioni di riduzione e prevenzione dei rischi (rilevazione di *indicatori di processo e di performance*, attività di HTA, audit, ecc.) sono più in generale riconducibili alle attività realizzate nell'ambito di logiche di miglioramento della qualità, di riprogettazione dei processi e di *project management*, in parte già precedentemente descritte.

Attività di prevenzione del rischio infettivo. Sono state ulteriormente consolidate le attività di sorveglianza *delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)*: è stata effettuata la segnalazione rapida di 11 eventi epidemici e di eventi sentinella di natura infettiva; da novembre 2010 è stata diffusa in tutti i reparti chirurgici il sistema regionale di *sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (SICHER)*: è continuata la sorveglianza ad 1 anno di 280 pazienti ricoverati nel 2009 e sottoposti ad interventi chirurgici di protesi primarie di anca, di ginocchio e di spalla e nel 2010 sono stati arruolati nello studio 245 nuovi pazienti; è continuata la partecipazione della Terapia Intensiva Post-Operatoria alla rete nazionale "Margherita" per la *sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva*. E' stato infine completato un *progetto per l'igiene delle mani* che ha previsto la formazione sul campo degli operatori sanitari e sono state sistematicamente applicate e monitorate le principali procedure e linee guida per la gestione e prevenzione dei rischi infettivi (gestione dei cateteri venosi ed urinari, procedure per l'isolamento dei pazienti, norme comportamentali in sala operatoria, linee guida aziendali per la profilassi antibiotica peri-operatoria, ecc.).

Attività di ascolto e comunicazione con i pazienti. In collaborazione con il CCM aziendale, la Direzione sanitaria ha condotto un progetto per la "*umanizzazione delle cure*" che ha previsto la sensibilizzazione degli operatori sanitari ai temi della comunicazione e della relazione con i pazienti e l'individuazione di problematiche organizzative e relazionali. I risultati del progetto hanno condotto alla pianificazione di azioni di miglioramento che saranno implementate nel 2011. Nel 2010 presso l'Istituto sono stati effettuati 14 ascolti di utenti e 4 ascolti di professionisti.

3.4.3 Continuità assistenziale ed integrazione ospedale-territorio.

Un adeguato raccordo tra servizi ospedalieri e servizi territoriali (continuità assistenziale) è indubbiamente un elemento di qualità del sistema delle cure. Con tale obiettivo opera il Servizio Sociale dell'Istituto, gestito da 2 assistenti sociali. Il procedimento prende avvio di norma dai reparti dove viene rilevato il bisogno socio-assistenziale del paziente. Conseguentemente il caso viene segnalato al servizio sociale che attiva il percorso più appropriato. Più in generale le azioni del servizio sociale si sostanziano in:

- integrazione/mediazione con le unità operative per ricoveri in lungodegenze o in strutture sanitarie per riabilitazione con realizzazione della gestione diretta dei posti letto ex-accordo di fornitura presso il privato accreditato;

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

- *screening* per valutazioni geriatriche;
- segnalazioni ai servizi territoriali (Servizio Assistenza Anziani, Servizi Handicap, Hospice, ecc.);
- coordinamento dell'attività diretta alle cure domiciliari del paziente;
- collaborazione professionale alla definizione, sia all'interno dell'Istituto sia all'esterno, di percorsi di continuità assistenziale diretti al miglioramento delle dimissioni e allo snellimento delle procedure;
- mediazione tra l'organizzazione dell'Istituto, il paziente e/o familiare e l'organizzazione dei servizi territoriali (in particolare per il paziente programmato) per garantire la continuità assistenziale lungo il circuito territorio-ospedale-territorio.

Al fine di garantire un miglior governo delle relazioni ospedale-servizi territoriali, già nel 2008 il Rizzoli ha ottenuto la possibilità, tramite una revisione dei contenuti dell'accordo di fornitura con l'Azienda Usl di Bologna, di una gestione diretta di alcuni posti letto assegnati per la fase post-acuzie. Oltre a questa quota il Rizzoli ha partecipato anche all'assegnazione di posti letto per riabilitazione estensiva e lungodegenza attraverso la centrale metropolitana (CEMPA). Ciò ha consentito al Servizio Sociale dell'Istituto di programmare e gestire i trasferimenti, in fase di dimissione ospedaliera, in modo più tempestivo e fluido. Nella gestione della dimissione, inoltre, assume particolare rilievo il rapporto con i Medici di Medicina Generale, sia svolto direttamente sia attraverso le Aziende USL competenti, in modo da rendere tempestiva ed efficace la presa in carico post-dimissione con l'attivazione delle forme di assistenza appropriate a livello territoriale (assistenza domiciliare integrata, assistenza infermieristica e riabilitativa, ecc.).

Nel corso del 2010 il servizio ha seguito 1.202 pazienti. Per 1.021 di questi ha redatto un Piano Assistenziale Individualizzato, con i seguenti esiti: 125 ricoverati in lungodegenza, 677 ammessi a riabilitazione estensiva o intensiva, 81 dimissioni protette, 77 con trasferimento in altri ospedali, 61 con accesso a Casa di Riposo, Casa Protetta, RSA. Al proposito occorre considerare che una parte non trascurabile dei pazienti seguiti nel 2010 dal servizio proviene da fuori regione (284, pari al 23,6%), 72 da fuori provincia (6%), a cui si aggiungono 2 pazienti stranieri. L'attività del servizio nel quinquennio 2006-2010 è sintetizzata nella tabella seguente.

Tab. 3.4 – Servizio sociale dell'Istituto Ortopedico Rizzoli. Dati di attività (anni 2006-2010)

	2006	2007	2008	2009	2010
Totale casi seguiti	1.148	1.122	1.240	1.240	1.202
- di cui con definizione Piano Assistenziale Individualizzato	670	849	991	1.098	1.021

3.4.4 Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica

I consumi di beni farmaceutici sostenuti dall'Istituto Ortopedico Rizzoli nel 2010 sono stati pari a 20.177.978 euro, di cui 2.490.843,07 euro (+ 4% rispetto al 2009) per la categoria merceologica FAR (specialità medicinali e galenici), tracciata dal flusso AFO.

Capitolo 3 - Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Assistenza farmaceutica ospedaliera. Le categorie di farmaci di interesse strategico per un uso appropriato delle risorse, nelle quali l'Istituto è coinvolto sono gli Antineoplastici, gli Immunomodulatori e i Biologici per il trattamento dell'artrite reumatoide. Tali categorie si riassumono nell'ATC "L - Antineoplastici e immunomodulatori" che ha registrato un incremento del + 3,2% rispetto all'anno 2009. Tale incremento è da imputare principalmente al trattamento di n. 3 nuovi pazienti con trabectedina (Yondelis, farmaco sottoposto a registro AIFA e risk sharing / payment by result), che si sono aggiunti ai 2 in trattamento da settembre/novembre 2009. Escludendo tale medicinale la variazione scende a un + 0,6% rispetto al 2009. Da settembre 2009 si è avviato l'acquisto presso altra azienda ospedaliera dei galenici infusionali utilizzati nei protocolli chemioterapici. Ciò ha determinato, a fronte di un sostanziale mantenimento dei consumi, un costo pari a oltre 190.000 euro, contro i 72.000 euro del 2009 (di cui circa 55.000 euro nel solo IV trimestre 2009, coincidente con l'avvio della convenzione stessa). Per quanto riguarda il costo sostenuto per i farmaci biologici nell'artrite reumatoide, si è registrato una flessione dell'8,3 %, pari a circa 20.000 euro in meno rispetto al 2009.

Appropriatezza d'uso nella prescrizione di farmaci specialistici da parte di centri autorizzati e monitoraggio economico. Le linee guida della Regione Emilia-Romagna sull'artrite reumatoide sono state recepite dal servizio di reumatologia e sono stati approfonditi i casi clinici che hanno richiesto trattamenti con farmaci non contemplati da tali linee guida (es. tocilizumab). Sono stati individuati i referenti per il monitoraggio regionale attraverso il registro informatizzato dei farmaci biologici.

Per quanto riguarda l'appropriatezza d'uso degli antibiotici sistemici, tra il 2009 e il 2010 sono state validate e diffuse le linee guida di profilassi antibiotica perioperatoria in chirurgia ortopedica non oncologica, oncologica e toracica dell'adulto e nella chirurgia ortopedica non oncologica pediatrica. Per verificarne l'applicazione è stata condotta dapprima un'approfondita analisi delle cartelle cliniche, con la collaborazione tra il Servizio Farmacia e la Direzione Sanitaria, e successivamente è stata applicata la check-list per la rilevazione degli indicatori individuati nelle linee guida stesse, coinvolgendo anche la Struttura Complessa Anestesia e terapia intensiva post-operatoria. Per la classe ATC "J01 – Antibatterici per uso sistemico" si è registrata una riduzione dello 0,35% rispetto ai costi 2009.

Uso razionale dei farmaci potenzialmente innovativi. I farmaci utilizzati presso l'Istituto che prevedono l'aggiornamento dei registri AIFA, sono il *tocilizumab* (Roactemra) e la *trabectedina* (Yondelis). Per quest'ultimo è previsto un sistema di rimborso in caso di inefficacia, che deve essere attivato prima della terza somministrazione, ma che al momento non è ancora attivo tramite registro informatizzato Aifa. Nel 2010 si è concluso il primo anno dello "*Studio di valutazione di impatto di un sistema di prescrizione informatizzata sull'appropriatezza e sui rischi legati all'uso dei farmaci in ambito ospedaliero*" che fa parte dei progetti regionali di farmacovigilanza attiva finanziati da AIFA. La relazione di fine anno rendiconta l'attività svolta dimostrando il rispetto dei tempi previsti dal progetto.

E' inoltre in corso di approfondimento, da parte del gruppo di lavoro dell'Istituto sul rischio clinico in collaborazione con gli anestesisti, la problematica sull'uso dei farmaci in pediatria e delle relative limitazioni d'uso secondo le indicazioni registrate. In particolare al momento è in via di definizione un protocollo di consenso informato specifico per la terapia del dolore.

Nel 2010 è stata elaborata e diffusa, mediante attività formative specifiche, la Procedura aziendale PG40/DS per la *Gestione clinica di farmaci* (Rev.00) che

recepisce le indicazioni regionali della Procedura regionale Rev.2-2010 e della 1a Raccomandazione regionale: *La ricognizione come premessa alla prescrizione*. Nel 2010, circa il 12% degli operatori sanitari coinvolti sono stati formati mediante un progetto di formazione sul campo e un'edizione di un corso residenziale sulla normativa e sul corretto uso dei farmaci.

Prescrizione di farmaci con brevetto scaduto. Per incentivare la prescrizione di farmaci con brevetto scaduto e per rispondere alle indicazioni regionali di promozione della cessione sul territorio del farmaco "equivalente" e di trasparenza nella scelta della terapia farmacologica, dal 2007 è stato introdotto l'uso del principio attivo al posto del nome commerciale del farmaco nelle lettere di dimissione.

Distribuzione diretta e per conto. Per quanto riguarda la distribuzione diretta di tutti i farmaci di fascia A in dimissione ospedaliera, si è registrato un mantenimento dei costi rispetto all'anno precedente. Obiettivo di budget è stata l'analisi trimestrale delle lettere di dimissione e quattro incontri di *audit* con i clinici, condotti a settembre 2010 e volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e alla riduzione del rischio al momento del cambio di *setting* assistenziale dall'ospedale al territorio.

Governo dei dispositivi medici. Il Rizzoli, con delibera n. 137 del 31 marzo 2010, ha istituito il *Repertorio Aziendale dei Dispositivi Medici*. Nell'anno 2010 la Commissione Aziendale Dispositivi Medici si è riunita 4 volte in cui sono state effettuate 23 istruttorie. Inoltre sono state implementate ed aggiornate le anagrafiche relative ai campi CND e Numero di Repertorio per permettere la corretta trasmissione dei dati di consumo e costi anche dei Dispositivi (Flusso DiMe) in analogia a quanto già si fa per i Farmaci. Nel 2010 sono state processate 106 segnalazioni di "incidente/mancato incidente" e 4 reclami alle ditte. Inoltre sono stati organizzati corsi di formazione sul tema della vigilanza per tutti i professionisti: medici ortopedici e non, e personale infermieristico. Sono state infine inoltrate al Ministero 22 richieste di uso compassionevole di dispositivi medici.

3.4.5 Dipartimento unico Acquisti AVEC e procedure d'acquisto 2010

Nelle linee di programmazione e finanziamento delle aziende sanitarie del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2010 la Regione Emilia-Romagna ha fissato per le politiche di acquisto di beni e servizi l'obiettivo del raggiungimento di una percentuale di "committenza" nei confronti di Intercent-ER pari al 25% del complessivo volume di acquisti, confermando le indicazioni già date per il 2009. Di seguito si riepilogano le azioni intraprese ai fini del rafforzamento della funzione di acquisto dell'Area Vasta Emilia Centrale (AVEC), anche tramite il ricorso a gare dell'Agenzia regionale Intercent-ER

Area Vasta Emilia Centrale (AVEC). Nell'anno 2010 l'attività di acquisto di beni e servizi in Area Vasta Emilia Centrale è consistita nella conclusione di 49 procedure per un totale di aggiudicazione di 44,91 milioni euro. Confrontando tale dato con la spesa storica si ha un aumento di spesa di 0.9 milioni di euro, pari al 2,02%. Ciò è dovuto principalmente alla conclusione delle due procedure per l'affidamento dei servizi assicurativi, che da sole hanno comportato un aumento di 3,62 milioni di euro. Escludendo dal computo tali procedure, a fronte di un aggiudicato complessivo di 27,43 milioni, si ha un risparmio totale di 2,71 milioni, pari al 9,90%.

Nel 2010 l'Istituto Ortopedico Rizzoli ha assunto le funzioni di capofila nella procedura aperta con l'AUSL di Bologna, l'AUSL di Ferrara e l'AO-U di Ferrara per la fornitura in somministrazione di protesi parziali d'anca e totali d'anca cementate, per una spesa

Capitolo 3 - Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

complessiva pari a 379.704 euro, di cui 55.952 euro relativi a fabbisogni dell'Istituto. In quanto capofila l'Istituto ha anche avviato una procedura per protesi vertebrali ed ha provveduto alla proroga della fornitura di stampati vari necessari alle Aziende AVEC in attesa della relativa gara programmata da Intercent-ER.

L'Istituto ha inoltre partecipato alle procedure di area vasta per i seguenti prodotti:

- prodotti farmaceutici fuori prontuario, da banco, dietetici, parafarmaci per la somma di euro 20.000,00
- carta per apparecchiature elettromedicali per la somma di euro 19.554,00;
- cateteri venosi ed arteriosi centrali, di sistema di accesso venoso impiantabili sottocutanei e set per anestesia epidurale per la somma di euro 21.459,00;
- emogasanalizzatori in service per la somma di euro 38.574,00;
- farmaci esteri non registrati in Italia per la somma di euro 5.731,00;
- farmaco Filgastrin biosimilare per la somma di euro 6.441,40 (importo riferito a 5 mesi);
- materiale di consumo per sterilizzatrici Steris per la somma di euro 3.685,69;
- teli chirurgici Joban 2 per la somma di euro 167.541,12;
- assicurazione RCT - I rischio euro 1.188.881,25 - Il rischio euro 78.031,92;
- pubblicazione dei numeri telefonici negli elenchi SEAT per la somma di euro 50.400;
- frigoriferi biologici e congelatori da laboratorio per la somma di euro 3.447,60.

Intercent-ER. Le linee guida regionali hanno confermato per l'anno 2010 la percentuale minima di committenza del 25% del volume complessivo degli acquisti tramite l'Agenzia regionale Intercent-ER. Tale obiettivo è stato raggiunto e superato da parte di AVEC. Occorre segnalare che le variazioni degli ordinativi di acquisto presso Intercent-ER rispetto ai fabbisogni dichiarati sono da ritenersi, per l'Istituto Ortopedico Rizzoli, nell'ambito di una fisiologica variabilità che tutte le organizzazioni, ed in specie organizzazioni complesse come le strutture sanitarie, subiscono nel tempo a causa di ampliamenti/riduzioni di reparti, cambiamenti di attività/protocolli, per di più considerando che il lasso di tempo che intercorre tra la richiesta di fabbisogni e la conclusione delle procedure è spesso non breve e ciò non può non influire negativamente circa la evenienza di scostamenti. Nel 2010 l'Istituto Ortopedico Rizzoli ha aderito a nuove convenzioni per un totale complessivo di 6.365.801,40 euro. Si tratta di un valore assai superiore a quello riscontrato nel 2009 (335.770,59 euro). Tale incremento è originato in larga parte dall'aver ricompreso nelle convenzioni AVEC la gara farmaci. Di seguito è riportato il dettaglio delle gare d'acquisto effettuate tramite AVEC:

- PC Notebook per la somma di euro 13.154,40;
- PC Desktop per la somma di euro 415.902,70;
- segnaletica per la somma di euro 70.620,00;
- nolo auto con conducente per la somma di euro 18.333,33;
- soluzioni infusionali per la somma di euro 121.449,72;
- farmaci per AVEC per la somma di euro 4.987.829,25;

- fornitura annuale di energia elettrica per la somma di euro 636.740,00;
- servizi di assistenza gestione manutenzione apparati di telefonia per la somma di euro 101.772,00.

3.5 Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa

Il conseguimento di un livello "di eccellenza" di una struttura ospedaliera e di ricerca è il risultato della combinazione di più fattori: capacità di investire in infrastrutture e tecnologie d'avanguardia, qualificazione del personale, adozione di modelli organizzativi innovativi in grado di promuovere l'innalzamento della *performance*. In questo capitolo focalizzeremo l'attenzione essenzialmente sugli investimenti in infrastrutture, attrezzature, informatica e sulle innovazioni introdotte nel governo dell'innovazione tecnologica e nel mantenimento di un parco tecnologico efficiente.

3.5.1 Infrastrutture, investimenti, sviluppo informatico

Interventi sugli edifici, impianti e attrezzature. L'esigenza di procedere all'ammodernamento degli edifici e impianti e delle attrezzature, sia per la parte ospedaliera, che per la parte relativa al Centro di ricerca Codivilla-Putti, è testimoniata dalla consistenza dei piani degli investimenti che si sono susseguiti negli ultimi anni. Il piano degli investimenti 2010-2012, parte integrante degli strumenti di programmazione pluriennale e redatto secondo gli schemi regionali, fa riferimento ai soli investimenti finanziati da risorse dedicate. Esso vede una spesa per investimenti nel triennio pari a 63,4 milioni di euro, di cui 37,6 milioni di euro finanziati e 25,8 da finanziare. L'ammontare dei finanziamenti per investimenti testimonia altresì della accresciuta capacità di reperimento di risorse per le spese in conto capitale dell'Istituto, anche a seguito della più stretta integrazione nel Servizio Sanitario Regionale ed alla conseguente possibilità di accendere a mutui. Si riporta di seguito la rendicontazione sugli interventi previsti nella programmazione degli investimenti in conto capitale del Rizzoli in accordo con la programmazione Regionale, dando conto delle realizzazioni dell'anno 2010. La principale fonte di finanziamento degli investimenti in opere in sanità rimane l'art.20 della Legge n.67/1988 (3.5.1.1); successivamente, quindi, sono descritti ulteriori interventi realizzati nel 2010 (3.5.1.2); infine sono precisate le azioni 2010 relative allo sviluppo informatico dell'Istituto (3.5.1.3).

3.5.1.1 Programma investimenti straordinari in sanità (ex art. 20 L. 67/1988) e Programma regionale investimenti in sanità VII aggiornamento.

IV fase I stralcio. Completamento della progettazione degli interventi relativi all'accordo di programma IV fase I stralcio: completate le progettazioni e ammissione ai finanziamenti con decreto ministeriale relativo, come di seguito specificato.

Nei tempi previsti dal disciplinare procedurale relativo ai suddetti finanziamenti e dagli obiettivi dati dalla Regione allo IOR sono stati approvati dal Gruppo Tecnico Regionale, da tutti gli Enti autorizzatori preposti fino all'ottenimento del permesso di costruire ed all'emissione dei decreti ministeriali di ammissione ai finanziamenti i seguenti progetti, redatti dal Servizio Patrimonio ed Attività Tecniche dell'Ente:

Capitolo 3 - Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

- "Nuova costruzione destinata ad ambulatori e studi per la libera professione" e la ristrutturazione dell'ex mensa per il trasferimento del reparto di chemioterapia dei tumori muscolo-scheletrici, di cui all'accordo di programma IV fase I° stralcio dei finanziamenti ex art.20 Legge n.67/88 e con una quota di fondi regionali, con importo lavori e spese connesse di 5,70 milioni di euro;
- Realizzazione di 2 Sale Day-Surgery e acquisto relativi Arredi e Attrezzature con finanziamento Art. 20 IV Fase per 1,06 milioni di euro.

La programmazione degli appalti seguirà i dettami di cui allo stesso disciplinare (aggiudicazione entro giugno 2011).

IV fase II stralcio. L'Istituto ha inviato alla Regione Emilia-Romagna nel mese di novembre 2009 4 proposte di intervento da realizzare con i fondi assegnati nella IV fase II stralcio del programma di cui sopra. Gli stessi sono stati illustrati nella Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria del 21 dicembre 2009 ed approvati con le seguenti denominazioni:

- AP 41 "Adeguamenti normativi e miglioramento comfort aree di degenza" € 3.284.612;
- AP 42 "Realizzazione aree di supporto per accoglienza utenti e dipendenti" € 715.388 (realizzazione di un parcheggio da 35 posti auto in area ospedaliera)
- AP 43 "Acquisto attrezzature per day surgery" €720.000
- AP 44 "Interventi per adeguamento prevenzione incendi"€ 1.780.000 (per il compendio monumentale)

In data 22 febbraio 2010 è stato inviato alla Regione Emilia Romagna il documento "MEXA" relativo agli stessi progetti. Si prevede nel triennio l'inserimento dei progetti nell'accordo di programma di competenza e la conseguente ammissione ai finanziamenti, per procedere con le successive fasi di progettazione approvazione degli Enti competenti scelta del contraente e affidamento dei lavori, che permetteranno di completare il percorso di adeguamento normativo dei reparti di degenza esistenti nel monoblocco ospedaliero.

III fase dei finanziamenti ex art.20 Legge n.67/88.

- Nel corso del 2010 sono proseguiti i lavori di ristrutturazione del monoblocco ospedaliero (cosiddetto "spina"), finanziati con la III fase dei finanziamenti ex art.20 Legge n.67/88 (Decreto Ministero Salute 16 maggio 2006 ex art.20 L.N.67/88 Adeguamento a Norma e Miglioramento Aspetti Alberghieri Progetto Ristrutturazione Ospedale), che termineranno entro il 2012 e comprenderanno la realizzazione della nuova sede del Servizio di Farmacia al seminterrato del monoblocco (area ex centrale di sterilizzazione e spazi di nuova costruzione al "seminterrato spina").
- Decreto 16 maggio 2006, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale, Serie generale n. 189 del 16 agosto 2006, recante ad oggetto "*Riparto a favore dell'ISS e degli IRCCS delle risorse residue, delibera CIPE 65/2002 come modificata dalla delibera CIPE 63/2004. Programma di investimenti articolo 20 legge 67/1988*": sono in corso le attività programmate nell'ambito del progetto "*Sistema informativo per l'eccellenza*" finanziate per un importo totale di 1,58 milioni di euro. Le aggiudicazioni dei lavori/forniture sono state portate a termine nel 2010 al 100% e nel triennio 2011-2013 verranno eseguite le attività previste. Tale progetto è in realtà la composizione di 7 distinti sottoprogetti: 2 sottoprogetti informatici di area

ospedaliera (informatizzazione delle sale operatorie ed integrazione di anatomia patologia nel "repository"), 3 di area amministrativa (nuovo sistema gestionale delle Risorse Umane, nuovo sistema amministrativo, progetto di "business intelligence"), 2 di area tecnologica (virtualizzazione dei server, nuova Intranet con password unica).

Programma regionale investimenti in sanità VII aggiornamento. Con delibera dell'Assemblea legislativa n.29 del 6 dicembre 2010 "approvazione del 7°aggiornamento del Programma Regionale investimenti in sanità (allegato M) l'Istituto ha avuto l'assegnazione di un finanziamento di 0,741 mln di euro per "*Medical device, rinnovamento tecnologico attrezzature informatiche, software e reti*". Nel corso del 2011 verrà progettata e programmata la relativa attività e verrà trasmessa alla Regione la documentazione relativa nel rispetto della tempistica prevista.

3.5.1.2 Ulteriori principali interventi eseguiti nel 2010

- 1) Nei primi mesi del 2010 è stato messo in uso il nuovo parcheggio da 20 posti auto e deposito temporaneo di rifiuti ospedalieri. L'opera, che ha comportato un costo totale di 1,3 milioni di euro, è stata finanziata con fondi aziendali ed ha permesso di trasferire in un'unica postazione i depositi temporanei dei rifiuti precedentemente posizionati in parte davanti al compendio Monumentale ed in parte nel parcheggio dell'Istituto di ricerca, rendendo anche fruibili spazi per parcheggi sia nella zona ospedaliera monumentale che nella strada interna di collegamento tra il Centro di ricerca e l'ospedale, per un totale di circa 40 posti auto.
- 2) E' in corso la progettazione, l'affidamento e l'esecuzione di lavori relativi a interventi finalizzati all'adeguamento alla normativa antincendio generale dell'istituto di ricerca per 1,0 milioni di euro (Sesto aggiornamento Programma Regionale investimenti in sanità).
- 3) Interventi di ristrutturazione nel complesso monumentale, comprendenti lavori finalizzati alla sicurezza ed alla sostituzione di impiantistica obsoleta con un importo per il 2010 di 1,41 milioni di euro.
- 4) Interventi di ristrutturazione per la per la sicurezza nel monoblocco ospedaliero, comprendenti lavori finalizzati alla sicurezza ed alla sostituzione di impiantistica obsoleta, per un importo complessivo previsto per il triennio di 0,95 milioni di euro e limitati interventi di ristrutturazione necessari alla funzionalità dei vari edifici dell'Istituto per 0,36 milioni di euro.
- 5) Sono stati completati i primi due stralci più significativi dei lavori di riqualificazione del parco di San Michele in Bosco, finanziati dalla Fondazione del Monte di Bologna e Ravenna, progettati ed autorizzati dagli Enti esterni nel 2008. Il progetto ammonta ad un totale di 0,6 milioni di euro suddivisi in 5 anni. Il secondo stralcio è stato inaugurato il 29 giugno 2010 ed ha concretizzato la realizzazione completa del "cannocchiale" del belvedere, restaurando inoltre buona parte dei percorsi storici in selenite esistenti nel parco, permettendo al Comune di Bologna (che ne gestirà, a seguito di specifico accordo, la manutenzione) di anettere ai giardini cittadini anche il parco di San Michele in Bosco. Con il terzo ed ultimo stralcio, residuale rispetto ai primi due realizzati, verranno appaltati ed eseguiti nel 2011 interventi accessori previsti nel progetto

Capitolo 3 - Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

approvato dalla Soprintendenza ai beni ambientali e architettonici e dal Comune di Bologna.

- 6) Sono stati completati i lavori di ristrutturazione del reparto di Ortopedia Pediatrica per un importo di 1,1 milioni di euro. Il nuovo reparto è stato inaugurato il 14 giugno 2010 (per una descrizione delle sue caratteristiche si rimanda al capitolo 7.2). I conseguenti lavori nei locali relativi all'attività di day-hospital pediatrico saranno quindi terminati nel primo semestre 2011. Per il nuovo reparto sono stati acquistati arredi specializzati per reparti pediatrici per un importo di 0,41 milioni di euro.
- 7) E' in corso come previsto nel piano investimenti 2010-2012 un rinnovamento del parco attrezzature arredi e reti informatiche per ristrutturazioni e adeguamenti funzionali per una spesa di 1,8 milioni di euro.
- 8) E' stato realizzato nel 2010 il nuovo ambulatorio di ecografia, a supporto del reparto esistente e necessario in funzione dell'accreditamento della struttura.
- 9) E' stato progettato nel 2010 e verrà realizzato nel 2011 il day-hospital a servizio della SC Medicina Fisica e Riabilitativa al piano terra del compendio monumentale.
- 10) E' stata eseguita nel 2010 e verrà completata nel 2011, in accordo con i reparti interessati, la manutenzione straordinaria dell'impianto di raffrescamento e ricambio aria delle degenze della cosiddetta "ala nuova".
- 11) E' stata completata la progettazione e sono stati aggiudicati i lavori per la realizzazione della nuova cabina di consegna della media tensione a servizio dell'edificio sede del Centro di Ricerca, che verrà completata nei primi mesi del 2011.
- 12) Nell'ottica del risparmio energetico e della funzionalità è stata espletata nel 2010 la gara per la sostituzione di cento monoblocchi ad uso infisso, selezionati tra i più obsoleti. I lavori sono stati aggiudicati ad inizio 2011 e verranno eseguiti nella prima parte del 2011.
- 13) Nel 2010 sono state completate le impermeabilizzazioni dei coperti piani dell'edificio del Centro di Ricerca, comprese le messe a norma dell'accessibilità a scopo manutentivo in sicurezza degli stessi.

3.5.1.3 Sviluppo informatico

Lo sviluppo del sistema informativo del Rizzoli ha visto nel 2010 la realizzazione di alcune importanti soluzioni e la continuità dei progetti iniziati nel 2009. Nel corso del 2010, ad esempio, è stato completato il progetto, avviato nel 2009, di integrazione informatica che consente la disponibilità in tempo reale del "referto di anatomia Patologica" sulla cartella clinica on-line – uno dei sottoprogetti del Sistema Informativo per l'Eccellenza.

- 1) Sempre nel 2010 ha preso avvio il **progetto di informatizzazione delle Sale Operatorie**, della cartella clinica anestesiologicala e della cartella infermieristica. A seguito della aggiudicazione dell'appalto avviato nel 2009 sono iniziati i lavori di analisi per tutti i processi.
- 2) **Progetto "ricetta virtuale"**. In accordo con la normativa nazionale, recepita con apposite linee guida dalla regione Emilia-Romagna, per i percorsi ambulatoriali dei pazienti interni al Rizzoli, si è realizzato un sistema informatico che consente

di eliminare il modulo cartaceo relativo alle prescrizione SSN (“ricetta rossa”). Ciò ha consentito: risparmio economico diretto sull’acquisto dei moduli cartacei, risparmio di tempo medico, maggior efficienza gestionale (essendo il sistema paper-less), vantaggi per il paziente che può usufruire di più prestazioni senza necessità di ulteriori passaggi dal proprio medico di base. L’investimento iniziale pari a circa 24.000 euro è stato ammortizzato in pochi mesi essendo state emesse in modalità “virtuale” 30.000 ricette in soli 3 mesi di vita del sistema.

- 3) **Sistema di monitoraggio delle infezioni nosocomiali.** Il nuovo sistema informatico realizzato consente la gestione in tempo reale dei dati necessari per la sorveglianza, cura e follow-up delle infezioni eventualmente contratte durante il ricovero. Il sistema consente l’invio informatico dei dati al livello Regionale.
- 4) **Fascicolo sanitario del cittadino.** In continuità con quanto realizzato negli anni precedenti si è ulteriormente contribuito alla costruzione del Fascicolo Sanitario Regionale del Cittadino con l’attivazione del “modulo Sole” che consente l’invio telematico dei referti di Pronto Soccorso dell’Istituto.
- 5) **Contributo alla ricerca scientifica.** Si è provveduto a modificare il sistema SIR introducendo una nuova funzionalità per il monitoraggio dei pazienti che entrano a far parte di progetti di sperimentazione clinica o in linee di ricerca.
- 6) Infine è stato portato a termine il **sottoprogetto “nuova Intranet”**, consistente nella realizzazione di un nuovo portale del dipendente che consente l’utilizzo personalizzato di servizi fra cui una piattaforma di condivisione dei contenuti ed il “cedolino stipendiale on-line”.

3.5.2 Il governo dell’innovazione tecnologica.

Nel corso del 2010 il Rizzoli ha ulteriormente affinato gli strumenti di *technology assessment* per l’acquisizione di apparecchiature sanitarie senza perdere di vista le iniziative dell’Osservatorio Regionale dell’Innovazione (ORI). Si è consolidato lo strumento aziendale di *Health Technology Assessment* (HTA) sull’esempio danese del “mini-HTA” come supporto metodologico per la preparazione e la negoziazione del budget delle tecnologie del 2010. Le innovazioni tecnologiche proposte dalla parte clinica e scientifica, infatti, sono valutate dalla Direzione sulla base di un metodo che consente di valutare l’appropriatezza e l’impatto clinico anche in considerazione delle risorse economiche disponibili.

Innovazione gestionale apparecchiature elettromedicali e da laboratorio. Nel corso del 2010 è stata stabilizzata la figura di un ingegnere clinico in staff alla Direzione Sanitaria. E’ stato anche confermato il coordinamento delle attività svolte tramite la consulenza del Direttore del Servizio di Ingegneria Clinica dell’AUSL di Bologna. Il consolidamento che si è ottenuto in tal modo consente di porre le basi per la creazione di una competenza interna al Rizzoli in materia di Ingegneria Clinica. Gli standard regionali e nazionali impongono infatti la presenza di questa funzione anche in virtù della sempre più stretta collaborazione che l’Istituto è chiamato a fornire in materia di acquisti e manutenzione delle tecnologie biomediche con l’Area Vasta Emilia Centrale ed Intercent-ER. Oltre a ciò il 2010 ha visto l’Istituto impegnato nella stesura e nell’attuazione di nuove procedure in grado di codificare l’attività di organizzazione e gestione delle apparecchiature elettromedicali e di laboratorio nel tentativo di conformarla ai più moderni e diffusi standard esistenti. Si inseriscono in tale impegno le innovazioni introdotte nella gestione del più ampio servizio di global service quali:

Capitolo 3 - Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

- la centralizzazione del servizio di chiamata sull'intero parco tecnologico gestito;
- la presa in carico "immediata" del problema in caso di guasto per le attrezzature dell'area della ricerca scientifica.

La manutenzione delle apparecchiature di diagnostica per immagini resta affidata a contratti di manutenzione "*Full Risk*" stipulati con aziende produttrici e ditte specializzate. Ha preso avvio, infine, un percorso di miglioramento con i Laboratori di Ricerca finalizzato a garantire il controllo di qualità della strumentazione biomedica e scientifica secondo gli standard previsti dalle Norme ISO 9000.

CAPITOLO 4

Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione



4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

L'adozione di una prospettiva temporale più ampia – il quinquennio 2006-2010 – consente di comprendere meglio l'evoluzione della dotazione di personale dell'Istituto in rispondenza ai programmi di sviluppo dell'Istituto, concordati con la Regione Emilia-Romagna. In particolare si evidenzia, per il personale *dipendente*, un andamento crescente nel primo biennio e quindi una sostanziale stabilità negli ultimi anni (1.203 dipendenti nel 2008; 1.204 nel 2009 e 1.206 nel 2010). Nel periodo il *turn over* del personale ha riguardato il 5-6% dell'organico complessivo. Al personale dipendente si affianca una quota di personale "non strutturato" (incarichi professionali e contratti di collaborazione coordinata e continuativa) impiegato con prevalenza in attività di ricerca scientifica, spesso all'interno di progetti di ricerca a termine, di varia durata (da uno a tre anni). Tale personale è cresciuto negli ultimi anni, anche in considerazione dell'attivazione di 6 nuovi laboratori di ricerca partecipanti al tecnopolo bolognese. Nel quinquennio considerato, infine, risulta sostanzialmente stabile il personale universitario (25 unità ad inizio e fine periodo) operante presso l'Istituto sulla base degli accordi vigenti con l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna. Accanto a queste variazioni di tipo quantitativo gli ultimi 5 anni evidenziano anche variazioni dal punto di vista qualitativo, ad esempio con riferimento alla composizione del personale in base alla qualifica professionale, a seguito dell'assunzione di OSS in sostituzione di personale tecnico e con la stabilizzazione, nel biennio 2008-2009, di personale "non strutturato", con particolare riferimento a quello impiegato in attività di ricerca. Dal punto di vista del profilo socio-anagrafico, inoltre, si conferma la predominanza di personale femminile (con l'unica eccezione del personale medico) e la consistenza della classe d'età 45-54 anni. La riorganizzazione dipartimentale, entrata a pieno regime nel 2009, ha infine dischiuso nuove opportunità di partecipazione dei professionisti alle attività di pianificazione e di gestione, ad esempio tramite il coinvolgimento nel processo di budget e la partecipazione agli organi di dipartimento. Sul piano delle relazioni con il personale e della contrattazione sindacale si segnala, inoltre, la sottoscrizione di un nuovo Contratto Integrativo Aziendale – "Piano delle Azioni 2010".

4.1 La "carta d'identità" del personale

Alla data del 31 dicembre 2010 l'Istituto Ortopedico Rizzoli contava 1.206 dipendenti. Di questi, 1.151 (pari al 95,4%) erano assunti con contratti a tempo indeterminato mentre 55 (4,6%) con contratti a termine (vedi tab. 4.2). 84 unità di questo personale risultavano avere un impiego part-time. Il ricorso al *part-time* si conferma essere una scelta quasi esclusivamente femminile (il 92,9% del personale a part-time è di sesso femminile). Al personale dipendente del Rizzoli vanno sommate 25 unità di personale dipendente dall'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna, ma impiegato presso il Rizzoli sulla base della vigente convenzione (vedi tab. 4.3). Infine occorre registrare la presenza di altro personale non dipendente (borsisti, co.co.co., contratti libero-professionali) per altre 179 unità di personale, impiegato prevalentemente in attività di ricerca, dunque in progetti a termine (vedi tab. 4.4). Complessivamente, pertanto, il personale dell'Istituto Ortopedico Rizzoli ammonta, alla data del 31 dicembre 2010, a 1.410 unità. La tabella 4.1 riporta i dati relativi al personale dipendente e non dipendente per il quinquennio 2006-2010.

Capitolo 4 - Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

Tab. 4.1 – Personale dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, alla data del 31 dicembre, articolato per tipologia di contratto (anni 2006-2010)

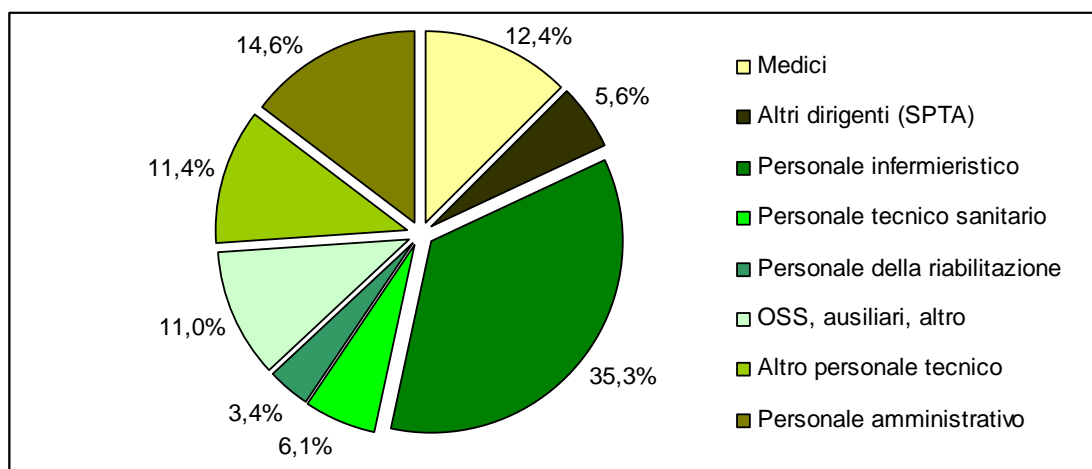
Tipologia contrattuale		2006	2007	2008	2009	2010
Personale dipendente dell'Istituto		1.150	1.194	1.203	1.204	1.206
Personale universitario		25	24	27	26	25
Altro personale:		122	122	174	162	179
di cui:	Contrattisti	7	1	0	0	0
	Borsisti	7	11	5	8	5
	Co.Co.Co.	91	120	117	126	117
	Contratti libero-professionale	17	42	40	45	40
Totale		1.297	1.340	1.404	1.392	1.410

La composizione per profilo professionale del personale dipendente, alla data del 31 dicembre 2010, è riportata nella tabella 4.2 e nel grafico 4.1. Personale medico e personale infermieristico costituiscono circa il 50% del personale dipendente dell'Istituto.

Tab. 4.2 – Personale dipendente dell'Istituto Ortopedico Rizzoli alla data del 31 dicembre 2010

	A tempo indeterminato	A tempo determinato	Totale dipendenti	
			v.a.	%
Medici	149	1	150	12,4
Altri dirigenti (SPTA)	61	7	68	5,6
Personale infermieristico	405	21	426	35,3
Personale tecnico sanitario	72	2	74	6,1
Personale della riabilitazione	35	6	41	3,4
OSS, ausiliari, altro	121	12	133	11,0
Altro personale tecnico	133	5	138	11,4
Personale amministrativo	175	1	176	14,6
Totale	1.151	55	1.206	100,0

Graf. 4.1 – Personale dipendente per profilo professionale (al 31 dicembre 2010; base n=1.206)



La tabella 4.3 evidenzia l'andamento nel quinquennio del personale universitario nella sua articolazione.

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

Tab. 4.3 – Personale universitario presso il Rizzoli sulla base della convenzione IOR-Alma Mater Studiorum - Università di Bologna (anni 2006-2010; situazione al 31/12)

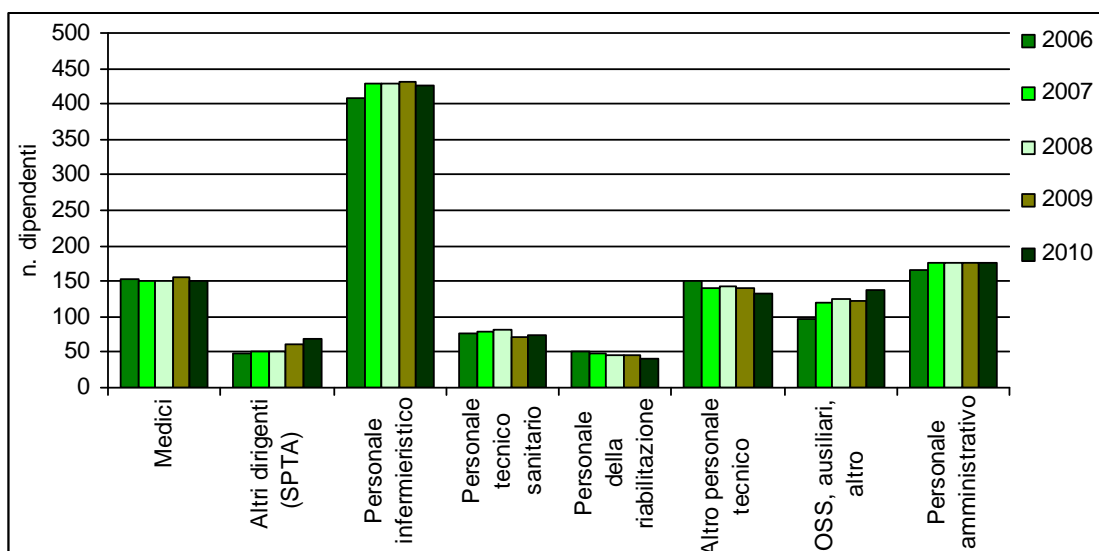
	2006	2007	2008	2009	2010
Ruolo sanitario medico	18	18	21	21	19
Ruolo sanitario non medico	3	1	1	1	1
Ruolo tecnico	1	2	1	2	2
Ruolo amministrativo	4	3	4	2	3
Totale	26	24	27	26	25

Nel periodo 2006-2010 l'andamento del personale dipendente distinto per profilo professionale evidenzia variazioni non trascurabili per il personale tecnico non sanitario (in riduzione da 151 a 138 unità), per il personale "OSS, ausiliari, altro" dovuto principalmente all'incremento del numero di Operatori Socio-Sanitari grazie alle politiche di riqualificazione (in incremento da 97 a 133), per l'incremento del personale infermieristico (da 408 a 426 unità) e dei dirigenti non medici (da 48 a 68). Una parte significativa di tale incremento è conseguente alle politiche di stabilizzazione di personale (secondo le disposizioni contenute negli accordi intercorsi a livello regionale di maggio e luglio 2007) avvenuta nel 2009 con l'assunzione a tempo indeterminato di 8 figure dell'area del comparto e 12 figure della dirigenza (tra cui 8 dirigenti biologi).

Tab. 4.4 – Personale dipendente dell'Istituto Ortopedico Rizzoli per qualifica professionale alla data del 31 dicembre (anni 2006-2010)

	2006	2007	2008	2009	2010
Medici	152	151	151	155	150
Altri dirigenti (SPTA)	48	50	50	61	68
Personale infermieristico	408	429	428	431	426
Personale tecnico sanitario	76	80	81	71	74
Personale della riabilitazione	51	49	47	45	41
Altro personale tecnico	151	141	144	141	138
OSS, ausiliari, altro	97	119	125	123	133
Personale amministrativo	167	175	177	177	176
Totale	1.150	1.194	1.203	1.204	1.206

Graf. 4.2 - Evoluzione del personale dipendente per profilo professionale (anni 2006-2010)



Capitolo 4 - Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

Nell'area metropolitana l'Istituto Ortopedico Rizzoli è l'azienda sanitaria pubblica di più piccole dimensioni. Il personale dipendente delle tre aziende sanitarie (Azienda USL di Bologna, Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Orsola-Malpighi e Istituto Ortopedico Rizzoli) ammonta, al 31 dicembre 2010, a 14.823 unità. Il Rizzoli vi contribuisce con 1.206 unità, pari all'8,1%. L'articolazione del personale per categoria professionale è presentata nella tabella seguente.

Tab. 4.5 – Personale dipendente delle aziende sanitarie e IRCCS dell'area metropolitana di Bologna per categoria professionale alla data del 31 dicembre 2010

	<i>dipendenti AO-U</i>	<i>dipendenti AUSL</i>	<i>dipendenti IOR</i>	<i>Totale dipendenti az. sanitarie metropolitane</i>
Dirigenti Medici e Veterinari	649	1.395	150	2.194
Dirigenti Sanitari	91	196	43	330
Dirigenti PTA	40	77	25	142
Personale infermieristico	2.291	3.456	424	6.171
Personale tecnico sanitario	347	451	74	872
Personale della prevenzione	20	156	1	177
Personale della riabilitazione	88	391	42	521
Assistenti sociali	8	90	2	100
Personale tecnico	611	566	136	1.313
O.T.A.	70	45	1	116
O.S.S.	538	752	78	1.368
Ausiliari specializzati	9	14	49	72
Personale amministrativo	370	895	176	1.441
Qualif. atipiche ruolo professionale	0	1	5	6
Totale	5.132	8.485	1.206	14.823

La struttura del *turn over* del personale nel quinquennio considerato è riportata nella tabella 4.6.

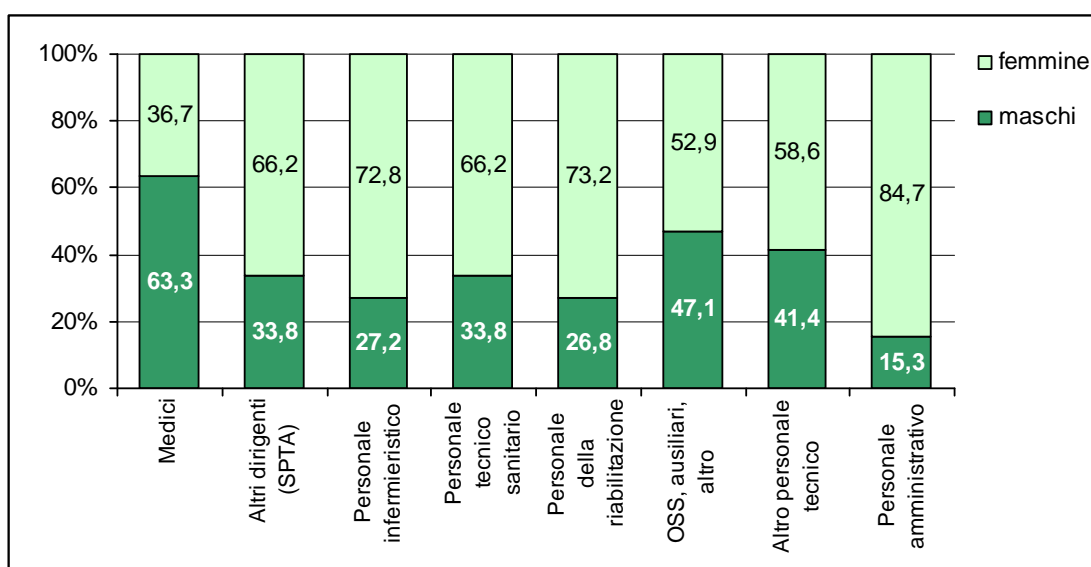
Tab. 4.6 – Personale cessato e personale assunto distinto per causa (anni 2006-2010)

	<i>personale cessato</i>					<i>personale assunto</i>			
	<i>limiti di età</i>	<i>dimissioni</i>	<i>passaggi ad altre amm.ni</i>	<i>altre cause</i>	<i>totale</i>	<i>proveniente da altre amm.ni</i>	<i>procedure concorsuali</i>	<i>altre cause</i>	<i>Totale</i>
2006	11	37	14	9	71	9	42	18	69
2007	8	39	17	11	75	4	86	55	145
2008	3	22	17	8	50	6	58	11	75
2009	11	17	15	16	59	1	44	15	60
2010	29	16	12	20	77	2	65	12	79

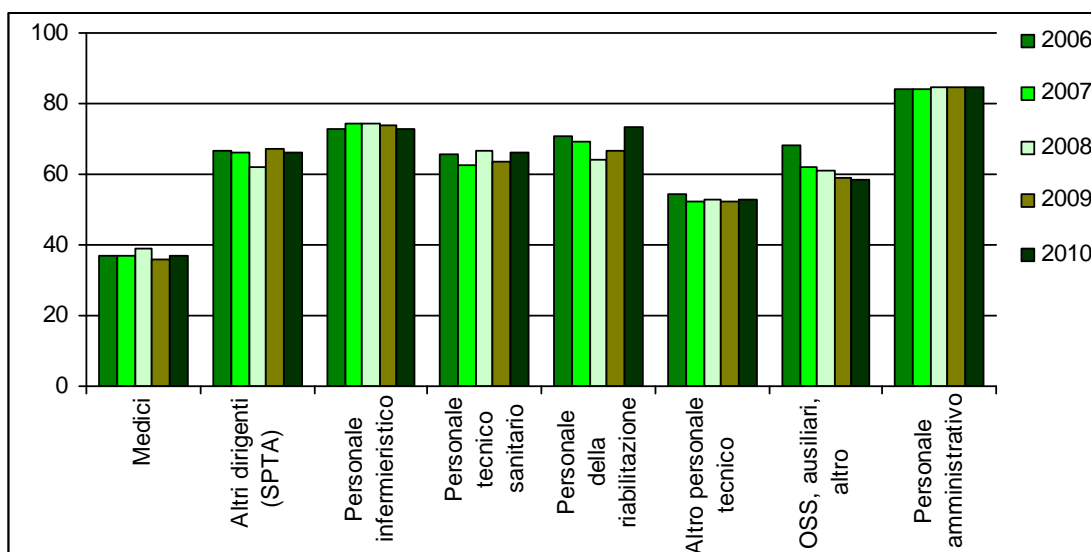
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

Il profilo socio-anagrafico del personale dipendente dell'Istituto è mostrato tramite i grafici e le tabelle seguenti. Il personale dipendente è composto per il 34,6% da personale maschile e per il 65,4% da personale femminile. Questo dato complessivo è tuttavia la combinazione di composizioni di genere anche molto differenti tra loro, in riferimento ai diversi profili professionali presenti. La componente femminile è preponderante per tutte le categorie professionali e particolarmente accentuata tra il personale amministrativo del comparto (84,7%) e tra il personale infermieristico (73,2%), ma anche tra i dirigenti non medici (66,2%) e tra i tecnici sanitari (66,2%). L'unico profilo professionale a dominanza maschile è quello della dirigenza medica (63,3% di maschi).

Graf. 4.3 – Personale dipendente distinto per genere e profilo professionale (situazione al 31 dicembre 2010; valori %)



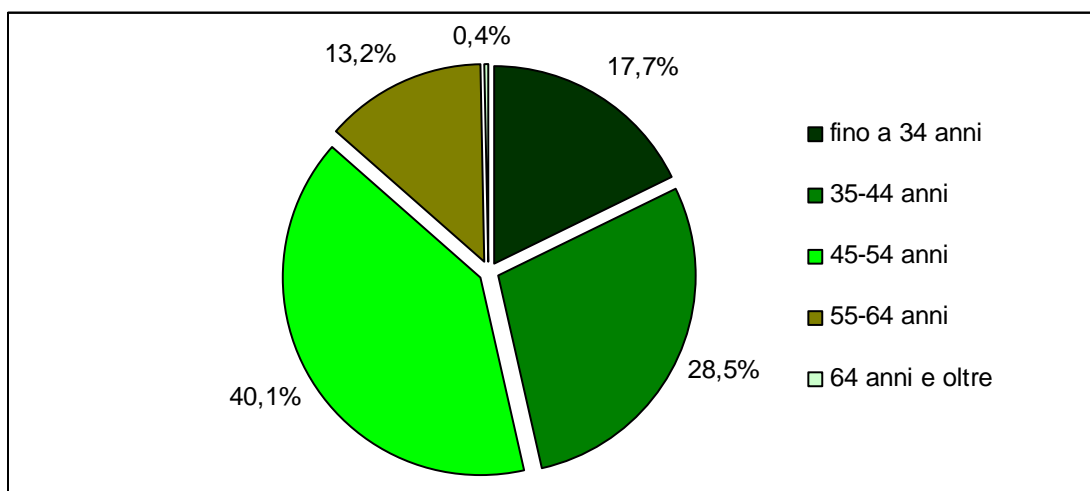
Graf. 4.4 – Personale dipendente distinto per profilo professionale: percentuale della componente femminile (anni 2006-2010; situazione al 31 dicembre)



Capitolo 4 - Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

Per quanto riguarda la distribuzione del personale dipendente per classi d'età si registra una preponderanza della classe 45-54 anni (pari al 40,1% di tutto il personale dipendente).

Graf. 4.5 - Personale dipendente per classe d'età (situazione al 31 dicembre 2010)



Una maggiore anzianità si riscontra nel personale amministrativo (77,8% con età superiore a 44 anni), nei dirigenti medici (72,7%), nel personale tecnico non sanitario (69,6%) e nei dirigenti non medici (67,6%).

Il personale del comparto di ruolo sanitario, invece, evidenzia una marcata prevalenza di persone più giovani, appartenenti alle classi di età fino a 34 anni (31,2%) e 35-44 anni (33,3%), come si evince dalla tab. 4.7 e dal graf. 4.6.

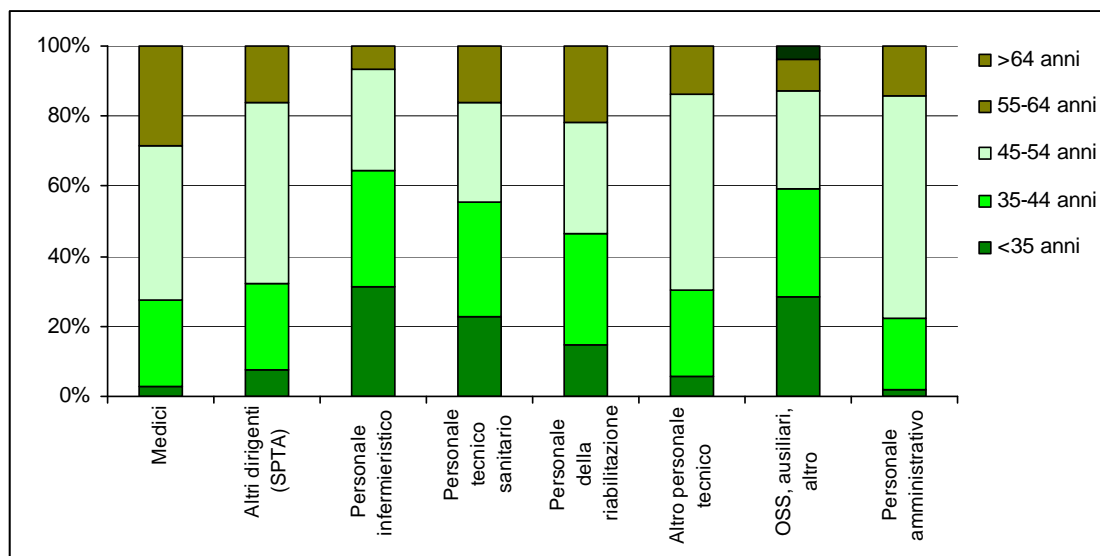
I profili professionali più giovanili sono gli infermieri (64,6% con età inferiore a 45 anni), OSS, ausiliari ed altro personale (59,4%) ed il personale tecnico sanitario (55,4%).

Tab. 4.7 - Personale dipendente distinto per profilo professionale e classe d'età (situazione al 31 dicembre 2010)

	<35 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	>64 anni	Totale
Medici	4	37	66	43	0	150
Altri dirigenti (SPTA)	5	17	35	11	0	68
Personale infermieristico	133	142	123	28	0	426
Personale tecnico sanitario	17	24	21	12	0	74
Personale della riabilitazione	6	13	13	9	0	41
Altro personale tecnico	8	34	77	19	0	138
OSS, ausiliari, altro	38	41	37	12	5	133
Personale amministrativo	3	36	112	25	0	176
Totale	214	344	484	159	5	1.206

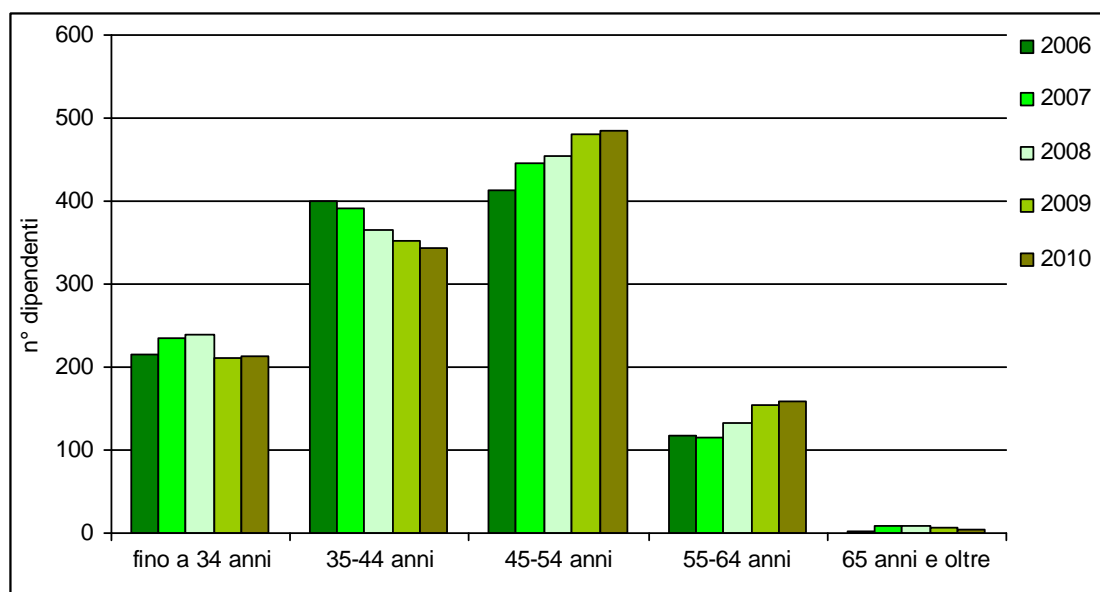
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

Graf. 4.6 - Personale dipendente per profilo professionale e classe d'età (situazione al 31 dicembre 2010; valori %)



Un confronto con i dati degli anni precedenti evidenzia un progressivo ingrossamento delle classi d'età superiori.

Graf. 4.7 - Personale dipendente per classe d'età (anni 2006-2010; situazione al 31 dicembre)



4.2 Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa

Nel corso del quinquennio 2006-2010, a seguito dell'integrazione dell'Istituto Ortopedico Rizzoli nel Servizio Sanitario Regionale e del conseguente aggiornamento organizzativo, si è progressivamente articolato un "sistema" di coinvolgimento e partecipazione dei professionisti al governo dell'Istituto. Dapprima con la realizzazione

Capitolo 4 - Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

di un percorso partecipato del primo Piano Strategico Aziendale 2007-2009, quindi con l'attivazione di un processo strutturato di budget (dal 2009 articolato a livello dipartimentale), infine con la definizione del nuovo Collegio di Direzione e dei primi Comitati di Dipartimento, ciascuno con anche una componente elettiva. Negli anni considerati la partecipazione dei professionisti, tanto all'individuazione delle strategie, quanto alla gestione operativa, ha quindi visto la messa in campo sia di momenti "di processo" (processi di coinvolgimento e responsabilizzazione), sia di nuove "strutture" (organi collegiali di Istituto e di dipartimento). Dopo l'attivazione dei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) nel 2009, questo nuovo assetto di governo è andato a regime nel 2010. Riportiamo di seguito le principali articolazioni:

- *Collegio di Direzione*, a cui sono assegnati compiti di proposta per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e delle attività di assistenza, di gestione del rischio, di ricerca ed innovazione, oltre che per la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori (secondo quanto previsto dalla L.R. n.29/2004 e quindi specificato nell'Atto Aziendale del Rizzoli, art.2.5);
- *Comitato di Dipartimento* dei due Dipartimenti ad Attività Integrata in cui è articolata la macrostruttura organizzativa dell'Istituto. Come per il Collegio di Direzione anche i Comitati di Dipartimento hanno una quota di componenti individuati tramite elezioni.
- *Processo di budget annuale*, ovvero la partecipazione alla gestione operativa. Un momento organizzativo di forte integrazione tra la Direzione ed i professionisti è il processo di programmazione e controllo annuale (*budget*) avviato per la prima volta al Rizzoli con nuove metodologie e strumenti nel 2007, secondo l'indicazione della nuova Direzione, e migliorato negli strumenti e nelle modalità operative nel 2008, anche secondo le indicazioni del *Nucleo di Valutazione (NIV)*.

Il processo di negoziazione si è svolto nel rispetto dei livelli organizzativi in cui è articolata la struttura dell'Istituto: è avvenuto infatti per Dipartimento, seppure con un forte coinvolgimento dei Centri di Responsabilità (Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali). Nel 2010 attraverso il processo di budget si è rafforzato ulteriormente il ruolo dei Dipartimenti, assegnando agli stessi la gestione del budget dipartimentale delle protesi e della produzione negoziata con l'Accordo di fornitura. La responsabilità gestionale è ricaduta primariamente in capo al Direttore di Dipartimento, il quale ha avuto responsabilità negoziale nei confronti dei direttori di Struttura Complessa e dei responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale afferenti al dipartimento stesso. Nel 2010 sono state escluse dal momento negoziale con la Direzione aziendale le Strutture Semplici afferenti alle Strutture complesse, che hanno trovato invece adeguato spazio nelle pre-negoziazioni all'interno del dipartimento.

La Direzione ha indicato gli obiettivi di produzione e di costi e ha definito una prima proposta di scheda obiettivi. La discussione sul budget 2010 è avvenuta quindi sulla base degli obiettivi di produzione, di contenimento dei costi e del personale, e sugli altri obiettivi assegnati al Centro di Responsabilità (CDR) da parte della Direzione e concordati con il Direttore di Dipartimento a livello "globale". Le "schede obiettivi" di ciascun CDR sono state 3: una per il Direttore/Responsabile del CDR, una per il personale dirigente del CDR e una per il personale del Comparto del CDR. La pre-negoziazione si è svolta all'interno del Dipartimento e dei CDR degli obiettivi assegnati e le risorse necessarie per il raggiungimento di tali obiettivi. In seguito alla prima verifica di compatibilità effettuata a livello centrale, si è proceduto con la fase di

negoziazione, avvenuta in due incontri “di dipartimento”. Gli attori che hanno partecipato a tale negoziazione sono stati:

- il Direttore di Dipartimento
- i Direttori di Struttura Complessa e i Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale
- il referente del Servizio di Assistenza per il Dipartimento (Mingazzini, Durante)
- i CPSE Referenti di Budget
- la Direzione Aziendale (Direzione Generale, Direzione Scientifica, Direzione Sanitaria, Direzione del Servizio di Assistenza, Direzione Amministrativa).

In questa fase sono stati discussi i dati di attività, costo e personale e sono stati condivisi gli obiettivi specifici dei CDR afferenti al dipartimento per l'anno 2010. Sono state anche effettuate le opportune analisi sulle richieste di attrezzature, beni e servizi, anche in relazione alla definizione di un Piano Aziendale di Condivisione delle attrezzature ad alto costo. Per ciascun CDR dell'area dell'assistenza e della ricerca sono state redatte tre schede obiettivo. Le schede sono state firmate da tutti gli attori della negoziazione, per condivisione. Al termine della verifica di compatibilità generali è stato redatto il Documento di Budget 2010 deliberato.

4.3 Gestione del rischio e sicurezza

Il D.Lgs. n.81/2008 (sostituisce il D.Lgs. n.626/1994) assegna lo svolgimento delle funzioni di individuazione, controllo, gestione, riduzione e prevenzione dei rischi derivanti dalle attività lavorative al datore di lavoro che si avvale del supporto tecnico normativo del Servizio Prevenzione e Protezione (SPP) e del Medicina del Lavoro. Il principale strumento operativo per la definizione degli interventi e delle misure in tema di gestione del rischio e sicurezza dei lavoratori è costituito dal *Documento di Valutazione dei Rischi* (DVR), in cui si evidenziano le criticità emerse dall'analisi dei rischi e le azioni di miglioramento e/o proposte di attenuazione dei rischi medesimi.

Valutazione dei rischi. L'attività di analisi e di valutazione dei rischi viene svolta con continuità determinando il progressivo aggiornamento dei *Documenti di Valutazione dei Rischi* (DVR) che, nel 2010, ha riguardato i reparti/servizi afferenti ai due dipartimenti dell'Istituto e alcuni servizi amministrativi e laboratori di ricerca. Conseguentemente agli aggiornamenti dei DVR sono stati rielaborati i programmi di attuazione degli interventi di miglioramento di natura strutturale, impiantistica e tecnologica in coerenza al piano degli investimenti 2010 – 2012. Nel 2010, inoltre, sono stati realizzati e completati alcuni degli interventi finalizzati alla prevenzione incendi delle aule didattiche, soggette al controllo dei Vigili del Fuoco. Infine in tutti i laboratori di ricerca dell'Istituto, incluso i nuovi laboratori afferenti al Dipartimento Rizzoli RIT si è provveduto a garantire un costante miglioramento dei livelli di sicurezza.

Sempre nel 2010 si è inoltre provveduto ad aggiornare l'individuazione del Datore di Lavoro, dei Dirigenti e dei preposti mediante apposito atto deliberativo (n.201/2010: *“Definizione del Sistema sicurezza e salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro - Individuazione del Datore di Lavoro, dei Dirigenti e dei Preposti - Matrice delle responsabilità - Attribuzione di deleghe”*).

In ottemperanza ai requisiti di cui all'art. 26 del D. L. 81/08, in materia di appalti di servizi, di fornitura e d'opera, si è proceduto ad elaborare i documenti e le

Capitolo 4 - Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

conseguenti procedure volte ad informare, promuovere e coordinare le attività svolte dalle ditte in appalto.

Ai fini della tutela della salute e della sicurezza dei professionisti esposti al rischio gas anestetici volatili è proseguito il controllo e il monitoraggio ambientale nei blocchi operatori. Mediante un continuo monitoraggio (24 h/24) il sistema permette la verifica, in tempo reale, delle concentrazioni dei gas presenti nelle sale operatorie e il conseguente intervento in tempi brevi là dove si riscontrino delle anomalie impiantistiche, tecniche ed organizzative.

Sorveglianza Sanitaria. La Medicina del Lavoro del Rizzoli è svolta, tramite convenzione, sotto la responsabilità di una figura medica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Orsola-Malpighi di Bologna. Essa svolge attività di sorveglianza sanitaria, prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie correlate allo svolgimento dell'attività lavorativa. Nell'ambito di questa attività possono essere identificati due principali processi operativi. Il primo processo è volto a fornire alla comunità aziendale tutti i servizi di cui questa ha necessità in materia di sorveglianza sanitaria e prevenzione medica dei rischi derivanti dall'attività lavorativa (attività di Medico competente e Medico autorizzato). Tale servizio è rivolto ai dipendenti del Rizzoli, al personale universitario e agli studenti e laureati iscritti ai diversi corsi di specializzazione dell'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna che operano all'interno dell'ospedale e del centro di ricerca. Il secondo processo consente di promuovere le attività nel campo della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro attraverso la formazione specifica ed è svolto in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione.

Attività di medico competente e medico autorizzato. In tale ambito la Medicina del Lavoro fornisce i servizi necessari per la tutela della salute durante il lavoro. Rientrano in questo ambito attività cliniche e attività non prettamente sanitarie che nel loro insieme permettono di acquisire le informazioni indispensabili per attuare idonee misure di prevenzione medica dei rischi da lavoro e di soddisfare i requisiti della normativa vigente.

Sorveglianza sanitaria. Il D.Lgs. n.81/2008 attribuisce al Medico del Lavoro, definito Medico Competente, una serie di compiti tra cui lo svolgimento della sorveglianza sanitaria dei lavoratori (in aggiunta ai compiti di partecipazione alla valutazione dei rischi, partecipazione alla formazione dei lavoratori, sopralluoghi periodici o non programmati negli ambienti di lavoro). Il D.Lgs. n.230/1995 attribuisce al Medico Autorizzato lo svolgimento della sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti. La sorveglianza sanitaria prevede l'erogazione, nei confronti del personale dipendente e del personale universitario, di diverse prestazioni, tra cui accertamenti preventivi e periodici dell'idoneità al lavoro per il personale addetto a mansioni che comportino l'obbligo di sorveglianza sanitaria; accertamenti collegati ad infortuni sul lavoro e malattie professionali o dipendenti da causa di servizio; vaccinazioni; ecc.

Tab. 4.8 – Servizio di medicina del lavoro: accertamenti sanitari (anni 2008-2010)

	2008	2009	2010
Visite per assunzioni	264	55	75
Visite periodiche	1.064	1.066	1.069
Totale	1.328	1.121	1.134

Tab. 4.9 – Servizio di medicina del lavoro: dati su alcune tipologie di accertamenti e prestazioni svolte (anno 2010)

<i>Prestazioni</i>	<i>n.</i>
Richiesta di visite specialistiche	103
Visiotest	89
Prenotazioni visite oculistiche	84
Visite a richiesta	23
Vax. antinfluenzali	104
Vax. Epatite B	1
Vax. Antitetanica	13
Mantoux	191

Formazione. Al fine di rafforzare il sistema di garanzia della sicurezza dei lavoratori nel 2010 sono stati realizzati i seguenti eventi informativi e/o formativi:

- informativa ai componenti del Collegio di Direzione in merito alla delibera aziendale *“Definizione del Sistema sicurezza e salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro - Individuazione del Datore di Lavoro, dei Dirigenti e dei Preposti - Matrice delle responsabilità - Attribuzione di deleghe”*;
- formazione/ informazione ai preposti individuati nella medesima delibera;
- corsi in materia di sicurezza rivolti al personale neoassunto, compreso il personale non strutturato che afferisce ai laboratori di ricerca;
- corso in materia di sicurezza rivolto al solo personale universitario in formazione specialistica presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli;
- corso di base per i nuovi Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS);
- corso *“Norme comportamentali per la sicurezza in diagnostica e risonanza magnetica nucleare”*.

Studio retrospettivo degli incidenti occupazionali occorsi nel 2009. Poiché l'infortunio rappresenta un parametro di verifica della sicurezza in azienda è ormai consuetudine procedere con lo studio retrospettivo degli infortuni occorsi ogni singolo anno presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli. Infatti mediante apposito studio si visualizza il fenomeno nel suo complesso, le cause che li hanno determinati, le tipologie, i settori/servizi interessati e le qualifiche professionali coinvolte. Le informazioni relative agli eventi infortunistici derivano dai dati contenuti nel registro infortuni suddivisi per tipologia e per macrosettori:

- infortuni “Inail” (con giorni di assenza dal lavoro uguale o superiore a tre giorni);
- infortuni “biologici” – infortuni dovuti a puntura/taglio con aghi e strumenti chirurgici o per contatto con materiali biologici provenienti da pazienti potenzialmente infetti;
- infortuni in “Itinere” - infortuni avvenuti nel percorso casa-lavoro e viceversa;
- infortuni da “altre cause” con giorni di prognosi inferiori a tre.

I macrosettori si distinguono in:

- *degenza*, intesa come i reparti ospedalieri e i servizi annessi all'assistenza
- *non degenza*, intesa come i servizi amministrativi e i laboratori di ricerca
- *sale operatorie*.

Capitolo 4 - Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

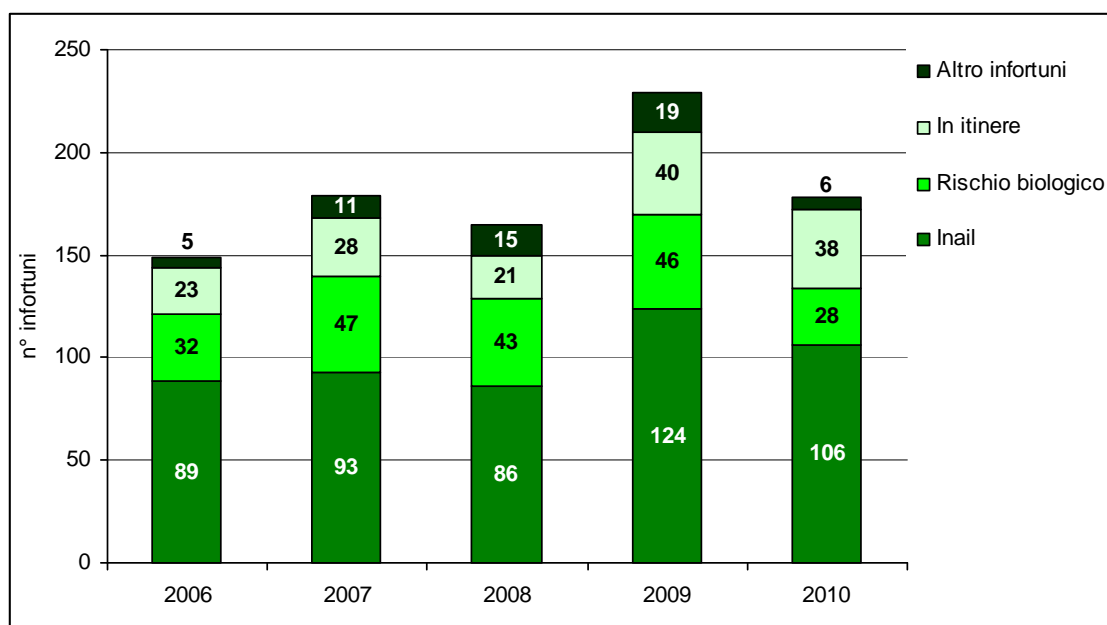
Tali dati evidenziano in primo luogo una riduzione del numero degli infortuni nel 2010 rispetto al 2009. Nel 2010, infatti, si registrano 178 infortuni (-51 infortuni rispetto al 2009, pari ad una riduzione del 22,3%).

Tale riduzione degli infortuni si registra su tutte le tipologie evidenziate ossia: Inail, Itinere e Biologici. L'andamento degli infortuni nel quinquennio 2006-2010 è riportato nella tabella 4.10 e rappresentato nel grafico 4.8.

Tab. 4.10 – Distribuzione degli Infortuni per tipologia (anni 2006-2010)

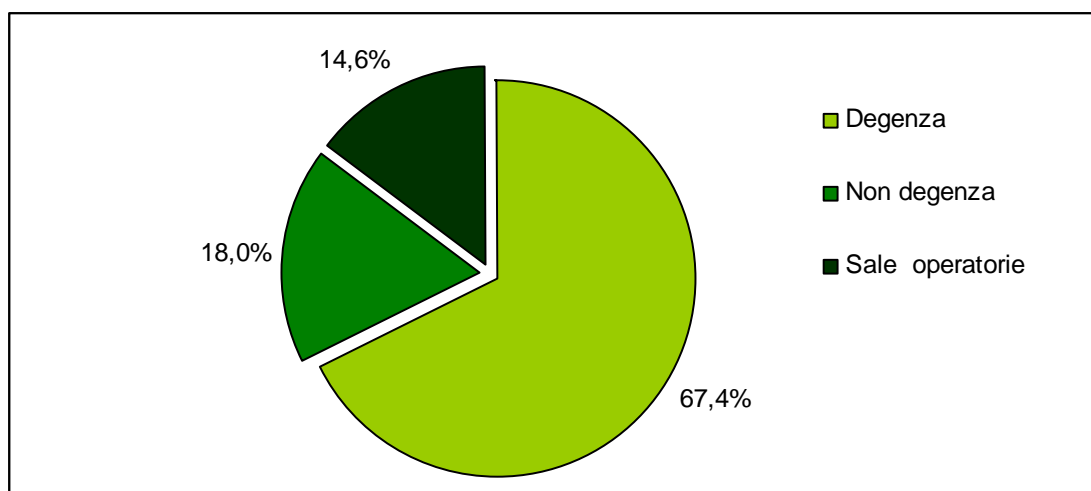
	2006		2007		2008		2009		2010	
	v.a.	%	v.a.	v.a.	%	%	v.a.	%	v.a.	%
Inail (prognosi \geq 3 gg)	89	59,7	93	52,0	86	52,1	124	54,1	106	59,6
Rischio biologico	32	21,5	47	26,3	21	12,7	46	20,1	28	15,7
Itinere	23	15,4	28	15,6	43	26,1	40	17,5	38	21,3
Altre cause (prognosi < 3 gg)	5	3,4	11	6,1	15	9,1	19	8,3	6	3,4
Totale infortuni	149	100,0	179	100,0	165	100,0	229	100,0	178	100,0

Graf. 4.8 – Distribuzione degli Infortuni per tipologia (anni 2006-2010)



I settori in cui si sono verificati gli infortuni vedono una preponderanza dell'area "degenza" (67,4%), seguita dalla "non degenza" (18,0%) e dalle sale operatorie (14,6%). Ciò è facilmente intuibile, sia per la maggior presenza di personale, sia per la presenza di rischi specifici quali ad esempio il rischio biologico associato all'uso di aghi/ strumenti pungenti e la movimentazione dei pazienti.

Graf. 4.9 - Distribuzione degli infortuni per tipologia (anno 2010)



Per comprendere meglio l'andamento degli infortuni ed i fattori del loro incremento numerico è possibile fare riferimento all'analisi delle combinazioni di forma/agente.

Tab. 4.11 - Distribuzione degli Infortuni per combinazione forma agente (anni 2006-2010)

Forma	Agente	2006	2007	2008	2009	2010
itinere		23	28	21	40	38
esercitato sforzo	paziente	18	27	14	26	18
movim. scoordinato/caduta	superfici di transito	8	17	13	9	21
contatto con	sangue e/o materiale bio	14	15	10	17	9
taglio	bisturi / strumenti chirurgici	2	10	5	6	1
movimento scoordinato/esercitato sforzo	attrezzature da lavoro	28	18	21	41	28
schiacciato da/urtato/colpito	da arredi	4	11	12	3	13
schiacciato da/urtato/colpito	attrezzature di lavoro	13	11	11	16	9
puntura da	ago/strumenti da lavoro	16	22	28	23	18
movimento scoordinato	arredi	4	2	10	10	1
caduta da	scale	7	3	6	9	10

Come si evince dalla tabella 4.11 nel 2010 le combinazioni di forma/agente più frequenti, sono: itinere; movimento scoordinato/esercitato sforzo attrezzature da lavoro, movimento scoordinato/caduta superfici in transito, esercitato sforzo paziente, puntura da ago o strumenti chirurgici e schiacciato/urtato/colpito da arredi. L'analisi delle cause e dei reparti in cui si è verificato l'infortunio non ha comunque consentito di evidenziare particolari criticità a carico di un tipo di infortunio o di un singolo reparto ma, ha semplicemente confermato una distribuzione più o meno analoga in tutti i reparti.

Capitolo 4 - Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

4.4 Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali

Le professioni sanitarie, negli ultimi 20 anni, hanno cambiato radicalmente e innovato il ruolo e le funzioni nelle organizzazioni sanitarie. All'Istituto Ortopedico Rizzoli, in questi anni, l'impegno del Servizio di Assistenza Infermieristica, Tecnica e della Riabilitazione è stato quello di sperimentare e rivedere il modello organizzativo/gestionale, con l'obiettivo di promuovere un miglioramento continuo nella pratica assistenziale. Ciò ha permesso di realizzare un sistema organizzativo basato sulla flessibilità, l'integrazione e la partecipazione delle Professioni Sanitarie al processo decisionale sotteso alle diverse scelte aziendali.

Un obiettivo qualificante è stato quello di rendere l'organizzazione sempre più efficiente e in grado di innovare i processi di assistenza. Punto cruciale è stata la sinergia che si è venuta a creare tra i professionisti delle professioni sanitarie ed i medici nella risoluzione di criticità che il processo di riorganizzazione ha comportato. In questa logica, l'impegno dei dirigenti delle professioni sanitarie e di tutti i professionisti è stato di promuovere l'innovazione organizzativa assumendo ruoli un tempo comunemente attribuiti ad altre professioni. L'esperienza fatta ha dimostrato la possibilità di un miglioramento nelle metodologie operative e nei percorsi assistenziali attuati in équipe. I dirigenti delle professioni sanitarie del servizio di assistenza infermieristica, tecnica e della riabilitazione hanno avuto principalmente la funzione di pianificare e monitorare il raggiungimento degli obiettivi aziendali, per gli ambiti professionali dei quali sono responsabili, coordinandoli in modo da fornire risposte adeguate alle esigenze manifestate dalle diverse professioni, in particolare:

- lo sviluppo della professionalità, intesa come valorizzazione e affermazione della cultura specifica della professione stessa;
- la promozione e predisposizione dei modelli organizzativi che trovino nelle capacità del singolo, del gruppo e nella soddisfazione dei bisogni del paziente lo stimolo ad individuare forme assistenziali più appropriate;
- l'affermazione di modelli assistenziali tesi al riconoscimento dei bisogni e problemi espressi dal paziente, modelli capaci di rispondere a requisiti quali: efficacia, efficienza clinico-assistenziale, appropriatezza, pertinenza del processo di assistenza, parsimonia e razionalizzazione nell'uso di strumenti e presidi, ottimizzazione nella gestione delle risorse umane, diritto all'informazione del paziente;
- la creazione di relazioni professionali atte ad intensificare e rafforzare il senso di appartenenza all'Istituto, dove l'esigenza di ripensare al proprio ruolo diventa predisposizione favorevole al cambiamento.

Di seguito è riportata una sintesi delle iniziative più significative svolte dal Servizio di Assistenza Infermieristica, Tecnica e della Riabilitazione nel corso del 2010, a testimonianza della ridefinizione in atto di funzioni e ruoli professionali in relazione alle strategie dell'Istituto:

1) Centro di Ricerca delle Professioni Sanitarie. Nel contesto di un IRCCS, qual è il Rizzoli, riveste grande importanza l'autonomia professionale ed organizzativa non solo declinata in ambito assistenziale, ma anche in quello dell'attività di ricerca. Ciò, infatti, contribuisce ad incrementare i prodotti della ricerca stessa (rispondendo in tal modo ad un obiettivo dell'Istituto), sia a promuovere la cultura di un'assistenza fondata su prove di efficacia, ovvero per modernizzare la pratica assistenziale.

Coerentemente con questa visione il *Regolamento Organizzativo Rizzoli* (ROR) ha previsto l'attivazione di un *Centro ricerca delle professioni sanitarie* dotato di un apposito responsabile con "il compito di promuovere la ricerca nell'ambito delle professioni sanitarie, secondo gli indirizzi del Direttore scientifico." Nel 2010 il Centro di Ricerca delle Professioni Sanitarie ha svolto attività sulle seguenti tematiche:

- prevenzione e trattamento lesioni da decubito;
- medicazione e rischio infezioni accessi vascolari periferici;
- revisione procedura accessi vascolari a lunga permanenza;
- revisione della cartella infermieristica.

Tab. 4.12 - Ricerche condotte a responsabilità infermieristica o di fisioterapisti

<i>Ricerche assistenziali 2010</i>	<i>Dettagli</i>
Lesioni da Pressione:	<ul style="list-style-type: none"> • Concluso lo studio (approvato CE 2009) sull'incidenza e fattori di rischio di lesioni cutanee e nervose negli anziani fratturati posizionati in valva di gommapiuma. Sono stati arruolati 84 pazienti ricoverati presso la ex I Divisione. I risultati sono stati elaborati nel mese di dicembre. • Concluso lo Studio di incidenza e prevalenza di lesioni da pressione in tutti i reparti da gennaio a fine marzo. Sono stati valutati 3.033 pazienti. Condotti audit clinici in 5 reparti per un totale di 151 cartelle visionate rispetto all'applicazione della procedura "Prevenzione e trattamento Lesioni da Pressione".
Qualità della vita	<ul style="list-style-type: none"> • Chiusura arruolamento a maggio 2010 dello studio di validazione della scala ICF in oncologia, condotto insieme all'Istituto Superiore di Sanità e la fondazione Maugeri di Pavia, per validare una scala di disabilità e qualità della vita nel paziente oncologico. Arruolati complessivamente 61 pazienti del reparto di Chemioterapia. • Elaborazione del protocollo, approvato poi dal comitato etico (marzo 2010), dello studio "Valutazione della qualità della vita (QoL) durante lo studio di fase III sull'efficacia dell'intensificazione della dose in pazienti con sarcoma di Ewing non metastatico (ISG AIEOP - EW 1)". Lo studio viene condotto presso il reparto di Chemioterapia. Arruolati a tutt'oggi 15 pazienti.
Dispositivi intravascolari	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborazione del protocollo e conduzione del Trial randomizzato e Controllato "Valutazione dell'efficacia della medicazione sterile trasparente per il fissaggio del catetere venoso periferico (CVP) per diminuire l'incidenza delle flebiti rispetto all'uso della medicazione standard" e approvato dal comitato etico in giugno 2010. Lo studio è stato condotto nel mese di ottobre 2010, sono stati arruolati 703 pazienti per un totale di 1063 cateteri venosi monitorati. • Studio di incidenza delle complicanze maggiori dei cateteri venosi periferici in tutte le degenze. Risultati a confronto con lo studio di incidenza fatto nel 2009.
Dolore	<ul style="list-style-type: none"> • Concluso lo Studio pilota (approvato CE 2009) in II clinica per valutare, da un punto di vista infermieristico se l'utilizzo di cateteri perinervosi nei pazienti operati di protesi di ginocchio migliora il controllo del dolore e il recupero funzionale rispetto all'analgesia sistemica endovenosa. Sono stati arruolati 51 pazienti. I risultati sono in elaborazione. • Elaborazione del protocollo e conduzione dello studio: "Valutazione del dolore nei pazienti sottoposti ad Ago Tac" approvato dal Comitato Etico in Dicembre 2010. Arruolati 283 pazienti (studio caso controllo).

Capitolo 4 - Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

Attività di consulenza del Centro Ricerca. Nel 2010 è proseguita l'attività di consulenza presso l'ospedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia. Da ottobre 2009 a dicembre 2010, sono stati svolti 31 accessi presso la struttura di Reggio Emilia: 22 dedicati a corsi di metodologia della ricerca di base della durata di 2 giorni (11 corsi effettuati), 4 accessi per iniziare corsi avanzati e costruzione di specifici protocolli di ricerca (1 concluso e 3 in corso) e 5 accessi per pianificare le attività (presentazione del progetto al Collegio di Direzione, incontri con lo staff scientifico ecc.). Sono stati formati 224 operatori e sono stati avviati 4 progetti di ricerca (3 infermieristici e uno di tecnici di radiologia). Sempre nel 2010 è proseguita la collaborazione con il Centro Studi EBN (*Evidence-Based Nursing*) dell'Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi con accessi sporadici. Sono state fatte diverse traduzioni di revisioni sistematiche e collaborato a far diventare il Centro EBN un centro collaborativo del Joanna Brigg Institute.

2) Attività della Genetic Nurse. Nell'ambito dell'organizzazione di una Rete Hub & Spoke per le malattie rare scheletriche della Regione Emilia-Romagna è stata creata nel 2008 all'Istituto Ortopedico Rizzoli la figura della *genetic nurse* come punto di riferimento per i pazienti affetti da malattie genetiche. Nel 2010 in questo ambito è stata svolta la seguente attività:

- attivazione di triage telefonico per i pazienti eleggibili da sottoporre a visita presso l'ambulatorio di genetica e malattie rare e l'utilizzo di una scheda strutturata ed informatizzata;
- creazione di un opuscolo informativo sulle malattie scheletriche rare e sulla presa in carico nell'ambulatorio di Genetica Medica, quale strumento da utilizzare nell'ambito della Rete *hub & spoke*;
- attivazione di progetti di formazione attiva rivolta ai pazienti ed ai loro familiari nonché alle associazioni di volontariato.

Attualmente l'accoglienza e l'organizzazione delle visita è a cura dell'infermiere:

- accoglienza telefonica attraverso illustrazione come avverrà la visita e le finalità
- prenotazione e calendarizzazione delle prestazioni sanitarie
- raccolta della documentazione clinica e studio del caso
- organizzazione del team degli specialisti
- accoglienza del paziente e raccolta della storia clinica, illustrazione del percorso creato per loro, firma e del consenso informato, assistenza alla visita, prelievo ematico, ecc.

3) Gestione del rischio e Sistema Qualità. Nell'ambito dell'area dei laboratori assistenziali, al fine di realizzare un approccio sistematico alla gestione del rischio basata sull'applicazione metodologica di strumenti specifici, si è introdotto l'utilizzo di una tecnica previsionale quale la FMEA/FMECA associata al sistema di rilevazione delle non conformità/modi di errore. In particolare, tale applicazione è stata realizzata nell'ambito della SSD Anatomia e Istologia Patologica rispetto al macroprocesso relativo al trattamento del campione istologico. Sono state analizzate 25 attività rispetto alle quali sono stati evidenziati alcuni punti di criticità che hanno determinato la pianificazione/realizzazione delle relative azioni di miglioramento. Le azioni di miglioramento, esplicitate nell'ambito dell'Audit GRC, sono state avviate nel 2009 e concluse nel mese di marzo 2010. Tale attività si è protratta nel 2010 con la rivalutazione del processo, mediante l'applicazione della medesima metodologia e

confrontando i risultati con la situazione precedente alle azioni di miglioramento. Nell'ambito del programma di *Risk Management*, in collaborazione con il Servizio di Assistenza Infermieristica Tecnica e della Riabilitazione, è stata pianificata l'implementazione dell'applicazione della tecnica anche in altri laboratori di area assistenziale quali:

- la SSD Genetica Medica - Malattie Rare Ortopediche per quanto riguarda il percorso ambulatoriale del paziente e la processazione del campione biologico che perviene al laboratorio dalla fase di accettazione del campione stesso alla produzione del referto;
- la SC Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale - Banca delle cellule e del tessuto muscolo-scheletrico rispetto al processo di produzione del plasma ricco di piastrine (PRP) e al processo di isolamento, espansione e rilascio di cellule mesenchimali e condrociti autologhi;
- la SSD Patologia Clinica per la processazione del campione biologico che perviene al laboratorio, dalla fase di accettazione del campione stesso alla produzione del referto;
- la SSD di Anatomia e Istologia Patologica per la parte che riguarda il percorso del campione biologico inerente la Biologia Molecolare.

Un altro ambito dove le professioni sanitarie hanno dato un forte contributo riguarda il percorso di accreditamento istituzionale dell'Istituto che si è concluso nel mese di Maggio 2010 con il raggiungimento dell'accREDITamento dei dipartimenti secondo le direttive della RER. La partecipazione piena ed attiva a tutte le attività cliniche ed organizzativo gestionali di pertinenza delle professioni sanitarie, il processo di integrazione con altre professionalità ed altre funzioni aziendali, la forte motivazione e l'esercizio di una leadership efficace hanno permesso il completo soddisfacimento di tutti i requisiti richiesti dal percorso di accreditamento istituzionale.

4) Organizzazione del Sistema PACS. Per quanto riguarda il sistema PACS l'Istituto è partner con l'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna e le aziende sanitarie dell'area metropolitana bolognese, del Master per Amministratori di Sistema digitale immagini. Con questo nuovo percorso formativo universitario l'Istituto contribuisce con i propri professionisti e con le proprie risorse tecnologiche e strutturali alla formazione di queste nuovi professionisti. Per l'anno accademico 2010/2011 è stato attivato presso l'Università di Bologna il *Master di 1° livello per amministratori di sistema PACS*. Tra i promotori del corso accademico, oltre all'Azienda USL di Bologna e l'Azienda Ospedaliera Universitaria S. Orsola-Malpighi, figura anche l'Istituto Ortopedico Rizzoli. Il Servizio di assistenza infermieristica, tecnica e della riabilitazione, partecipa all'organizzazione scientifica/didattica e si è resa disponibile ad ospitare nelle proprie strutture e a mettere a disposizione le tecnologie sanitarie per il tirocinio degli studenti.

4.5 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

In modo coerente con gli indirizzi regionali sulla contrattazione integrativa aziendale per il personale del comparto e per le due aree della dirigenza (dirigenza medica - veterinaria e dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa) nel corso del triennio 2007-2009 l'Istituto ha posto in essere una significativa revisione dei sistemi di valutazione del personale. Essa si integra con la profonda revisione che, a partire dal 2007, ha interessato il sistema di pianificazione, controllo, rendicontazione

Capitolo 4 - Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

dell'Istituto. Al fine di trasferire nel sistema di valutazione del personale dirigente e del comparto le scelte strategiche e strutturali formalizzate nei documenti di pianificazione (Piani annuali delle azioni, Budget, Piano Strategico Aziendale 2007-2009), l'Istituto ha realizzato un percorso di revisione dell'intero processo valutativo con l'obiettivo di creare un sistema più rispondente alla nuova organizzazione. Esso ha riguardato sia la valutazione del personale dirigente, che quella del personale del comparto.

Valutazione del personale del comparto (Posizioni Organizzative e funzioni di coordinamento). In applicazione agli artt. 20 e 21 del CCNL del comparto sanità del 7 aprile 1990, è stato formalizzato con deliberazione n. 660 del 20 ottobre 2004, previa concertazione aziendale, il documento "*Sistema di valutazione annuale delle prestazioni del personale del comparto titolare di Posizione Organizzativa*", contenente le indicazioni metodologiche ed i parametri per la valutazione. Con deliberazione n. 21 del 16 gennaio 2009 è stato recepito il nuovo disciplinare per l'attribuzione e la valutazione delle prestazioni del personale del comparto titolare di posizione organizzativa, documento concordato il 2 dicembre 2008. Con atto deliberativo n. 72 del 3 febbraio 2009, è stato invece deliberato il conferimento, in base al nuovo disciplinare, di n. 65 posizioni organizzative con decorrenza retroattiva dall'1 novembre 2008 (per i RAP dalla data di nomina). Tali atti disegnano il quadro normativo aziendale per la valutazione del personale del comparto, tuttora in vigore.

Per quanto attiene specificamente all'anno 2010 si segnala:

- la formalizzazione del rinnovo, per un ulteriore triennio, delle posizioni organizzative afferenti alle 5 funzioni di responsabile di area professione;
- la sottoscrizione del Contratto Collettivo integrativo area del comparto "Programma Azioni 2010" che, tra le altre cose, ha previsto la revisione di 3 posizioni organizzative;
- l'istituzione di 2 posizioni organizzative del Servizio di Assistenza;
- 3 dipendenti sono subentrati a posizioni già esistenti (titolari in pensione o cessati per dimissioni);
- sono attualmente in corso di valutazione le PO con scadenza annuale al 31 ottobre 2010.

Non vi sono invece novità per quanto riguarda le funzioni di coordinamento (amministrative e tecniche) in quanto il triennio per le valutazioni scade nel 2012.

Valutazione della dirigenza. La revisione del sistema di valutazione per i dirigenti ha innanzitutto portato ad una ridefinizione dei criteri per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali delle diverse aree (assistenza, ricerca, amministrazione) con riferimento ai diversi profili della dirigenza, secondo quanto stabilito nel Regolamento Organizzativo del Rizzoli (ROR). Si è inoltre concluso nel 2008 il percorso di revisione e modifica delle schede di valutazione. Le schede sono costruite sulla base della suddivisione in aree di attività prevalente (assistenza, ricerca, servizi amministrativi e generali) e distinguono, all'interno di queste, fra incarichi "gestionali" ed incarichi "professionali", con particolare enfasi sulla valutazione della produzione scientifica. In tal modo il nuovo sistema di valutazione mira alla valorizzazione delle figure dirigenziali, supportando il percorso di riorganizzazione aziendale in corso. Nel 2010 il nuovo sistema di valutazione può considerarsi a regime. Inoltre l'utilizzo costante di procedure oramai standardizzate nelle valutazioni del personale dirigente e una particolare attenzione allo "snellimento" delle procedure amministrative, anche tramite un uso quasi esclusivo della posta elettronica per le comunicazioni, ha ridotto i tempi

di risposta sia da parte degli altri uffici interessati alla raccolta dei dati istruttori sia degli stessi dirigenti valutati e determinato una maggiore conoscenza e condivisione del sistema di valutazione nel suo complesso.

Nel 2010 sono state effettuate, utilizzando i nuovi criteri di valutazione concordati con le organizzazioni sindacali nell'anno 2009, 92 verifiche professionali (pari al 41,6% del totale dei dirigenti in forza allo IOR), che hanno avuto tutte esito positivo. Si consideri, ai fini di una corretta comprensione dei dati seguenti, che per alcuni dirigenti le motivazioni della verifica professionale erano più di una (es. scadenza incarico ed esclusività 15 anni; quinquennale ed esclusività 5 anni).

Dirigenti valutati a scadenza incarico o per attribuzione di un incarico di maggior rilievo

- Incarico professionale: 15
- Incarico alta specializzazione: 13
- Incarico struttura semplice: 10
- Incarico struttura complessa: 7
- Incarico art.15 septies: 1

Dirigenti valutati per l'attribuzione dello scaglione superiore dell'indennità di esclusività

- Esclusività 5 anni: 9
- Esclusività 15 anni: 14

Dirigenti valutati al compimento del primo quinquennio di servizio

- Quinquennale: 12

4.6 Formazione

Nel corso degli ultimi anni l'attività formativa ed il programma di Educazione Continua in Medicina dell'Istituto Ortopedico Rizzoli è stato adattato ai mutamenti organizzativi intervenuti internamente (l'istituzione dei Dipartimenti ad Attività Integrata, operativi dal 2009) ed alle rivisitazioni del programma nazionale ECM, a seguito degli accordi della Conferenza stato-regioni dell'1 agosto 2007 e del 5 novembre 2009 (superamento dell'accreditamento degli eventi a favore dell'accreditamento dei *provider*). In questo quadro, il Piano Aziendale della Formazione (PAF) 2010 ha mostrato un'architettura in linea con i principi enunciati dall'accreditamento dei *provider*, prevedendo:

- una struttura di *governance* delle attività formative costituita, dal Collegio di Direzione, dai Dipartimenti, dalla rete aziendale della formazione e dall'Ufficio Formazione. In grado di individuare gli obiettivi strategici, pianificare le attività formative, erogare e valutare gli eventi formativi previsti nel PAF. Ed inoltre monitorare e valutare i processi formativi avvalendosi di indicatori di processo e di risultato;
- l'individuazione di un impianto metodologico che consenta la programmazione e la valutazione degli obiettivi formativi a livello individuale, di gruppo e di organizzazione (Dipartimenti/Aree) attraverso i tre pilastri del programma ECM: Dossier individuale/gruppo, Piano Aziendale della Formazione (PAF), Rapporto Annuale della Formazione (RAF);

Capitolo 4 - Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

- l'individuazione di specifici strumenti di valutazione delle attività formative, a partire da quelli previsti dal sistema ECM, fino a dedicare una particolare enfasi agli strumenti di valutazione di impatto;

All'interno dell'Istituto, il programma ECM riguarda nel complesso circa 700 unità di personale. Il Piano della Formazione Aziendale 2010 ha presentato una programmazione di eventi finalizzata ad assicurare al personale dell'Istituto minimo 30 crediti procapite, tenendo conto che nel periodo 2004-2007 il personale ha conseguito minimo 60 crediti. Di seguito si riportano i dati di rapporto dell'anno 2010 relativi ai corsi interni realizzati con metodologie residenziali e di apprendimento sul campo, rispetto ai corsi pianificati presenti nel PAF 2010 suddivisi per Aree Organizzative. Circa l'80% dei corsi programmati per il 2010 sono stati realizzati (tab. 4.13). La tabella 4.14, inoltre, evidenzia l'impegno formativo svolto dall'Istituto nell'ambito del programma di Educazione Continua in Medicina (ECM). Il complesso dei corsi (incluse le riedizioni) si è tradotto in un'offerta di 5.471 ore di formazione (dato complessivo).

Tab. 4.13 – Riepilogo corsi interni ECM pianificati e realizzati (anno 2010)

<i>Dipartimenti / Aree</i>	<i>Corsi pianificati Paf 2010 (escluse riedizioni)</i>	<i>Corsi realizzati (comprese riedizioni)</i>	<i>Corsi realizzati (escluse riedizioni)</i>	<i>% realizzazione corsi (escluse riedizioni)</i>
Dip. Complesse	71	76	60	84,5
Dip. Specialistiche	61	45	45	73,8
Progetti trasversali	75	148	59	78,7
Direzione medica presidio	11	17	9	81,8
Totale	218	286	173	79,4

Tab. 4.14 – Dati riassuntivi per l'impegno espresso nella realizzazione dei corsi ECM (anno 2010)

<i>Dipartimenti /Aree</i>	<i>Corsi realizzati (comprese riedizioni)</i>	<i>Giorni/Edizioni</i>	<i>Ore/Edizioni</i>	<i>Crediti ECM/Edizioni</i>
Dip. Complesse	76	93	2.255	974
Dip. Specialistiche	45	71	1.200	554
Progetti trasversali	148	178	1.930	1.175
Direzione medica presidio	17	18	86	66
Totale	286	360	5.471	2.769

4.7 Sistema informativo del personale

Nell'ambito progetto di realizzazione del nuovo sistema informativo per la gestione delle attività amministrative dell'Istituto (progetto "Sistema informativo per l'eccellenza" finanziato con D.M. 16 maggio 2006), il primo servizio ad essere interamente coinvolto dall'innovazione è stato il Servizio Gestione Risorse Umane. Dalla metà del 2009 sono iniziati i lavori per la sostituzione del sistema informatico per la gestione del personale, articolato in una parte giuridica ed una economica,

entrambi quasi completamente implementati e prossimi ad andare a regime. Il *feedback* ricevuto nel corso dell'anno consente di ritenere che il passaggio dal vecchio al nuovo sistema non abbia impattato negativamente sui dipendenti, sulle loro aspettative ed abitudini. Gli stipendi sono stati elaborati e retribuiti regolarmente, i cedolini prodotti, il *format* risulta migliorato e di più agevole comprensione. Al tempo stesso sono state rispettati tutti gli impegni relativi al pagamento di quanto pattuito in contrattazione.

A partire dal mese di giugno 2010 si è reso disponibile al personale dell'Istituto il "*Portale del Dipendente*", accessibile tramite la Intranet aziendale e dove chi è titolare di un rapporto di lavoro dipendente o assimilato con l'Istituto può accedere e scaricare il proprio cedolino stipendiale mensile e visualizzare il proprio curriculum. In particolare la nuova Intranet si configura come "portale interno" in grado di fornire contenuti pubblici e riservati al personale dell'Istituto; fornire servizi personalizzati a secondo del ruolo e del servizio di appartenenza; gestire una *password* unica personale per tutti gli applicativi e servizi Internet; gestire automaticamente le autorizzazioni e le profilazioni per i vari applicativi/servizi. Resta da completare la funzionalità della parte previdenziale, passaggio particolarmente delicato, in vista dell'unificazione del settore Previdenza in area metropolitana. Tale azione porterà l'Istituto a gestire, quale azienda identificata come capofila, l'intero settore Previdenza delle aziende sanitarie bolognesi attraverso l'unificazione di questa funzione amministrativa presso un'unica sede.

4.8 Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze

Le relazioni tra l'Istituto ed il personale dipendente sono curate con costante impegno e disponibilità, mediate da un collaudato sistema di relazioni con le Rappresentanze Sindacali delle diverse aree. Il mantenimento di un proficuo sistema di Relazioni Sindacali è consolidato ai vari tavoli di incontro con il mantenimento di un regolare confronto sulle scelte organizzative più rilevanti, che consente un contraddittorio di partecipazione e di crescita. In particolare, nel 2010 l'attività negoziale tra l'Istituto e le organizzazioni sindacali si è sviluppata sia con riferimento a tematiche *routinarie* (es. sottoscrizione di accordi su argomenti che annualmente vengono aggiornati, quali ad esempio benefici previsti dall'ex art. 20 del d.p.r. 384/1990 "diritto allo studio" e/o la proroga di progetti posti in essere nel corso dell'anno 2009 e scaduti nel 2010).

L'attività negoziale ha portato alla definizione di specifiche materie in applicazione dei contratti nazionali di lavoro di categoria, oltre che di materie a contenuto economico con determinazione annuale, inerenti la finalizzazione delle risorse economiche contrattuali a disposizione. Oltre a ciò l'*Accordo sul Regolamento per la modalità di designazione dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza e modalità di espletamento delle funzioni ad essi attribuite* ha visto coinvolte le tre aree di contrattazione nella sottoscrizione di un accordo comune.

Più specificamente, nel corso del 2010 i tavoli di confronto negoziale con le organizzazioni sindacali sia del comparto che della dirigenza, hanno portato:

a) per il comparto, alla predisposizione di un accordo ("*Piano delle Azioni 2010*") che ha tenuto in debito conto le modifiche normative intercorse in materia e valutato la compatibilità del pregresso con le risorse messe a disposizione dall'ultimo CCNL e dalla contrattazione a livello nazionale. In particolare ha recepito le indicazioni regionali e nazionali che collegano le progressioni di carriera – sia in senso verticale

Capitolo 4 - Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

che orizzontale – ad un reale sistema di valutazione del merito e della professionalità dei singoli operatori. Tale accordo decentrato ha riguardato, in particolare:

- l'incentivazione di specifiche attività progettuali circa macro-attività che stanno contraddistinguendo la vita dell'Istituto (quali, ad esempio, la riprogettazione ed implementazione di tutto il sistema informativo inerente l'area amministrativa);
- l'attribuzione di 85 progressioni orizzontali tramite apposita procedura selettivo-valutativa.

b) per la dirigenza, alla conclusione della definizione normativo-economica di tutto il sistema degli incarichi dirigenziali, armonizzando tali attribuzioni al nuovo impianto posto in essere dal recentemente rinnovato Regolamento Organizzativo del Rizzoli (ROR). Definizione conclusasi, sia in termini di individuazione di tutto il percorso per l'attribuzione degli incarichi, sia in termini di quantificazione economica. I “nuovi” incarichi sono stati oggetto di specifico provvedimento e sono stati attribuiti economicamente. Sono stati, inoltre, sottoscritti e definiti i fondi contrattuali. Si è proceduto al riparto dei residui seguendo criteri legati al raggiungimento degli obiettivi assegnati.

A seguito della partecipazione dell'Istituto al progetto di riorganizzazione delle attività ortopediche in ambito metropolitano, il quale prevede un diretto coinvolgimento del Rizzoli per la creazione di sinergie operative fra le aziende sanitarie e la conseguente ottimizzazione dell'offerta assistenziale sul territorio di competenza metropolitana, sono stati inoltre sottoscritti alcuni rilevanti accordi aziendali di carattere organizzativo. In considerazione della complessità del progetto citato, le azioni intraprese dall'Istituto nel 2009 sono state portate a definitiva realizzazione nel 2010 con il consolidamento del piano di riorganizzazione che ha interessato diversi ambiti aziendali e ha comportato numerosi momenti di confronto con i tre tavoli negoziali ed in particolar modo con l'area della dirigenza medica e con il comparto. Nel suo complesso un così ampio processo di riorganizzazione ha comportato azioni di rilievo in ordine alla ridefinizione degli assetti del personale nelle diverse sedi di erogazione, una importante modifica degli assetti organizzativi delle aziende coinvolte. Nell'affrontare il confronto con le OO.SS. è stato inoltre rilevante ricercare di armonizzare la contrattazione delle aziende diversamente coinvolte, al fine di rendere più efficace e coerente l'attività negoziale.

L'Istituto, infine, allo scopo di rendere trasparente e costruttivo il confronto tra le parti, a tutti i livelli delle relazioni sindacali, ha informato periodicamente i soggetti sindacali sugli atti di valenza generale, anche di carattere finanziario, concernenti il rapporto di lavoro e la gestione delle risorse umane. E' rientrata in tale attività informativa la partecipazione dell'Istituto Ortopedico Rizzoli alla realizzazione del tecnopolo bolognese (piattaforma delle scienze della vita), con l'obiettivo di sostenere e sviluppare i programmi per la promozione della ricerca di trasferimento industriale e tecnologico.

CAPITOLO 5

Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

La comunicazione è un elemento decisivo nel governo delle attività assistenziali, anche a livello di azienda sanitaria od IRCCS, come affermato, tra l'altro, dal *Piano Sociale e Sanitario 2008-2010* della Regione Emilia-Romagna. Particolarmente importante, infatti, è sia la comunicazione volta a facilitare un uso appropriato dei servizi, sia la comunicazione mirante a rafforzare la capacità delle persone di governare la propria salute, ad esempio adottando stili di vita salutari o effettuando scelte diagnostiche ed assistenziali con consapevolezza ed appropriatezza. D'altro canto, ai fini del buon funzionamento dell'organizzazione e del clima aziendale è ugualmente importante un adeguato sistema di comunicazione interna, sia quale dispositivo di distribuzione delle informazioni (es. sulle strategie e gli impegni aziendali), sia quale strumento di coordinamento di attività complesse. In questa sezione si rendiconta l'impegno dell'Istituto Ortopedico Rizzoli nel 2010 per rinnovare con continuità competenze, progetti, strumenti e tecnologie della comunicazione. Le principali attività svolte nel 2010 rispondono agli obiettivi assunti dal *Piano della comunicazione 2008-2010* dell'Istituto: potenziare la comunicazione per l'accesso ai servizi, ridisegnare gli strumenti della comunicazione interna (nuova Intranet) ed esterna (nuovo sito web), rafforzare la comunicazione sulla ricerca scientifica svolta dall'Istituto. Nella comunicazione verso l'esterno, in risposta alle richieste di informazione dei singoli utenti, rimane quindi di fondamentale importanza la funzione di front office garantita dall'URP, ad esempio tramite il servizio di risposta telefonica.

5.1 La comunicazione per l'accesso ai servizi

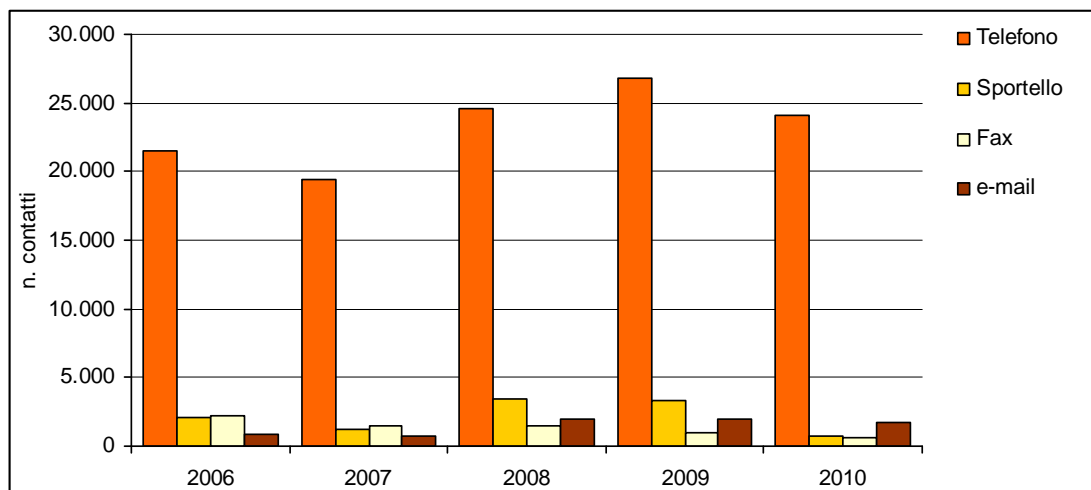
Per fornire informazioni sull'accesso ai propri servizi, l'Istituto Ortopedico Rizzoli si avvale di una pluralità di "strumenti": l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (disciplinato da ultimo dalla legge n.150/2000), il sistema di informazione telefonica tramite *numero verde del SSR* a cui l'Istituto partecipa, il proprio sito *web* istituzionale.

Attività informative dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP). L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) è l'ufficio preposto per legge ad organizzare e fornire, in modo sistematico, informazioni per l'accesso ai servizi, a rilevare la "qualità percepita" dall'utente, ad acquisire le segnalazioni degli assistiti, ovvero facilitare i rapporti tra l'Istituto ed il cittadino-utente. Esso organizza il diritto dei cittadini ad essere informati, ascoltati, a ricevere una risposta chiara ed esaustiva. A tal fine gli operatori dell'URP erogano informazioni per facilitare l'accesso alle prestazioni e forniscono risposta ai bisogni informativi che vengono presentati dai cittadini, acquisendo elementi di risposta tramite le comunicazioni aziendali, la stretta collaborazione con i professionisti e gli operatori dell'Istituto, la consultazione del sito web aziendale. Per dare risposta ai cittadini l'URP utilizza una pluralità di canali: telefono, fax, e-mail, ricevimento del pubblico direttamente in ufficio. Nel corso dell'anno 2010 l'URP è stato riorganizzato con la chiusura della sede sita al piano terra dell'ospedale (ufficio accoglienza e informazioni) ed il trasferimento di tutto il personale in un'unica sede. L'ufficio ha, per gli utenti, un accesso esterno e per raggiungerlo occorre uscire dalla struttura ospedaliera. Questo ha indubbiamente avuto conseguenze in termini di accessi al *front office*. La riduzione di un'unità di personale ha quindi imposto una riorganizzazione dell'orario di apertura del servizio: dall'1 novembre 2010 l'orario di apertura al pubblico ha visto la riduzione di un'ora dal lunedì al venerdì con la chiusura del sabato. Plausibilmente, l'insieme di questi due fattori – nuova collocazione logistica e riduzione dell'orario di apertura – ha determinato una

Capitolo 5 - Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

riduzione del numero di contatti (27.224, contro i 33.084 del 2009). Anche nel corso dell'anno 2010 la maggior parte delle richieste informative è avvenuta tramite telefono (88,4% di tutte le richieste pervenute).

Graf. 5.1 – Utenti serviti dall'URP distinti per modalità di contatto (anni 2006-2010)



Tab. 5.1 – Utenti serviti dall'URP distinti per modalità di contatto (anni 2006-2010)

	2006		2007		2008		2009		2010	
	v.a.	%	v.a.	v.a.	%	%	v.a.	%	v.a.	%
Telefono	21.476	80,7	19.426	84,7	24.552	78,2	26.793	81,0	24.073	88,4
Sportello	2.112	7,9	1.205	5,3	3.452	11,0	3.373	10,2	724	2,7
Fax	2.152	8,1	1.536	6,7	1.475	4,7	990	3,0	675	2,5
e-mail	881	3,3	762	3,3	1.937	6,2	1.928	5,8	1.752	6,4
Totale	26.621	100,0	22.929	100,0	31.416	100,0	33.084	100,0	27.224	100,0

Nel gennaio 2010 è stata pubblicata la Carta dei Servizi dell'Istituto che è stata distribuita all'interno dell'azienda in modo capillare e messa a disposizione dei cittadini nel sito web aziendale. Oltre a ciò da parte dell'URP vengono prodotti ed aggiornati in tempo reale tutti i materiali informativi cartacei per supportare i cittadini che necessitano e/o usufruiscono dei servizi e delle prestazioni presso il Rizzoli. I materiali sono a disposizione del personale della Portineria ospedaliera e sono esposti nella torre espositiva presente nell'ingresso dell'ospedale. Manifesti informativi per i pazienti ricoverati ed esposti nelle camere di degenza sono inoltre realizzati ugualmente dall'URP. Infine, nel sito web aziendale sono stati inseriti i depliant informativi per tutte le unità operative, il fascicolo generale dell'Istituto e l'elenco delle strutture alloggiative ubicate nei pressi dell'Istituto.

Numero verde del Servizio Sanitario Regionale. Dall'anno 2002 è in funzione il numero verde del Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna (800 033 033) che garantisce l'erogazione di informazioni telefoniche sui servizi sanitari e socio sanitari erogati in ambito regionale. La gestione dell'aggiornamento in tempo reale delle informazioni presenti nella banca dati e relative all'Istituto è di responsabilità dell'URP, che ha anche il compito di fornire risposte telefoniche di secondo livello (quelle non trattabili direttamente dal call center del numero verde). Dall'1 novembre

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

2010, a seguito della riorganizzazione dell'URP, è stato adottato un cellulare aziendale con collegamento diretto alla linea telefonica del secondo livello del numero verde. Questa soluzione ha permesso agli operatori del call center del numero verde una trasmissione in automatico delle telefonate dei cittadini che, in questo modo, vedono rispettato l'impegno di gratuità del servizio. Durante il 2010 al call center regionale sono pervenute 859 richieste informative per l'Ospedale Rizzoli di cui 790 hanno avuto una risposta di I livello (pari al 92 %), mentre 69 sono state trasmesse all'URP dell'Istituto per una risposta di II livello (8 %). Rispetto al totale delle chiamate al numero verde regionale (107.558) la percentuale di chiamate trasmesse al II livello aziendale (URP del Rizzoli) è stata pari al 0,4%.

Il sito web dell'Istituto. Seguendo un trend generale è cresciuta nel tempo l'importanza dell'informazione diffusa via web su cui l'Istituto è impegnato dalla metà degli anni '90. Nel corso dell'ultimo decennio il sito web del Rizzoli è stato ristrutturato con periodicità: nel 2001, nel 2006, nel 2010. In considerazione della rapida obsolescenza delle soluzioni web e della necessità di potenziare l'informazione sia per la parte assistenziale, sia per la parte relativa alla ricerca scientifica ed al trasferimento tecnologico, nel 2010 è stato implementato il nuovo progetto del sito web dell'Istituto. Articolato in 4 macro-sezioni (Curarsi al Rizzoli, Ricerca e innovazione, Didattica e formazione, Il Rizzoli) il nuovo sito è online dal 5 novembre 2010. L'importanza oggi dell'informazione via web è testimoniata dal numero degli accessi al sito nel 2010: 935.210 visitatori (+7,3% rispetto al 2009), pari ad una media giornaliera di 2.562 visitatori.

Fig. 5.1 – Home page del nuovo sito web dell'Istituto



Capitolo 5 - Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

Tab. 5.2 – Numero di visitatori del sito web del Rizzoli (anni 2007-2009)

	2006	2007	2008	2009	2010
n. visitatori	n.d.	763.895	767.618	871.696	935.210
n. visitatori/mese	34.188*	63.658	63.968	72.641	77.934
n. visitatori/giorno	1.140*	2.093	2.103	2.388	2.562

* Periodo maggio-dicembre 2006.

Nota: Ogni singolo indirizzo IP che richiede l'accesso a pagine del sito web IOR è considerato un visitatore (timeout pari a 30 minuti).

5.2 La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità

I comunicati stampa e le conferenze stampa. Nel corso del 2010 l'Ufficio Relazioni con i Media si è occupato della predisposizione e del lancio di 48 comunicati, in collaborazione con le fonti interne. E' proseguito il lavoro di potenziamento della comunicazione sulla ricerca svolta in Istituto, sulla scia dell'avvio, a fine 2009, dei sei nuovi laboratori del *Dipartimento Rizzoli RIT* nell'ambito del tecnopolo di Bologna, a cui il Rizzoli partecipa. Dal punto di vista dei temi della clinica, per i quali l'attività di comunicazione esterna risulta essenziale a fronte del ruolo di punto di riferimento a livello nazionale del Rizzoli, il contenuto clou dell'anno è stata l'inaugurazione del nuovo reparto di Ortopedia Pediatrica, avvenuta il 14 giugno 2010, in occasione della quale l'Ufficio Relazioni con i Media ha gestito i rapporti con la stampa, protrattisi per quanto riguarda le riviste specializzate nei mesi successivi per gli articoli di approfondimento.

In ambito metropolitano, è stata gestita la conferenza stampa del restauro del Parco di San Michele in Bosco, in collaborazione con la Fondazione Del Monte, sponsor del progetto, la Fondazione Villa Ghigi e il Comune di Bologna. Anche in occasione dell'inaugurazione del Parco (29 giugno 2010), l'Ufficio Relazioni con i Media ha collaborato agli aspetti di comunicazione esterna relativi all'evento e ha gestito i rapporti con la stampa. Continuativa è stata la collaborazione con gli uffici stampa di Regione Emilia-Romagna, Azienda USL di Bologna, Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Orsola-Malpighi, Università di Bologna e delle altre istituzioni cittadine per la gestione coordinata, quando necessaria, dei rapporti con la stampa.

Il ruolo di fonte. Nel 2010 sono raddoppiate rispetto all'anno precedente, passando da venti a quaranta, le occasioni in cui il Rizzoli è stato "cercato" come fonte da parte della stampa: l'Ufficio Relazioni con i Media ha raccolto le esigenze dei giornalisti, identificato la fonte interna appropriata nei tempi necessari e definito le modalità di contatto e di gestione dei contenuti. I servizi e gli articoli realizzati, con la collaborazione dei professionisti Rizzoli sempre esplicitata, hanno riguardato sia attività dell'Istituto, sia approfondimenti su tematiche di ambito muscolo-scheletrico sulle quali la "voce" del Rizzoli è considerata di massima autorevolezza (ad esempio cellule staminali in ortopedia per il *Venerdì di Repubblica*, periartrite alla spalla e tendinite per Come stai, progetto Reborne per *Milano Finanza*). Nel corso dell'anno sono stati consolidati in particolare i rapporti con alcune riviste generaliste di grande diffusione.

I servizi televisivi nazionali e il Rizzoli come set. Nel 2010 si è confermato l'interesse di diverse emittenti televisive nazionali di girare servizi al Rizzoli. E' necessaria quindi un'attività semi-continuativa per la gestione delle richieste: a partire dalla valutazione dell'opportunità del tipo di servizio proposto fino alla presenza al momento delle riprese, in funzione di interfaccia tra i giornalisti e i professionisti del

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

Rizzoli interessati dal servizio. Nel 2010 sono stati realizzati 10 servizi per emittenti nazionali, tra cui RAI1 con la trasmissione “Porta a porta” e RAI3 con la trasmissione “Report”.

Le campagne regionali di promozione della salute. Come da programma concordato tra le aziende sanitarie e ospedaliere e la Regione nell’ambito del Gruppo regionale comunicazione e informazione, il Rizzoli ha diffuso attraverso i propri canali informativi per il pubblico (affissioni in spazi dedicati in ospedale, poliambulatorio, centro di ricerca; distribuzione libera di materiale) le campagne di comunicazione che la Regione Emilia-Romagna ha promosso nel 2010:

- campagna per la donazione del sangue
- campagna per la donazione degli organi
- campagna di vaccinazione antinfluenzale stagionale
- campagna straordinaria per la vaccinazione antinfluenzale H1N1
- campagna per lo screening del colon retto
- campagna per gli screening femminili
- campagna zanzara tigre
- campagna AIDS
- vacanze coi fiocchi
- Insieme contro il dolore post-operatorio

Nuovo logo dell’Istituto e immagine coordinata. Concluso il triennio che ha visto i passaggi più impegnativi circa l’introduzione del nuovo logo, durante il 2010 si è resa comunque necessaria un’attività continuativa di monitoraggio dell’applicazione. I format predisposti per la creazione di alcuni prodotti editoriali (locandine e programmi congressuali, inviti, ecc.) sono stati richiesti e utilizzati con maggior frequenza, contribuendo così a rafforzare la linea grafica originale che contraddistingue l’immagine, sia interna che esterna, dell’Istituto. Tra i materiali promozionali “a marchio Rizzoli”, sono stati selezionati quelli più rispondenti alle esigenze riscontrate (penna, shopper, penna USB di utilizzo prioritario in occasione di visite istituzionali e scambi internazionali), in un’ottica di diffusione del marchio e rafforzamento del senso di appartenenza.

Campagna 5 per mille. Dal 2006 una norma inserita nella legge finanziaria annuale dello stato consente ai contribuenti italiani di destinare il 5 per mille delle imposte sui redditi delle persone al finanziamento di attività di rilevanza sociale, tra cui il “finanziamento alla ricerca sanitaria”. Nel 2010, per il quinto anno consecutivo, dunque, il Rizzoli ha pianificato e realizzato una campagna informativa e promozionale sul 5 per mille. Con essa l’Istituto, sin dal primo anno, si è posto l’obiettivo non solo di sollecitare l’indicazione del Rizzoli ai fini del riparto delle risorse, ma anche di comunicare il Rizzoli come luogo della ricerca scientifica in ambito ortopedico. Questa finalità è stata ulteriormente accentuata dalla campagna del 5 per mille 2009 e 2010, dove sono stati coinvolti diversi giovani ricercatori dell’Istituto con funzione di *testimonials*. Lo slogan generale della campagna – “*La ricerca offre nuove speranze. Sostieni la ricerca biomedica in ortopedia*” – unitamente ai volti dei giovani ricercatori, ha così contribuito a comunicare l’Istituto Ortopedico Rizzoli non solo quale luogo di assistenza e cura, ma come luogo della ricerca scientifica. La campagna 2010 si è articolata in azioni di mailing, distribuzione di pieghevoli ai

Capitolo 5 - Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

pazienti in Istituto, campagna di advertising sui quotidiani locali. I risultati della campagna 2010 saranno noti non prima di fine 2011. Nel corso del primo quadriennio (2006-2009) l'Istituto è riuscito ad incrementare il numero delle sottoscrizioni (da 2.491 a 7.439, pari + 198%) e, conseguentemente, il valore del finanziamento ottenuto (da 219.094 a 417.557 euro, pari ad un incremento del 90,6%).

Fig. 5.2 – Campagna 5 per mille 2009-2010

SOSTIENI LA RICERCA BIOMEDICA IN ORTOPEDIA

“ Il 40% delle malattie genetiche colpisce muscoli e scheletro. La ricerca offre nuove speranze. ”

DONA IL 5 PER MILLE
all'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI

Per destinare il 5 per mille al Rizzoli è sufficiente inserire il codice fiscale dell'Istituto (00302030374) e la tua firma nell'apposito riquadro del modello per la dichiarazione dei redditi (finanziamento della ricerca sanitaria).

Per maggiori informazioni consulta www.ior.it oppure scrivi a 5permille@ior.it

Valentina Gerstle
Biologa, Genetica medica IOR

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

5.3 La comunicazione interna aziendale

Newsletter. È proseguita per tutto il 2010 la pubblicazione de “*Il Rizzoli-IORNews*”, il mensile dell'Istituto registrato al Tribunale di Bologna come periodico. Edito da febbraio 2007, realizzato a cura di una redazione composta da rappresentanti di tutte le aree dell'Istituto (direzione generale, sanitaria, amministrativa, scientifica, assistenza), viene stampato in 2.000 copie e distribuito a tutti i dipendenti e i collaboratori del Rizzoli oltre che a una lista esterna di soggetti istituzionali sanitari e non. Nel corso del 2010 si è rafforzata la propensione dei professionisti a segnalare alla redazione gli eventi scientifici promossi in Istituto e quelli ai quali il Rizzoli partecipa significativamente. La newsletter aziendale ha continuato a porre particolare attenzione sia agli aspetti relativi all'ambito scientifico, confermando lo sforzo di diffondere in linguaggio comprensibile anche ai non addetti ai lavori i risultati e le attività di ricerca dell'Istituto, sia agli sviluppi organizzativi. Come confermato da segnalazioni e richieste, la *newsletter* ha rappresentato anche rispetto al pubblico esterno una buona opportunità di contatto con il Rizzoli.

Intranet. Nel corso del 2010 è stato portato a completamento il rinnovamento della Intranet del Rizzoli, tuttora in fase di sviluppo. Due le caratteristiche principali dello strumento. Dal punto di vista della fruizione, si tratta di un portale per l'accesso a tutti i

servizi e i contenuti dell'Istituto - dal protocollo alla prenotazione delle sale riunioni alla richiesta di assistenza informatica, oltre naturalmente alla documentazione completa - organizzati per aree tematiche e categorie; la intranet precedente, cresciuta per aggiunte incrementali, non aveva un'architettura informativa definita. Dal punto di vista della gestione, adotta la modalità editoriale della "redazione diffusa": ogni unità operativa ha una sua pagina, gestita direttamente dal referente Intranet, che pubblica direttamente e autonomamente le informazioni di sua competenza, senza il passaggio da una redazione centrale. Il piano editoriale della Intranet prevede che la redazione centrale si occupi invece della gestione dell'Area News, della supervisione del sito in termini di coerenza semantica (collocazione dei contenuti e caratteristiche loro attribuite rispetto agli standard previsti) e della consulenza ai referenti e agli utenti. Tra gli "spazi virtuali" in elaborazione vi sono le aree riservate per gruppi di lavoro. Anche in questa prospettiva, e già attualmente per consentire funzioni differenziate in base al ruolo, la Intranet prevede un sistema di identificazione tramite accesso con password.

Rassegna stampa. Nel corso del 2010 si è consolidato il pacchetto di attività relativo alla rassegna stampa avviato nell'ultimo triennio, con particolare attenzione al potenziamento della versione elettronica. La rassegna è stata pubblicata quotidianamente sulla sezione Intranet dedicata, a disposizione così di tutto il personale dotato di PC connesso alla rete interna (la pubblicazione elettronica era stata avviata da maggio 2007, da gennaio 2008 a disposizione sulla Intranet anche un archivio interrogabile). Una selezione della rassegna stampa è stata confezionata ogni giorno per essere consegnata in formato cartaceo alla direzione e inviata in posta elettronica a una lista di distribuzione interna di servizi e personale che ne hanno fatto richiesta. La rassegna ha l'obiettivo di rendere nota alla direzione e al personale la copertura stampa dell'Istituto e di mettere inoltre a disposizione numerosi altri articoli su argomenti sanitari trattati da diversi punti di vista, anche professionali e "geografici" (la "mazzetta" dei giornali sottoposti a rassegna stampa include stampa generalista di tutte le regioni d'Italia e stampa specializzata).

E-mail GSI. La posta elettronica è utilizzata per l'invio di comunicazioni a tutto il personale che dispone di un indirizzo aziendale. Il contenuto del messaggio è a cura del servizio che lo richiede, che ha altresì l'onere di richiedere l'autorizzazione all'invio alla propria direzione di riferimento. L'invio viene effettuato dal Servizio Gestione Sistema Informativo (GSI).

Encomi. Si è svolta il 13 maggio 2010 la tradizionale cerimonia di premiazione del personale che ha maturato anzianità di servizio di 20, 25, 30 anni al Rizzoli. Si tratta di un momento significativo per l'Istituto dal punto di vista del clima aziendale e della comunicazione organizzativa.

CAPITOLO 6

Governo della ricerca e dell'innovazione



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



6. Governo della ricerca e dell'innovazione

In quanto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) l'Istituto Ortopedico Rizzoli ha come missione lo svolgimento di attività di ricerca clinica e traslazionale, ovvero la trasformazione dei risultati della ricerca scientifica in applicazioni cliniche. Secondo le indicazioni del Ministero della Salute, infatti, gli IRCCS devono porsi a cerniera tra i laboratori di ricerca ed il trattamento dei pazienti. L'attività di ricerca scientifica svolta al Rizzoli si distingue, come avviene tradizionalmente per gli IRCCS, in *ricerca corrente* e *ricerca finalizzata*.

Come precisato dal D.Lgs. n.288/2003 (art.8, comma 2) per **ricerca corrente** si intende "l'attività di ricerca scientifica diretta a sviluppare la conoscenza nell'ambito della biomedicina e della sanità pubblica." La ricerca corrente è finanziata direttamente dal Ministero della Salute ed è programmata, al Rizzoli, secondo un piano triennale che si sviluppa in *sei linee di ricerca*, ciascuna delle quali ha un proprio responsabile scientifico. La **ricerca finalizzata**, invece, è quell'attività di "ricerca scientifica attuata attraverso specifici progetti e diretta al raggiungimento dei particolari e prioritari obiettivi, biomedici e sanitari, individuati dal Piano sanitario nazionale." La ricerca finalizzata è svolta in *progetti* pluriennali (in genere di durata di 2 o 3 anni) grazie a finanziamenti ottenuti, in genere tramite la partecipazione a bandi, da enti diversi: Regione Emilia-Romagna, CNR, MIUR, AIRC, Ministero della Salute, Unione Europea (bandi per il finanziamento nell'attuale *Settimo programma quadro di ricerca 2007-2013*).

All'attività di ricerca traslazionale, usuale per un IRCCS, l'Istituto ha affiancato negli ultimi anni un forte impegno in termini di partecipazione a progetti di innovazione e trasferimento tecnologico, culminato a fine 2009 con l'adesione alla *Rete Regionale dell'Alta Tecnologia dell'Emilia-Romagna* ed all'attivazione di 6 nuovi laboratori di ricerca inseriti nel nuovo Dipartimento Rizzoli RIT (*Research Innovation & Technology*) e facenti parte del tecnopolo bolognese. Nel 2010, pertanto, il nuovo Dipartimento Rizzoli RIT ha trovato formale riconoscimento nel nuovo Atto Aziendale (deliberazione n. 327 del 12 luglio 2010) ed è divenuto pienamente operativo utilizzando nuovi spazi ricavati presso il Centro di ricerca Codivilla-Putti, in attesa dell'approntamento del tecnopolo bolognese presso l'ex-Manifattura Tabacchi.

Per quanto riguarda il periodo 2006-2010 si evidenzia innanzitutto un accentuato impegno nella ricerca di finanziamenti per *ricerca finalizzata*, anche per fronteggiare una progressiva riduzione delle risorse a disposizione per la *ricerca corrente* (anche conseguenza dell'aumento del numero degli IRCCS in ambito nazionale). In particolare si sottolineano alcuni importanti successi ottenuti sul fronte dei finanziamenti UE, in primo luogo con il progetto *The Virtual physiological osteoporotic project* di cui il Rizzoli è capofila (finanziamento complessivo, assegnato nel 2008, per 9,2 milioni di euro), con ricadute nel 2010 sotto forma di finanziamenti a progetti tematicamente connessi. Quindi anche grazie ai significativi finanziamenti ottenuti dalla Regione Emilia-Romagna, tramite il *Programma Regione-Università 2007-2009* e, nel 2010, a seguito della sottoscrizione, in data 21 aprile 2010, della Convenzione per l'attuazione dell'Attività I.1.1 del POR-FESR 2007-2013 tra la Regione Emilia-Romagna e l'Istituto Ortopedico Rizzoli (deliberazione n. 208 del 27 aprile 2010). L'impegno nei confronti del trasferimento tecnologico, testimoniato dalla partecipazione al tecnopolo bolognese, è quindi completato con la partecipazione alla costituzione di consorzi ed enti (Consorzio PITecnoBio, Associazione Torri dell'acqua) finalizzati alla ricerca di finanziamenti ed opportunità per l'innovazione in campo biomedico. Episodio significativo, nell'ambito di tale strategia, è stata la

Capitolo 6 - Governo della ricerca e dell'innovazione

partecipazione al progetto *Health In China* (HIC) e la corrispondente presenza di una delegazione dell'Istituto alla manifestazione fieristica "*Care & Rehabilitation*" a Pechino, nel dicembre 2010. Infine, sempre nel 2010, è d'obbligo ricordare la *site-visit* ministeriale che ha portato alla riconferma del titolo di IRCCS da parte del Ministero della Salute (D.M. 11 aprile 2011).

6.1 Creazione della infrastruttura locale per la Ricerca e l'innovazione

L'organizzazione dell'area scientifica. L'impegno del Rizzoli a sviluppare ricerca traslazionale si riflette innanzitutto sul piano organizzativo. Come previsto dalla legislazione sugli IRCCS, infatti, l'Istituto vede la presenza di un Direttore Scientifico nominato direttamente dal Ministero della Salute. In tal modo le funzioni di direzione scientifica si distinguono dalle funzioni di indirizzo e verifica, riservata all'apposito Consiglio, e da quelle di gestione, affidate invece al Direttore Generale. A ciò si unisce un'articolazione in dipartimenti a composizione mista (laboratori di ricerca e reparti assistenziali) che conferma un'impostazione organizzativa di lungo corso volta a facilitare la collaborazione tra unità operative di ricerca e di assistenza proprio al fine di agevolare la ricerca traslazionale.

L'attività di ricerca è quindi svolta primariamente da 9 laboratori di ricerca, distinti tra unità prevalentemente "*tecnologiche*" (3 laboratori) ed unità prevalentemente "*biomediche*" (6 laboratori). Nel complesso l'area scientifica impiega circa 300 persone tra dipendenti, personale "non strutturato", personale a carico di altri enti (Università, CNR, ecc.).

Dal 4 novembre 2009, giorno dell'inaugurazione, si sono aggiunti inoltre 6 nuovi laboratori di ricerca facenti parte del tecnopolo bolognese, poi organizzati nel nuovo Dipartimento Rizzoli RIT (*Research, Innovation & Technology*). Il complesso delle attività di ricerca scientifica si avvale, infine, della consulenza tecnica di un *Comitato Tecnico Scientifico*, presieduto dal Direttore Scientifico, e rivisto, in quanto a composizione, nell'ottobre 2009. Il nuovo *Comitato Tecnico Scientifico* è composto dal Direttore Scientifico, da 4 membri esterni (Joseph Gonnella, Philadelphia; Antonio Nanci, Montreal; Thomas Sculco, New York; Pietro Bartolozzi, Verona) e da 4 membri interni (i 2 Direttori di Dipartimento e 2 membri indicati dal Collegio di direzione). Ad esso partecipano inoltre di diritto il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo ed il Direttore del servizio di Assistenza Infermieristica, Tecnica e della Riabilitazione.

Organizzazione e *performance* della ricerca scientifica del Rizzoli sono state oggetto, nel 2010, di scrutinio da parte del Ministero della Salute, nell'ambito del procedimento per la riconferma del titolo di IRCCS. Il 20 luglio 2010 si è svolta, infatti, la *site visit* della Commissione ministeriale per la riconferma del riconoscimento di IRCCS. Il procedimento ha quindi avuto esito positivo. Il 16 dicembre 2010 la *Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano*, ha quindi espresso parere favorevole sulla richiesta di riconferma del riconoscimento (Rep. Att n. 234/CSR del 16 dicembre 2010).

Una struttura "a matrice". L'integrazione tra unità assistenziali e laboratori di ricerca, oltre a riflettersi sul piano strutturale, ad esempio nella composizione di dipartimenti "misti" con unità assistenziali e di ricerca, si manifesta anche nell'organizzazione dell'attività di ricerca. In effetti, la ricerca traslazionale svolta in Istituto si inquadra molto bene in uno schema "a matrice" (vedi figura 6.1) che mostra

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

il coinvolgimento dei laboratori, dei reparti di degenza e dei servizi sanitari di supporto nelle *6 linee clinico-scientifiche* attualmente vigenti:

<i>Linea di ricerca</i>	<i>Responsabile</i>
Oncologia muscolo scheletrica	Prof. Mario Mercuri
Chirurgia protesica ricostruttiva	Dr. Aldo Toni
Computer aided Medicine	Prof. Maurilio Marcacci
Ortopedia generale e traumatologia	Prof. Sandro Giannini
Medicina rigenerativa	Prof. Andrea Facchini
Patologia medica ortopedica	Dr. Onofrio Donzelli

Fig. 6.1 – L'organizzazione a matrice della ricerca scientifica all'Istituto Ortopedico Rizzoli



Il finanziamento della ricerca corrente. Il Rizzoli, nonostante le limitate dimensioni, è sempre stato tra gli IRCCS più finanziati nell'ambito della ricerca corrente, a riprova della validità della ricerca scientifica che esso svolge.

Occorre comunque osservare che nel corso del tempo il peso del finanziamento della ricerca corrente è venuto a ridursi sul complesso dei finanziamenti annui per la ricerca del Rizzoli, sia in conseguenza dell'andamento altalenante degli stanziamenti ministeriali per la ricerca corrente complessiva (con il punto più basso nel 2005, con 150 milioni di euro assegnati a tutti gli IRCCS, e quello più alto nel 2008, con 200 milioni assegnati), sia della crescita del numero degli IRCCS, ovvero del numero dei beneficiari.

I finanziamenti ottenuti per la ricerca corrente nel periodo 2003-2010 sono riportati nella tab. 6.1. Il grafico 6.1 ne rappresenta l'andamento, limitatamente ai primi 9 IRCCS per importo assegnato. Nell'arco del periodo considerato (2003-2010) l'Istituto vede una contrazione dei finanziamenti assegnati, partecipando ad un trend generalizzato che vede solo qualche limitata eccezione.

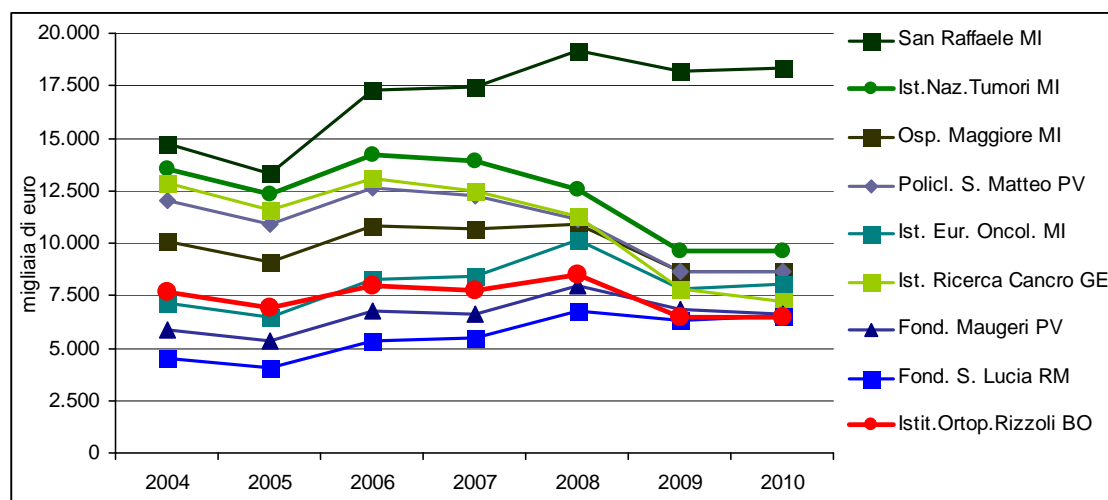
Capitolo 6 - Governo della ricerca e dell'innovazione

Tab. 6.1 – Finanziamento della ricerca corrente da parte del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali: assegnazione agli IRCCS (anni 2003-2010; valori in migliaia di euro con arrotondamento)

<i>Istituti</i>	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Fondazione San Raffaele MI	16.167	14.712	13.290	17.310	17.460	19.206	18.222	18.372
Istituto Nazionale Tumori MI	15.132	13.553	12.350	14.227	13.897	12.591	9.648	9.648
Ospedale Maggiore MI	11.097	10.098	9.120	10.825	10.660	10.930	8.665	8.665
Policlinico S. Matteo PV	13.454	12.050	10.880	12.643	12.281	11.127	8.640	8.640
Istituto Europeo Oncologia MI	7.884	7.174	6.480	8.290	8.440	10.128	7.822	8.072
Istituto Ricerca sul Cancro GE	14.355	12.827	11.550	13.053	12.452	11.282	7.852	7.230
Fondazione Maugeri PV	6.534	5.877	5.310	6.773	6.649	7.979	6.837	6.600
Fondazione S. Lucia RM	4.950	4.505	4.070	5.316	5.466	6.804	6.297	6.547
Istituto Ortopedico Rizzoli BO	8.550	7.666	6.920	7.981	7.714	8.485	6.451	6.451
Istituto Neurologico Besta MI	6.207	5.648	5.100	6.414	6.341	7.001	5.675	6.037
Istituto G. Gaslini GE	7.435	6.766	6.110	7.810	7.650	7.290	5.566	5.967
Ospedale Bambino Gesù RM	4.766	4.279	3.860	4.950	5.220	6.264	5.122	5.422
C R O Aviano	7.047	6.306	5.690	6.559	6.242	5.949	4.594	4.500
Istituto Regina Elena RM	6.924	6.188	5.590	6.431	6.291	5.700	4.355	4.100
Istituto Auxologico Italiano MI	4.278	3.893	3.510	4.495	4.645	5.574	3.949	4.049
Istituto Neuromed	3.417	3.076	2.770	3.554	3.704	4.594	3.482	3.300
Casa Sollievo Sofferenza - S. Giov.	5.174	4.617	3.920	4.556	4.505	4.081	3.237	3.100
Istituto Pascale NA	4.423	4.025	3.630	4.256	4.406	3.992	3.100	3.000
Istituto Mondino PV	2.795	2.544	2.290	2.913	3.183	3.995	3.084	3.000
Istituto Burlo Garofolo TS	2.764	2.515	2.270	2.873	3.143	3.771	2.889	2.880
Istituto Oncologico Veneto PD	-	-	1.500	1.840	1.990	2.384	2.388	2.788
Istituto Spallanzani RM	2.698	2.455	2.200	2.827	2.977	3.572	2.640	2.641
Istituto Dermop. Immacolata RM	3.784	3.443	3.110	3.903	3.839	3.478	2.613	2.500
S. Giov. Fatebenefratelli BS	1.946	1.771	1.600	2.016	2.286	2.071	1.922	2.389
INRCA - AN	3.779	3.392	3.060	3.557	3.471	3.145	2.410	2.300
Cardiologico Monzino MI	2.201	2.003	1.810	2.290	2.560	3.072	2.242	2.100
Istituto Clinico Humanitas - MI	-	-	900	1.120	1.390	1.668	1.668	2.068
Istituto E. Medea LC	1.549	1.410	1.270	1.611	1.881	2.257	1.747	1.947
Fond Don C Gnocchi MI	1.660	1.510	1.360	1.734	2.004	2.405	1.698	1.898
Policlinico San Donato -MI	-	-	-	1.311	1.581	1.897	1.692	1.892
Istituto S. Raffaele Pisana - RM	-	-	850	1.060	1.330	1.596	1.596	1.874
Fondazione Stella Maris	1.570	1.429	1.290	1.614	1.764	2.117	1.550	1.651
Istituto Ortop. Galeazzi MI	-	-	-	846	1.116	1.339	1.339	1.439
Casa di cura Multimedia	-	-	-	1.012	1.282	1.539	1.301	1.301
Fondazione Bietti RM	-	-	650	811	1.081	1.297	1.188	1.288
Ist. Tumori Giovanni Paolo II - BA	1.026	934	880	1.135	1.405	1.685	1.304	1.250
S. Maria e S. Gallic. RM	1.933	1.723	1.550	1.912	2.182	1.976	1.375	1.200
Ass Oasi Maria SS. Troina	1.784	1.601	1.440	1.808	2.078	1.883	1.411	1.100
Istituto De Bellis BA	1.754	1.578	1.420	1.628	1.586	1.437	992	780
Neurolesi B. Pulejo ME	-	-	-	248	519	622	622	772
Ospedale San Camillo VE	-	-	400	492	762	914	664	650
Fondazione SDN NA	-	-	-	-	444	533	533	550
C.R.O. Basilicata – Rionero in V.	-	-	-	-	-	612	414	515
Totale	179.038	161.568	150.000	186.000	189.873	200.247	160.798	162.473

Fonte: Ministero della Salute

Graf. 6.1 – Finanziamento della ricerca corrente da parte del Ministero della Salute: finanziamenti assegnati ai primi nove IRCCS per importo ricevuto nel 2010 (anni 2003-2010; valori in migliaia di euro)



Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute

Tab. 6.2 – Finanziamento della ricerca sanitaria tramite il 5 per mille: primi 25 enti per importo ottenuto nel 2009 (anni 2006-2009)

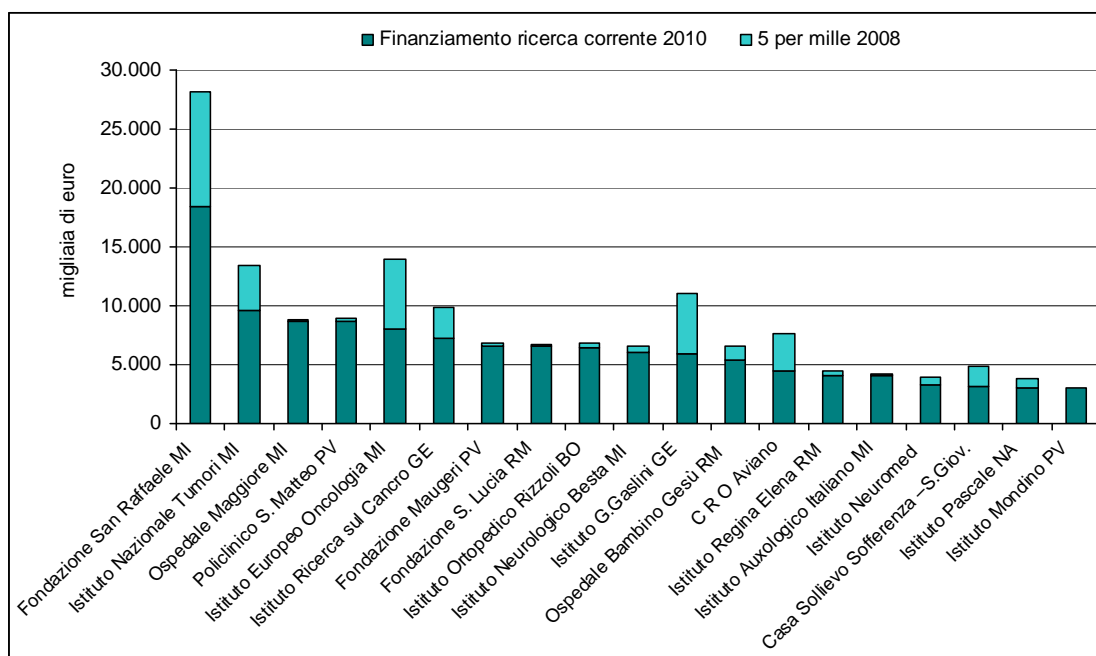
	2006		2007		2008		2009	
	n. scelte	importo	n. scelte	importo	n. scelte	importo	n. scelte	importo
AIRC	non presente		186.226	13.838.463	251.039	15.995.187	306.931	15.904.107
Fondazione San Raffaele MI	74.731	6.683.603	135.890	11.303.244	133.673	9.781.907	137.877	8.420.141
Istituto Europeo Oncologia MI	87.948	7.845.062	76.480	6.660.483	75.359	5.872.728	80.231	5.215.073
Fondazione Piemontese Ricerca sul Cancro	non presente		non presente		60.391	3.878.977	96.535	5.019.703
Istituto G. Gaslini GE	68.239	5.396.881	76.746	5.607.691	80.906	5.028.861	81.948	4.164.494
Istituto Nazionale Tumori MI	64.918	5.392.639	58.763	4.560.241	54.616	3.752.100	50.031	2.866.149
CRO Centro Riferimento Oncologico	44.499	3.409.578	48.142	3.408.448	50.999	3.068.294	53.271	2.592.933
Fondazione Italiana Sclerosi Multipla - FISM	non presente		13.899	1.021.872	17.489	1.123.566	46.413	2.453.962
Istituto Nazionale Ricerca sul Cancro GE	71.422	5.407.709	52.885	3.671.828	44.826	2.684.092	40.719	1.981.492
Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza BA	21.298	1.648.556	24.558	1.771.873	28.781	1.750.455	26.455	1.328.228
LILT	non presente		6.756	503.293	21.775	1.375.053	21.633	1.139.233
Istituto Oncologico Veneto	13.005	1.045.663	13.091	987.609	14.917	993.247	17.421	957.020
Fondazione Umberto Veronesi	non presente		non presente		14.084	1.030.395	15.591	955.417
Ospedale Bambin Gesù	15.266	1.223.217	14.622	1.080.081	18.564	1.217.814	16.848	928.154
Fondazione Senatore Pascale NA	14.829	1.193.474	12.709	951.725	12.467	796.870	12.223	637.725
Centro Cardiologico Monzino	2.860	239.523	3.711	325.917	7.254	605.840	8.994	616.272
Istituto Neurologico Neuromed	2.986	232.254	6.357	437.523	10.913	628.692	11.207	532.655
Istituto per l'Infanzia Burlo-Garofalo	6.967	547.432	8.156	601.113	8.947	578.805	9.609	508.557
Istituto Neurologico Carlo Besta	7.410	698.159	7.641	607.008	7.490	542.481	8.341	501.681
Istituto Ortopedico Rizzoli	2.491	219.094	4.164	333.800	6.343	423.112	7.439	417.558
San Raffaele Spa (Tosinvest)	9.184	762.402	6.550	525.900	8.513	573.026	6.018	353.573
Istituti Fisioterapici Ospitalieri	5.681	529.574	5.539	469.765	4.985	373.094	5.161	322.873
Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri	non presente		2.277	206.297	2.645	202.983	3.611	238.626
Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo	3.902	348.643	4.358	360.705	3.988	282.730	4.051	238.001
Associazione La nostra famiglia	4.315	337.542	4.385	320.706	4.621	299.829	4.231	225.824

Fonte: Agenzia delle entrate, elenchi degli ammessi "finanziamento della ricerca sanitaria", anni 2006-2009

Capitolo 6 - Governo della ricerca e dell'innovazione

Finanziamento della ricerca con il 5 per mille. Ulteriore fonte di finanziamento della ricerca sanitaria, con possibilità di accesso riservato agli IRCCS e ad un numero ristretto di altri enti di ricerca, si ha con l'istituto del "5 per mille". Dal 2006, per la prima volta con la legge finanziaria di quell'anno (Legge 23 dicembre 2005, n.266, art.1, comma 337), lo Stato italiano ha consentito il finanziamento di attività di rilevanza sociale tramite il versamento del 5 per mille dell'imposta sui redditi delle persone fisiche. Tra le diverse opzioni è stata previsto il "finanziamento della ricerca sanitaria" nel cui ambito il Rizzoli rientra tra i potenziali beneficiari. Grazie ad una campagna promozionale via via sviluppata nel corso degli anni l'Istituto ha visto progressivamente crescere i finanziamenti ottenuti tramite il 5 per mille (i dettagli sull'attività promozionale sono riportati nel capitolo 5.2). Le risorse relative al 5 per mille 2006 (effettivamente erogate nel 2008) ammontano a 219.094 euro; quelle relative al 2007 a 333.800 euro; quelle relative al 2008 a 423.112 euro (sono state erogate nel corso del 2010). Con il 5 per mille 2009 l'Istituto ha invece ottenuto un finanziamento pari a 417.557,99 euro. L'importo dei finanziamenti riconducibili al 5 per mille dell'anno 2010 non sono ancora stati comunicati dall'Agenzia delle entrate. Poiché le disposizioni del Ministero della Salute portano a considerare il finanziamento ottenuto tramite il "5 per mille" alla stregua di un ulteriore finanziamento della ricerca corrente è interessante osservare come cambia il profilo del finanziamento della ricerca corrente agli IRCCS laddove ad esso si sommi anche l'importo del "5 per mille" (graf. 6.2). Oltre alla Fondazione San Raffaele di Milano, ne risultano particolarmente avvantaggiati gli IRCCS oncologici e pediatrici che vedono incrementare in modo significativo le risorse per il finanziamento della ricerca.

Graf. 6.2 – Finanziamento della ricerca corrente 2010 e finanziamento ottenuto dal 5 per mille 2008* - primi 20 IRCCS per importo del finanziamento ricerca corrente 2010



* Il finanziamento del 5 per mille 2008 è stato erogato nel corso del 2010.

La ricerca finalizzata. Ai finanziamenti ministeriali per la ricerca corrente si affiancano i finanziamenti della cosiddetta “ricerca finalizzata” (specifici progetti di ricerca con obiettivi definiti raggiungibili in genere nell’arco di un biennio o di un triennio).

Negli ultimi anni la gamma delle fonti di finanziamento per la ricerca finalizzata si è ampliata ed è mutato il peso delle diverse componenti, anche se l’andamento discontinuo nel tempo delle opportunità di finanziamento, generalmente legate a bandi, non consente di evidenziare trend univoci, se non quello di una riduzione della rilevanza dei finanziamenti del Ministero della Salute. Allo stesso tempo, invece, è cresciuta significativamente la quantità di finanziamenti ottenuti dall’Istituto dalla partecipazione a bandi regionali (es. Programma di Ricerca Regione-Università), di altri enti sia pubblici che privati (es. Istituto Superiore di sanità, AIRC, ecc.) e dell’Unione Europea.

Tab. 6.3 – Finanziamenti per ricerca finalizzata e ricerca industriale (anni 2008-2010)*

Fonte finanziamenti	2008	2009	2010
Ministero della Salute e altri ministeri	1.133.300,00	0	299.000,00
Unione Europea	9.333.236,07*	0	2.776.012,41
Regione Emilia-Romagna	1.912.691,75	2.232.675,23	576.500,00
Varie (ISS, AIRC, Fondaz.bancarie, MIUR, ecc.)	2.148.453,70	1.391.343,70	837.021,00
Privati: ricerche commissionate (include Meta-Lab Rizzoli)	730.354,27	960.841,71	1.373.663,82
Regione Emilia-Romagna - “POR FESR 2007-2013 Asse 1 Attività I.1.1. Creazione di tecnopoli per la ricerca industriale”	0	0	10.089.954,97
Totale	15.258.035,79	4.584.860,64	15.952.152,20

* Le cifre riportate si riferiscono ai finanziamenti complessivi assegnati nell’anno indicato, anche se relativi a progetti di durata pluriennale.

** Include il finanziamento complessivo del progetto VPHOP pari a 9.236.489,43 euro, relativo a 4 annualità, di cui l’Istituto Ortopedico Rizzoli è capofila (dato inclusivo della quota relativa anche ad unità esterne).

Nel 2010 l’Istituto ha visto l’assegnazione di finanziamenti per *ricerca finalizzata* e per ricerca industriale per 15,96 milioni di euro. Tale dato si riferisce a finanziamenti assegnati di norma per progetti pluriennali. Esso, inoltre, include l’importante assegnazione di 10.089.954,97 euro per l’attività del triennio 2010-2012 del Dipartimento Rizzoli RIT (*Research, Innovation & Technology*) da parte della Regione Emilia-Romagna, nell’ambito del POR FESR 2007-2013 Asse 1 Attività I.1.1. “*Creazione di tecnopoli per la ricerca industriale*”.

L’elenco dettagliato dei finanziamenti assegnati nel 2010 per singolo progetto è riportato nelle tabelle seguenti.

Tab. 6.4 – Progetti di ricerca finalizzata finanziati dal Ministero della Salute (anno 2010)

anno avvio	titolo	responsabile scientifico	durata (mesi)	ruolo IOR	finanziamento complessivo
2010	“MOLECULAR THERAPY IN PEDIATRIC SARCOMAS AND LEUKEMIAS AGAINST IGF-IR SYSTEM: NEW DRUGS, BEST DRUG-DRUG INTERACTIONS, MECHANISMS OF RESISTANCE AND INDICATORS OF EFFICACY”- CONVENZIONE n. 26	Katia Scottlandi	24	Capo Fila	299.000,00
Totale					299.000,00

Capitolo 6 - Governo della ricerca e dell'innovazione

Tab. 6.5 – Progetti di ricerca finalizzata finanziati dall'Unione Europea (anno 2010)

<i>anno avvio</i>	<i>titolo</i>	<i>responsabile scientifico</i>	<i>durata (mesi)</i>	<i>ruolo IOR</i>	<i>finanziamento complessivo</i>
2010	"REGENERATING BONE DEFECTS USING NEW BIOMEDICAL ENGINEERING APPROACHES"" (REBORNE), CONTRATTO N. 241879	Nicola Baldini	60	Unità Operativa	363.180,00
2010	"VPHOP-SIMBIOS COOPERATION: TOOLS TO DEVELOP THE NEURO-MUSCULO-SKELETAL PHYSIOME" – COLLABORATIVE PROJET NMS PHYSIOME – (GRANT AGREEMENT N. 248189)	Marco Viceconti	36	Capo Fila	315.878,00
2010	"TRANSATLANTIC OBSERVATORY FOR MEETING GLOBAL HEALTH POLICY CHALLENGES THROUGH ICT-ENABLED SOLUTIONS - ARGOS EHEALTH" (GRANT AGREEMENT N. SI2.548981)	Marco Viceconti	18	Unità Operativa	61.816,00
2010	"ENHANCED PATIENT SAFETY BY COMPUTATIONAL MODELLING FROM CLINICALLY AVAILABLE X-RAYS TO MINIMISE THE RISK OF OVERLOAD AND INSTABILITY FOR OPTIMISED FUNCTION AND JOINT LONGEVITY" (GRANT AGREEMENT N. n. 248693 - MXL)	Marco Viceconti	36	Unità Operativa	226.350,00
2010	VIRTUAL PHISIOLOGICAL HUMAN NETWORK OF EXCELLENCE (VPH-NoE - CONTRATTO N. 223920)	Marco Viceconti	27	Unità Operativa	90.000,00
2010	"ADIPOSE DERIVED STROMAL CELLS FOR OSTEOARTHRITIS TREATMENT" (GRANT AGREEMENT n. 241719 - ADIPOA)	Andrea Facchini	48	Unità Operativa	769.750,00
2010	"FUTURE AND EMERGING TECHNOLOGIES FOR THE VIRTUAL PHYSIOLOGICAL HUMAN" (GRANT AGREEMENT N. 258087- VPH-FET)	Marco Viceconti	12	Unità Operativa	48.340,00
2010	"COMPOSITE PHENOTYPIC TRIGGERS FOR BONE AND CARTILAGE REPAIR" (GRANT AGREEMENT n. 246373 - OHPIS)	Maurilio Marcacci	48	Unità Operativa	413.597,00
2010	MAGGIOR FINANZIAMENTO EUROBONET	Piero Picci		Unità Operativa	212.977,87
2010	MAGGIOR FINANZIAMENTO LHDL	Marco Viceconti/ Alberto Leardini		Unità Operativa	53.197,62
2010	MAGGIOR ENTRATA - EURO LAMINOPATHIES	Nadir Mario Maraldi		Unità Operativa	8.807,95
2010	MAGGIOR FINANZIAMENTO VP HOP	Marco Viceconti	50	Capo Fila	195.500,00
2010	MAGGIOR FINANZIAMENTO "3D ANATOMICAL"	Aldo Toni		Capo Fila	16.617,97
Totale					2.776.012,41

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

Tab. 6.6 – Progetti di ricerca finalizzata e ricerca industriale finanziati dalla Regione Emilia-Romagna (anno 2010)

anno avvio	titolo	responsabile scientifico	durata (mesi)	ruolo IOR	finanziamento complessivo
2010	MEDICINA RIGENERATIVA	Pier Maria Fornasari	12	Capo Fila	420.000,00
2010	REGISTRO REGIONALE DELLA IMPLANTOLOGIA ORTOPEDICA (R.I.P.O.) CON SEDE PRESSO LA SC LABORATORIO DI TECNOLOGIA MEDICA DI QUESTO ENTE.	Aldo Toni	12	Capo Fila	100.000,00
2010	"EFFICACIA DELL'ESTRATTO DI ROSA CANINA NEL TRATTAMENTO COMPLEMENTARE DEL DOLORE DEL PAZIENTE AFFETTO DA ARTROSI SEVERA DELL'ANCA".	Aldo Toni	24	Capo Fila	56.500,00
2010	"POR FESR 2007-2013 ASSE 1 ATTIVITA' I.1.1. "CREAZIONE DI TECNOPOLI PER LA RICERCA INDUSTRIALE". PIATTAFORMA TECNOLOGICA: SCIENZA DELLA VITA - DIPARTIMENTO DENOMINATO "RIZZOLI RIT- RESEARCH INNOVATION & TECHNOLOGY".	Vari	36	Capo Fila	10.089.954,97
Totale					10.666.454,97

Tab. 6.7 – Progetti di ricerca finalizzata finanziati da enti vari (anno 2010).

anno avvio	titolo	Responsabile Scientifico	durata (mesi)	Ruolo Ior	finanziatore	finanziamento complessivo
2010	"IL MIGLIORAMENTO DELLA OSTEOINTEGRAZIONE TRAMITE L'IMPIANTO DI CELLULE STAMINALI MESENCHIMALI AUTOLOGHE E MATRICE OSSEA DEMINERALIZZATA NEL TRATTAMENTI DI DIFETTI OSSEI "	Davide Donati	12	Accordo	CNT- ISS	20.000,00
2010	"ROLE OF H2S IN THE REGULATION OF BONE CELLS"	Andrea Facchini	24	Accordo	FONDAZIONE PER LA RICERCA SCIENTIFICA TERMALE	100.000,00
2010	PROGETTO DI RICERCA AREA 1B MEDICINA RIGENERATIVA, DAL TITOLO: "COMBINATION FOR STEM CELLS AND FOR THE RIGENERATION OF STRUCTURE IN GASTRO-INTESTINAL DISEASES. REGENERATION OF GASTROINTESTINAL STRUCTURES (RE.GA.STR. PROJECT)". 3^ anno	Milena Fini		Unità Operativa	AO-U S.ORSOLA-MALPIGHI	36.100,00
2010	"PREVENZIONE E CURA DELL'OSTEOARTRITE: PATOGENESI E TERAPIE INNOVATIVE". Delibera attivazione: n. 688 del 24 dicembre 2009	Francesco Antonio Manzoli	12	Capo Fila	MONTE PASCHI SIENA	70.000,00
2010	"L'UTILIZZO DELLE CELLULE STAMINALI NELLA NECROSI OSSEA SECONDARIA E ARTROSI DELLA TESTA DEL FEMORE". Delibera attivazione: n. 404 del 2 settembre 2010.	Davide Donati	24	Capo Fila	FONDAZIONE CASSA DI RISPARMIO IN BOLOGNA	34.600,00

Capitolo 6 - Governo della ricerca e dell'innovazione

anno avvio	titolo	Responsabile Scientifico	durata (mesi)	Ruolo	finanziatore	finanziamento complessivo
2010	AIRC 2010-2013 "OVERCOMING DRUG RESISTANCE IN OSTEOSARCOMA BY TARGETING ABC TRANSPORTERS AND PROTEIN KINASES" - 1^ ANNO	Massimo Serra	12	Capo Fila	AIRC	80.000,00
2010	"PATOGENESI E BERSAGLI MOLECOLARI DI PATOLOGIE DEGENERATIVE DELL'APPARATO MUSCOLOSCHIELETRICO" RBAP10KCNS	Milena Fini	36	Unità Operativa	MIUR	496.321,00
Totale						837.021.00

Tab. 6.8 – Progetti ed attività di ricerca finanziati da privati: ricerca commissionata (include MetaLab) e donazioni (anno 2010).

anno avvio	titolo	Resp. Scientifico	durata (mesi)	Ruolo	finanziatore	finanziamento complessivo
2010	"IN VIVO ASSESSMENT OF PATELLO-FEMORU-TIBIAL JOINT KINEMATICS"	Alberto Leardini	17	Accordo	"STRYKER LEIBINGER GMBH & CO. KG"	17.500,00
2010	"STUDIO PROSPETTICO RANDOMIZZATO PER LA CURA DELLE FRATTURE VERTEBRALI OSTEOPOROTICHE, DUE TECNICHE A CONFRONTO: VERTEBROPLASTICA E CIFOPLASTICA"	Barbanti Brodano	24	Accordo	AOSPINE EUROPA	50.000,00
2010	"VALUTAZIONE PROSPETTICA EPIDEMIOLOGICA E ICONOGRAFICA DELLE LESIONI NEOPLASTICHE, SIA PRIMITIVE CHE SECONDARIE E INFETTIVE DEL RACHIDE TRAMITE ARCHIVIAZIONE DI CASI DI IMAGE EDITING"	Stefano Boriani	36	Accordo	DITTA MEDTRONIC ITALIA S.P.A	81.000,00
2010	"LAB RER2: SISTEMA SELF IMPROVING DI RILEVAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE DI ERRORI (INCIDENT, NON CONFORMITA' E INSUFFICIENZE), NEL PROCESSO DI LABORATORIO ELABORATI E PUBBLICATI CON UN PANEL DI INDICATORI E UN CRUSCOTTO FLESIBILE".	Luca Sangiorgi	17	Accordo	DITTA DATA PROCESSING SpA	32.000,00
2010	MEDLAV IN PROCESS: PROCESSI E SOLUZIONI INFORMATICHE A SUPPORTO DELL'EROGAZIONE DI SERVIZI DI MEDICINA DEL LAVORO COSI' COME REGOLAMENTATI DAL NUOVO TESTO UNICO SULLA SALUTE E LA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO (D.LGS 81/08)	Luca Sangiorgi	6	Accordo	NSI-NIER SOLUZIONI INFORMATICHE SRL	30.000,00
2010	ANALISI DEI DATI CINEMATICI POST OPERATORI DI DUE GENERAZIONI SUCCESSIVE DI PROTESI AL GINOCCHIO PRIMARIE E TOTALI,	Maurilio Marcacci	12	Accordo	DITTA "TORNIER"	46.250,00

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

anno avvio	titolo	Resp. Scientifico	durata (mesi)	Ruolo lor	finanziatore	finanziamento complessivo
2010	"VALIDITA' DI SISTEMI DI ARTRODESI INTERVERTEBRALE, VOLTA ALLA DEFINIZIONE DELL'INDICAZIONE ALL'IMPIEGO DI DISPOSITIVI MEDICI SULLA BASE DI UNA VALUTAZIONE CLINICO-RADIOGRAFICA A LUNGO TERMINE"	Stefano Boriani	36	Accordo	DITTA "SYNTHESE" srl	79.200,00
2010	SAMO & C. PROGETTO BIOMIMETIC	Direzione Scientifica		Accordo	DITTE VARIE	363.400,00
2010	DONAZIONE DITTA UCB PHARMA A REUMATOLOGIA PROF. MELICONI (determinazione provveditorato n. 130 del 10 dicembre 2010)	Roberto Meliconi		Donazione	DITTA UCB PHARMA SPA DI MILANO	12.000,00
2010	DONAZIONE DITTA ROCHE A REUMATOLOGIA PROF. MELICONI (determinazione provveditorato n. 125 del 1° dicembre 2010)	Roberto Meliconi		Donazione	DITTA ROCHE SPA	12.000,00
2010	DONAZIONE DELLA ASS. STUDIO CURA TUMORI A SSD CHEMIOTERAPIA DOTT. FERRARI (determinazione n. 117 del 3 novembre 2010)	Stefano Ferrari		Donazione	ASSOCIAZ. STUDIO CURA DEI TUMORI DELLE OSSA E DEI TESSUTI MOLLI	19.773,19
2010	DONAZIONE DELLA ASS. STUDIO CURA TUMORI A EX 5ª DIVISIONE MERCURI PER ANSALONI MANUELA (determinazione n. 128 del 9 dicembre 2010)	Mario Mercuri		Donazione	ASSOCIAZIONE STUDIO E CURA DEI TUMORI DELLE OSSA E DEI TESSUTI MOLLI	9.083,33
2010	DONAZIONE DITTA PFIZER ITALIA A SSD REUMATOLOGIA PROF. MELICONI (determinazione n. 105 del 5 ottobre 2010)	Roberto Meliconi		Donazione	DITTA PFIZER ITALIA	15.000,00
2010	DONAZIONE DITTA SBM SCIENCE & BIOMATERIALS A LAB. BIOMECCANICA (determinazione n. 103 del 30 settembre 2010)	Maurilio Marcacci		Donazione	DITTA SBM SCIENCE BIOMATERIALS DI LOURDES	13.000,00
2010	DONAZIONE TAKEDA (determinazione n. 13 del 9 febbraio 2010)	Stefano Ferrari		Donazione	DITTA TAKEDA PHARMACEUTICALS EUROPE	10.000,00
2010	DONAZIONE ITALIAN SARCOMA GRUOP (determinazione n. 28 del 2 marzo 2010)	Stefano Ferrari		Donazione	ITALIAN SARCOMA GROUP	15.400,00
2010	DONAZIONE DEPUY SPINE (determinazione n. 52 dell'11 maggio 2010)	Barbanti Brodano		Donazione	DEPUY SPINE INTERNATIONAL	15.000,00
2010	DONAZIONE DITTA COSWELL SPA (determinazione n. 34 del 16 marzo 2010)	Direzione Scientifica		Donazione	DITTA "COSWELL" SPA	3.000,00
2010	DONAZIONE DITTA WOLTERS KLUWER (determinazione n. 36 del 29 marzo 2010)	Maurilio Marcacci		Donazione	WOLTERS KLUWER	4.000,00
2010	DONAZIONE DITTA PENTA (determinazione n. 41 del 7 aprile 2010)	Pier Maria Fornasari		Donazione	PENTA BIOMEDICAL SRL	15.000,00
2010	DONAZIONE DITTA MATTIOLI 1885 (determinazione n. 82 del 28 luglio 2010)	Maurilio Marcacci		Donazione	DITTA MATTIOLI 1885	5.000,00
Totale Parziale 1						847.606,52

Capitolo 6 - Governo della ricerca e dell'innovazione

anno avvio	titolo	Resp. Scientifico	durata (mesi)	Ruolo lor	finanziatore	finanziamento complessivo
2010	SPERIMENTAZIONI CLINICHE SC CLINIMICA ORTOP. TRAUMAT. II	Sandro Giannini		Convenzione	DITTE VARIE	4.875,00
2010	SPERIMENTAZIONI CLINICHE SSD CHEMIOTERAPIA	Stefano Ferrari		Convenzione	DITTE VARIE	44.418,36
2010	SPERIMENTAZIONI CLINICHE SSD RICERCA ANESTESIOLOGICA	Battista Borghi		Convenzione	DITTE VARIE	91.106,34
2010	PROVENTI ESAME PROPOSTE SPERIMENTAZIONI CLINICHE	Comitato Etico			DITTE VARIE	30.337,60
2010	PROVENTI DA SCUOLA ECOGRAFIA	Stefano Galletti			VARI	18.000,00
2010	COMMITTENZE METALAB SC LAB. ANALISI DEL MOVIMENTO	Alberto Leardini		Contratti	DITTE VARIE	59.150,00
2010	COMMITTENZE METALAB SC LAB. TECNOLOGIA MEDICA	Aldo Toni		Contratti	DITTE VARIE	142.500,00
2010	COMMITTENZE METALAB SSD CHIRURGIA VERTEBRALE	Tiziana Greggi		Contratti	DITTE VARIE	34.000,00
2010	COMMITTENZE METALAB SSD LAB. STUDI PRECLINICI CHIRURGICI	Milena Fini		Contratti	DITTE VARIE	32.460,00
2010	COMMITTENZE METALAB LAB. BITTA TECNOPOLO	Milena Fini		Contratti	DITTE VARIE	32.640,00
2010	COMMITTENZE METALAB LAB. RAMSES TECNOPOLO	Andrea Facchini		Contratti	DITTE VARIE	36.570,00
<i>Totale Parziale 2</i>						526.057,30
Totale						1.373.663,82

I prodotti della ricerca: pubblicazioni scientifiche. Nonostante le ridotte dimensioni l'Istituto Ortopedico Rizzoli risulta generalmente posizionato tra i primi dieci IRCCS per quanto riguarda la produzione scientifica. Una conferma di ciò viene dai dati pubblicati annualmente dal Ministero della Salute. Principalmente in base ad essi, infatti, il ministero provvede a ripartire i finanziamenti annuali per la ricerca corrente.

L'andamento del principale indicatore della produzione scientifica – l'Impact Factor complessivamente accumulato dalle pubblicazioni scientifiche dell'anno di riferimento – è riportato nella tabella 6.9. Nel 2010 risulta in crescita sia il numero delle pubblicazioni (280 contro le 252 del 2009), sia l'Impact Factor "normalizzato" complessivo (pari a 1.039 contro 967,2 nel 2009) (*Nota: i dati relativi al 2010 sono in attesa di validazione da parte del Ministero della Salute*). Nel corso del periodo considerato – 2003-2010 – si registra un incremento tanto del numero delle pubblicazioni, quanto dell'Impact Factor complessivo annuo, a testimonianza del crescente impegno alla produzione scientifica. Significativamente, inoltre, per la prima volta, nel 2010, l'Impact Factor normalizzato delle pubblicazioni scientifiche dell'Istituto supera la soglia di 1.000 punti.

Altri prodotti dell'attività di ricerca scientifica – es. brevetti – sono rendicontati successivamente.

Tab. 6.9 – Pubblicazioni scientifiche ed Impact Factor (normalizzato) totale e medio (anni 2003-2010)

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*
n. pubblicazioni	v.a.	222	230	249	234	237	265	252	280
	variaz. %	+5,7%	+3,6%	+8,3%	-6,0%	+1,3%	+11,8%	-4,9%	+11,1%
I.F. normalizzato	v.a.	941	834	895	762,5	766,1	900,7	967,2	1.039
	variaz. %	+13,5%	-11,4%	+7,3%	-14,8%	+0,5%	+17,6%	+7,4%	+7,4%
I.F. medio	v.a.	4,24	3,62	3,59	3,26	3,23	3,40	3,84	3,71
	variaz. %	+7,3%	-14,6%	-14,6%	-8,3%	-0,9%	+5,2%	+12,9%	-3,4%

* I dati relativi al 2010 sono in attesa di validazione da parte del Ministero della Salute

Ricerca industriale e trasferimento tecnologico. L'Istituto Ortopedico Rizzoli da tempo contribuisce a processi di trasferimento tecnologico e collabora con numerose realtà di impresa per l'innovazione di prodotto e di processo nell'ambito delle tecnologie biomediche secondo diverse modalità. Nel corso degli ultimi anni questo fronte di attività è stato significativamente sviluppato, anche con riferimento a quanto previsto nel *Piano Strategico Aziendale 2007-2009* (parte II, punto 6), sino ad approdare alla partecipazione dell'Istituto alla Rete Regionale per l'Alta Tecnologia, tramite il Dipartimento Rizzoli RIT (*Research, Innovation & Technology*). Con tale nuovo dipartimento il Rizzoli ha avviato un processo destinato a demarcare in modo più chiaro le attività di ricerca scientifica da quelle di ricerca & sviluppo, innovazione e trasferimento tecnologico.

A seguito del primo piano strategico aziendale (2007-2009) sono state introdotte significative innovazioni organizzative sia per quanto riguarda l'area amministrativa di supporto (costituzione dell'Ufficio Progetti per l'innovazione), sia per quanto riguarda la valorizzazione commerciale degli esiti inventivi (costituzione dell'Ufficio Marketing industriale), in affiancamento alla tradizionale struttura del Meta-Lab (interfaccia con il mondo delle imprese per gli studi commissionati). Possiamo dunque riconoscere tre diverse linee direttrici su cui negli ultimi anni si è sviluppata l'azione dell'Istituto:

1. innanzitutto tramite la messa a disposizione del settore industriale delle competenze sviluppate grazie alla propria attività di ricerca scientifica, oltre alle tecnologie dei propri laboratori di ricerca. Questa attività è svolta essenzialmente da una specifica unità organizzativa interna, il *Centro Meta-Lab Rizzoli*, operante dal 1996;
2. in secondo luogo partecipando direttamente al processo dell'innovazione, sia realizzando brevetti frutto della propria attività di ricerca scientifica, sia collaborando con le industrie del settore per lo sviluppo di innovazioni. Dal 2007 questo fronte d'azione è presidiato dall'Ufficio Marketing industriale;
3. in terzo luogo tramite lo sviluppo di *network* interaziendali finalizzati all'innovazione ed al trasferimento tecnologico, tra cui la realizzazione più significativa è indubbiamente la partecipazione alla Rete Regionale per l'Alta Tecnologia (ed in particolare al tecnopolo di Bologna presso la Manifattura Tabacchi). Rientrano inoltre in questa linea d'azione anche la partecipazione al Consorzio PITecnoBio ed all'Associazione Torri dell'Acqua.

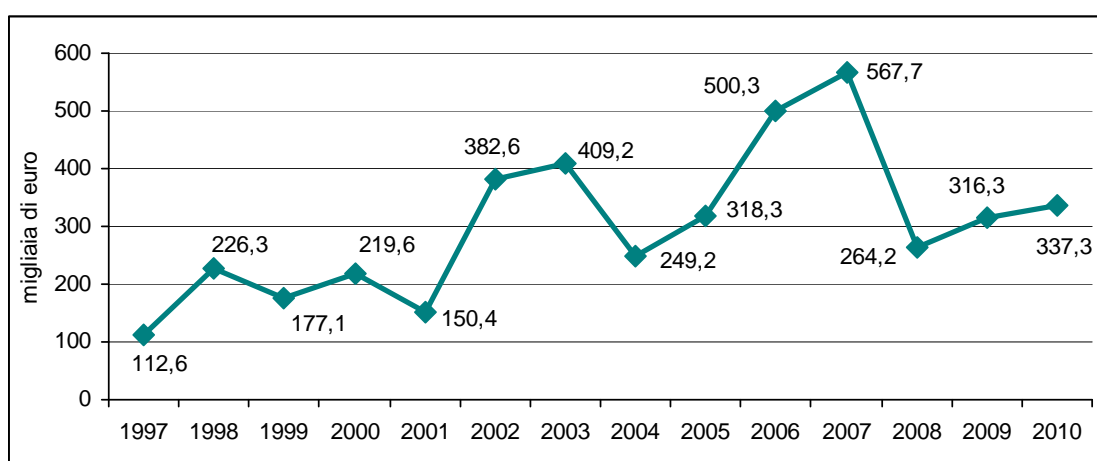
Il **Centro Meta-Lab Rizzoli** funge sostanzialmente da interfaccia nei confronti del mondo delle imprese che necessitano di servirsi delle competenze del Rizzoli per lo sviluppo delle proprie innovazioni di prodotto o di processo. Esso gestisce l'attività di ricerca di base, preclinica e clinica in conto terzi, offrendo in particolare le proprie competenze scientifiche alle aziende del settore biomedicale per la valutazione di

Capitolo 6 - Governo della ricerca e dell'innovazione

dispositivi medici secondo quanto richiesto dalle direttive comunitarie e facendo riferimento agli standard europei ed internazionali (ISO/EN). Per questa finalità il Centro Meta-Lab Rizzoli ha sviluppato prove standardizzate e non, sia per la valutazione della biocompatibilità che della biofunzionalità dei dispositivi medici o dei materiali che li costituiscono. Inoltre, particolari esigenze di valutazione preclinica hanno comportato lo sviluppo di studi scientifici di volta in volta adattati alle esigenze delle industrie che producono o commercializzano dispositivi medici, potenziando anche le attività di ricerca riguardanti valutazioni cliniche. Esso offre, infine, attività di consulenza e di coordinamento delle ricerche proponendo e realizzando anche modelli sperimentali patologici maggiormente utili ad approfondire e comprendere i vari aspetti legati alle caratteristiche positive e/o agli effetti indesiderati dei materiali da impianto.

Il Centro Meta-Lab Rizzoli è dotato di un proprio regolamento, utilizza un "contratto tipo" sia in lingua italiana che inglese ed un tariffario delle prove standardizzate eseguite dai laboratori. Tutti i rapporti commerciali sono gestiti da contratto e le attività di ricerca si concludono con l'emissione di una relazione scientifica o rapporto di prova. L'andamento nel tempo delle commesse acquisite dal MetaLab Rizzoli non è lineare. In particolare, negli ultimi anni, si registra dapprima una crescita, fino al 2007, quindi una forte riduzione degli ordini nel 2008 a seguito della forte crisi economica. Il valore dei contratti risulta quindi in crescita nel 2009 e 2010 anche se esso è tuttora distante dal valore del periodo pre-crisi. In particolare esso risulta pari a 316.300 euro nel 2009 ed a 337.320 euro nel 2010 (valori al netto dell'iva; di quest'ultima somma il 25% è garantita da laboratori del Dipartimento Rizzoli RIT). Tale andamento in crescita dovrebbe rafforzarsi nell'anno 2011, considerando anche che almeno 4 contratti, per un importo complessivo di 225.425 euro, sono stati sottoscritti a fine 2010, ma deliberati ad inizio 2011. Il grafico 6.3 rappresenta l'andamento del valore dei contratti acquisiti dal Centro MetaLab del Rizzoli.

Graf. 6.3 – Valore dei contratti (al netto di iva) sottoscritti dal Centro Meta-Lab Rizzoli (anni 1997-2010; migliaia di euro)



Brevetti. Dal 2007 l'Istituto ha attivato un *Ufficio Marketing industriale* con il compito di seguire principalmente l'attività brevettuale. Questa decisione traduce operativamente la strategia dell'Istituto volta a rafforzare l'intero processo di trasferimento tecnologico nelle sue diverse fasi: promuovere le capacità inventive interne, tutelare gli esiti inventivi e valorizzarli tramite la ricerca di partner industriali in

grado di tradurre tali esiti in innovazioni di processo o di prodotto. Le iniziative messe in campo dall'Ufficio Marketing industriale hanno accresciuto la consapevolezza da parte dell'Istituto e degli inventori in merito alle modalità di una puntuale gestione della materia brevettuale, con particolare riferimento al rapporto con le industrie.

Nel 2009, inoltre, l'Istituto ha provveduto ad aggiornare le norme interne relative all'ottenimento e gestione di brevetti con l'adozione di un *Regolamento per le invenzioni conseguite presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli e conseguenti tutele brevettuali e registrazioni di opere dell'ingegno*. Tale Regolamento ha segnato uno step significativo, anche alla luce delle nuove disposizioni di legge (D. Lgs 30 del C.P.I. del 10.02.05 art.65) che, nel contesto delle pubbliche amministrazioni, riconoscono l'inventore quale titolare della sua invenzione e non più il datore di lavoro. Oltre a precisare responsabilità e procedure interne per il riconoscimento in materia di proprietà intellettuale, esso dispone anche l'istituzione di un'apposita *Commissione Brevetti*, con funzione consultiva, a supporto della Direzione Scientifica, in merito allo svolgimento delle attività brevettuali ed al conseguente sviluppo scientifico e tecnologico.

La Commissione Brevetti risulta composta da 7 membri:

- 3 esperti in materia scientifica
- Direttore Amministrativo
- Direttore Scientifico
- Direttore del Servizio Amministrativo della Ricerca Scientifica
- Responsabile Ufficio Brevetti (UMI)

La commissione brevetti, la cui attività si integra con quella svolta dall'ufficio brevetti (evoluzione prevista dell'Ufficio Marketing industriale) non ha potere decisionale, ma si esprime su tutto quello che concerne le attività brevettuali. Nel 2009 e nel 2010 l'attività dell'Ufficio Marketing industriale si è focalizzata maggiormente sulla tutela dei titoli a livello internazionale e sulla opportunità di trasferire gli stessi a partner industriali scelti sia per la divulgazione dei risultati inventivi che per lo sfruttamento economico degli stessi. Per l'anno 2010 gli sviluppi delle attività inventive hanno prodotto i seguenti risultati:

- 1 Brevetto Nazionale a titolarità congiunta con Soggetto Terzo (Tecnopolo).
- 2 PCT - o Depositi Internazionali - a titolarità congiunta con altre Istituzioni.
- 2 Estensioni da stesso PCT a titolarità congiunta con altre Istituzioni: 1 Deposito Usa ed 1 ingresso fase Europea.
- 3 Estensioni da stesso PCT a titolarità 100% IOR: 1 Deposito Cina, 1 Deposito India ed 1 ingresso fase Europea.
- 1 Estensione da stesso PCT a titolarità congiunta con altre Istituzioni: 1 Deposito in Hong Kong.

Titoli di Privati o altre Istituzioni, i cui Inventori svolgono la loro attività allo/per IOR:

- 2 Provisional Usa.
- 2 PCT- o depositi internazionali.
- 3 Estensioni da stesso PCT: 1 Deposito Usa, 1 Deposito Australia ed 1 ingresso fase Europea.
- 1 Divisionale in Cina.

Capitolo 6 - Governo della ricerca e dell'innovazione

Alla data del 31 dicembre 2010 l'Istituto risulta coinvolto a vario titolo (titolarità piena, titolarità congiunta con altri enti, inventori dipendenti del Rizzoli, ecc.) in 49 brevetti, riferiti a 26 "casi inventivi". Il fatturato relativo alle attività derivate dallo sfruttamento del patrimonio intellettuale dell'Istituto nel periodo 2007-2010 è riportato nella tabella seguente. Esso evidenzia un andamento non lineare essendo dipendente dall'impiego e dalla valorizzazione dei brevetti fatto dai partner industriali dell'Istituto.

Tab. 6.10 – Ricavi derivanti dalla valorizzazione di titoli brevettuali (anni 2007-2010)

	2007	2008	2009	2010
Ricavi	€ 15.230,01	€ 19.503,50	€ 57.222,77	€ 27.649,15

Altri progetti per l'innovazione Con l'obiettivo di partecipare a nuove forme di accesso a finanziamenti alla ricerca e di rafforzare l'attività di ricerca & sviluppo in collaborazione con imprese del settore biomedicale l'Istituto ha messo in campo, negli ultimi anni, una pluralità di azioni. Tra queste particolarmente significative sono quelle volte a strutturare nuovi network per l'accesso a finanziamenti o per l'innovazione o a ricercare potenziali partner per progetti di innovazione (es. tramite la partecipazione ad eventi fieristici). Rientrano nel primo ambito l'adesione a diverse forme associative quali il *Consorzio PITecnoBio* e l'*Associazione Torri dell'Acqua*.

Consorzio PITecnoBio. Al fine di promuovere le attività di ricerca di base, la ricerca industriale e lo sviluppo sperimentale di piattaforme innovative applicate alla realizzazione di nuovi approcci diagnostici e terapeutici, il Rizzoli ha aderito, nel novembre 2008, al "*Consorzio di Ricerca per lo Sviluppo di Piattaforme Innovative nel Settore delle Tecnologie Biomediche – Consorzio PITecnoBio*". L'attività svolta dal Consorzio nel corso del 2010 è stata finalizzata prioritariamente alla partecipazione ai bandi MIUR. Rispetto a tali bandi il Rizzoli ha partecipato, con altre realtà pubbliche e private, sia in qualità di capofila, sia come partner di diversi progetti che hanno superato la prima fase di selezione prevista dai bandi medesimi.

Associazione Torri dell'Acqua. Parallelamente alla riorganizzazione delle attività di ortopedia in ambito metropolitano, realizzata nel 2009, nel Distretto sanitario "Pianura Est" ha preso il via un progetto di rafforzamento e sviluppo del cosiddetto "distretto della protesica". In relazione a tali nuovi assetti e come ulteriore ambito di ricerca & sviluppo, innovazione e trasferimento tecnologico l'Istituto ha aderito alla costituzione dell'*Associazione Torri dell'acqua*, con sede presso il complesso delle Torri dell'Acqua del Comune di Budrio a cui prendono parte sia altri enti pubblici (il Comune di Budrio), sia aziende private operanti nel settore della protesica, oltre a Unindustria Bologna e a Cna Associazione Provinciale di Bologna che operano come sponsor sostenitori dell'iniziativa con la messa a disposizione i loro servizi. Nel corso del 2010 l'Associazione ha partecipato con successo a diversi bandi regionali. Si segnala, in particolare, il bando per il sostegno dello sviluppo delle reti d'impresa "*Dai Distretti produttivi ai distretti tecnologici*" volto a strutturare la filiera produttiva ed a rafforzare la capacità di ricerca & sviluppo (innovazione continua di prodotto e di processo) grazie ad un rapporto meno episodico con il sistema della ricerca. Diverse unità operative dell'Istituto - tra cui alcuni laboratori del Dipartimenti Rizzoli RIT - partecipano ai progetti ammessi come strutture di riferimento per lo svolgimento delle attività di ricerca industriale e sviluppo tecnologico del progetto.

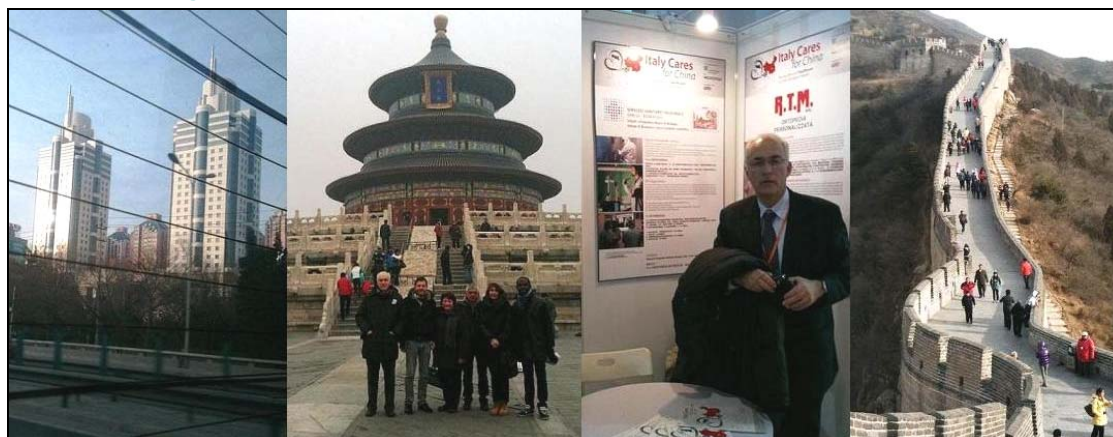
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

Progetto Health In China (HIC). Episodio significativo di questa strategia volta a partecipare a network dell'innovazione è la partecipazione al progetto di internazionalizzazione denominato *Progetto Health In China* (HIC), messo a punto in occasione dell'Expo 2010 di Shanghai. Tale progetto ha consentito all'Istituto di avviare importanti contatti con organismi governativi cinesi (Ministeri della Salute e degli Affari Civili, federazione dei Disabili competenti nella organizzazione e gestione dei servizi sanitari dei disabili) e di partecipare ad una importante manifestazione fieristica a Pechino che si è svolta a dicembre 2010.

Partecipazione a fiere. Oltre alle iniziative strettamente connesse alle predette forme associative, IOR ha investito nella partecipazione attiva a manifestazioni fieristiche ed eventi. Di seguito si elenca l'attività 2010:

- **ExpoSanità 2010** (Bologna, 26 maggio 2010): per la presentazione delle attività del Dipartimento Rizzoli RIT nell'ambito dello stand "Piattaforma Scienze della Vita" organizzato da ASTER, per la promozione della rete Alta Tecnologia della Regione Emilia-Romagna.
- **SANA 2010** (Bologna, 9-12 settembre 2010), con un stand di presentazione delle attività di ricerca del Dipartimento Rizzoli RIT. La partecipazione alla manifestazione ha inteso intensificare i rapporti con il mondo industriale (produzione, depositi brevetti, partecipazione a progetti in partnership, ecc) per potenziare le attività di trasferimento di conoscenze scientifiche e risultati di ricerca anche verso settori non strettamente legati al campo del biomedicale. Nel corso della manifestazione è stato organizzato un convegno dal titolo "*Novità e ricerca sulle fragilità ossee*".
- **Matching 2010 – "To know, to grow"** (Milano, 22-24 novembre 2010) per lo sviluppo di relazioni di partnership e per accrescere la conoscenza del mercato e delle opportunità che questo offre, per valutare le altre imprese come possibili clienti, fornitori o partner.
- **Care & Rehabilitation** (Pechino, 3-5 dicembre 2010). L'Istituto ha partecipato unitamente ad aziende dell'Associazione *Torri dell'Acqua* di Budrio e ad altre imprese regionali ed extraregionali che operano nel settore del biomedicale, della telemedicina, dell'ortopedia specializzata, della protesica ed ausili e dei servizi ospedalieri a un progetto di internazionalizzazione, sponsorizzato dalla Regione Emilia-Romagna, che ha previsto tra le sue iniziative la presenza alla manifestazione fieristica "*Care & Rehabilitation*" dedicata alla riabilitazione e alla disabilità a Pechino.

Tab. 6.2 – Immagini della missione a Pechino, Cina (3-5 dicembre 2010)



Capitolo 6 - Governo della ricerca e dell'innovazione

La presenza in Cina si è articolata con l'allestimento di uno stand delle aziende della filiera e con l'organizzazione del *I Workshop on the Chinese & Italian Prosthetics* che ha visto come sponsor cinesi oltre al *Rehabilitation Department of China Disabled Person's Federation (CDPF)*, anche il *China Rehabilitation Devices Association* e il *China Association for the Rehabilitation of Disabled Person* (organismi governativi che gestiscono interamente il settore degli invalidi anche dal punto di vista degli approvvigionamenti). Obiettivo del *workshop* è stato lo scambio di esperienze e il confronto sui modelli organizzativi in campo protesico e riabilitativo, sulle metodologie e ricerca applicate. Ad esso si è affiancato, in una prospettiva di medio termine, anche l'obiettivo di sviluppare un rapporto di duratura collaborazione nel settore della produzione, della ricerca applicata, della cura, della formazione del personale in ambito protesico-riabilitativo. Al workshop l'Istituto ha presentato una relazione sull'eccellenza della ricerca ortopedica svolta presso il nostro Istituto e sulla sua applicazione al settore protesico. Ciò ha consentito la sottoscrizione di un accordo – *Friendship and cooperation agreement* - tra Unindustria Bologna (per conto dell'Associazione *Torri dell'Acqua* e SENAF, la società che organizza la manifestazione Expo' Sanità), *China Association of Rehabilitation of Disabled* e *China Rehabilitation Devices Association* finalizzato all'organizzazione di iniziative comuni di confronto.

Sempre nell'anno 2010 è da segnalarsi anche la partecipazione del Rizzoli alla “*Notte del ricercatore*” (24 settembre 2010) per i ricercatori dell'Emilia-Romagna, quale iniziativa di sensibilizzazione sociale sull'importanza della ricerca scientifica.

Dipartimento Rizzoli RIT (Research, Innovation & Technology). Il 4 novembre 2009, alla presenza delle autorità regionali, l'Istituto inaugurava i 6 nuovi laboratori destinati a far parte del tecnopolo bolognese e dunque della Rete Regionale dell'Alta Tecnologia. Nel 2010 è stata invece formalizzata la creazione del Dipartimento Rizzoli RIT (*Research, Innovation & Technology*) entro cui i 6 laboratori trovano collocazione organizzativa. La costituzione del nuovo Dipartimento è sancita *nell'Addendum tra la Regione e Istituto Ortopedico Rizzoli all'accordo di programma quadro tra la regione, le Università e gli Enti di Ricerca per la realizzazione della rete regionale di alta tecnologia nell'ambito dell'attuazione dell'asse I attività 1.1 del POR FESR 2007-2013 approvato con DGR 1189/09* (deliberazione n. 628 del 03/11/2009) e nell'*Accordo di programma tra Regione Emilia-Romagna e l'Istituto Ortopedico Rizzoli, per la partecipazione alla realizzazione di un tecnopolo di attività di ricerca industriale nell'ambito della Rete Alta Tecnologia, organizzata in ASTER, Associazione Scienza e Tecnologia dell'Emilia-Romagna*, siglato il 5 novembre 2009. Ad essi è seguita la sottoscrizione, in data 21 aprile 2010, *della Convenzione per l'attuazione dell'Attività I.1.1 del POR-FESR 2007-2013 tra la Regione Emilia-Romagna e l'Istituto Ortopedico Rizzoli (IOR)*, (deliberazione n. 208 del 27/04/2010).

L'attività dei laboratori di ricerca che costituiscono il Dipartimento Rizzoli RIT è caratterizzata da relazioni con il mondo industriale afferenti ai filoni di ricerca: medicina rigenerativa, biomedica, farmaceutica, biomeccanica, informatica clinica, costruite allo scopo di favorire la ricaduta aziendale dei risultati della ricerca svolta, siano essi brevetti, prove e test, metodiche, processi produttivi innovativi, prodotti.

Il Dipartimento Rizzoli RIT è quindi l'articolazione organizzativa attraverso cui si esplicita la collaborazione tra l'Istituto e la Rete Regionale dell'Alta Tecnologia, con particolare riferimento alla Piattaforma tecnologica Scienza della Vita,

prioritariamente, e quindi alla Piattaforma per l'innovazione tecnologica. I sei laboratori del Dipartimento Rizzoli RIT sono:

- **Laboratorio ProMeTEO** (Prodotti di Medicina Rigenerativa e Tissue Engineering in Ortopedia). Responsabile Organizzativo: dr.ssa A. Bassi, Responsabile Scientifico: dr. P.M. Fornasari.
- **Laboratorio BITTA** (Biocompatibilità Innovazione Tecnologica Terapie Avanzate). Responsabile Organizzativo: dr.ssa M. Fini, Responsabile Scientifico: prof. R. Giardino.
- **Laboratorio RAMSES** (Laboratorio di Studi Preclinici in Good Laboratory Practice (GLP) per la Medicina Rigenerativa dell'Apparato Muscolo-Scheletrico). Responsabile Organizzativo: dr.ssa E. Grigolo, Responsabile Scientifico: prof. A. Facchini.
- **Laboratorio NABI** (Nano Biotecnologie). Responsabile Organizzativo: dr.ssa E. Kon, Responsabile Scientifico: prof. M. Marcacci.
- **Laboratorio BIC** (BioIngegneria Computazionale). Responsabile Organizzativo: ing. M. Viceconti, Responsabile Scientifico: ing. M. Viceconti.
- **Laboratorio CLIBI** (Bioinformatica Clinica). Responsabile Organizzativo: dr. L. Sangiorgi, Responsabile Scientifico: dr. L. Sangiorgi.

Per ogni laboratorio sono stati definiti:

- gli ambiti tecnologici di riferimento;
- le filiere produttive di potenziale ricaduta dei risultati;
- la dotazione di nuovo personale dedicato a tempo pieno e parziale con rapporto a vario titolo;
- il personale strutturato e convenzionato coinvolto nel laboratorio a tempo parziale;
- le attrezzature di nuova acquisizione e quelle già di proprietà dello IOR e conferite ai laboratori;

la sede provvisoria del laboratorio all'interno dell'Istituto in attesa del completamento della nuova sede del tecnopolo bolognese presso l'area BAT – ex Manifattura Tabacchi.

6.2 Sviluppo di un ambiente culturale favorevole

La promozione della ricerca scientifica richiede, anche nell'ambito di un IRCCS come il Rizzoli, l'approntamento di una pluralità di azioni ed interventi finalizzati a sviluppare un contesto favorevole a tale attività.

Performance di più alto livello nel campo della ricerca sono infatti il risultato di una combinazione di una pluralità di “fattori” che includono al primo posto risorse umane e tecnologie, ma anche modelli organizzativi e gestionali, partecipazione a reti allargate, disponibilità di *task force* di supporto, fino alla promozione di un ambiente culturalmente favorevole caratterizzato da trasparenza e spirito di collaborazione.

Anche la partecipazione a circuiti o reti della ricerca e dell'innovazione in ambito internazionale è rilevante a tal fine, sia in quanto veicolo di informazioni ed idee, sia come necessaria occasione di benchmarking e dunque di stimolo al miglioramento. In questo ambito lo sviluppo di un ambiente culturale favorevole all'attività di ricerca

Capitolo 6 - Governo della ricerca e dell'innovazione

scientifico presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli è inteso con riferimento alle seguenti distinte dimensioni:

- avvio di un progetto di sviluppo dell'Infrastruttura per la Ricerca e l'Innovazione;
- realizzazione di un archivio dei prodotti della ricerca nell'ambito di un progetto regionale in cui il Rizzoli svolge il ruolo di coordinatore;
- la partecipazione a *network* internazionali di ricerca e di diffusione del sapere scientifico biomedico;
- strutture di supporto quali la biblioteca scientifica e la *task force* per la ricerca.

Progetto di sviluppo dell'Infrastruttura per la ricerca e l'innovazione. Il Rizzoli, in quanto IRCCS, ha sviluppato nel tempo una struttura "storica" di sostegno alla ricerca che si "snoda" attraverso tutte le articolazioni organizzative aziendali: laboratori di ricerca, Servizio Amministrativo della Ricerca Scientifica, Ufficio Progetti Per l'Innovazione e Progetti Europei, Direzione Scientifica e relativo staff. La complessità dei compiti con cui si deve confrontare questa infrastruttura, specie in seguito all'accresciuta partecipazione a progetti finanziati dall'Unione Europea (e dunque sottoposti ad un regime stringente di controllo, monitoraggio, valutazione, rendicontazione) ed all'integrazione in un Servizio Sanitario Regionale che sta facendo della ricerca delle aziende sanitarie un obiettivo qualificante e strategico, richiede una sua riorganizzazione e l'approntamento di nuovi strumenti gestionali, organizzativi ed informatici per supportarne l'attività. In particolare sul versante dell'integrazione con la sanità regionale ciò si traduce in una collaborazione assai stretta con l'Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale (Area Governo Clinico e Area Ricerca), nella partecipazione ai gruppi regionali istituiti sui temi della ricerca, nel coinvolgimento del Rizzoli in importanti progetti regionali. Orizzonte di riferimento è il documento regionale "*La ricerca come attività istituzionale del Servizio Sanitario Regionale – principi generali ed indirizzi operativi per le aziende Sanitarie della Regione*", da un lato, e l'impegno a mantenere ed anzi accrescere il livello di eccellenza che caratterizza da tempo l'Istituto anche sul versante della ricerca scientifica. Per questo motivo l'Istituto, destinatario del finanziamento regionale a sostegno delle *Attività di Ricerca e Innovazione per il triennio 2009-2011*, ha definito nel 2009 il Piano triennale di utilizzo di tali finanziamenti ponendosi come obiettivo principale la riorganizzazione ed il potenziamento dell'attuale *Infrastruttura a supporto della Ricerca e Innovazione*.

Nello sviluppo del piano, particolare attenzione è stata assegnata alla realizzazione di una infrastruttura tecnologica innovativa e alla realizzazione di un Sistema Informativo che garantisca la tracciabilità delle attività di ricerca e consenta l'accesso, da parte dei ricercatori e dei referenti amministrativi, di tutte le informazioni economiche e scientifiche relative a ciascun progetto di ricerca. Tale sistema consentirà di effettuare tempestivamente le rendicontazioni verso i committenti/finanziatori e di monitorare i risultati delle attività di ricerca.

Nel 2010, in coerenza con tale piano, è stato predisposto il capitolato ed aggiudicata la gara per l'acquisizione di un sistema wireless integrato alla rete aziendale esistente e la cui messa in opera è prevista entro l'estate del 2011 nei reparti di degenza (per l'utilizzo della cartella clinica a letto del paziente e l'accesso al sistema informativo ospedaliero e al PACS); negli studi medici; nelle aule di lezione, sale riunioni e sale congressi (anfiteatro e aula magna); nei laboratori di ricerca; negli openspace e zone di portineria (utilizzate durante convegni e congressi nazionali e internazionali).

Si è inoltre deciso di realizzare una infrastruttura separata di rete wireless ad accesso guest, ad uso dei frequentatori dell'Istituto, per motivi di studio e/o collaborazioni a progetto, e per l'accesso ad Internet durante convegni e congressi. Si è quindi proceduto con la revisione dell'area dati del corrente sistema di controllo di gestione per l'inclusione di ulteriori dati di budget. Infine è stata aggiunta al sistema informativo ospedaliero la gestione della classificazione dei pazienti negli studi clinici.

Un progetto per la costruzione di un archivio dei prodotti della ricerca. Dalle esperienze sperimentali degli anni scorsi sullo sviluppo dell'*Anagrafe della Ricerca* è emersa la necessità di prevedere una più puntuale e precisa identificazione informatizzata dei "prodotti" della ricerca scientifica, così da riuscire a valutare la tipologia e la qualità della ricerca prodotta dalle singole aziende in base a parametri internazionalmente accettati. A tal fine, l'*Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale* ed il Rizzoli hanno messo a punto, negli ultimi mesi del 2008, un progetto ad hoc. Tale progetto, di cui il Rizzoli è coordinatore, è stato approvato nel Programma di Ricerca Regione-Università Area 3: *Formazione alla ricerca e creazione del research network*, ed è intitolato **"La ricerca scientifica in Emilia Romagna: costruzione di un "archivio aperto" dei prodotti della ricerca nelle aziende sanitarie. Valorizzazione e valutazione dei prodotti della ricerca e formazione del personale"**. La quota di finanziamento destinata al Rizzoli è pari a 103.000 euro. Nel corso del 2009 un gruppo di lavoro, con la partecipazione dei responsabili scientifici delle aziende sanitarie coinvolte oltre al Rizzoli ha effettuato una ricognizione degli indicatori utili alla valutazione della produttività scientifica e della conseguente ricaduta sanitaria ed anche un'analisi di sistemi informatici in grado di gestire via web il complesso processo di acquisizione dei dati bibliometrici, scegliendo infine il sistema informatico UGOV sviluppato dal CINECA di Bologna. Durante il 2010 si sono avuti numerosi incontri con i responsabili informatici ed i referenti della ricerca dell'Azienda Ospedaliera Universitaria S.Orsola-Malpighi di Bologna, dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia e dell'Istituto Oncologico Romagnolo di Meldola coordinati dall'Istituto Ortopedico Rizzoli. Si è quindi proceduto a testare il sistema caricando una serie di prodotti scientifici secondo le indicazioni elaborate da un gruppo di lavoro appartenente alle suddette istituzioni. Tale caricamento si è concluso nel dicembre 2010 e sono in corso le elaborazioni di tali risultati per stabilire le criticità del sistema e la possibilità di estendere tale metodologia alle aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

Partecipazione alle reti nazionali ed internazionali della ricerca. La partecipazione a network della ricerca o della produzione e diffusione di sapere scientifico biomedico avviene sotto diverse forme: dalla partecipazione a progetti di ricerca finanziati dall'Unione Europea e dunque a specifici network di ricerca, sino a scambi di personale e frequentazione di centri di ricerca ed ospedali d'eccellenza internazionali; dalla partecipazione all'*editorial board* di riviste scientifiche internazionali alla promozione e/o partecipazione a società scientifiche nazionali ed internazionali dell'ambito ortopedico. Nel corso del 2010 l'Istituto ha proseguito la partecipazione ad importanti progetti di ricerca realizzando *network* tra gruppi di ricercatori in ambito internazionale (i nuovi progetti di ricerca europei avviati nel 2010 sono elencati nella tabella 6.5). Accanto a ciò occorre rilevare la presenza di diverse **società scientifiche fondate e/o ospitate in Istituto**: *European Muscolo-Skeletal Oncology Society* (EMSOS), *Italian Sarcoma Group* (ISG), *Italian Orthopaedic Research Society* (IORS), *Società Italiana di Medicina e Chirurgia del Piede*, *Associazione Studio e Cura Tumori Ossei e dei Tessuti Molli*. Ugualmente rilevante, infine, è la presenza di professionisti dell'Istituto nell'*editorial board* di alcune delle più prestigiose riviste

Capitolo 6 - Governo della ricerca e dell'innovazione

scientifiche del campo ortopedico, sia nazionali (Chirurgia degli Organi di Movimento), sia internazionali (Hip International, Journal of Applied Biomaterial and Biomechanics, International Journal of Artificial Organs, Foot & Ankle Surgery). Con riferimento a ciò è da segnalare la prosecuzione della collaborazione con l'editore scientifico Springer Italia Srl per la pubblicazione e diffusione, in ambito internazionale, della rivista. *La Chirurgia degli Organi di Movimento – Musculoskeletal Surgery*. Sulla base di un accordo stipulato nel 2007 è stato pertanto possibile rinnovare la storica testata scientifica fondata nel 1917 da Vittorio Putti, allora direttore dell'Istituto Ortopedico Rizzoli.

Infine è da segnalare la realizzazione, promossa dalla Direzione Scientifica, di meetings scientifici di altissimo livello che nel 2010 hanno visto la venuta al Rizzoli, per tenere *lectures*, da parte di:

- prof. Andrea Lenzi, ordinario di endocrinologia all'Università la Sapienza e direttore del Dipartimento di Fisiopatologia Medica del Policlinico Umberto I di Roma;
- prof. Paolo Comoglio, direttore scientifico dell'Istituto per la Ricerca e la Cura del Cancro di Torino;
- prof. Ottavio Cremona, professore di Anatomia Umana all'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano;
- prof. Roberto Passariello, direttore dell'Istituto di Radiologia dell'Università La Sapienza di Roma e membro del Consiglio Superiore di Sanità;
- prof. Giulio Cossu, direttore dell'Istituto di Ricerca per le Cellule Staminali della Fondazione San Raffaele di Milano;
- prof. Julio Abucham, direttore dell'Unità di Neuroendocrinologia e della Scuola di Specializzazione di Endocrinologia di San Paolo del Brasile;
- prof. Ralph A. Bradshaw, editor di *Cellular and Molecular Proteomics*, Full Professor e Direttore del Dipartimento di Spettrometria di Massa e Proteomica all'Università della California a San Francisco;
- prof. Ivan Martin, docente della facoltà di Medicina dell'Università di Basilea e Direttore dell'Unità di Ingegneria Tissutale presso il Dipartimento di Chirurgia e Biomedicina del Policlinico universitario;
- prof. Ruggero De Maria, Direttore del Dipartimento di Ematologia, Oncologia e Medicina Molecolare dell'Istituto Superiore di Sanità;
- prof. Gianluigi Condorelli, Direttore del Dipartimento di Medicina del Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Strutture di supporto: la biblioteca scientifica. La **Biblioteca Umberto I** dispone di un patrimonio documentale di 12.009 monografie , 20.898 annate di periodici (943 riviste possedute in formato cartaceo, di cui 151 in corso di ricevimento). Ad esso si somma il patrimonio librario della **donazione Putti**, costituito da testi antichi di medicina e da riviste mediche del XIX e della prima parte del XX secolo: 3.830 monografie e 1.760 volumi di periodici. Oltre a periodici in formato cartaceo la biblioteca ha fornito anche l'accesso *online* alle riviste scientifiche: nel 2010, oltre a 227 riviste accessibili online (acquistate o fornite con il cartaceo), è stato possibile accedere ulteriormente a 5.000 riviste *online* tramite il *Consorzio Bibliosan*, cui la biblioteca aderisce.

La biblioteca garantisce inoltre l'accesso a 8 banche dati in linea, tra cui: Cochrane Library, Cinahl, BioMedCentral, Springer Images: medicine & life collection, Web of Science, Journal Citation Reports (alcune fornite dal Consorzio Bibliosan mentre altre acquistate con fondi propri).

Nel 2010 gli accessi di utenti in biblioteca sono stati 1.311 (erano stati 1.474 nel 2009), un dato che conferma il trend discendente di presenze fisiche in biblioteca imputabile alla diffusione sempre più consistente della consultazione *online* delle riviste (nel 2010 sono stati 35.100 gli articoli recuperati dalle risorse *online* di Bibliosan da parte del personale del Rizzoli, rispetto ai 20.635 del 2009). Le richieste in visione di fascicoli sono state 575 rispetto alle 740 del 2009. 391 quelle di monografie, contro 526 del 2009.

Tab. 6.11 – Dati di attività delle biblioteche scientifiche (anni 2006-2010)

	2006	2007	2008	2009	2010
n. accessi in biblioteca	2.746	2.106	2.042	1.474	1.311
n. articoli recuperati <i>online</i> via Bibliosan	n.d.	n.d.	n.d.	20.635	35.100
n. richieste visione fascicoli	5.126	1.787	872	740	575
n. richieste visione volumi	1.271	1.020	936	526	391
n. richieste di <i>document delivery</i> soddisfatte	1.728	1.496	1.644	1.791	1.637

Le richieste di *document delivery* evase (fornitura del *full text*) sono state 1.637 (nel 2009 erano state 1.791) attraverso il sistema operativo per lo scambio del materiale elettronico NILDE. Per la rapidità dell'evasione delle richieste l'Istituto si è posizionato al 5° posto tra le 630 biblioteche aderenti a NILDE ed all' 8° posto tra i partners del Consorzio Bibliosan (63 nel 2010 mentre erano 52 nel 2009). Il dato registrato, che trova la biblioteca dell'Istituto sempre nelle prime posizioni, è significativo in quanto il Ministero del Lavoro, della Salute e delle politiche sociali ha inserito, tra gli indicatori utili per la valutazione degli IRCSS ai fini del finanziamento della ricerca corrente del 2010, l'attività di *document delivery* effettuata da ciascun consorziato attraverso NILDE.

Strutture di supporto: la task force e l'Ufficio Progetti Europei. Oltre al tradizionale supporto all'attività di ricerca e formazione garantito dai servizi bibliotecari, l'Istituto ha attivato da tempo una "task force" (composta da statistico, traduttore in lingua inglese, computer-grafico) volta a supportare l'attività di ricerca e la predisposizione dei saggi per la pubblicazione su riviste scientifiche, ed un *Ufficio Progetti Europei* incaricato della gestione amministrativa e contabile dei progetti finanziati dall'Unione Europea a cui l'Istituto partecipa.

6.3 Garanzie di trasparenza

Particolarmente rilevante, dal punto di vista della "garanzia di trasparenza" e della tutela dei pazienti coinvolti è la valutazione, dal punto di vista etico, dell'attività di ricerca clinica svolta in Istituto. Tale attività è di competenza del *Comitato Etico*, operante in Istituto dal 1998. Nel corso degli anni l'attività del Comitato Etico è cresciuta (si veda il grafico 6.4) in conseguenza del maggior impegno dell'Istituto nella

Capitolo 6 - Governo della ricerca e dell'innovazione

conduzione di sperimentazioni cliniche. Nel corso del 2010 il *Comitato Etico* del Rizzoli ha valutato 86 sperimentazioni (73 studi medici e 13 studi veterinari) approvandone 84 (pari al 97,6%) e respingendone 2. Per 37 sperimentazioni (pari al 43%) l'autorizzazione allo svolgimento è stata concessa a seguito di richieste di chiarimenti e/o modifiche. La presentazione dell'attività annuale del Comitato Etico del Rizzoli (anni 2006-2010) è riportata nelle tabelle seguenti.

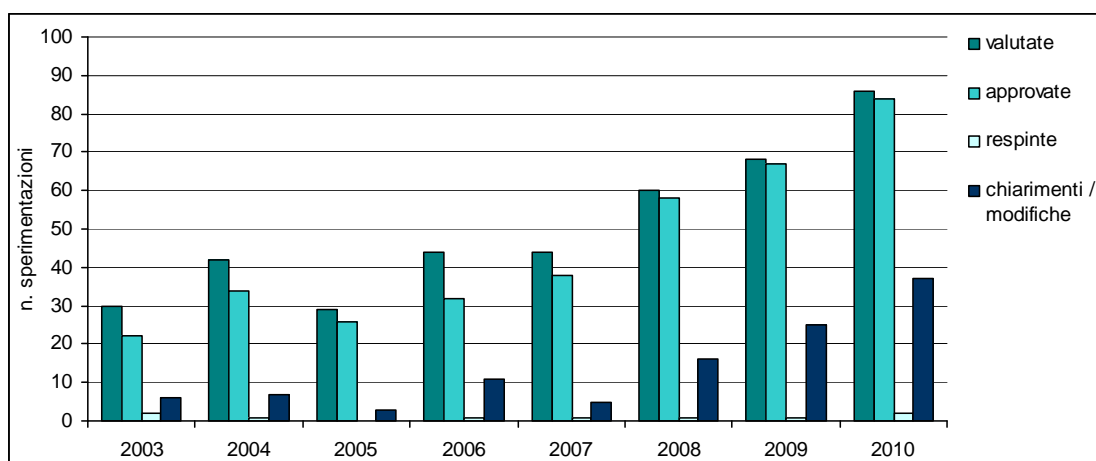
Tab. 6.12 – Attività del Comitato Etico (anni 2006-2010)

	2006	2007	2008	2009	2010
Riunioni effettuate	7	7	9	10	10
Punti all'ordine del giorno trattati	58	68	108	116	156
Delibere assunte	10	8	15	6	17

Tab. 6.13 – Attività del Comitato Etico: valutazione sperimentazioni (anni 2006-2010)

Sperimentazioni	2006	2007	2008	2009	2010
Valutate	44	44	59	68	86
Approvate	32	37	58	67	84
Respinte	1	0	1	1	2
Richieste di chiarimento e/o di modifica	11	7	16	25	37
Sperimentazioni sponsorizzate	8	14	16	6	6

Graf. 6.4 – Attività del Comitato Etico: valutazione sperimentazioni (anni 2003-2010; valori assoluti)



CAPITOLO 7

Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

Nel Bilancio di Missione 2010 questa sezione, riservata a programmi od attività di particolare rilievo individuati a livello aziendale, è dedicata a rendicontare due progetti particolarmente significativi. In primo luogo l'attivazione della rete ortopedica regionale, secondo il modello hub & spoke, in cui l'Istituto Ortopedico Rizzoli svolge la funzione di *hub*, come indicato dalla delibera della Giunta Regionale n.608/2009 (7.1). Quindi il nuovo reparto di Ortopedia Pediatrica, inaugurato il 14 giugno 2010, anche in considerazione delle soluzioni individuate per meglio rispondere alle esigenze dei piccoli pazienti (7.2).

7.1 Il Rizzoli e la rete regionale hub & spoke ortopedica

La delibera della Giunta Regionale 4 maggio 2009, n.608, sancisce un accordo tra Regione Emilia-Romagna ed Istituto Ortopedico Rizzoli, per il periodo 2009-2011, che riconosce all'Istituto la funzione di *hub* nella rete ortopedica regionale organizzata secondo il modello *hub & spoke*. Più precisamente la funzione di *hub* è riconosciuta per le seguenti linee di servizio:

1. ortopedia oncologica;
2. chirurgia vertebrale;
3. ortopedia pediatrica;
4. revisione e sostituzione di protesi
5. terapia chirurgica delle gravi patologie infettive ossee;
6. chirurgia del piede.

Ad esse si aggiungono le seguenti altre attività:

1. Banca del Tessuto Muscolo-scheletrico (BTM);
2. Medicina rigenerativa (Cell Factory)
3. Registri degli impianti e degli espunti di protesi ortopediche (RIPO e REPO)
4. Genetica medica e malattie rare osteo-articolari.

Si tratta, in realtà, di funzioni riconosciute formalmente a livello regionale ma che si svolgono su una dimensione più ampia, di tipo nazionale (come testimoniato dalla percentuale dei pazienti provenienti da fuori regione sui ricoverati in queste specialità) e, in particolare per l'oncologia, internazionale. L'organizzazione della rete, anche in ambito ortopedico, si fonda su:

- definizione dell'*hub*, ossia dell'ospedale di riferimento,
- definizione della rete degli *spoke*, ossia degli ospedali di primo impatto che si relazionano con l'*hub*,
- definizione degli ospedali *spoke/hub*, ossia degli ospedali che per alcune funzioni si riferiscono all'*hub* ma che per altre sono autosufficienti.

Analizzando diversi indicatori la *Commissione Ortopedica Regionale* ha deciso di avviare la realizzazione della rete a partire dall'ortopedia oncologica e dall'ortopedia pediatrica individuando sedi ospedaliere ove realizzare:

- percorsi diagnostico-terapeutici condivisi specifici per sede a seconda della *clinical competence*;

Capitolo 7 - Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

- percorsi formativi biunivoci tramite l'attività di specialisti dell'Istituto nelle sedi *spoke* e di professionisti delle aziende sanitarie presso il Rizzoli per la casistica a maggiore complessità;
- attività ambulatoriali specialistiche nelle sedi delle aziende sanitarie integrando équipe locali e del Rizzoli;
- attività chirurgiche nelle sedi delle aziende sanitarie integrando équipe locali e del Rizzoli.

La Commissione ha inoltre definito dimensionamento e collocazione ottimale dei nodi della rete. Per l'avvio della rete, ad esempio, ha individuato come *target* un nodo per area vasta, oltre ad alcune situazioni particolari per fattori geografici, per fenomeni migratori e per la disponibilità dei professionisti al lavoro in rete.

L'Azienda USL di Piacenza è stata la prima azienda ad avviare una relazione con il Rizzoli nelle discipline di ortopedia oncologica e ortopedia pediatrica. Sul modello dell'esperienza di Piacenza sono stati predisposti nel 2010 accordi con altre aziende sanitarie ed altre Aree Vaste che avranno pratica attuazione nel 2011: con l'Azienda USL di Reggio-Emilia (Ospedale Civile di Guastalla) per l'ortopedia pediatrica, con l'Azienda USL di Forlì e con l'IRST di Meldola rispettivamente per attività ortopediche oncologiche chirurgiche e per attività ambulatoriali oncologiche (integrando una precedente convenzione con la AUSL di Forlì rivolta solo ai residenti nella stessa Azienda USL e non all'intera Area Vasta Romagna).

Attività di ortopedia pediatrica presso l'Azienda USL di Piacenza. La convenzione stipulata tra l'Istituto Ortopedico Rizzoli e l'Azienda USL di Piacenza (maggio 2010) prevede l'istituzione di un ambulatorio di Ortopedia Pediatrica e di una seduta chirurgica dedicata, entrambi con frequenza mensile presso l'Ospedale Civile di Piacenza.

Gli ambulatori dedicati all'ortopedia pediatrica si svolgono mensilmente e sono dedicati alla valutazione di tutti i pazienti, con età compresa dalla nascita ai 14 anni, affetti da patologie ortopediche. L'équipe medica prevede la presenza di due ortopedici specialisti in Ortopedia Pediatrica, del Rizzoli, ed un ortopedico del Reparto di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale civile di Piacenza. Ogni seduta ambulatoriale è aperta a 20 visite (tra prime visite e controlli), più un numero variabile di visite per collaudi di tutori. L'accesso è possibile mediante diverse afferenze:

- agenda CUP;
- richiesta diretta del Pediatra di base;
- consulenza interna ospedaliera (Reparto di Ortopedia, Pediatria, ecc.).

Con cadenza mensile è prevista anche una seduta operatoria nella quale si effettuano interventi di ortopedia pediatrica in pazienti fino a 16 anni. Anche in questo caso l'équipe medica è composta da due ortopedici specialisti in Ortopedia Pediatrica (del Rizzoli) ed un ortopedico del Reparto di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale civile di Piacenza.

Risultati. Da giugno 2010 a dicembre 2010 sono afferiti all'ambulatorio di Ortopedia Pediatrica di Piacenza 117 bambini di età compresa tra un mese a 14 anni, con una percentuale pari al 73% di prime visite e 27% di controlli. I pazienti provengono prevalentemente dalla provincia di Piacenza ed in misura minore dalle provincie di Parma e Reggio Emilia e dalla Lombardia. Dall'1 Luglio 2010 al 31 dicembre 2010 sono stati operati a Piacenza, nelle sale dedicate all'Ortopedia Pediatrica, 27 pazienti

dai 6 ai 15 anni di vita. La degenza presso l'ospedale di Piacenza ha avuto una durata variabile tra 1 e 4 giorni.

Tab. 7.1 – Provenienza dei pazienti operati (anno 2010)

	Piacenza	Parma	Reggio Emilia	Altre Province dell'Emilia-Romagna	Lombardia	Piemonte
n° pazienti	6	5	3	1	11	1

La rete *hub & spoke* per le Malattie Rare Scheletriche. La rete regionale per le Malattie Rare Scheletriche è stata istituita con delibera della Giunta Regionale n.1110 del 27 luglio 2009. Essa si occupa della diagnosi e del trattamento delle malattie rare scheletriche con l'obiettivo di dare una risposta efficace ai problemi dei pazienti assicurando una presa in carico globale, un punto di riferimento specializzato e certo nel tempo e interventi diagnostici e terapeutici appropriati. La rete, prima in Italia, opera sul territorio regionale secondo il modello *hub & spoke* che collega i centri di alta specialità (*hub*) con gli ospedali del territorio (*spoke*) nodi periferici della rete (pediatria, ortopedia, fisioterapie opportunamente formate) distribuiti nelle aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. L'accesso al centro hub è richiesto dagli specialisti dei centri spoke quando esigenze diagnostiche e condizioni cliniche del paziente richiedono l'apporto di competenze professionali e tecnologie di altissima specializzazione.

La funzione *hub* è svolta da un'organizzazione inter-aziendale (Istituto Ortopedico Rizzoli, Struttura di Pediatria del Policlinico S.Orsola-Malpighi, Neurochirurgia Ospedale Bellaria dell'Azienda USL di Bologna) per raccogliere tutte le diverse specialità necessarie alla cura delle malattie rare scheletriche, patologie complesse e spesso poco conosciute a causa della loro rarità. I centri spoke sono dislocati nelle diverse province dell'Emilia-Romagna: Azienda USL di Piacenza, Azienda USL di Parma, Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, Azienda USL di Ravenna, Azienda USL di Forlì, Azienda USL di Cesena, Azienda USL di Rimini. Il Coordinamento della rete è effettuato dalla Struttura Semplice Dipartimentale di Genetica Medica e Malattie Rare Ortopediche, che ha istituito un punto stabile di segreteria con personale dedicato e una linea telefonica riservata a disposizione degli operatori medico-sanitari, dei pazienti e dei familiari.

La rete regionale assicura ai pazienti una presa in carico continuativa ed un percorso definito per il *follow up*. Al suo interno il centro *hub* effettua con periodicità il monitoraggio degli aspetti organizzativi e gestionali del percorso diagnostico terapeutico. Inoltre in collaborazione con i centri spoke definisce e coordina i percorsi assistenziali e programma l'implementazione e l'aggiornamento della Rete, nonché valuta gli step di sviluppo della medesima. Questa attività ha come momenti di lavoro specifici le Riunioni di Rete: si tratta di *meeting* semestrali in cui i referenti dei centri di rete si incontrano per discutere i casi, effettuare valutazioni sui percorsi, decidere eventuali revisioni sulla base di incidenza, prevalenza e professionalità disponibili. Nelle Riunioni di Rete si effettuano le verifiche della validità dei protocolli organizzativi e una eventuale revisione al fine di ottimizzare l'operatività delle strutture coinvolte. Da questo confronto nasce lo sviluppo di specifici protocolli o percorsi diagnostico-terapeutici e di *follow up*.

Capitolo 7 - Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

Per la condivisione dei dati clinici è in fase di attivazione una rete telematica protetta grazie all'adozione da parte dei centri dell'hub & spoke del software *GephCard*, un sistema informatico originale per la gestione clinica dei pazienti affetti da patologie rare muscolo-scheletriche, sviluppato nell'ambito della S.S.D. di Genetica Medica. Si prevede, inoltre, l'integrazione del software con il sistema informativo per le malattie rare della regione Emilia-Romagna. La condivisione in rete dei dati è fondamentale per lo studio delle patologie rare, penalizzate proprio da casistiche esigue, spesso insufficienti per approfondire lo studio della malattia. Per tale motivo è in corso di sviluppo, in collaborazione con IBM, il software *BioMIMs*, sistema informatico che permette di mettere in rete e gestire dati clinici complessi e diversi tra loro (dalla risonanza magnetica ai dati genetici, dalle radiografie all'albero genealogico) per selezionare gruppi di pazienti omogenei, unendo in un'analisi coerente tutte le informazioni disponibili sul paziente per confrontarle con i set di altri pazienti.

Il centro *hub* cura inoltre anche la formazione della Rete, così da supportarla nel compito di diffondere conoscenze corrette e mirate relative alle displasie scheletriche che siano fruibili sia dalla componente sanitaria che da tutte le persone interessate alle patologie. Per questo oltre ai meeting semestrali dal 2008 viene organizzato un evento formativo annuale - le "*Giornate formative di rete H&S Malattie Rare Scheletriche*" - con la partecipazione dei maggiori esperti internazionali.

L'edizione 2010 si è tenuta presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli nei giorni 3-5 maggio. Al Corso hanno partecipato 75 professionisti: medici, infermieri, biologi e tecnici e anche diversi studenti di scuole di specializzazione provenienti da tutta la Regione. Il 5 maggio, inoltre, si è svolta una tavola rotonda con i rappresentanti delle associazioni di pazienti affetti da malattie rare scheletriche. Erano presenti, tra gli altri, i presidenti nazionali di AISAC onlus e di ASITOI Onlus. Il primo risultato concreto è stata l'istituzione del Coordinamento regionale delle Associazioni dei pazienti affetti da Malattie Rare Scheletriche. Da maggio 2010 il Coordinamento si ritrova ogni sei mesi e lavora insieme ai rappresentanti della Rete, ai referenti della Regione Emilia-Romagna e ad UNIAMO FIMR Onlus, con l'obiettivo di collaborare nella redazione di linee guida, protocolli e per dare vita ad eventi pubblici informativi e divulgativi.

7.2 Il nuovo reparto di Ortopedia Pediatrica

L'intervento di manutenzione straordinaria del reparto di degenza della Struttura Complessa di Ortopedia e Traumatologia Pediatrica è stato realizzato al 2° piano dell'ala moderna dell'ospedale Rizzoli. L'intervento è stato pianificato a partire dal 2008 e realizzato tra settembre 2009 e la primavera 2010. Il nuovo reparto è stato quindi inaugurato il 14 giugno 2010. L'intervento ha perseguito due obiettivi principali:

1. l'adeguamento del Reparto alla normativa regionale riguardante l'Autorizzazione delle Strutture Sanitarie (delibera della Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna n.327/2004) e l'Accreditamento delle Strutture Sanitarie a carattere ortopedico-traumatologico (delibera della Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna n.23/2005);
2. la riqualificazione funzionale, architettonica ed impiantistica, tesa a migliorare l'accoglienza, la permanenza ed il comfort alberghiero per i piccoli pazienti ed i loro accompagnatori.

Tempi brevi e minima interferenza con la restante attività ospedaliera erano tra le condizioni al contorno assegnate. La prima condizione era legata alla necessità di rispettare la sequenza programmatoria delle “ristrutturazioni” (è disponibile un unico spazio polmone da utilizzare per una ristrutturazione alla volta), ed in generale di non oltrepassare la sostenibilità contemporanea di un certo numero di cantieri, grandi e piccoli, da parte della struttura. La seconda condizione, limitare al massimo le interferenze, risultava in prospettiva particolarmente gravosa data l’ubicazione del reparto (soprastante il blocco operatorio e confinante con altri tre reparti di degenza funzionanti). Queste problematiche sono state affrontate assumendo alcune importanti decisioni risultate vincenti:

1. la progettazione (preliminare, definitiva ed esecutiva), le procedure autorizzative e la Direzione dei lavori sono state integralmente curate all’interno del *Servizio Patrimonio ed Attività Tecniche* dell’Istituto, con riduzione di tempi e di costi, tecnici ed amministrativi, e piena soddisfazione finale da parte di pazienti, accompagnatori ed operatori;
2. i lavori sono stati eseguiti nell’ambito del più vasto contratto di *Global Service* che l’Istituto ha in atto, con vantaggi in termini di: burocrazia snella, ragionevole certezza di raggiungimento degli obiettivi, presa in carico manutentiva del reparto da parte della stessa impresa esecutrice;
3. è stato realizzato appositamente un accesso esterno con un importante ponteggio alto tre piani, la cui piattaforma ha avuto anche la fondamentale funzione di area di cantiere;
4. piccoli imprevisti, quali ad esempio il ritrovamento inatteso di canali contenenti amianto, sono stati gestiti con tempestività, professionalità e spirito di collaborazione.

Sotto il profilo specialistico, le richieste generali di “adeguamento” e “riqualificazione” hanno avuto risposta secondo le seguenti modalità:

1. impostando le camere, compatibilmente ai vincoli architettonici preesistenti, con 2 o 3 posti letto, con possibilità di accogliere di giorno e (soprattutto) di notte, in maniera confortevole, almeno un genitore per paziente;
2. corredando ogni camera di servizi igienici interni, mirato primariamente alle esigenze dei piccoli, e di un lavabo in ingresso dedicato alla disinfezione delle mani degli operatori sanitari;
3. dislocando in maniera più razionale e produttiva le camere di degenza ed i locali di assistenza all’interno del reparto;
4. utilizzando materiali di finitura, tecnologie, arredi, forme, accorgimenti, colori e decori che potessero consentire ai piccoli pazienti, in totale sicurezza, di meglio familiarizzare con l’ambiente di cura;
5. climatizzando tutti i locali con aria primaria e ventilconvettori canalizzati;
6. dotando di vuoto e ossigeno camere di degenza e mediche.

La superficie lorda della degenza, da 31 posti letto, è di poco superiore a 1.100 mq, con un indice (lordo) di 36,2 m²/posto letto. I lavori sono stati compiuti in meno di 200 giorni, consentendo nel contempo la prosecuzione indisturbata dell’attività nei reparti adiacenti. I posti letto sono suddivisi tra 8 camere a due posti letto e 5 camere a tre posti letto. I m²/posto letto variano da 12,0 a 14,0, wc esclusi, per le camere a due letti, e da 9,6 (culle) a 11,5 per le camere a tre letti. La superficie dei wc delle

Capitolo 7 - Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

camere, da sommare alle precedenti ai fini dell'autorizzazione, oscilla fra 3,8 e 4,6 m².

Le scelte non convenzionali: valore aggiunto al progetto. Occorre innanzitutto osservare che alcune scelte progettuali sono state messe a frutto con la collaborazione di un gruppo di lavoro interdisciplinare a cui hanno preso parte diversi esperti sanitari, ovvero personale della Direzione sanitaria e del reparto. Di grande importanza è stata l'immedesimazione del gruppo di lavoro nel paziente (quasi tutti i professionisti coinvolti avevano figli in età pediatrica), per cui ogni componente non ha smesso un solo momento di pensare a come poter offrire un proprio contributo positivo per il migliore esito. La tabella seguente evidenzia l'inserimento nel lay-out del reparto di alcuni locali, definiti di "Umanizzazione", non prescritti dalla normativa:

<i>Locali prescritti dalla normativa</i>	<i>Locali di "umanizzazione" degenza pediatrica</i>
Camere a due letti con bagno (n° 8)	Attesa ludica
Camere a tre letti con bagno (n° 5)	Aula didattica
Guardiola Infermieri	Lactarium/preparazione pappe
Studio Medici	Deposito bagagli
Ambulatorio medicazione	Studio Direttore
Segreteria	Caposala
Servizi igienici H Visitatori (n° 2)	Servizio igienico area direzionale
Servizi igienici Personale (n° 2)	
Soggiorno	
Attesa (esterna)	
Distribuzione vitto	
Bagno assistito	
Deposito pulito	
Deposito sporco/vuotatoio	
Deposito attrezzature	

I locali Attesa ludica, Aula didattica e Lactarium/preparazione pappe sono stati ritenuti fondamentali ai fini di un corretto equilibrio organizzativo, nonostante non risultino presenti tra i requisiti per l'autorizzazione dei reparti pediatrici. Il deposito bagagli è un piccolo locale, posto all'ingresso del reparto, frutto della semplice osservazione che, sovente, i pazienti giungono al ricovero con borse e valigie di grande taglia che non trovano ordinata sistemazione all'interno della camera: in tal caso, come succede negli hotel, borse e valigie vuote possono essere depositate in questo piccolo spazio comune e ritirate alla partenza.

Per quanto riguarda i materiali, predominano i colori chiari con tonalità calde per accentuare la percezione degli spazi e lasciare agli ambienti la massima luminosità. Rispetto a pavimenti e rivestimenti, la scelta è caduta principalmente sulla gomma, al di là di altre usuali motivazioni, per l'effetto tatto, particolarmente significativo in rapporto alla tipologia di pazienti, la versatilità nel disegno del colore e lo spessore ridotto, che ne ha facilitato la posa contribuendo a ridurre i tempi di esecuzione (si veda fig. 7.1). Le porte sono in laminato chiaro, bordate in alluminio complanare sull'intero contorno: la presenza del profilato di alluminio nella parte inferiore, appositamente pretesa, evita l'assorbimento di umidità nel pannello a seguito del lavaggio del pavimento. Tutte le porte sono dotate di maniglia antistrappo e serratura

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

tipo Yale; i telai sono stati accuratamente siliconati al rivestimento ed al pavimento per facilitare la pulizia. Le porte di alcuni servizi igienici sono, per motivi di ingombro in apertura, rototraslanti: i commenti degli utilizzatori, aldilà della curiosità per il nuovo, sono stati sinora ampiamente positivi. L'ingresso al reparto è caratterizzato dall'accoppiamento di due porte: la prima di tipo REI, normalmente aperta (dotata di pratici chiudiporta elettromeccanici); automatica, sicura, versatile ed anche elegante la seconda, cui è affidata la funzione di separazione funzionale tra il reparto e le aree comuni dell'ospedale (si veda fig. 7.2). Questa configurazione consente di superare i limiti tipici dell'utilizzo delle sole porte REI in ambiente ospedaliero ad alto traffico, che risulta improprio per motivi di inadeguatezza a flussi elevati (manutenzione, interazione con la muratura), pesantezza, monomodalità di funzionamento, rumore, incertezza sulla legittimità ad applicare dispositivi di automazione.

Fig. 7.1 - La pavimentazione con motivi caratteristici. Si notano anche arredi ludici lungo il corridoio



Fig. 7.2 - Doppia porta all'ingresso del reparto: porta REI e porta automatica



La cura delle camere. Le camere di degenza sono state oggetto di meticolosa attenzione ai particolari (si veda fig. 7.3) in quanto al loro interno i piccoli pazienti sono obbligati a trascorrere dall'80 al 100% del proprio tempo in ospedale. Con questa concezione sono stati introdotti come elemento umanizzante, per la prima volta al Rizzoli, testatetto con la fonte di luce (generale, visita, lettura, notturna) separata dal modulo tecnico (prese gas, prese elettriche, prese comunicazione) solo dopo attenta analisi e condivisione della scelta con gli esperti sanitari. In dotazione ad ogni letto-genitore è stata assegnata una lampada a parete dedicata, che consente di non disturbare il sonno degli altri occupanti la camera, ma che al tempo stesso è divenuta elemento di arredo. Sono state convertite ad azionamento elettrico tutte le avvolgibili delle finestre: anche questo un piccolo segnale di attenzione verso pazienti e genitori, come a significare che la Struttura si adopera per rendere in tutti i modi meno "pesante" il soggiorno. Tutte le finestre del reparto sono dotate di vetri di sicurezza e dispositivi antiscavalco per offrire massima serenità dei genitori. Anche le condutture dei bagni sono state insonorizzate per non disturbare il riposo notturno, così come la presenza di luce notturna, esterna o interna, può essere regolata o annullata in funzione delle esigenze del paziente. Chi come paziente o assistente non ha un pessimo ricordo di notti insonni in ospedale, tra luci fastidiose e rumori molesti? Eppure bastano pochi semplici accorgimenti per alleviare i disagi di chi già soffre per

Capitolo 7 - Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

proprio conto. In quest'ottica si inquadra anche la configurazione dell'impianto di climatizzazione, di cui è stata valutata, oltre all'efficacia nel lancio dell'aria e nella semplicità di regolazione per singola camera, anche la silenziosità.

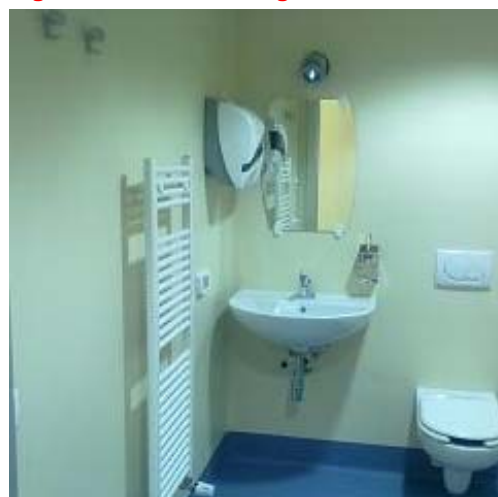
I letti sono del tipo articolati oleodinamici con la verticalizzazione, per una migliore autonomia del paziente, in considerazione della specialità ortopedica che abitualmente limita la mobilità individuale. La biancheria da letto è colorata e a fantasia. Scontata l'adozione di ogni possibile accorgimento in tema di sicurezza elettrica (in presenza di bambini!), compresa una lampada di emergenza per ogni camera, si è ritenuto opportuno offrire qualcosa in più: frigobar, tv digitale con videoregistratore, connessione dati, wi-fi – per passare il tempo, per giocare, ma anche per comunicare agevolmente e per imparare.

All'ingresso di ogni camera di degenza sono stati installati lavamani in corian con armadietto sottolavello per consentire al personale di porre in pratica una corretta igiene verso il paziente, riservando a quest'ultimo il lavabo del bagno. Tutta la rubinetteria applicata ai lavabi è di tipo elettronico a fotocellula alimentata a batteria.

Fig. 7.3 – Camera di degenza a due posti letto



Fig. 7.4 – Veduta del bagno di una camera



Alcuni aspetti relativi ai bagni meritano una descrizione più particolareggiata. Le docce sono state ricavate sagomando opportunamente il massetto del bagno e sono quindi complanari, prive di ingombro sia orizzontale che verticale, con il piatto sostituito dalla medesima gomma antisdrucchiolo del pavimento raccordata e opportunamente sigillata al chiusino sifonato di scarico. Anche se pavimento e rivestimento in gomma con raccordo a sguscio assicurano già un ottimo contenimento per l'acqua, sotto il massetto dei bagni è stata stesa una guaina impermeabilizzante per evitare possibili infiltrazioni ai locali del piano sottostante (Blocco Operatorio). Le docce hanno il soffione montato su flessibile: si è ritenuta infatti la comodità per l'utilizzatore prevalente sui maggiori oneri di manutenzione. Anche i wc, di tipo sospeso, sono dotati di doccetta per lavaggio: questa soluzione ha consentito l'eliminazione del bidet, ritenuto poco utilizzato/utilizzabile, con evidenti riflessi positivi sulla spaziosità e sulla libertà di movimento di pazienti e genitori all'interno del bagno (si veda fig. 7.4). Per ultimo, il pensiero rivolto alla ricerca al comfort ed alla sicurezza è testimoniato dall'adozione di eleganti scaldasalviette, al posto dei comuni radiatori, e dall'installazione di una luce di emergenza all'interno di ogni bagno.

Altri accorgimenti. Si è proceduto alla sostituzione di numeri identificativi delle camere di degenza con animali. Sulle pareti di ogni stanza, inoltre, sono presenti disegni di piccoli animaletti. L'abbellimento delle pareti è stato realizzato con l'affissione di quadri appositamente studiati per bambini e che conferiscono un aspetto psicologicamente rilassante e nel contempo piacevole alla vista. Inoltre in ogni camera ci sono mensole e lavagne per creare spazi di riferimento su cui poggiare i propri oggetti e scrivere. Sono previsti separé nel caso il bimbo si voglia isolare con la mamma. I colori sono morbidi alle pareti ed ogni stanza ha un pavimento di colore diverso, anche questo per fare sì che l'ambiente sia il più familiare possibile. Non sono state previste tende alle finestre per evitare pericoli (i bimbi spesso si attaccano) bensì pellicole che trattengono i raggi UV e consentono una vista bellissima: un bosco che circonda l'ospedale. Il bambino non ha solo la ludoteca (che di norma viene utilizzata dai più piccoli), ma ogni parte del reparto è pensata per lui: il corridoio ha spazi ludici e giochi alle pareti per i più piccoli, la ludoteca non è come in altre strutture il luogo dove segregare i bambini, ma ludoteca e scuola sono spazi tra gli altri di vita del bambino nel reparto. I materiali scelti, inoltre, rispondono ad una logica ecologica di minimizzazione dell'impatto ambientale. Infine è opportuno ricordare che il personale infermieristico è stato dotato di divisa differenziata riportante l'immagine di un orsetto.

Fig. 7.5 – Lactarium/preparazione pappe



Fig. 7.6 – Area ludica per l'attesa



Il reparto ospita anche aule per l'attività didattica – una vera e propria “scuola in ospedale” – condotta da personale insegnante afferente ad uno dei Circoli didattici cittadini.

In conclusione, l'intervento rappresenta un esempio importante di come passione, impegno e lavoro di squadra, ed il giusto mix tra visione prospettica ed attenzione ai particolari, possano, a parità di spesa, fare la differenza tra un risultato mediocre ed un risultato ottimale.

Conclusioni



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Conclusioni del Direttore Generale

L'anno 2010 ha visto il raggiungimento di importanti obiettivi per l'Istituto Ortopedico Rizzoli. Essi sono il frutto di un impegno collettivo sviluppato in particolar modo a partire dal 2006, come conseguenza del nuovo quadro normativo regionale che prevede una più stretta integrazione dell'Istituto nel Servizio Sanitario Regionale. Le innovazioni introdotte in questi anni sono numerose e significative. Alcune, particolarmente rilevanti, richiamano più facilmente l'attenzione. E' certamente così per la partecipazione dell'Istituto alla Rete Regionale per l'Alta Tecnologia o per l'implementazione della rete regionale ortopedica secondo il modello *hub & spoke* che ha visto, nel 2010, un primo importante accordo di collaborazione per l'ortopedia oncologica e l'ortopedia pediatrica con l'Azienda USL di Piacenza. Altre sono probabilmente meno eclatanti, ma non meno significative, in quanto riguardano le routines organizzative (nuovi dipartimenti, sistematico processo di budget, ecc.).

Nel Bilancio di Missione 2010 particolare rilievo è dato all'avvio della rete regionale ortopedica, già richiamata (cap. 7.1). Particolare enfasi è data anche alla realizzazione del nuovo reparto di ortopedia pediatrica (cap. 7.2), per le soluzioni innovative che sono state adottate e che ne hanno fatto un esempio di "progettazione centrata sull'utente" di un reparto ospedaliero. Di grande rilievo è anche, sul versante della ricerca, la partecipazione dell'Istituto alla Rete Regionale per l'Alta Tecnologia. I 6 nuovi laboratori di ricerca del *Dipartimento Rizzoli RIT – Research Innovation & Technology* sono stati in effetti inaugurati a fine 2009 e dunque hanno iniziato a dispiegare la loro attività sul fronte del trasferimento tecnologico essenzialmente nel corso del 2010. Il Dipartimento Rizzoli RIT ha trovato quindi collocazione nel nuovo assetto organizzativo dell'Istituto con il nuovo Atto Aziendale del 12 luglio 2010 (deliberazione n. 327). Nello stesso periodo è stato stipulato anche l'*Accordo Attuativo Locale* tra il Rizzoli e l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna all'interno del quale, tra l'altro, sono individuate le strutture a direzione universitaria essenziali per la didattica, la ricerca e l'assistenza. L'Accordo è stato sottoscritto nel corso di una bella cerimonia, tenuta all'Istituto, in Sala Vasari, il 23 luglio 2010, alla presenza del Rettore Ivano Dionigi e dell'assessore regionale alla sanità Carlo Lusenti.

Sul piano degli investimenti occorre ricordare il cantiere attualmente in corso presso l'ospedale, ovvero la ristrutturazione del Monoblocco ospedaliero per la realizzazione della cosiddetta "spina", per una spesa complessiva di circa 15 milioni di euro. A questo importante intervento si affiancano numerosi interventi minori come la realizzazione di un nuovo ambulatorio di ecografia, la manutenzione straordinaria dell'impianto di raffrescamento della sede ospedaliera (ala nuova), l'avvio del cantiere per la nuova cabina di consegna della media tensione a servizio del Centro di ricerca Codivilla-Putti e, sempre presso il centro di ricerca, l'impermeabilizzazione dei coperti piani e la messa a norma dell'accessibilità in sicurezza degli stessi. Ad essi si aggiunge il già citato rifacimento del reparto di ortopedia pediatrica, inaugurato il 14 giugno 2010.

Sempre sul versante degli investimenti è di grande rilevanza anche il sistema di accordi stipulato negli ultimi anni con le fondazioni bancarie cittadine per la manutenzione straordinaria e la valorizzazione del patrimonio monumentale dell'Istituto. Nel 2010 si è avuta l'inaugurazione del parco di San Michele in Bosco dopo la prima fase di riqualificazione. Tale intervento ha consentito di ripristinare il "contatto visivo" tra il complesso monastico e la città, andato nel tempo perduto a causa della crescita disordinata del bosco circostante. E' proseguito, inoltre, il programma della Fondazione Cassa di Risparmio in Bologna per l'inclusione dell'area

Conclusioni del Direttore Generale

monumentale di San Michele in Bosco nel museo diffuso nella città: *Genus Bononiae* – Musei nella città. In attesa della prosecuzione degli importanti lavori di manutenzione straordinaria sul complesso monastico, alcuni convegni hanno ripercorso aspetti delle vicende storiche e della storia dell'arte di San Michele in Bosco.

Queste importanti realizzazioni si affiancano ad un lavoro continuo di progressivo affinamento dell'attività assistenziale, al fine di migliorarne l'appropriatezza e di innalzarne la qualità. Il lavoro svolto in questi anni è confortato da dati relativi all'attività assistenziale che evidenziano, anche in questo ambito, significativi progressi. Primo su tutti è il mutamento intervenuto nel mix tra ricoveri ordinari e ricovero in *day hospital* o *day surgery*. L'incidenza dei ricoveri in *day hospital/day surgery* sul totale dei ricoveri effettuati risulta nel 2010 pari al 28,1%, mentre era pari al 12,9% nel 2006. Aumenta conseguentemente il grado di appropriatezza dei ricoveri dell'Istituto. Allo stesso tempo ciò non si traduce in un ridimensionamento della casistica. In questi stessi anni, infatti, la complessità della casistica cresce, come testimoniato dal peso medio dei casi di ortopedia e traumatologia che passa da 1,33 del 2006 a 1,49 del 2010.

Sul versante della ricerca scientifica è da segnalare l'accresciuta capacità dell'Istituto a reperire finanziamenti per la ricerca finalizzata (partecipando a bandi regionali, nazionali od europei) così da sopperire, almeno parzialmente, alla riduzione dei finanziamenti ministeriali per la ricerca corrente. Infine, sul versante amministrativo, prosegue la ricerca di economie di scala e di maggiore efficienza tramite lo spostamento di funzioni aziendali dall'Istituto all'Area Vasta Emilia Centrale (AVEC), l'esecuzione di gare in unione di acquisto o tramite la piattaforma IntercentER ed il potenziamento degli strumenti di organizzazione di Area Vasta (costituzione Dipartimento acquisti, gruppi di lavoro su ICT, ingegneria clinica, ecc.). Oltre a ciò nel 2010 si segnalano le prime implementazioni del progetto "*Sistema Informativo per l'Eccellenza*" (sostenuto da un finanziamento ministeriale per 1,5 milioni di euro) nell'area dei sistemi gestionali delle risorse umane. Importanti sono anche le realizzazioni di nuovi strumenti comunicativi web sia verso l'interno (nuova Intranet), sia verso l'esterno (nuovo sito web), entrambi *online* dalla fine del 2010.

Le azioni principali qui riepilogate consegnano oggi un Istituto Ortopedico Rizzoli dal profilo profondamente modificato rispetto al 2006, anno che, a seguito del completamento del nuovo quadro legislativo nazionale e regionale, può essere assunto come punto di svolta nella storia del Rizzoli. Allo stesso tempo esse costituiscono la base per tracciare la via futura dell'Istituto verso l'ulteriore accrescimento della qualità dell'assistenza e lo sviluppo della ricerca traslazionale e del trasferimento tecnologico.

Giovanni Baldi

Parere del Consiglio di Indirizzo e Verifica

Il Consiglio di Indirizzo e Verifica è chiamato a esprimere parere obbligatorio sul Bilancio di Missione 2010 e lo fa con riferimento sia alla sua costruzione sia ai suoi contenuti.

Per quanto riguarda la struttura del documento, il Consiglio in particolare apprezza che - in corrispondenza del fatto che con il 2010 il Bilancio di Missione giunge alla sua quinta edizione - la Direzione abbia deciso di estendere l'arco temporale delle serie storiche e delle valutazioni, di norma triennali, all'intero quinquennio. L'adozione di tale più ampia prospettiva permette infatti di cogliere le importanti trasformazioni introdotte nello IOR a seguito della normativa, nazionale e regionale, che ne ha ridefinito il profilo come IRCCS e il ruolo come "azienda" del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Consiglio apprezza inoltre che questo Bilancio consenta una valutazione dello IOR anche sull'attività delle altre sedi istituzionali nell'ambito metropolitano, grazie alla redazione del documento di rendicontazione "lungo relazioni interaziendali tra le aziende pubbliche dell'area metropolitana bolognese" e "alla collaborazione, al confronto, allo scambio di dati" che hanno portato alla costruzione "collettiva" di alcune sezioni.

In quanto ai contenuti, il Bilancio di Missione presentato documenta in maniera efficace *la continuità* che nel quinquennio ha contraddistinto l'azione svolta dall'azienda per:

- il rafforzamento della sua *governance*, a partire dall'insediamento dei nuovi Organi (avvenuto nel 2006, anno che - come sottolinea il Direttore Generale - "a seguito del completamento del nuovo quadro normativo, può essere assunto come punto di svolta nella storia del Rizzoli") e poi con l'adozione, dal 2006 al 2008, degli atti di organizzazione e pianificazione strategica (Atto Aziendale, ROR, PdS), l'elezioni dei Comitati di Dipartimento, il rinnovo del Comitato Tecnico Scientifico;
- il progressivo miglioramento strutturale e organizzativo-gestionale, con la realizzazione del piano pluriennale degli investimenti e con gli interventi sui processi del governo aziendale e del governo clinico, a presidio e sviluppo del processo di budget, della gestione dei brevetti, del tech-assessment, dei processi di innovazione, della gestione del rischio clinico, dell'efficienza nell'acquisizione di beni e servizi (rafforzamento dei rapporti in Area Vasta e uso di intercent-ER);
- la qualificazione dell'assistenza, della didattica, della ricerca.

Il Bilancio di Missione dimostra come, nel periodo preso in considerazione, lo IOR abbia conseguito rilevanti miglioramenti sotto ogni aspetto. Il Consiglio non può che ribadire perciò la positiva valutazione espressa in occasione dell'esame del Bilancio di Missione 2009 sui risultati esposti in quel documento che si confermano e rafforzano nel 2010, in tema di:

- attenzione ai buoni risultati sul piano della sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale,
- ammodernamento della struttura organizzativa,
- impegno per l'orientamento dei servizi ai cittadini, nell'ambito del quale viene particolarmente apprezzata l'attività svolta dall'U.R.P. sulla qualità percepita dagli utenti,

Parere del Consiglio di Indirizzo e Verifica

- particolare attenzione con la quale è stata affrontata la gestione del rischio da parte della Direzione Aziendale,
- cura positiva delle relazioni sindacali con le OO.SS Dirigenza Medica, non Medica e del Comparto,
- capacità di reperimento di finanziamenti per gli investimenti e la ricerca,
- uso razionale delle risorse energetiche e idriche, per la gestione dei rifiuti, per una mobilità sostenibile,
- impegno del Comitato etico, a garanzia di trasparenza, nella valutazione dell'attività di ricerca clinica,
- cura della reputazione dell'Istituto con la valorizzazione delle sue eccellenze e attenzione per la sua collocazione nel contesto nazionale e internazionale.

Accanto a tali risultati, che come si è detto si consolidano, nel Bilancio di Missione 2010 è dato rilievo ad altri eventi che s'intende qui richiamare.

In applicazione della delibera della Regione Emilia-Romagna 608/2009, è stato dato avvio alla rete regionale ortopedica all'interno della quale al Rizzoli è riconosciuta la funzione di hub nelle aree di ortopedia oncologica, chirurgia vertebrale, ortopedia pediatrica, revisione e sostituzione protesi, terapia chirurgica delle gravi patologie infettive ossee, chirurgia del piede, a cui si aggiungono Banca del Tessuto Muscolo-scheletrico, Medicina rigenerativa, Registri degli Impianti e degli espunti di protesi ortopediche, Genetica medica e malattie rare osteo-articolari.

Al ruolo del Rizzoli all'interno della rete regionale, il Bilancio di Missione dedica il primo punto della Sezione 7° "Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale", con una sottolineatura per a) accordo con l'Azienda UsI di Piacenza per l'attività ortopedica pediatrica e b) rete per le Malattie rare Scheletriche.

Nella medesima Sezione, una particolare enfasi è riservata anche all'intervento di manutenzione straordinaria del reparto di degenza di Ortopedia e traumatologia pediatrica che, in occasione della sua inaugurazione, questo Consiglio ha avuto modo di apprezzare pubblicamente, sia per gli interventi di qualificazione funzionale e di confort realizzati, sia per il contenimento dei costi, tempi brevi e minima interferenza del cantiere con il resto dell'attività ospedaliera, risultati conseguiti grazie a un'oculata progettazione e direzione dei lavori.

In tema di investimenti, sono proseguiti i lavori sul monoblocco e il 29 giugno 2010 è stato inaugurato il parco di San Michele in Bosco a seguito dell'intervento di riqualificazione previsto all'interno del Protocollo con fondazioni bancarie della Città per la valorizzazione del compendio monumentale.

In quanto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, il Rizzoli ha come missione lo svolgimento di attività di ricerca clinica e traslazionale.

Nell'ambito della ricerca, particolarmente rilevante è la partecipazione del Rizzoli alla rete Regionale per l'Alta Tecnologia, i cui sviluppi sono stati costantemente sottoposti all'esame di questo Consiglio. Nel corso del 2010 i sei nuovi laboratori hanno iniziato la loro attività e il nuovo Dipartimento (RIT) ha trovato riconoscimento nell'Atto Aziendale.

Ha avuto esito positivo il procedimento per la riconferma del Rizzoli come IRCCS, con l'espressione di parere favorevole da parte della Conferenza permanente Stato-Regioni in data 16 dicembre 2010.

A fronte di una contrazione dei finanziamenti della ricerca corrente, il Rizzoli ha visto progressivamente crescere, a parziale compensazione, il finanziamento con l'istituto "del 5 per mille" inserito per la prima volta nella finanziaria 2006 e sostenuto con opportune campagne di sensibilizzazione dell'opinione pubblica. Cresce altresì la quota di finanziamenti ottenuta dalla partecipazione a bandi regionali, europei e di altri enti, sia pubblici sia privati, per la ricerca finalizzata. A tale proposito, il Consiglio rileva l'opportunità che nei prospetti del Bilancio di missione vengano riportati anche i finanziamenti che i Docenti dell'Università di Bologna conseguono tramite i dipartimenti universitari utilizzati presso l'Istituto per assegnisti, borsisti, materiale di consumo. Solo così la fotografia della realtà, già di per sé rilevante, sarà completa.

Anche nell'ambito dell'assistenza si sono registrati importanti progressi, a seguito di azioni tese a migliorarne l'appropriatezza e la qualità. I risultati si apprezzano sia nel mutamento intervenuto nel mix tra ricoveri ordinari e ricoveri in *day hospital* o *day surgery*, sia nella complessità della casistica testimoniata dal peso medio crescente dei casi di ortopedia e traumatologia.

Nel 2010 è stato stipulato l'Accordo Attuativo Locale tra il Rizzoli e l'Alma Mater Studiorum - Università degli Studi di Bologna che questo Consiglio ha seguito in tutte le fasi della sua elaborazione e di confronto tra le due istituzioni.

In tale ambito il Consiglio fa sua la soddisfazione espressa dalla componente Universitaria in sede al Consiglio su come Rizzoli e Università di Bologna hanno congiuntamente portato avanti la didattica relativa ai corsi di laurea e alle scuole di specializzazione auspicando per queste ultime un futuro ulteriore progresso.

Continuità dell'azione, impegno degli Organi e degli Organismi aziendali all'esercizio attento e incisivo del proprio ruolo, partecipazione dei professionisti ai processi di riorganizzazione e programmazione sono - a parere di questo Consiglio - gli aspetti importanti, forse determinanti, del nuovo corso dello IOR.

Per tutte le ragioni sopra evidenziate, il Consiglio di Indirizzo e Verifica formula un parere più che positivo in merito al Bilancio di Missione 2010 sia per quanto riguarda la struttura del documento sia per quanto riguarda i suoi contenuti.

Esprime i propri apprezzamenti alla Direzione Generale invitandola a estenderli ai collaboratori per il lavoro svolto e i risultati conseguiti.

Dott. Nicola Falcitelli (presidente)

Dott. Stefano Inglese

Prof.ssa Maria Paola Landini

Dott. Giuseppe Pinelli

Dott.ssa Laura Testi

Crediti

La redazione del Bilancio di Missione 2010 dell'Istituto Ortopedico Rizzoli è avvenuta sotto il coordinamento di Andrea Paltrinieri, responsabile dell'Ufficio Marketing sociale. Essa è però il frutto di un lavoro collettivo a cui hanno preso parte:

Serena Accarisi, Rita Bergami, Maria Carla Bologna, Alessio Bosco, Simona Busi, Enrico Campagna, Claudia Cappelletti, Monica Cestari, Angelo Conte, Rossella Corvaglia, Patrizio Di Denia, Onofrio Donzelli, Andrea Facchini, Clotilde Gambetti, Sante Garofani, Annamaria Gentili, Carlo Giacometti, Angelo Giordano, Paola Gritti, Luca Lelli, Giliola Linzarini, Stefano Liverani, Massimiliano Luppi, Laura Mandrioli, Lucina Mastroianni, Loredana Mavilla, Maurilio Missere, Maria Teresa Montella, Maria Nannariello, Sara Nanni, Daniela Negrini, Claudio Onofri, Daniela Onofri, Anna Maria Paulato, Pamela Pedretti, Mariella Perciavalle, Maurizia Rolli, Marcello Saddemi, Claudia Salsini, Luca Sangiorgi, Antonio Sasdelli, Valeria Sassoli, Maria Rosa Sollazzo, Susanna Stea, Patrizia Suzzi, Patrizia Tomba, Luisa Tuozzo, Antonio Valenti, Teresa Venezian, Anna Viganò, Daniela Vighi, Enrichetta Zanotti.

Un ringraziamento particolare va a Elisabetta De Toma e colleghi dell'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna per la collaborazione prestata per la rendicontazione dell'attività universitaria svolta presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli.

Si ringrazia infine Sandra Vernerò dell'Azienda USL di Bologna e Cinzia Castellucci ed Elisa Casadio dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Orsola-Malpighi per la preziosa collaborazione fornita ai fini della rendicontazione delle attività interaziendali dell'area metropolitana di Bologna.

Le immagini

Le immagini utilizzate per il progetto grafico del Bilancio di Missione 2010 sono immagini dell'attività assistenziale e di ricerca dell'Istituto Ortopedico Rizzoli. Si ringraziano collettivamente gli autori nell'impossibilità di citarli personalmente

Progetto grafico e stampa

Il progetto grafico del Bilancio di Missione 2010 è stato realizzato da Cristina Ghinelli del Laboratorio di Oncologia Sperimentale del Rizzoli. La stampa è stata curata da Giovanni Vannini, Libero Toschi e Massimo Macchi del Centro stampa dell'Istituto Ortopedico Rizzoli.