

RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE 2023

Premessa

Le azioni di seguito riportate sono sviluppate in coerenza con gli obiettivi di mandato assegnati alla Direzione Generale, integrati nello specifico per l'anno 2023 con quanto indicato relativamente agli *Obiettivi di Budget 2023* assegnati dalla Regione allo IOR, con le *Indicazioni per la Programmazione annuale delle Aziende Sanitarie 2023* e la DGR n1237 del 17/7/2023 recante "*Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del SSR per l'anno 2023*", all'interno della quale sono rappresentati - in Allegato B - "Gli obiettivi della Programmazione Sanitaria Regionale 2023". Tali obiettivi declinano nel dettaglio le azioni che le Aziende del Servizio Sanitario Regionale hanno attivato, in una logica di ottimizzazione delle risorse disponibili con il fine di garantire ai cittadini dell'Emilia-Romagna un accesso universalistico, equo e sicuro alle cure.

Il 2023 è stato l'anno di piena ripresa dopo il lungo impatto determinato dall'emergenza COVID-19, a seguito della quale l'Istituto ha riorganizzato le proprie attività finalizzate al recupero delle Liste di Attesa accumulate nei diversi picchi pandemici, con particolare enfasi sugli obiettivi di performance degli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio, sia relativamente alla casistica oncologica, obiettivo fondamentale per garantire un equo accesso ai servizi da parte dei cittadini, sia alla casistica di protesi di anca e all'attività ambulatoriale.

Obiettivo del 2023 è stato inoltre l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza (PNRR), parte di una più ampia strategia per l'ammodernamento del Paese, in particolare inerenti i progetti di Ricerca dell'IRCCS e il Piano di Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero.

Le azioni di sviluppo che hanno interessato lo IOR per il 2023 e che si protrarranno nel biennio successivo, tengono conto inoltre:

- della messa a regime del progetto di integrazione con l'AUSL di Ferrara sul Polo Ortopedico di Argenta e le altre sedi della collaborazione,
- della integrazione a livello metropolitano sull'assetto dell'Ortopedia e della Traumatologia, con particolare riferimento alla proposta di istituire un Dipartimento Interaziendale di Ortopedia e Traumatologia, a gestione IOR in quanto coordinatore della Rete Traumatologica Ortopedica Metropolitana, e la presa in carico delle UUOO Ortopediche dell'AUSL, in modo da favorire la gestione integrata della traumatologia e dell'ortopedia metropolitana;
- della sempre più frequente presa in carico di pazienti complessi dal punto di vista clinico, assistenziale e riabilitativo;
- l'implementazione del percorso pediatrico in Pronto Soccorso (avviato nel 2023);
- del potenziamento della ricerca, anche attraverso le acquisizioni di personale reclutato tramite il contratto della Ricerca Sanitaria (cd. Piramide) e l'inquadramento a tempo Indeterminato secondo quanto previsto dalla Legge n. 87 del luglio 2023 (avvenuto il 15 marzo 2024 per 44 figure di ricercatore e collaboratore di ricerca).

Con riferimento alla garanzia della sostenibilità economica lo IOR ha rispettato gli obiettivi di budget specificamente assegnati con riferimento ai principali fattori produttivi che concorrono al maggior assorbimento di risorse, realizzando con tempestività tutte le azioni possibili a livello aziendale, assicurando contestualmente il rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di salute ed assistenziali assegnati quali obiettivi di mandato.

Per quanto riguarda, infine, la struttura degli obiettivi di programmazione annuale, visto il consolidamento del sistema di misurazione e valutazione del Servizio Sanitario Regionale, così come declinato nella DGR n. 990 del 19.06.2023 recante "LINEE GUIDA PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE NELLE AZIENDE E NEGLI ENTI DEL SSR", gli obiettivi della programmazione annuale sono enucleati sulla base delle principali sezioni della performance delle Aziende Sanitarie, come dettagliate nel PIAO, su cui è effettuata la valutazione delle stesse e individuando specifici indicatori e target per ogni obiettivo indicato, correlando pertanto in maniera stringente il sistema di programmazione con il sistema di misurazione e valutazione della performance. Inoltre, la Regione ha indicato, per ogni ambito di programmazione,

laddove presenti, gli indicatori proposti dal Nuovo Sistema di Garanzia (di cui al DM 12.03.19), per il raggiungimento degli obiettivi a livello regionale a cui verrà sottoposta la Regione Emilia-Romagna, ai sensi di quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Le azioni che lo IOR ha realizzato nel 2023 sono coerenti con le Linee di Programmazione Regionali e con la Programmazione Triennale della Ricerca Corrente degli IRCCS, nonché con i contenuti di documenti programmazione aziendale: PIAO, Master budget, Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale, Piano degli investimenti, di seguito specificate¹⁷.

1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

1.2. Sanità Pubblica

1.2.2. Epidemiologia e sistemi informativi

Prosegue l'implementazione del Registro regionale dei tumori, cui lo IOR aderisce inviando tutti i casi di tumore diagnosticati dall'Anatomia Patologica dello IOR nell'anno corrente relativi a pazienti residenti in Emilia-Romagna. Vengono, inoltre, espletate dall'Anatomia Patologica le richieste del Registro Tumori Regionale dell'Emilia-Romagna di diagnosi non oncologiche relative a pazienti già inseriti nel Registro stesso.

Nel 2023 sono stati inviati al Registro Regionale i dati relativi a n. 2292 casi relativi a pazienti residenti in RER (su un totale di 5089 analizzati dall'Anatomia patologica dello IOR).

1.2.3. Sorveglianza e controllo delle malattie infettive

IOR garantisce l'attività di sorveglianza e controllo per l'emergenza COVID-19 coerentemente all'evoluzione delle indicazioni Ministeriali e Regionali, ed in particolare la completezza e la tempestività di tutti i flussi informativi richiesti, in termini di esiti di laboratorio, tamponi e sierologici, segnalazione e gestione casi positivi, ricoveri ospedalieri e comunicazione decessi. Ciò è possibile grazie alla costante collaborazione con l'Azienda USL di Bologna, e in particolare col Dipartimento di Sanità Pubblica e con il Dipartimento Interaziendale di Gestione del Rischio Infettivo (DIGIRI).

Si sono consolidate le azioni per dare piena attuazione alle indicazioni della DGR n.828/2017 "Approvazione delle Linee Guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi" attraverso un approccio multidisciplinare, garantendo la presenza nel Gruppo di valutazione del rischio di tutti i professionisti necessari ad affrontare il problema nella sua complessità (Rif. PG13660/2022: Aggiornamento del Gruppo di Lavoro Multidisciplinare Aziendale Legionella).

Prosegue l'attività di formazione al personale sul rischio infettivo e al corretto utilizzo dei DPI per la gestione nei vari setting di attività ospedaliera e ambulatoriale. Anche le indicazioni per l'accesso all'Istituto da parte di accompagnatori e visitatori sono state oggetto di aggiornamento secondo le linee regionali attraverso il rinnovo delle procedure interne e la produzione di materiale informativo rivolto all'utenza.

Lo IOR ha partecipato alla definizione del piano pandemico di area metropolitana, secondo le indicazioni regionali e partecipa alle azioni definite a livello metropolitano necessarie all'applicazione a livello locale del Piano strategico operativo regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale in accordo con quanto previsto dal piano regionale (Piano strategico operativo di risposta a una pandemia influenzale della Regione Emilia-Romagna) e da quello nazionale (Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale PAN-FLU 2021-2023).

¹⁷ I capitoli elencati fanno riferimento alle Linee di Programmazione Regionali e agli obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale con DGR 745 del 25/6/2020, integrati con le indicazioni regionali riportate in premessa.

Sono state svolte delle iniziative di confronto e formazione inerente al Piano Operativo Locale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PAN-FLU Bologna 2021-2023) rivolta al personale e in sinergia con le altre aziende dell'area metropolitana di Bologna.

In termini di formazione aziendale alle figure chiave del piano, si è svolto l'evento dal titolo: 07.12.2023 PanFlu Bologna: il ruolo dello IOR nel piano strategico operativo di risposta a una pandemia influenzale, attivazioni e interfacce metropolitane (Rif. PG0018416/2023)

Per la formazione interaziendale, si è tenuto fede all'impegno congiunto tra le 3 Aziende pubbliche bolognesi per garantire a tutto il personale una facile lettura del piano pandemico locale con partecipazione aperta a tutti i dipendenti di AUSL, AOSP, IOR e docenti di tutte le aziende (in totale 3 eventi in FAD sincrona date 07/11/2023 codice 5438.1/2023, 28/11/2023 codice 7419.1/2023, 12/12/2023 codice 2023-2053 IOR, ciascun evento da 3 ore e 5,4 ECM).

L'Istituto ha aderito alle attività di esercitazione inerenti al PANFLU con le altre aziende coinvolte dal medesimo Piano Operativo Locale.

Inoltre si è svolta presso IOR l'esercitazione aziendale: Convocazione simulazione aziendale Piano Pandemico Locale - PanFlu Bologna 14.12.2023 (rif. PG0018481/2023), effettuata con le figure chiave corrispondenti alla Macroarea del Piano.

Indicatore:

Realizzazione di almeno una iniziativa di formazione inerente al PANFLU rivolta al personale in relazione ai Piani Operativi Locali; target ≥ 1 .

Formazione: 1 aziendale interna e 3 interaziendali

1.2.7 Strutture sanitarie, socio-assistenziale e socio sanitaria

In merito all'autorizzazione sanitaria, lo IOR garantisce ogni anno le azioni necessarie al mantenimento e/o l'aggiornamento/rinnovo delle autorizzazioni all'esercizio, mediante la produzione/raccolta di tutta la necessaria documentazione prevista dalla L.R. Nel 2023 è stata presentata alla Commissione Autorizzazione del Dipartimento Sanità Pubblica tutta la documentazione Tecnica richiesta e si è in attesa di Autorizzazione.

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

Nella realizzazione di tutte le attività relative alla salute e alla sicurezza degli operatori sanitari e dei lavoratori ospedalieri come previsto dal DL 81/2008 l'Istituto Ortopedico Rizzoli ha avviato, da Gennaio 2022, in contemporanea con altre aziende ospedaliere della Regione Emilia Romagna, l'adozione della cartella sanitaria e di rischio informatizzata unica per tutte le aziende sanitarie regionali utilizzata dai medici competenti aziendali. Nel 2023 si è proceduto quindi all'ulteriore implementazione delle azioni finalizzate ad un utilizzo sempre più completo della cartella sanitaria, con particolare riguardo al corretto inserimento delle vaccinazioni.

Oltre a ciò, lo IOR è stato impegnato nel 2023:

- a proseguire l'attuazione della DGR n. 351/2018 "Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica e per via aerea, indicazioni per l'idoneità dell'operatore sanitario" attraverso la verifica della presenza dell'immunità anticorpale necessaria e/o l'integrazione con l'offerta e la somministrazione della vaccinazione specifica per rosolia, varicella, morbillo, parotite, epatite B nel corso della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica.
- a promuovere ed offrire attivamente le vaccinazioni raccomandate nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2023-2025, agli operatori sanitari valorizzando il ruolo del medico competente come previsto nel progetto sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro che prosegue nel PRP 2021-2025, attualmente vigente. Sono stati vaccinati 100% degli operatori (rispettato quindi target RER);
- per quanto concerne le vaccinazioni antiinfluenzale e COVID: sono stati vaccinati per l'antinfluenzale 576 dipendenti, dei quali 452 operatori sanitari, e sono stati vaccinati covid 269 dipendenti, dei quali 212 operatori sanitari;

- si è proseguito nel controllo all'assunzione e in caso d'infortunio biologico INAIL, della titolazione anticorpale per l'epatite C e Hiv con attuazione di opportuni provvedimenti anche per quel che riguarda il giudizio d'idoneità alla mansione specifica. Si è posta l'attenzione in particolare al rischio tubercolosi sulla base delle indicazioni fornite dal documento "Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti ad essi equiparati" attraverso controlli specifici (quantiferon) , scheda anamnestica tenendo conto del documento di valutazione del rischio nel corso della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica.
- al rafforzamento delle misure di prevenzione del rischio da SARS-COV-2 per gli operatori del Servizio Sanitario Regionale come da normativa ed indicazioni nazionali e regionali;
- il Rizzoli prosegue nel dare piena attuazione al progetto di prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari, che è inserito nell'attuale PRP 2021- 2025, in stretto coordinamento con la regione, partecipando al coordinamento regionale attraverso la figura del responsabile del servizio prevenzione protezione e del medico competente.

Prosegue nella raccolta sistematica dei dati relativi alle segnalazioni di aggressioni a carico degli operatori, nell'analisi degli episodi di violenza con il coinvolgimento dei diversi servizi interessati e nella pianificazione di azioni di miglioramento.

Rendiconta alla regione i dati di monitoraggio delle aggressioni attraverso i flussi e con le modalità indicate dalla Regione.

L'Istituto ha attivato la piattaforma regionale Segnal-ER e provveduto alla formazione per l'utilizzo della piattaforma, che viene utilizzata dal personale per le segnalazioni e dalle diverse figure coinvolte per la presa in carico degli eventi.

Ad oggi, tra il 2023 e i primi mesi del 2024, non risultano episodi di aggressione fisica da parte di utenti/pazienti/esterni.

Nell'ambito della prevenzione delle aggressioni e del contrasto al disagio lavorativo, Il Rizzoli sta lavorando ad un progetto che prevede fondi regionali finalizzati al potenziamento delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro, per avere anche il supporto di una figura di psicologo del lavoro.

Gli indicatori 2023 individuati da RER sono i seguenti:

<i>Indicatore</i>	<i>std</i>	<i>Valore IOR 2023</i>
Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari	≥ 40% o evidenza di un incremento del 10% rispetto alla percentuale raggiunta l'anno precedente	42%
Utilizzo dell'applicativo Cartella sanitaria e di rischio regionale informatizzata Medico Competente per la registrazione delle vaccinazioni, in particolar modo delle vaccinazioni antinfluenzali	100%	100%
Screening tubercolosi in tutti i nuovi assunti	100%	100%
Controllo della presenza della copertura immunitaria per le principali malattie infettive prevenibili da vaccino, come previsto dalla DGR 351/2018 in tutti i nuovi assunti	100%	100%
Analisi delle segnalazioni di aggressione fisica ad operatori sanitari ed eventuale individuazione di misure preventive	≥ 90%	100%

1.5. PNRR - Corsi di formazione in infezioni ospedaliere - Action Plan

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevede tra le attività la Componente 2 - Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub investimento 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere definendone anche il numero di personale da formare a livello di ogni regione.

Al fine di assicurare lo sviluppo e il mantenimento delle competenze sul tema della lotta all'antibioticoresistenza e della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sia delle figure dedicate che degli operatori sanitari e sociosanitari che operano in tutti i setting assistenziali, a livello regionale è stato istituito, in coordinamento con l'ASSR, un Gruppo di lavoro regionale multidisciplinare per la formazione in tema di Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) con la funzione di definire la strategia formativa, individuare le priorità, individuare le modalità più efficaci per raggiungere gli obiettivi formativi di interesse (programmi formativi regionali/indicazione alle Aziende sugli obiettivi da raggiungere, modalità di formazione più efficaci), individuare le metodologie e strumenti per valutare l'efficacia della formazione (Determinazione num. 832 del 19/01/2022 costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare "Formazione in tema di prevenzione e controllo dell'antibioticoresistenza").

Oltre all'indicazione alla partecipazione alla collana di corsi regionali FAD Gestione del Rischio Infettivo correlato alle attività assistenziali (standard definito 40%) presso IOR sono stati organizzati i seguenti eventi formativi:

"Prevenzione e Controllo del Rischio Infettivo: attività sistemica dei professionisti coinvolti nei gruppi operativi ICA e ATB " (2022-1694) parola chiave: AMR

"L'adesione alla buona pratica dell'igiene delle mani e utilizzo della nuova piattaforma Mapper" (codice IOR 2022-1690) parola chiave : Igiene Ambientale

"Prevenzione delle ICA – I comportamenti: back to basic" (codice IOR 2022-1617) parola chiave: ICA.

Nel corso del 2023 è stata svolta l'attività di redazione e restituzione al livello regionale del Documento aziendale di programmazione del percorso formativo, previsto dalle direttive del PNRR, e richiesto nelle "Linee d'indirizzo

per l'implementazione di attività formative specifiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e per la promozione dell'uso responsabile degli antibiotici”.

In continuità con le attività degli scorsi anni, tutto il personale sanitario è stato coinvolto in iniziative di formazione sul rischio infettivo.

È stato raggiunto l'obiettivo principale di stimolare e monitorare la partecipazione ai Corsi Regionali della piattaforma E-llaber, appartenenti alla collana FAD e-learning "Governo del rischio infettivo correlato alle attività assistenziali", ottenendo un alto livello di partecipazione.

Anche per l'anno 2023 è stata richiesta alle UUOO la partecipazione ai Corsi quale obiettivo di budget delle Articolazioni Organizzative da conseguire entro il 31 dicembre 2023 per tutto il personale sanitario.

Corsi FAD Regionali già avviati nel 2022 e fruiti per il 2023:

Corso 1. La prevenzione del rischio infettivo e antimicrobico resistenza

Corso 2. La prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza

Corso 3. L'ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP

Corso 4. Sinergie e integrazione tra risk management e rischio infettivo.

Nel corso dell'anno sono state promosse anche altre iniziative con formazione sul campo ed eventi sempre in riferimento al Rischio Infettivo.

Quanto illustrato è ricompreso nel Documento aziendale di programmazione del percorso formativo, richiesto della Regione secondo quanto definito nelle “Linee d'indirizzo per l'implementazione di attività formative specifiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e per la promozione dell'uso responsabile degli antibiotici”.

2. Assistenza Territoriale

2.2 Cure palliative

Nell'ambito delle cure palliative risulta fondamentale sviluppare e consolidare le relazioni collaborative nel rispetto del principio di integrazione e valorizzazione delle reti tra lo IOR e reti di cure palliative.

Lo IOR sta infatti proseguendo nella definizione di percorsi condivisi per la gestione dei pazienti trattati presso la sua sede e poi presi in carico nelle sedi Spoke e nelle altre sedi territoriali, al fine di rendere disponibile la massima accessibilità e prossimità al luogo di residenza ai pazienti.

Infatti, essendo lo IOR centro di riferimento non solo regionale, ma anche nazionale per la casistica Oncologica e le sindromi rare, l'obiettivo dell'Istituto è quello di proseguire nel consolidamento dei sistemi di attivazione di percorsi per le cure palliative già avviati e di promuovere lo sviluppo di nuove collaborazioni che si rendano necessarie a seconda della provenienza dei pazienti trattati, così da integrarsi con la Rete di cure palliative sia a livello locale, che Regionale ed extra-regionale.

Allo IOR è in corso di formalizzazione la revisione del PDTA per la presa in carico di pazienti affetti da Sarcomi dell'apparato Muscolo Scheletrico nell'ambito di un percorso formativo, denominato “*Sviluppo e implementazione del percorso diagnostico, terapeutico, assistenziale (PDTA) del paziente con sarcoma*”, per la quale sono stati coinvolti nel gruppo di lavoro anche i professionisti AUSL per le Cure Palliative; la versione definitiva del PDTA è stata prodotta ed è in corso di formalizzazione.

2.3. Assistenza Domiciliare Integrata - Continuità assistenziale – dimissioni protette

Uno dei principali strumenti per favorire la presa in carico integrata e continuativa tra i diversi setting assistenziali è la dimissione protetta. La presa in carico, da parte dell'assistenza territoriale, all'atto della dimissione ospedaliera ha permesso in questi anni di offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati. Lo IOR, al fine di favorire la presa in carico integrata e continuativa tra i diversi setting assistenziali, opera in stretta integrazione e collaborazione con l'Azienda USL di Bologna ed in generale anche con le altre Aziende Regionali ed extra Regionali. L'obiettivo è quello di assicurare prestazioni integrate sociosanitarie ai pazienti che presentino

bisogni di salute che richiedano prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali.

Allo IOR è attiva la procedura PG 21 DS “Continuità assistenziale e dimissione protetta” che è destinata a tutti i pazienti che necessitano di Continuità Assistenziale e Dimissione Protetta. L’obiettivo primario è l’individuazione precoce dei bisogni dei pazienti al fine di garantire una risposta tempestiva al bisogno socio-sanitario del singolo paziente e di individuare le strutture adeguate ai bisogni dell’utente.

Da Aprile 2023 sono riprese le valutazioni del Servizio Sociale IOR già nella fase di prericovero. La consulenza dell’assistente sociale è destinata a tutti i pazienti che dovranno effettuare un intervento di protesi d’anca. L’obiettivo è quello di intercettare al prericovero eventuali complessità socio-assistenziali per una presa in carico precoce della dimissione nei setting appropriati.

La gestione dei casi complessi viene assicurata mediante la stretta collaborazione e il continuo raccordo garantiti tra reparto, Servizio Sociale Ospedaliero e Direzione Sanitaria.

A seguito della segnalazione precoce dei pazienti ed in base alla tipologia di setting individuato e alla provenienza del paziente, il servizio Sociale Ospedaliero attiva il percorso organizzativo più idoneo. I percorsi di continuità vengono garantiti ai pazienti siano essi residenti nell’area della AUSL Bologna, in Regione Emilia-Romagna e fuori dalla Regione Emilia-Romagna, identificando in base alla tipologia di continuità assistenziale necessaria, il percorso più appropriato e le relative modalità di attivazioni.

Presso lo IOR sono inoltre attive le Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) con il compito di definire, attraverso la valutazione multidimensionale, un progetto capace di garantire al paziente la risposta più adeguata ai suoi bisogni. L’Unità di Valutazione Multidimensionale è composta professionisti, quali: Assistente Sociale, Infermiere, Geriatra e/o altri specialisti che si dovessero rendere necessari. La composizione dell’equipe multi-professionale cambia in base alla tipologia di valutazione resa necessaria dalla situazione specifica. Ossia UVM semplificata realizzata dall’unità di valutazione composta dall’Assistente Sociale e dall’Infermiere, con il coinvolgimento del medico di medicina generale; UVM complessa realizzata dall’unità di valutazione multidimensionale composta dall’Assistente Sociale, dall’Infermiere, dal Geriatra ed eventualmente da altri specialisti.

La procedura inoltre prevede un sistema di registrazione delle attività interne al Servizio Sociale Ospedaliero, che da un lato favorisce la rintracciabilità delle informazioni rispetto a specifici pazienti, dall’altra il controllo dell’efficacia del processo così come la complessità dei pazienti presi in carico da parte del Servizio Sociale Ospedaliero.

Da luglio 2020 inoltre è attivo in collaborazione con AUSL Bologna il “Percorso Fast Fratture di Femore”, che prevede una valutazione multiprofessionale giornaliera presso la struttura di ricovero, che pur non diminuendo il periodo di ricovero, aumenta la ripresa funzionale del paziente grazie alla presa in carico tempestiva dell’attività riabilitativa territoriale (entro massimo 48 dalla dimissione), oltre ad aumentare la soddisfazione dell’utenza.

Dal 2021 è attivo in collaborazione con AUSL Bologna il percorso di “Continuità fisioterapica domiciliare per pazienti operati di protesi d’anca e di ginocchio” volto a garantire una precoce presa in carico domiciliare (entro 48 ore dalla dimissione) attraverso l’erogazione di prestazioni a domicilio di sedute fisioterapiche per circa tre settimane successive all’intervento finalizzato a far raggiungere al paziente l’autonomia necessaria ad accedere al setting ambulatoriale per la riabilitazione.

Nel 2023 lo IOR è stato coinvolto nell’ambito della revisione degli assetti organizzativi e dei processi di transizione delle cure, sulla base della Delibera dell’Azienda USL di Bologna n. 94/2023 “Approvazione del documento di progetto “Modelli organizzativi di continuità assistenziale e di gestione integrata della persona - Declinazione operativa””, tramite la creazione di gruppo di lavoro interaziendale, multiprofessionale e multidisciplinare per definire strumenti operativi ad uso della Centrale Unica Metropolitana per la quale è prevista l’istituzione nel 2024, in sostituzione dell’attuale Centrale Metropolitana della Post-Acuzie (CeMPA). Nello specifico, il gruppo di lavoro ha i seguenti obiettivi:

- Definizione criteri clinici di priorità di accesso in Lungodegenza (LD), Riabilitazione estensiva (RE), Riabilitazione intensiva (RI), Ospedale di comunità/letti tecnici di cure intermedie, Case Residenza Anziani (CRA) temporanee/FAST da dimissione ospedaliera;
- Definizione criteri organizzativi di priorità di accesso in LD, RE, RI, Ospedale di comunità/letti tecnici, CRA temporanee/FAST da dimissione ospedaliera.

2.8. Contrasto alla violenza

In continuità con le attività già svoltesi negli anni precedenti, viene stimolata e sostenuta la partecipazione alla formazione a distanza dei professionisti IOR per il contrasto della violenza su bambini e adolescenti, violenza di genere e in gravidanza.

Negli anni passati si sono svolte iniziative formative aziendali da parte del Pronto Soccorso ortopedico IOR che avevano visto un'alta partecipazione dei professionisti, a testimonianza del buon livello di sensibilizzazione alla tematica in ordine all'identificazione e corretta interpretazione di possibili elementi riconducibili a violenza.

Per il 2023 ha proseguito l'offerta alla partecipazione alla FAD del progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere" in ordine al raggiungimento del target di superamento del 25% di completamento FAD dei nuovi iscritti.

A supporto dei professionisti del PS e di tutti i reparti ospedalieri, sono presenti presso l'Istituto gli operatori del Servizio Sociale Ospedaliero interno con esperienza nella gestione di casi e sospetti d'abuso e violenza.

Indicatori:

- Numero di iscritti del 2023 che hanno concluso la FAD del progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere" sul totale del numero degli iscritti (STANDARD > 25%)
- Numero di iscritti del 2023 che hanno concluso la FAD del progetto "Accoglienza e cura dei bambini e degli adolescenti vittime di maltrattamento/abuso" sul totale del numero degli iscritti (STANDARD > 30%).

Numero di iscritti del 2023 che hanno concluso la FAD del progetto "Accoglienza e assistenza nei servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei servizi territoriali delle donne vittime di violenza di genere" sul totale del numero degli iscritti (STANDARD > 25%): 54% (100% degli operatori di PS)

Numero di iscritti del 2023 che hanno concluso la FAD del progetto "Accoglienza e cura dei bambini e degli adolescenti vittime di maltrattamento/abuso" sul totale del numero degli iscritti (STANDARD > 30%): 57% (95% degli operatori di PS)

2.9. Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Per ciò che attiene all'area di specialistica ambulatoriale, IOR rientra nell'ambito di azione dell'AUSL di Bologna e quindi nell'ambito del contesto metropolitano.

Gli indici di performance monitorati sono stati garantiti con l'impegno di continuare il loro mantenimento nel rispetto dell'appropriatezza prescrittiva.

Si riportano di seguito gli indicatori previsti dagli obiettivi di programmazione sanitaria 2023, con il relativo target di raggiungimento:

- Sviluppo CUPWEB

Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione online su CUPWEB regionale

Indicatore: *numero di prestazioni di primo accesso definite obbligatorie a livello regionale presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili online su CUPWEB/ numero di prestazioni di primo accesso definite obbligatorie prenotabili agli sportelli CUP [std: >=90% sulle prestazioni definite obbligatorie a livello regionale]*

Lo IOR contribuisce a questo valore nell'ambito degli accordi di fornitura con l'Azienda USL con le seguenti prestazioni diagnostiche di: ecografia muscolo tendinea, ecografia osteoarticolare, RM bacino, RM caviglia e piede, RM coscia e anca, RM ginocchio e gamba, RM gomito e avambraccio, RM massiccio facciale, RM polso e mano, RM rachide cervicale, RM rachide dorsale, RM rachide lombosacrale, RM spalla e braccio, TC bacino e articolazioni sacro-iliache, TC caviglia e piede, TC femore e articolazione coxo-femorale, TC ginocchio e gamba, TC gomito e avambraccio, TC rachide, TC spalla e braccio, e con le visite di antalgica, visita fisiatrica,

visita reumatologica. Non sono invece prenotabili attraverso CUP WEB tutte le prestazioni per le quali viene richiesto il quesito diagnostico perché non gestibile in CUP WEB: quali visite ortopediche.

- *Tempi di attesa*

Monitoraggio tempi di attesa prestazioni con classe di priorità B (indicatore del NSG- IND0831-Insider)

Indicatori:

- *Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso con classe di priorità B erogate entro 10 gg / Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso con classe di priorità B totali (per tutte le prestazioni TAC torace: 87.41, 87.41.1; RM colonna: 88.93, 88.93.1; Visita ortopedica: 89.7B.7) (%); [std: >=90%]*

La percentuale delle visite ortopediche come primo accesso (89.7b.7) garantite come priorità B entro 10 gg è stata del 99% (2380/2391).

La percentuale di prestazioni diagnostiche RM colonne garantite entro 10 gg è stata del 99% (76/77)

- *Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso con classe di priorità D prenotate entro gli std / Numero di visite e di prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso totali; [std: >=90% per ciascuna tipologia di prestazione]*

La percentuale delle visite ortopediche come primo accesso (89.7b.7) garantite con priorità D è stato del 70% (3805/5458).

La percentuale di prestazioni diagnostiche RM colonne garantite come priorità D è stata del 55 % (153/276)

Questi risultati sono dovuti al fatto che lo IOR è coinvolto da AUSLBO nel contribuire al raggiungimento dei TDA per le priorità B, mentre per le D la AUSLBO ha coinvolto primariamente le Case di Cura private.

- *Appropriatezza prescrittiva*

L'indicatore monitorato nel 2023 è il seguente:

Formazione nota indicazioni cliniche di accesso e nota presa in carico specialisti [std: formazione ad almeno il 70% degli specialisti]

La nota regionale 0282798U con le indicazioni cliniche sulla presa in carico del paziente da parte dello specialista durante l'attività ambulatoriale è stata ritrasmessa ai professionisti nell'anno 2023.

Sono state programmate nel mese di novembre e dicembre 2 giornate formative, alle quali ha partecipato il 30 % degli specialisti.

Per sensibilizzare i professionisti alla partecipazione sugli incontri formativi relativi alla nota 0282798U per l'anno 2024, sono previsti incontri formativi più mirati alle esigenze specifiche di ogni U.O.

- *Presa in carico*

Promozione della prescrizione da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico il paziente (di cui alla nota prot.0282798.U del 21-3-22)

Indicatori:

- (IND0787 – Insider): Numero di *prescrizioni di visite di controllo tipo accesso 0* da parte del medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo tipo accesso 0 (%); [std: >=95%]
Il numero di prescrizioni di visite di controllo tipo accesso 0 sono state (67404/68398) pari al 98%
- Numero di *prenotazioni delle visite di controllo tipo accesso 0* effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate sul totale delle prenotazioni di visite di controllo tipo accesso 0 (%); [std: >=90%]

Il numero di prenotazioni di visite di controllo tipo accesso 0 sono state (45623/48355) pari al 94%

- Numero di *prescrizioni con tipo accesso 0* effettuate dallo specialista sul totale prescrizioni tipo accesso 0 (escluse visite) (FONTE DEMA); [std: 95%]

Il numero di prescrizioni di prestazioni effettuate dallo specialista con tipo di accesso 0, escluse le visite è stato del 99.8%(1262/1264)

- Numero di *prenotazioni con tipo accesso 0* effettuate dallo specialista/struttura sul totale prenotazioni tipo accesso 0 (escluse visite); [std: 90%]

Il numero di prenotazioni delle prestazioni escluse le visite è stato di pari al 100% (4999/4999)

- Formalizzazione e rendiconto elenco Day Service Ambulatoriale - Obiettivo: *se i DSA sono formalizzati ed attivi è necessario trasmettere l'elenco entro settembre 2023, dopo tale data, verrà ammessa in ASA solo l'attività dei Day Service nomenclati.*

L'elenco dei DSA di prossima attivazione sono stati trasmessi all'AUSL di Bologna nel gennaio 2022 per l'inoltro in RER; è stato redatto nell'anno 2023 il protocollo "Sospetta artropatia infiammatoria all'esordio" presso la SS Reumatologia che sarà implementato nell'anno 2024

Per il DSA oncologico sono state effettuate le modifiche informatiche per garantire una maggior sicurezza della presa in carico dei pz oncologici e per migliorare la qualità del flusso ASA delle prestazioni erogate in regime di DSA.

Telemedicina

Sono in corso di completamento i protocolli operativi sulla gestione delle attività da erogare in telemedicina al fine di consolidare lo strumento.

Numero di prestazioni di telemedicina per l'anno 2023:

- Consulenze Smart Malattie Rare Scheletriche: 65
- Knee 1
- Teleconsulto Riabilitativo: 153

L'incremento nel 2023 rispetto l'anno 2022 è pari al = 243%

Indicatori di monitoraggio 2023:

- *Monitoraggio prestazioni a distanza: aumento in valori assoluti delle televisite/prestazioni organizzative (videochiamata e colloquio telefonico) come da indicazioni Circolare 2/22 [std: +10% vs 2022]*
- *n. prestazioni in modalità di teleconsulto tra MMG e specialisti*

Rispetto all'anno 2022 si rileva un incremento dell'attività di telemedicina del 243% (219 rispetto a 90 prestazioni del 2022). L'incremento si rileva in particolare per le prestazioni di Teleconsulto Riabilitativo a seguito anche dell'implementazione di un progetto sperimentale: presso la Medicina Riabilitativa è stato implementato un progetto pilota di teleconsulto gestito dai fisioterapisti della riabilitazione dedicato ai pazienti sottoposti ad intervento di artrodesi primaria presso la Chirurgia Vertebrale con un percorso strutturato e dedicato.

Già negli anni precedenti ai pazienti ricoverati presso lo IOR veniva proposto la possibilità di effettuare un teleconsulto fisioterapico al bisogno ma senza l'organizzazione di un percorso strutturato.

L'esigenza di offrire un teleconsulto dedicato agli aspetti educativi è giustificato dall'importanza che essi hanno all'interno del trattamento riabilitativo per questa tipologia di paziente; diversi studi, infatti, sottolineano l'importanza dell'educazione nel ridurre l'ansia ed aumentare l'empowerment e la soddisfazione del paziente dei pazienti sottoposti ad artrodesi primaria.

L'intervento educativo fornito dai professionisti sanitari, viene garantito durante tutto il percorso del paziente sottoposto a Chirurgia Vertebrale, dalla fase preoperatoria alle prime fasi post intervento e fino al completo recupero funzionale e sociale.

Attualmente, già presso l'U.O. di Chirurgia Vertebrale ad indirizzo Oncologico e Degenerativo e l'U.O. Chirurgia delle deformità del Rachide, le sedute riabilitative volte al recupero funzionale vengono accompagnate da sessioni educative per la corretta gestione della propria colonna vertebrale nel primo periodo post-operatorio.

Vengono inoltre affrontati temi legati al ritorno alle attività di vita quotidiana e di relazione e fornite le prime indicazioni sul prosieguo del percorso riabilitativo.

Il teleconsulto volge quindi alla consolidazione dell'intervento educativo svolto già durante il ricovero nella UO, garantisce la continuità della presa in carico riabilitativa dopo la dimissione e favorisce il rientro a domicilio del paziente in sicurezza anche psico-emotiva.

Il Servizio di Medicina Fisica e Riabilitativa ha erogato 39 prestazioni di teleconsulto aperto a tutti i pazienti operati nelle degenze ortopediche e 125 prestazioni di teleconsulto rivolte ai pazienti operati di artrodesi primaria al rachide.

3. Assistenza Ospedaliera

3.1. Emergenza-Urgenza ospedaliera

Con due successive Deliberazioni di giunta regionale DGR 1827 del 17.11.2017 e DGR 1129 del 8.7.2019, la Regione Emilia-Romagna ha operato un profondo rinnovamento dell'organizzazione dell'ambito di Emergenza Ospedaliera, attraverso l'implementazione di un Piano per il miglioramento dell'Accesso in Emergenza-urgenza. Il Piano declina le strategie volte al miglioramento dell'accessibilità in emergenza e urgenza che le Aziende sono tenute ad applicare, con il fine di conseguire il miglioramento dei tempi di permanenza in PS, previsti entro le 6 ore (+ 1 ora per i casi di maggiore complessità).

Nell'ambito del Piano per il miglioramento dell'Accesso in Emergenza-urgenza, con DGR n. 1230 del 03.08.2021, la Regione Emilia-Romagna ha adottato le nuove Linee di Indirizzo Regionali per il Triage in Pronto Soccorso che hanno introdotto 5 codici di priorità e hanno permesso di ottenere una precoce identificazione dei pazienti in condizioni critiche e pericolose per la vita, con immediato accesso alle cure e l'attribuzione di codici di priorità di accesso alle cure più appropriato in relazione alla criticità delle condizioni cliniche di presentazione, al possibile rischio evolutivo e al numero/tipologia di risorse necessarie per un adeguato percorso di cura. Tale attività è stata completata con l'adeguamento dei sistemi informativi al nuovo sistema di triage in Pronto Soccorso, e dall'introduzione di modalità efficaci di monitoraggio degli indicatori di performance previsti, nonché da un percorso formativo rivolto a tutti gli operatori sanitari di Pronto Soccorso.

Proseguono le attività di monitoraggio sui tempi di attesa in Pronto Soccorso e gli incontri tra la Direzione Generale Cura della Persona e interlocutori Aziendali (Direzioni Sanitarie, RAE, DEA, ICT) per l'analisi dei dati di performance e dei flussi relativi all'ambito emergenza-urgenza.

Il DM 17/12/2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza - urgenza" introduce all'interno del flusso ministeriale EMUR-NSIS la presenza del codice identificativo 'missione 118' nel tracciato Pronto Soccorso.

La DGR 1129/2019 ha inoltre previsto l'adeguamento dei sistemi informativi di PS per garantire l'interoperabilità con gli applicativi gestionali ospedalieri e di emergenza territoriale 118. I sistemi informativi dovranno pertanto prevedere l'attuazione di una procedura per garantire il collegamento tra il flusso del Pronto Soccorso e quello dell'Emergenza Territoriale.

Indicatori:

- Rispetto dei tempi d'attesa: accessi con Permanenza <6h + 1 h per PS generali e PPI ospedalieri con ≤ 45000 accessi; [std: $\geq 95\%$]
- ≤ 45000 accessi; [std: $\geq 95\%$]

Il rispetto dei tempi di attesa degli accessi con permanenza >6+1h è stato del 99,8%. (Fonte SIVER)

L'attuazione della procedura di interoperabilità informatica flusso EMUR è installata ed in procinto di essere attivata.

Nel corso del 2023 sono stati ultimati lavori strutturali al Pronto Soccorso dello IOR che hanno consentito la creazione di un percorso dedicato ai pazienti ortopedici pediatrici urgenti, con triage, sala d'attesa, ambulatori e

sala gessi dedicati, che all'occorrenza può essere riorganizzato come accesso dedicato a pazienti affetti o potenzialmente affetti da patologie infettive a rischio diffusivo (es. SARS-CoV-2).

Questo percorso dedicato ha consentito di migliorare la presa in carico separata dei pazienti adulti e pediatrici, con conseguente riduzione dei tempi di attesa e della miglior gestione delle situazioni di iperafflusso.

3.2. Percorso chirurgico

Il percorso del paziente sottoposto ad intervento chirurgico è attenzionato in quanto driver principale delle produzioni ospedaliere. A causa della pandemia, il necessario trasferimento di risorse dalle attività chirurgiche programmate verso le attività urgenti ha creato un accumulo di pazienti in attesa di intervento chirurgico. Come previsto anche dalle Linee di Indirizzo 2022 "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2", si è resa necessaria un incremento di appropriatezza e creazione di valore per la popolazione, rispettando i requisiti clinico assistenziali come previsto dai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA, 2017). Questa necessità è diventata sempre più stringente, ancora di più negli ultimi anni in cui la Domanda di Salute da parte dei cittadini risulta incrementata.

Per quanto riguarda il regime di ricovero ci si è concentrati sui pazienti definiti "outpatient": le tecniche chirurgiche, la tecnologia a sostegno di queste e la revisione dei percorsi di preparazione all'intervento, stanno progressivamente aumentando la quota di pazienti che non necessitano di ricovero ospedaliero a sostegno delle procedure chirurgiche. Il nomenclatore tariffario regionale della specialistica del 28/10/22 definisce chiaramente le prestazioni chirurgiche che devono essere erogate in regime ambulatoriale (precedentemente gestite in Day Surgery).

Inoltre, in merito alla necessità di incrementare il turnover di posti letto e diminuzione del tempo di degenza, a favore di una maggiore offerta chirurgica per la popolazione, sempre nel rispetto della salute del paziente, il Rizzoli ha applicato percorsi specifici per chirurgia standardizzata come per la chirurgia del femore o altri percorsi personalizzati come quello pediatrico in Pronto Soccorso.

Anche in merito all'utilizzo della chirurgia robotica, la regione ha ritenuto necessario avviare un monitoraggio che, insieme all'analisi dei costi e degli outcome, garantisca volumi minimi di produzione su queste piattaforme. Per il 2023 sono state escluse le prestazioni di chirurgia robotica di ortopedia, sebbene lo IOR utilizzi tale tecnologia per alcuni tipi di interventi innovativi. Infatti, è stato previsto l'avvio di un sistema di monitoraggio degli interventi chirurgici eseguiti con strumentazioni robotiche.

Nel 2023 è stato rivisto il modello di prericovero, che ha affidato all'infermiere di prericovero la fase di chiamata e convocazione del paziente, con la somministrazione di un questionario/intervista telefonica.

Lo scopo del questionario è quello di intercettare i pazienti complessi, che presentano comorbidità e criteri chiari di non idoneità all'intervento chirurgico e al contempo facilitare la programmazione dei pazienti nelle agende di prericovero.

Dall'osservazione dei dati si riscontra una diminuzione dei pazienti valutati *Non idonei* dall'anestesista che sono n. 13 nell'anno 2023, rispetto ai 78 del 2022. Nel 2024 è stata aumentata l'offerta a 86 pazienti settimanali.

3.3. Tempi di attesa

Nel 2023 i livelli di attività chirurgica hanno superato i livelli pre-pandemici confermando il trend di incremento che nell'anno 2022 ha visto il Rizzoli al 107% della produzione rispetto al 2019 e nel 2023 al 105% rispetto al 2022.

Particolarmente sfidante è stato il recupero dell'attività pregressa in lista d'attesa sospesa nel 2020, nel 2021 e nel 2022. Il recupero di gran parte della casistica ha inevitabilmente contribuito ad un livello di performance di erogato entro i tempi ancora sotto i livelli pre-pandemici.

Tenuto conto di quanto premesso e sulla base di quanto previsto dalla DGR 272/2017 e dalla DGR 603/2019 (recante il nuovo PRGLA 2019-2021), a tutela della sicurezza dei pazienti e degli operatori rispetto al rischio epidemico, sono stati garantiti:

- il rispetto dei criteri di priorità per l'accesso, secondo modalità coerenti con le indicazioni regionali (circolare 7/2017, nota PG 2017/0720985 del 16/11/2017);
- il controllo del rapporto tra attività libero-professionale ed attività istituzionale;
- la gestione informatizzata delle agende di prenotazione e la loro manutenzione;

- la finalizzazione delle risorse;
- una adeguata informazione ai pazienti e ai cittadini.

Per il 2023 la Regione ha dato mandato alle aziende di perseguire, all'interno della pianificazione aziendale, un miglioramento rispetto alla performance 2022, con riferimento alle prestazioni erogate entro i tempi per gli interventi oggetto di monitoraggio.

In riferimento alla casistica oltre tempo massimo al 1-1-2023 era previsto che le aziende recuperassero l'80% della casistica, adottando specifici programmi aziendali finalizzati al pieno raggiungimento dell'obiettivo. Oltre a questo, era previsto anche il recupero del 100% della casistica oltre tempo massimo al 1-1-2022 ancora presente in lista.

Rispetto a tali obiettivi, lo IOR ha adottato misure operative mirate a favorire l'attività di monitoraggio e manutenzione della Lista di Attesa, impiegando risorse propriamente adibite all'attività di recupero di posizioni scadute. Nonostante il pieno impegno e la definizione di piano interno di recupero delle Liste, lo IOR ha dovuto affrontare i volumi di pazienti sospesi nel periodo pandemico. Inoltre, è necessario sottolineare che il Rizzoli oltre ad essere Hub su diverse discipline, è riferimento nazionale per differenti specialità chirurgiche con una conseguente attrattiva di pazienti provenienti da fuori Regione, aspetto non trascurabile nell'analisi della consistenza della Lista dell'Istituto.

In merito alla garanzia di corretta e completa alimentazione del flusso informativo del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa – SIGLA, strumento attraverso il quale la Regione monitora i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato in modo prospettico, la Regione ha provveduto a valutare la completezza del flusso SIGLA mediante linkage con il flusso SDO e nel 2023 lo IOR ha raggiunto il target assegnato sia per quanto riguarda gli interventi monitorati, che per gli interventi chirurgici programmati.

Inoltre, nel 2023 è stata assicurata l'analisi dell'appropriatezza e la conseguente omogeneizzazione organizzativa e clinica dei percorsi di valutazione pre-operatoria e di gestione peri-operatoria del paziente. Nella quasi totalità delle strutture è stata conseguita l'unificazione dell'organizzazione del percorso.

In merito alla necessità da parte delle Aziende di predisporre materiali informativi uniformi di livello almeno intra-aziendale, inerenti alle modalità di accesso alle prestazioni di ricovero programmato, allo IOR è stata rivista l'intera informativa destinata ai pazienti inerente al percorso chirurgico con informazioni più dettagliate sia delle liste di attesa (funzionamento operativo e i diversi "stati" di lista dei pazienti) che del ricovero in reparto che dell'intervento chirurgico.

Inoltre, per quanto concerne la trasparenza dei dati, sono state aggiornate le statistiche dei dati sulle liste di attesa e sui tempi di attesa.

Indicatori	Target	Valore IOR
o Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i tempi di classe di priorità (IND1016)	≥85%	37,65%
o Tempi di attesa retrospettivi per tutti gli interventi monitorati PNGLA: % casi entro i tempi di classe di priorità (IND0980)	≥ 80%	38,88%
o Indice di completezza SIGLA / SDO per interventi monitorati (*) (IND0981)	≥ 80%	97,94%
o Indice di completezza SIGLA / SDO per tutti gli interventi chirurgici programmati (*) (IND982)	≥ 70%	86,3%
o Recupero degli interventi chirurgici scaduti tra il 01/01 e il 31/12 dell'anno in corso (IND0983)	≥ 80%	51,16%
o Recupero degli interventi chirurgici scaduti entro il 31/12 dell'anno precedente (IND0984)	100%	68,69%
o Variazione % dell'arruolamento in lista nell'anno in corso (IND985)	≤ 2%	3,97%

3.4. Piattaforme operative diagnostiche e terapeutiche (NGS+ trapianti CSE)

Con Decreto Ministeriale n.73/2021 “Ripartizione del contributo per il processo di riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale” all’art.29, approvato con Intesa Stato-Regioni del 16 dicembre 2021 (rep. atti n. 258/CSR), il Ministero ha disposto un finanziamento per la riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, individuando come soglia di efficienza la produzione di almeno 5.000 campioni analizzati con tecnologia Next Generation Sequencing (NGS) per singolo laboratorio, effettuati per qualsiasi patologia. È stato quindi avviato un percorso di riorganizzazione dei laboratori di biologia molecolare presenti sul territorio regionale con la realizzazione di piattaforme tecnologiche integrate tra Aziende, comuni a differenti ambiti patologici (oncologia e oncoematologia, genetica medica, virologia, etc) e fruibili mediante competenze specialistiche, avvalendosi della presenza nelle diverse sedi di collaborazioni strutturate.

Il Rizzoli ha concordato con la Regione Emilia-Romagna (Servizio Assistenza Ospedaliera) che manterrà la propria attività di ricerca. Per l’attività assistenziale IOR, in considerazione delle competenze possedute sui sarcomi dei tessuti molli e della patologie rare scheletriche, manterrà la propria attività nell’ambito della piattaforma metropolitana, secondo modalità da definirsi in modo congiunto.

Nel settore di biologia molecolare presso la SSD di Anatomia e istologia patologica dello IOR, si esegue, in modo routinario, la ricerca di alterazioni genetiche caratteristiche di specifici sarcomi, applicando tecniche quali la FISH (Fluorescence In Situ Hybridization) e la Real-Time RT-PCR. Allo sviluppo di tale settore contribuiscono le nuove tecnologie, che hanno portato alla messa a punto di sempre più sofisticate metodiche di indagine molecolare, quale il sequenziamento massivo parallelo (Next Generation Sequencing NGS).

Nell’anno 2023 sono stati eseguiti 41 test NGS, dei quali 39 a scopo diagnostico e 2 a scopo scientifico. La totalità dei test è risultata valutabile superando i controlli di qualità; 20 analisi hanno evidenziato la presenza di fusioni geniche, la maggior parte delle quali già descritte in letteratura con frequenza rara. Andando in dettaglio, dei 31 test NGS eseguiti a scopo diagnostico, 15 campioni provenivano da pazienti interni e ricoverati presso lo IOR, mentre 24 provenivano dall’esterno (strutture pubbliche SSN).

Il Laboratorio di Oncologia Sperimentale ha eseguito 95 campionamenti esclusivamente a scopo di ricerca, di cui 25 su apparecchiatura NextSeq 500 sita nel Laboratorio Oncologia Sperimentale dello IOR e 75 sulla piattaforma Novaseq 6000sita presso l’IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna, Ospedale Bellaria.

Per la SC Malattie Rare Scheletriche vengono eseguiti campionamenti a scopo diagnostico e a scopo di ricerca; il volume di lavoro effettuato nel 2023 è stato di 126 analisi NGS suddivise tra:

- Attività diagnostica (108 analisi): ricerca di alterazioni genetiche causative di patologie rare scheletriche trattate presso la SC Malattie Rare Scheletriche (analisi di target-sequencing effettuate utilizzando pannelli On-Demand su piattaforma Ion GeneStudio™ S5System, Thermo Fisher Scientific)
- Attività di ricerca (18 analisi): ricerca di varianti puntiformi su DNA circolante e DNA tissutale proveniente da pazienti affetti da patologie muscolo-scheletriche. Le analisi sono state effettuate su piattaforma IonGeneStudio™ S5 System (Thermo Fisher Scientific) utilizzando pannelli custom.

Anche per la rete dei trapianti delle cellule staminali ematopoietiche (CSE) è stata individuata la piattaforma operativa come la modalità organizzativa garantire l’accesso diffuso e omogeneo a procedure complesse e ad alta evolutività tecnologica, attraverso la concentrazione delle risorse umane e tecnologiche, la condivisione dei protocolli operativi e delle iniziative di formazione specialistica, la garanzia di sostenibilità dell’innovazione.

Il trapianto di CSE autologhe dopo chemioterapia ad alte dosi trova il suo impiego nei pazienti affetti da sarcoma di Ewing ad alto rischio, patologia di cui lo IOR è riferimento a livello nazionale. Anche grazie al programma trapianti lo IOR offre un percorso diagnostico-terapeutico completo con specialisti dedicati per questa malattia di fatto rara (in Italia numero di nuovi casi/anno con interessamento scheletrico stimato è di

circa 60) e che richiede un trattamento multidisciplinare complesso. Il numero di trapianti effettuati allo IOR risulta tra i più elevati per patologia tra i Centri Trapianto italiani ed europei.

In considerazione della specifica patologia di indicazione, il programma trapianti dello IOR svolge attività di trapianto esclusivamente autologo e non comprende l'Unità di raccolta da sangue midollare (BM).

Il trattamento degli adulti affetti da sarcoma di Ewing segue gli stessi principi dei pazienti pediatrici, la tolleranza alle cure che ci si può attendere è sostanzialmente la stessa fino ai 40 anni di età circa; pertanto, il PT dello IOR è rivolto sia a adulti (fino a 40 anni) che a pazienti pediatrici (esclusi infanti, l'incidenza della patologia in questa fascia di età rappresenta una eccezione) ed è da considerarsi un PT singolo misto.

In considerazione della tipologia di trapianto, autologo, e della selezione dei candidati, descritta in apposita procedura, i pazienti avviati a trapianto all'interno del PT dello IOR sono da considerarsi a basso rischio (The EBMT risk score Bone Marrow Transplantation).

Il Programma trapianto di CSE vede la collaborazione di tre Unità produttive con sedi differenti ed afferenti ad Aziende sanitarie diverse. Le distanze tra le unità sono tali da garantire la continuità assistenziale e la sicurezza del trasporto dei prodotti biologici:

- UNITÀ CLINICA - SC Osteoncologia, Sarcomi dell'osso e dei tessuti molli, e Terapie Innovative (OSOTT) – Istituto Ortopedico Rizzoli

- UNITÀ DI RACCOLTA SANGUE PERIFERICO - SIMT A.M.BO – Sede Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna IRCCS - Settore Aferesi Terapeutica AOU

- UNITÀ DI PROCESSAZIONE (UP) - SIMT A.M. BO – Sede Azienda Ospedaliero- Universitaria di Bologna IRCCS - Laboratorio di Processazione di CSE-ERCB

È stato avviato, in accordo con il Servizio di Assistenza Ospedaliera della Regione Emilia-Romagna, un progetto per la creazione di un unico programma di CSE in Area Metropolitana, all'interno del quale IOR rimarrebbe unità clinica sia per l'età adulta che pediatrica.

3.5. Indicatori DM 70/2015: volumi ed esiti

In attuazione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, previsti dal DM 70/2015 e dalla DGR 2040/2015, nel rispetto dei valori soglia di tutti gli indicatori sui volumi ed esiti indicati le Aziende devono completare il superamento delle sedi chirurgiche con volumi di attività annuali per fratture di femore superiori ai 75 interventi/anno. Lo IOR, in quanto Hub specialistico di rilievo regionale e nazionale, rappresenta un caso peculiare, in quanto dotato di diverse Strutture di Ortopedia iper-specialistica che non effettuano interventi di frattura di femore (es: ortopedia pediatrica, chirurgia della spalla e del gomito, etc.), ed avendo organizzato il sistema di accettazione delle urgenze on iper-specialistiche su cinque UU.OO., oltre a quella della sede di Ortopedia Bentivoglio e della sede del Polo Ortopedico e Riabilitativo di Argenta. Pertanto, l'indicatore, per IOR, va calcolato sull'intera struttura principale della sede di Bologna.

Indicatore	Target	Valore 2023 IOR
Frattura di femore: % di interventi in reparti sopra soglia (75) (IND0770)	≥ 95%	33,9%

Nel 2023, la sede di Bologna ha dimesso un numero complessivo di fratture di femore pari a 168; la sede di Bentivoglio un numero complessivo pari a 100 e la sede di Argenta un numero complessivo pari a 27 (numero relativamente basso in quanto la maggior parte delle fratture di femore in anziano presentate al PS generale del Mazzolani-Vandini di Argenta viene ricoverata -come da accordi interaziendali - nei posti letto di Medicina Perioperatoria dell'Azienda USL di Ferrara, parte integrante del Polo Ortopedico e Riabilitativo Rizzoli Argenta). Il numero complessivo di interventi per fratture di femore dimessi nei dodici mesi del 2023 è pari a 295.

Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo sulla casistica chirurgica oncologica, per cui l'indicazione chirurgica deve essere posta a seguito di una valutazione multidisciplinare.

Appropriatezza delle cure: indicatori del Nuovo Sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria

Nell'ambito della verifica dei LEA, il DM 12 marzo 2019 – “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria”, operativo dal 1° gennaio 2020, ha identificato per l'analisi dell'Assistenza Ospedaliera un set di indicatori cosiddetti “Core”, che risultano determinanti per la valutazione complessiva a livello nazionale dell'area stessa e che recentemente sono stati rivisti e ampliati dal Comitato LEA:

Indicatori	Target	Valore IOR 2023
H04Z – Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15	0,4
H13C – Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario (IND1013)	≥ 80%	Per sedi: - Bologna (G.C. Pupilli): 72,1% - Argenta (IOR/AUSL FE): 84,6% - Bentivoglio (IOR/AUSL BO): 28,6% Complessivo: 57,98%

Il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario allo IOR si attesta sopra al target definito. Segnaliamo che la specificità della casistica monospecialistica dell'Istituto rende estremamente complesso ottenere il raggiungimento dello standard indicato, in modo particolare per alcuni dei Drg maggiormente rappresentati (538, 503) e per la quota notevole di Drg 410 effettuati in regime di ricovero ordinario per ragioni clinico-assistenziali (trattamento di chemioterapia ad alte dosi).

Nonostante la quota di ricoveri ordinari inappropriati sia ulteriormente comprimibile, non appare quindi ancora pienamente realizzabile il livello dello standard regionale.

E' stata posta particolare attenzione alla codifica ICD9CM di questa tipologia di ricoveri, aumentando la percentuale di controlli effettuati rispetto a quanto richiesto dal PAC (Piano Annuale Controlli). Questo ha consentito di ridurre la quota di Drg inappropriati dovuti ad errori nella codifica degli interventi chirurgici (Drg 538, 503, 227, ecc.), o di diagnosi e procedure (Drg 410, altri Drg di tipo medico), ma è evidente che gli interventi prioritari restano quelli di tipo organizzativo (programmazione dei ricoveri, trasferimento di alcune prestazioni chirurgiche ad altro setting).

L'obiettivo rimane la riduzione ulteriore della quota di DRG ad alto rischio attraverso il trasferimento della casistica al regime diurno, con particolare riferimento ai Drg di area chirurgica considerati “prioritariamente trasferibili” e con abbattimento tariffario (DGR 918/2018), e le attività svolte in questi ultimi anni per aumentare il numero di prestazioni erogate in un contesto di chirurgia ambulatoriale.

L'impegno è quello di rafforzare le misure messe in atto finora per garantire che l'esecuzione delle prestazioni avvenga nel setting assistenziale più appropriato, con un minor impiego di risorse ma garantendo elevati standard di sicurezza per i pazienti.

Il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario del 2023 è pari a 0,4. Il valore è evidentemente superiore al riferimento regionale (0,15). La casistica mono-specialistica dello IOR rende estremamente complesso ottenere il raggiungimento dello standard indicato, in modo particolare per alcuni dei Drg maggiormente rappresentati (538, 503) e per la quota notevole di Drg 410 effettuati in regime di ricovero ordinario per ragioni clinico-assistenziali (trattamento di chemioterapia ad alte dosi in infusione continua). Come nel 2022, nel 2023 è stata posta particolare attenzione alla codifica ICD9CM di questa tipologia di ricoveri, cercando di rispettare la percentuale di controlli richiesti dal PAC (Piano Annuale Controlli). Questo potrebbe consentire di ridurre la

quota di Drg inappropriati dovuti ad errori nella codifica degli interventi chirurgici (Drg 538, 503, 227, ecc.), o di diagnosi e procedure (Drg 410, altri Drg di tipo medico), ma è evidente che gli interventi prioritari restano quelli di tipo organizzativo (programmazione dei ricoveri, trasferimento di alcune prestazioni chirurgiche ad altro setting).

Per quanto concerne l'obiettivo "H13C – Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario (IND1013)", lo IOR ha raggiunto un valore pari a 57,98% nel 2023, in linea con l'indicatore regionale (57,53%) ma inferiore rispetto allo standard di riferimento, pari all'80%. Per analizzare il motivo del non raggiungimento dello standard risulta necessario esaminare i dati suddivisi per singola sede:

- La sede di **Bologna** (Pronto Soccorso IOR di Via G. C. Pupilli) ha raggiunto il **72,1%** (80 interventi entro i tempi su un totale di 111 interventi). Presso la sede principale IOR, le accettazioni da Pronto Soccorso sono gestite sulla base di una turnazione settimanale da parte di 4 UOC; 1 di queste raggiunge una % che soddisfa lo standard regionale (82,9%), mentre le altre 3 UOC si attestano a valori inferiori allo standard richiesto (73,1%, 64% e 63,6% rispettivamente) ma comunque superiori all'indicatore regionale (57,63%). Tramite una serie di analisi di processo del percorso dei pazienti fratturati di femore, è stato evidenziato come il non raggiungimento dello standard dell'80% sia dovuto ad una aderenza solo parziale alle norme organizzative stabilite dall'Istituto; l'aderenza completa a suddette norme consentirebbe, infatti, il raggiungimento di uno standard più elevato così come per la singola UOC che raggiunge e supera lo standard regionale dell'80%. Durante tutto il 2023, così come da inizio 2024, sono state introdotte dalla Direzione Aziendale e dai Dipartimenti una serie di iniziative di confronto e miglioramento per consentire a tutte le UOC coinvolte il raggiungimento di uno standard superiore nella gestione delle urgenze traumatologiche.

- La sede di **Argenta** (Pronto Soccorso AUSL FE dell'Ospedale Mazzolani Vandini) ha raggiunto l'**84,6%** (11 interventi entro i tempi su un totale di 13 interventi). Il raggiungimento e superamento dello standard regionale è riconducibile alla collaborazione tra le due Aziende per la creazione di appositi percorsi di integrazione tra i servizi a gestione AUSL FE (Pronto Soccorso; Radiologia; Medicina Perioperatoria; consulenze specialistiche) e dei servizi a gestione IOR (consulenza ortopedica e sala gessi per PS; reparto; terapia semintensiva; blocco operatorio per ortopedia, anestesia e comparto).

- la sede di **Bentivoglio** (Pronto Soccorso AUSL BO dell'Ospedale di Bentivoglio) ha raggiunto il **28,6%** (18 interventi entro i tempi su un totale di 63 interventi). Il mancato raggiungimento dello standard regionale e il significativo discostamento dalla performance raggiunta in altre sedi IOR (Bologna 72,1%, Argenta 84,6%) è riconducibile alla criticità dei percorsi di integrazione tra i servizi a gestione AUSL BO (Pronto Soccorso e OBI; terapia intensiva; blocco operatorio per anestesia e comparto; consulenze specialistiche) e dei servizi a gestione IOR (consulenza ortopedica e sala gessi per PS; reparto; attività chirurgica ortopedica).

In considerazione delle attuali criticità di integrazione presso la sede di Bentivoglio, in considerazione della natura modificata dell'indicatore che prevede la partenza delle 48h dal momento dell'accesso al Pronto Soccorso (non di gestione IOR, così come l'eventuale permanenza in OBI per saturazione reparto a causa di rallentamenti dell'attività chirurgica) si propone di non considerare la % di questa sede per il calcolo della media complessiva IOR, che si attesterebbe quindi al 73,4% (91 interventi entro i tempi su un totale di 124 interventi tra sede G. C. Pupilli e Argenta). Il miglioramento dei percorsi della sede di Bentivoglio, così come l'acquisizione di maggior autonomia gestionale dell'attività chirurgica ortopedica urgente ed elettiva di questa sede, sono oggetto di discussione nei termini dell'accordo interaziendale che prevede l'acquisizione futura da parte dello IOR di tutta l'attività chirurgica ortopedica dell'Azienda USL di Bologna, tramite un progetto di redistribuzione delle risorse tra le varie sedi coinvolte, come da mandato regionale.

3.6. Reti cliniche di rilievo regionale

In base a quanto definito da uno specifico Accordo IOR-RER aggiornato annualmente, dal 2011 lo IOR è identificato centro Hub per le seguenti funzioni:

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
7. Chirurgia dell'arto superiore.

Lo IOR anche nel 2023 ha realizzato azioni di rafforzamento del ruolo di struttura di eccellenza nella realizzazione di reti Hub and Spoke, integrandosi sempre di più con le aziende del territorio metropolitano e regionale, così come previsto dalla pianificazione regionale.

In tale ottica ha programmato l'estensione delle reti collaborative tra IOR e Aziende sanitarie regionali con la definizione di percorsi condivisi per la gestione dei pazienti trattati in sede IOR e poi presi in carico nelle sedi Spoke e nelle altre sedi territoriali, per garantire la massima accessibilità e prossimità al luogo di residenza ai pazienti nelle fasi di follow up. Ha inoltre avviato la progettazione del Polo Ortopedico e Riabilitativo a gestione IOR presso l'Ospedale di Castel San Giovanni, dell'AUSL di Piacenza, che vedrà l'avvio dell'attività nel 2024.

Nel 2023 si sono inoltre definiti i ruoli in ambito metropolitano, che prevedono l'avvio della gestione IOR di alcune UUOO Ortopediche dell'AUSL di Bologna nel 2024 (avviata in marzo l'attività di chirurgia ambulatoriale a Vergato).

L'accordo riconosce a IOR, inoltre, il ruolo di Centro di riferimento regionale per metodiche innovative quali la medicina rigenerativa ed è sede di importanti funzioni regionali che riguardano la Banca Regionale del tessuto muscolo-scheletrico (BTM) e i Registri regionali degli impianti e degli espunti di protesi ortopediche (RIPO e REPO).

Essendo identificata presso lo IOR la funzione HUB per l'Ortopedia Oncologia, lo IOR garantisce la partecipazione fattiva e del supporto dei propri professionisti agli organismi regionali.

3.6.5. Rete per la Terapia del dolore

E' stata posta costante e crescente attenzione al controllo del dolore post-operatorio dei pazienti trattati in regime di ricovero che al pari dei parametri vitali viene rilevato attraverso SIR2020 almeno 1 volta a turno infermieristico tramite scala apposita (principalmente NRS, numerical rating scale, da 0 nessun dolore a 10 massimo dolore). Il Servizio di Anestesia, Terapia Intensiva e Terapia del Dolore ha messo a disposizione il servizio di APS (Acute Pain Service) presente da lunedì a venerdì dalle 7.30 alle 19.30 e sabato dalle 7.30 alle 13.30 per garantire maggiore assistenza ai pazienti che abbiano richiesto una consulenza specialistica e follow-up dedicato oltre le prescrizioni dell'anestesista di sala operatoria e le indicazioni di trattamento fornite dalle protocolli interni.

Indicatore:

% di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero; [std: $\geq 95\%$]

Nel 2023 è stato realizzato dal Centro di Ricerca delle professioni sanitarie un audit denominato "La completezza della compilazione della nuova cartella infermieristica (CCE) presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli". Attraverso la creazione di una check list congruente con gli obiettivi assegnati alle unità operative, tra cui la rilevazione giornaliera del dolore, sono state revisionate 314 cartelle di pazienti ricoverati per un totale di 2452 giorni di ricovero.

La % di casi con almeno 1 rilevazione al giorno in corso di ricovero è del **99,99%**.

3.6.7. Rete Malattie Rare

L'ultima revisione della rete regionale dei centri di riferimento per le malattie rare è stata approvata con DGR n. 1096/22.

Lo IOR è riconosciuto Centro di Riferimento Regionale nell'ambito delle malattie rare osteo-articolari sin dal 2009. È già sede di 4 registri nazionali per le malattie rare: Esostosi Multiple (REM), Osteogenesi Imperfecta (ROI), Sindrome di Ehler Danlos (RED) e malattia di Ollier Maffucci (ROM). Nel luglio del 2020 è stato inoltre approvato dal Comitato Etico di AVEC un ulteriore Registro per una patologia rara oncologica, denominato ReLF, sempre gestito dalla SC Malattie Rare Scheletriche dello IOR. La struttura garantisce ai pazienti pediatrici affetti

da malattie rare il primo accesso entro tempi compatibili con le patologie potenzialmente ingravescenti e la presa in carico multidisciplinare con particolare attenzione al counselling genetico e psicologico rivolto al paziente e ai familiari.

In particolare la struttura offre i seguenti servizi:

- Assicura ai pazienti una presa in carico continuativa ed un percorso definito per il follow up;
- Assicura la valutazione periodica e multidisciplinare dei casi di maggiore complessità (Day Service);
- Assicura il monitoraggio periodico degli aspetti organizzativi e gestionali del percorso diagnostico terapeutico;
- Definisce e coordina i percorsi assistenziali;
- Offre un servizio di diagnostica molecolare per coadiuvare il percorso diagnostico fruito dal paziente;
- Programma e realizza attività di formazione e di aggiornamento specifiche rivolte agli operatori sanitari della Rete Regionale e specialisti provenienti anche da altre regioni;
- Diffonde conoscenze corrette e mirate relative alle malattie rare scheletriche fruibili sia dalla componente sanitaria che da tutte le persone interessate ad un approfondimento ed una adeguata conoscenza delle patologie in collaborazione con le Associazioni dei pazienti;
- Offre all'utenza un punto stabile di Segreteria in fasce orarie definite con disponibilità fisse codificate (giorni e fasce orarie);
- Garantisce la conservazione dei campioni biologici, secondo precisi criteri di qualità e adeguatezza;
- Garantisce la raccolta e conservazione dei dati clinici e molecolari in accordo con le normative esistenti attraverso l'utilizzo di Registri di patologia.

Durante l'emergenza pandemica, si è potenziata l'assistenza ai pazienti on-line utilizzando la modalità di consulenza genetica tramite colloqui in videochiamata.

In ragione della propria specificità, lo IOR funge da Coordinatore della Rete Regionale per le Malattie Rare Scheletriche in Emilia-Romagna. La Rete, prima in Italia, opera sul territorio regionale secondo il modello americano definito Hub & Spoke, cioè collegando in rete i centri di alta specialità (Hub) con gli ospedali del territorio (Spoke) in modo da assicurare ai pazienti una presa in carico globale e interventi diagnostici e terapeutici appropriati e mirati

In ragione della sua capacità assistenziale con un approccio multidisciplinare e di sostegno anche psicologico al paziente e ai suoi familiari, un'elevata capacità diagnostica dovuta all'utilizzo di tecnologie innovative, alle competenze dei ricercatori che partecipano al Centro ed alle interfacce strutturate con altre strutture e professionisti regionali e sul territorio nazionale, è stato individuato quale centro di coordinamento dell'European Reference Network sulle malattie rare scheletriche (ERN BOND), che vede la partecipazione di 38 centri in 10 paesi dell'Unione europea.

Lo IOR, infine, è stato recentemente individuato quale "Competent Authority" per la Joint Action EU4H-2022-JA-05: *Direct grants to Member States' authorities: support ERNs integration to the national healthcare systems of Member States.*

Indicatori	Target	Valore IOR
Predisposizione ed invio da parte delle Aziende sede di centri Hub per malattie rare di relazione contenente le seguenti specifiche:		
Organizzazione dei percorsi di follow up attraverso calendarizzazione delle visite successive presso l'UO di riferimento	≥ 90% dei pazienti presi in carico	100%
Organizzazione delle visite specialistiche presso altre UU.OO. della rete per la presa in carico multidisciplinare	≥ 90% dei pazienti con prescrizione di visita specialistica da parte del centro Hub	100%

Offerta di counselling genetico	$\geq 90\%$ dei pazienti con richiesta da parte del centro Hub	100%
Offerta di assistenza psicologica	$\geq 90\%$ dei pazienti con richiesta da parte del centro Hub	100%

3.6.8. Reti dei Tumori rari

Il trattamento della patologia oncologica primitiva dell'apparato muscolo scheletrico riconosce nello IOR un centro di riferimento di rilevanza non solo regionale. Lo IOR è infatti sede del Registro Tumori muscolo scheletrici e la Banca dei Tumori muscolo-scheletrici, riconosciuta da Biobanking and BioMolecular Resources Research Infrastructure of Italy (BBMRI), appartiene alla rete nazionale Alleanza Contro il Cancro che raggruppa gli IRCCS che trattano la patologia oncologica, ed è unità partecipante all'European Reference Network (ERN) Euracan, sui tumori rari dell'adulto (Sarcomi dell'apparato muscoloscheletrico).

Lo IOR ha intrapreso la revisione del proprio PDTA per la presa in carico di pazienti affetti da Sarcomi dell'apparato Muscolo Scheletrico nell'ambito di un percorso formativo, denominato “Sviluppo e implementazione del percorso diagnostico, terapeutico, assistenziale (PDTA) del paziente con sarcoma”. La revisione è stata completata e approvata nel primo trimestre 2023, prevedendo anche il coinvolgimento nel gruppo di lavoro anche altre figure professionali interaziendali (di area regionale ed extraregionale), già fattivamente coinvolte nella cura dei pazienti con sarcoma, anche se non afferenti all'Istituto Ortopedico Rizzoli.

Si sono inoltre fatti i passaggi istruttori per l'istituzione del centro di riferimento per il trattamento chirurgico dei sarcomi dell'osso e tessuti molli (CESAM).

Con Determina Regionale n. 20263/2018 sono stati definiti gruppi di lavoro per i tumori rari, tra cui il gruppo sui Sarcomi ossei dell'adulto, costituiti dai professionisti individuati dalle Direzioni delle Aziende sanitarie della Regione. Per IOR nell'ambito del gruppo di lavoro partecipa il Direttore della SC Osteoncologia.

3.6.9. Rete delle cure palliative pediatriche (CPP)

Lo IOR, ponendosi come nodo dedicato ai pazienti con gravi deformità e sindromi rare, e quale polo di riferimento metropolitano per la diagnosi e cura delle patologie ortopediche rivolte a pazienti di età pediatrica, ha sottoscritto l'accordo attuativo con la Fondazione Hospice Maria Teresa Chiantore Seragnoli (FHS) per l'erogazione di servizi specialistici nell'ambito metropolitano della rete cure palliative pediatriche della Regione Emilia- Romagna.

La Fondazione Hospice è coinvolta inoltre nel PDTA del paziente con sarcoma.

3.7. Attività trapiantologica

L'attività di donazione d'organi, tessuti e cellule rappresenta un'attività sanitaria di alta valenza sociale e un atto medico di primaria e assoluta importanza. Il processo di donazione e trapianto di organi rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). La donazione di organi è compito ordinario delle Terapie Intensive e di tutto l'ospedale come atto medico di valore etico e terapeutico.

Gli obiettivi per l'anno 2023 hanno previsto:

1. Di rendere pienamente operativi i Coordinamenti locali ospedalieri alla donazione con assegnazione di personale medico e infermieristico adeguato alle potenzialità donative specifiche dell'Azienda e garantendo ad entrambe le figure ore dedicate al procurement al di fuori delle ore di assistenza (DGR 665/2017). A supporto del Coordinatore Ospedaliero e dell'attività donativa, trasversale a tutto l'Ospedale, prevedere inoltre l'istituzione di un Comitato Aziendale Ospedaliero alla donazione, presieduto dal direttore Sanitario, che includa, oltre al Coordinatore Locale, i responsabili delle diverse Unità Operative e servizi Sanitari
2. Per i Presidi Ospedalieri senza neurochirurgia: viene richiesto un Index-1 del Programma Donor Action (determinato dal rapporto, in terapia intensiva, tra il numero dei decessi con patologia cerebrale e il numero dei decessi totali) compreso tra il 15 e il 30%.
3. Per tutti i presidi Ospedalieri: viene richiesto un livello di opposizione alla donazione degli organi inferiore al 33%.
4. Prelievo da un numero di donatori di cornee (con età compresa tra i 3 e gli 80 anni) pari ad almeno il 18% dei pazienti deceduti.

Come noto presso lo IOR viene garantita l'attività di reclutamento donazione di sole cornee.

In merito agli obiettivi dell'anno in corso, a garanzia della piena attività donativo-trapiantologica prevista dal DGR 665/2017, con Delibera n. 0083 del 23/03/2023, è stato istituito presso lo IOR l'ufficio di coordinamento

locale delle attività di procurement, con assegnazione di personale medico (titolare e sostituto) e coordinatore infermieristico adeguato alle potenzialità donative specifiche dell'Azienda e garantendo ad entrambe le figure ore dedicate al procurement al di fuori delle ore di assistenza.

A supporto del Coordinatore Ospedaliero dell'attività donativa trasversale a tutto l'Ospedale, è stato individuato un dirigente medico referente per la Direzione Sanitaria e personale amministrativo afferente alla Direzione Sanitaria dell'Istituto.

In ottemperanza a quanto definito nella Delibera di Giunta Regionale n. 665 del 22/05/2017 "Indicazioni alle aziende sanitarie regionali in ordine al potenziamento della rete donativo-trapiantologica dell'Emilia-Romagna, il Centro Riferimento Trapianti Emilia-Romagna (CRT-Procurement ER) ha effettuato a maggio 2023 l'audit Coordinamento Ospedaliero Procurement (COP), finalizzato all'analisi dell'intera organizzazione donativa. L'esito dell'audit è risultato positivo evidenziando un particolare riconoscimento all'aspetto relativo alla gestione della documentazione per le attività di donazione, all'integrazione tra i servizi coinvolti ed alla sensibilizzazione al tema delle donazioni da parte della Direzione generale

Per ciò che concerne l'attività nell'anno 2023 si sono registrati i seguenti dati:

- il numero dei decessi totali (11) avvenuti presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna durante il 2023 si colloca nella media di decessi degli anni precedenti;
- nessun paziente neurocritico extra Terapia Intensiva poi evoluto in morte encefalica;
- pieno raggiungimento degli obiettivi attribuiti all'Istituto Ortopedico Rizzoli dal CRT-ER corrispondente a 2 cornee donate.

Degli 11 decessi, 5 potenziali donatori senza controindicazioni assolute, come da linee guida del CNT con età compresa tra i 3 e gli 80 anni,

- n 2 opposizioni alla donazione da parte degli aventi diritto
- n 1 non opposizione alla donazione, 2 cornee prelevate, corrispondente all'obiettivo minimo
- 6 non idonei (3 per età, 1 emodiluizione, 2 per altre motivazioni)
- 1 caso di non attivazione procedura.

L'attività di donazione di tessuto muscoloscheletrico risulta in ripresa, anche se il numero di donazioni risulta ancora inferiore al rispetto al periodo *pre Covid*.

La donazione da vivente è aumentata rispetto al 2022, grazie all'attività di incentivazione alla donazione, costantemente promossa dalla BTM a vari livelli.

In ambito nazionale è attuata attraverso il mantenimento di rapporti convenzionali interaziendali per lo scambio di tessuto muscoloscheletrico, che vedono coinvolte numerose Strutture Sanitarie pubbliche e private. Nel corso del 2023 sono stati rinnovati 20 accordi interaziendali e 7 sono attualmente in fase di rinnovo. In ambito regionale, a seguito di un percorso formativo ad hoc effettuato in collaborazione con il CRT, sono state attivate alcune sedi di prelievo afferenti alla AUSL di Modena.

In ambito aziendale si registra un significativo livello di attività presso la sede IOR di Argenta (FE), attivata a fine 2022, e risulta recentemente completato il percorso organizzativo per la sede IOR a Bagheria (PA).

Nel corso dell'anno sono stati revisionati i protocolli di screening per malattie trasmissibili dei potenziali donatori, attivando un accordo interaziendale con l'IRCCS AOU BO per l'esecuzione delle analisi presso l'Unità Operativa di Microbiologia Unica Metropolitana settore Sierologia - Centro di riferimento regionale per le emergenze microbiologiche (CRREM). Sono state costantemente adottate le misure di prevenzione della trasmissione di SARS-Cov2 attraverso la donazione di tessuti da vivente, secondo gli aggiornamenti trasmessi periodicamente dal CNT. Nei primi mesi del 2023 non è stato però possibile accettare alcune donazioni, in quanto la difformità dei protocolli regionali per l'ammissione dei pazienti al trattamento chirurgico non consentivano di effettuare lo screening secondo le indicazioni in vigore. Il problema è stato superato successivamente, con l'aggiornamento delle indicazioni specifiche.

Nell'attività di prelievo da donatore cadavere si registra un aumento del numero di donatori e dei segmenti prelevati: nel corso dell'anno la BTM ha risposto costantemente all'offerta donativa, partecipando con la propria équipe alle diverse offerte ricevute nel territorio regionale e nella Regione Toscana.

La qualità delle donazioni incide sulla gamma di lavorazioni possibili e sulla disponibilità di tessuto "pregiato" (menischi, tendini, allograft fresh, cartilagini in alcool, segmenti per oncologia) oltre alla possibilità di fornire segmenti custom per richieste particolari. In controtendenza rispetto al 2022 è diminuita l'età dei donatori e migliorata la qualità dei tessuti, consentendo la raccolta di un maggior numero di tessuti osteocondrali. Il numero di tessuti prelevati non ha comunque garantito la possibilità di soddisfare tutte le richieste di tendini e tessuti fresh, e ha comportato la necessità di autorizzare alcune forniture presso banche tessuti, site in altre regioni italiane.

Il numero di tessuti sottoposti a lavorazione in clean room ed il numero di tessuti distribuiti mostrano un incremento, soprattutto a carico di tessuti con proprietà osteoinduttive. L'attività di lavorazione viene comunque modulata bilanciando la tipologia di prodotti realizzabili e le richieste formulate dai chirurghi, ma sempre focalizzata sugli aspetti qualitativi e sul progresso tecnologico. Per ottimizzare gli impianti e rispondere ad esigenze chirurgiche specifiche, sono stati distribuiti numerosi innesti realizzati mediante tecniche di segmentazione manuale, fra cui microstecche per interventi *Grice*, che consentono di ridurre i tempi chirurgici, offrendo una maggiore qualità del tessuto osseo. L'attività di lavorazione di tessuto muscoloscheletrico continua ad essere eseguita anche in conto terzi, per altre banche regionali (sedi di Torino, Treviso, Milano), secondo specifici accordi convenzionali. Con la Banca della Regione Piemonte è stato formalizzato un ulteriore accordo per il trasferimento dei tessuti, in caso di chiusura definitiva o temporanea della loro sede.

Presso lo IOR si evidenzia un aumento dell'attività del precovero per la selezione del donatore vivente di epifisi femorale ed un aumento di pazienti idonei alla donazione, per età o per anamnesi. L'incremento di epifisi raccolte è determinato anche dalla proficua attività di selezione e prelievo svolta presso la sede IOR di Argenta, in cui il percorso di donazione era stato perfezionato ed attivato a fine 2022.

L'attività di processazione denota un aumento delle confezioni realizzate, soprattutto a carico dei tessuti maggiormente manipolati (paste d'osso). Rimane stabile la produzione di tessuti congelati, segmentati e minimamente manipolati, come liofilizzati e demineralizzati. Anche la richiesta di lavorazione in conto terzi per tessuti di altre Banche di tessuto muscoloscheletrico regionali (Banca di Torino, Banca di Milano Banca di Treviso), rimane in linea con i dati precedenti.

A livello aziendale la struttura partecipa attivamente al Piano per la Gestione del Rischio, secondo le modalità previste dallo IOR e attraverso l'utilizzo della piattaforma regionale Segnaler per la segnalazione spontanea degli eventi avversi. Nel corso del 2023 nessun evento o reazione avversa è stato oggetto di segnalazione al CNT.

Presso lo IOR l'attività di selezione del Donatore vivente di tessuto muscoloscheletrico è realizzata attraverso la collaborazione multidisciplinare della BTM con l'ambulatorio di pre-ricovero. Per implementare la raccolta di tessuto da Donatore vivente in ambito regionale e nazionale, sono in essere convenzioni interaziendali con altre strutture sanitarie, a cui vengono garantite condizioni di fornitura di tessuto muscoloscheletrico più favorevoli a fronte dell'invio alla BTM delle epifisi femorali raccolte, oltre che un rimborso puntuale per l'attività di selezione e valutazione preliminare svolta nella sede.

Informazioni specifiche su come accedere alla convenzione e sugli aspetti pratici del percorso di raccolta tissutale, sono stati dettagliati nel sito web della BTM costantemente aggiornato.

I pazienti valutati idonei alla donazione di epifisi al pre-ricovero sono stati pari al 35.8% (234/654); totali epifisi accettate in BTM (186) pari al 79.5% degli idonei.

A luglio 2023 è stato approvato dal Comitato Etico AVEC il progetto IOR denominato "Trapianto di articolazione vascolarizzata: polso e caviglia", il cui obiettivo è quello di sperimentare una innovativa tecnica chirurgica che consenta di migliorare la qualità di vita e ridurre le complicazioni cliniche a lungo termine nei pazienti che necessitano di completa sostituzione dell'articolazione di caviglia o polso, tramite il trapianto di articolazione vascolarizzata prelevata da donatore, in un percorso condiviso con la rete regionale (CRT) e nazionale (CNT). Lo studio, di cui gli sperimentatori principali sono i professionisti della SC Clinica IV Ortoplastica della IOR, vedrà il coinvolgimento anche dei trapiantologi della SC di Chirurgia Oncologica Epato-Bilio-Pancreatica e Chirurgia dei Trapianti di Fegato del Policlinico di Modena.

3.8. Attività trasfusionale

Per quanto riguarda la corretta gestione della risorsa sangue, occorre rafforzare ulteriormente, a livello aziendale, l'utilizzo del PBM (Patient Blood Management), programma già avviato nel 2017 ai sensi del DM 2 novembre 2015 e secondo le linee guida del CNS, con la progressiva estensione di tale programma a tutti i percorsi clinici per il trattamento delle casistiche di interventi in elezione.

Rimane fondamentale l'attenzione all'utilizzo appropriato degli emocomponenti e dei medicinali plasma derivati (MPD), con focus sulla richiesta di immunoglobuline e.v., anche attraverso il prosieguo delle attività dei gruppi di lavoro interdisciplinari aziendali che si sono all'uopo costituiti ed alla realizzazione di AUDIT specifici.

Il Servizio Trasfusionale operante in IOR fa riferimento al TUM di Area Vasta, afferente alla AUSL di Bologna. I dati relativi all'attività del Servizio Trasfusionale vengono condivisi trimestralmente con il Centro Regionale Sangue nell'ambito della rilevazione delle attività svolte dai COBUS secondo ASR 21/12/2017 e come previsto da Piano Sangue e Plasma vigente. Suddetti dati vengono inoltre utilizzati a livello regionale in ambito della Consulta Tecnica Permanente per il Sistema Trasfusionale Regionale e del Comitato Esecutivo Regionale.

Gli obiettivi assegnati al TUM per il 2023 prevedono:

- Invio puntuale dei dati di attività per la disamina e la definizione delle azioni correttive al fine del conseguimento degli obiettivi posti;
- Rispetto degli impegni assunti discendenti dalla Convenzioni perfezionate in materia di EUNT e puntuale riscontro a nuove richieste pervenute al Servizio;
- Rispetto dei tempi di inserimento e validazione dei dati ministeriali nei flussi SISTRA;
- Rispetto delle attività COBUS, produzione del Verbale delle sedute e monitoraggio degli impegni assunti e delle eventuali azioni correttive da intraprendere ;
- Mantenimento del gruppo di lavoro per l'appropriatezza dei MPD.

Con particolare riferimento all'attività del Gruppo di lavoro Appropriatezza MPD, è necessario prevederne l'estensione dell'attività a seguito della necessità di organizzare almeno 1 audit sull'uso appropriato di Albumina. Inoltre, con riferimento all'utilizzo terapeutico degli MPD driver, Albumina e Immunoglobuline, è raccomandata una riduzione del consumo pari al 5% rispetto al 2022:

consumo Albumina 2022	Obiettivo Consumo Albumina 2023	Consumo 2022	IGV	Obiettivo Consumo 2023	IGV	Valore IOR 2023
8500 gr	8075 gr	230 gr		219 gr		8680 gr di Albumina (+2%) e 200 gr di Immunoglobuline (-13%)

Relativamente al percorso PBM, è necessario prevedere un aumento dei pazienti arruolati, pari al 5% rispetto al dato 2022, ciò permetterebbe sia di aumentare sia la sicurezza dei pazienti sia la contrazione dei consumi della Struttura, con un decremento dei costi inerenti al sangue.

Gli obiettivi posti sono riconducibili al particolare contesto regionale e nazionale, che vede l'adozione di scelte in funzione ai bisogni locali e allo stato dell'evoluzione del Sistema per il raggiungimento del comune obiettivo dell'autosufficienza nazionale.

Il sistema sangue della RER ha risposto adeguatamente nel periodo 2020-2021 all'impatto derivante dall'emergenza Covid -19 che ha determinato difficoltà di tipo logistico organizzativo. Per quanto riguarda i dati di attività della Rete trasfusionale Regionale relativi all'anno 2023 si registra un aumento di unità raccolte (214.078 unità raccolte) che, confrontate con le unità trasfuse (195.679 unità trasfuse) porta ad un bilancio "entrate uscite" positivo rispetto all'anno precedente.

Anche per il 2023 è stato garantito, in stretta e fattiva collaborazione con le associazioni e federazioni dei donatori, il contributo all'autosufficienza regionale e nazionale, per soddisfare il fabbisogno di sangue, emocomponenti e medicinali plasma derivati (APD) anche in attuazione di quanto previsto dalle nuove convenzioni stipulate con le Federazioni e le Associazioni di donatori e dea Piano Regionale Sangue.

Particolare attenzione è stata rivolta ad incentivare le donazioni in aferesi di plasma, sia per l'uso clinico sia per la produzione di medicinali plasmaderivati, principalmente indirizzata alla produzione di immunoglobuline, per le quali si conferma uno shortage a seguito del picco pandemico già resosi evidente nel periodo 2020-202, proseguito poi nel periodo 2021-2022 tutt'ora presente.

Per quanto riguarda la corretta gestione della risorsa sangue, è stato rafforzato ulteriormente, a livello aziendale, l'utilizzo del PBM (Patient Blood Management) programma già avviato nel 2017 ai sensi del DM 2 novembre 2015 e secondo le linee guida del CNS, con la progressiva estensione di tale programma a tutti i percorsi clinici per il trattamento delle casistiche di interventi in elezione.

Rimane fondamentale l'attenzione all'utilizzo appropriato degli emocomponenti e dei medicinali plasma derivati (MPD) con focus sulla richiesta di immunoglobuline ev. anche attraverso il prosieguo delle attività dei gruppi di lavoro interdisciplinari aziendali che sono all'uopo costituiti ed alla realizzazione di AUDIT specifici.

Per quanto riguarda l'attività di produzione e cessione degli emocomponenti ad uso non trasfusionale (EUNT), è consolidata la trasparenza e regolamentazione dell'attività attraverso la stipula di specifiche convenzioni in materia, in applicazione dell'accordo CRS del 25 maggio 2017.

Nel corso del 2023 è proseguita l'applicazione degli accordi ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 1 agosto 2019, contenente le modifiche del decreto 2 novembre 2015 recante "disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti.

Dovrà inoltre essere data attuazione a quanto previsto dal Piano Sangue vigente, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- piena funzionalità dei COBUS
- Applicazione delle Good Practice Guidelines (GPGs) nel processo trasfusionale.

Indicatori	Target	Valore 2023
83. Utilizzo terapeutico delle Immunoglobuline e di Albumina	-5% rispetto al 2022	8680 gr di Albumina (+2%) e 200 gr di Immunoglobuline (-13%)
84. Realizzazione di Audit sull'uso appropriate degli MPD	100%	Non sono stati istituiti audit specifici in ambito IOR
85. Estensione del PBN Patient Blood Management. numero di pazienti arruolati in previsione di interventi chirurgici programmati	+5% rispetto al 2022	195 procedure contro 75 del 2022 (aumento del 160%)

3.9. Appropriatelyzza, utilizzo efficiente della risorsa posto letto, controlli sanitari, ricoveri interni ed esterni, codifica delle schede di dimissione ospedaliera

Utilizzo efficiente della risorsa posto letto

Nella realtà ospedaliera dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, l'Indice Comparativo di Performance nel 2023 si era attestato su un valore di 1,1, in linea con la soglia stabilita per tale indicatore anche per il 2023 (std<= 1,25).

Per raggiungere tale risultato sono stati messi in atto una serie di iniziative ed interventi volti all'ottimale gestione dei posti letto, in particolare per quanto concerne la funzione di bed management, che hanno permesso di ottenere la massima integrazione e collaborazione tra il Bed Manager, la Direzione Sanitaria e la dirigenza assistenziale (SAITeR), nonché il coinvolgimento attivo dei coordinatori infermieristici di reparto e dei clinici.

Sono stati implementati sistemi di monitoraggio condivisi che hanno permesso di avere una visione completa e puntuale dell'occupazione delle risorse letto della struttura, tramite la valutazione dei tradizionali indicatori di attività dei posti letto quali presenza media giornaliera, indice di occupazione, ecc., ma anche di sistemi prospettici che sfruttano modelli predittivi basati su dati storici: questo ha consentito di ottenere un miglior

utilizzo delle risorse letto, volto al perseguimento di un miglioramento delle performance riguardanti i tempi di attesa per i ricoveri chirurgici e alla riduzione delle criticità legate al sovraffollamento in PS.

Questa metodologia è stata applicata anche al sistema di gestione dei flussi informatici implementati con lo scopo di coadiuvare l'azione del Gruppo di Coordinamento Operativo della Rete Metropolitana: il puntuale monitoraggio dell'occupazione delle varie aziende della rete ha consentito di anticipare situazioni di allerta o crisi della rete stessa, consentendo di concordare e mettere in atto azioni preventive e/o correttive al fine di evitare e/o risolvere situazioni di criticità di uno o più nodi della rete.

Nonostante il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatazza in regime ordinario sia superiore al riferimento regionale, si evidenzia tuttavia una costante flessione nel corso degli ultimi anni, ed un miglioramento rispetto al dato del 2019 (anno di riferimento pre-pandemia). Segnaliamo che la specificità della casistica monospécialistica dell'Istituto rende estremamente complesso ottenere il raggiungimento dello standard indicato, in modo particolare per alcuni dei Drg maggiormente rappresentati (538, 503) e per la quota notevole di Drg 410 effettuati in regime di ricovero ordinario per ragioni clinico-assistenziali (trattamento di chemioterapia ad alte dosi).

Nonostante la quota di ricoveri ordinari inappropriati sia ulteriormente comprimibile, non appare quindi ancora pienamente realizzabile il livello dello standard regionale.

Viene posta particolare attenzione alla codifica ICD9CM di questa tipologia di ricoveri, aumentando la percentuale di controlli effettuati rispetto a quanto richiesto dal PAC (Piano Annuale Controlli). Questo ha consentito di ridurre la quota di Drg inappropriati dovuti ad errori nella codifica degli interventi chirurgici (Drg 538, 503, 227, ecc.), o di diagnosi e procedure (Drg 410, altri Drg di tipo medico), ma è evidente che gli interventi prioritari restano quelli di tipo organizzativo (programmazione dei ricoveri, trasferimento di alcune prestazioni chirurgiche ad altro setting).

Le attività di miglioramento dell'appropriatazza di setting assistenziale saranno in continuità con quanto intrapreso nel corso degli anni. L'obiettivo rimane la riduzione ulteriore della quota di DRG ad alto rischio attraverso il trasferimento della casistica al regime diurno, con particolare riferimento ai Drg di area chirurgica considerati "prioritariamente trasferibili" e con abbattimento tariffario (DGR 918/2018 e 1875/2020), e le attività svolte in questi ultimi anni per aumentare il numero di prestazioni erogate in un contesto di chirurgia ambulatoriale.

L'impegno è quello di rafforzare le misure messe in atto finora per garantire che l'esecuzione delle prestazioni avvenga nel setting assistenziale più appropriato, con un minor impiego di risorse ma garantendo elevati standard di sicurezza per i pazienti.

Per l'anno 2023, in continuità con quanto già attuato nel 2022 e nel 2021, sono stati messi in atto una serie di iniziative ed interventi volti all'ottimale gestione dei posti letto, in particolare per quanto concerne la funzione di bed management, che hanno permesso di ottenere la massima integrazione e collaborazione tra il Bed Manager, la Direzione Sanitaria e la dirigenza assistenziale (SAITeR), nonché il coinvolgimento attivo dei coordinatori infermieristici di reparto e dei clinici, tra cui:

- sistemi di monitoraggio condivisi che hanno permesso di avere una visione completa e puntuale dell'occupazione delle risorse letto della struttura, tramite la valutazione dei tradizionali indicatori di attività dei posti letto quali presenza media giornaliera, indice di occupazione, ecc., ma anche di sistemi prospettici che sfruttano modelli predittivi basati su dati storici: questo ha consentito di ottenere un miglior utilizzo delle risorse letto, volto al perseguimento di un miglioramento delle performance riguardanti i tempi di attesa per i ricoveri chirurgici e alla riduzione delle criticità legate al sovraffollamento in PS.
- ottimizzazione dell'utilizzo di risorse correlate al ricovero di pazienti urgenti da PS, al fine di garantire una maggior capacità di accoglienza di trasferimenti dalla rete traumatologica metropolitana, pur mantenendo alta la capacità produttiva in elezione.
- sistema di gestione dei flussi informatici implementati con lo scopo di coadiuvare l'azione del Gruppo di Coordinamento Operativo della Rete Metropolitana: il puntuale monitoraggio dell'occupazione delle varie aziende della rete ha consentito di anticipare situazioni di allerta o crisi della rete stessa, consentendo di concordare e mettere in atto azioni preventive e/o correttive al fine di evitare e/o risolvere situazioni di criticità di uno o più nodi della rete.

Controlli Sanitari esterni e interni

L'attività di controllo interno svolta dai componenti del NAC (Nucleo Aziendale Controlli), è essenzialmente quella di effettuare la verifica di tutti i fenomeni previsti dal PAC, con le modalità e/o nelle percentuali indicate, ma anche quella di monitorare la produzione interna soprattutto se ad alta complessità (a campione), o a maggior rischio di inappropriatazza di codifica.

Obiettivo dell'analisi di questi ricoveri è contribuire a ridurre la quota di DRG in regime ordinario attraverso il trasferimento della casistica a rischio di inappropriatazza verso un regime diurno, in modo particolare per i Drg definiti prioritariamente trasferibili (DPCM 12.01.2017 LEA).

Indicatore: *Ulteriori controlli interni ed esterni sui DRG a rischio di inappropriatazza, secondo l'allegato 6A del DPCM del 12 gennaio 2017; [std: >= al 2,5% della produzione annua complessiva di ricoveri per struttura]*

Nel 2023 sono stati effettuati controlli pari al 14,9% della produzione complessiva, raggiungendo e superando il 10% dei controlli previsti dal Piano Annuale Controlli. È stata invece raggiunta solo parzialmente la % di ulteriori controlli interni ed esterni sui DRG a rischio di inappropriatazza secondo l'allegato 6A del DPCM del 12 gennaio 2017, arrivando ad un totale di 1,5% di quota aggiuntiva, al di sotto della soglia dell'indicatore pari al 2,5%, anche per la persistenza dell'organico ridotto dell'Ufficio Codifica che è comunque stato coinvolto in numerosi processi di monitoraggio e successivo miglioramento di aspetti correlati alla codifica tra cui protesica custom-made, checklist operatorie, monitoraggi di produzione specifica, ecc., sia per la sede principale di Via G.C. Pupilli che per le sedi esterne (Argenta, Bentivoglio).

3.10. Accredimento

Tutte le Aziende sanitarie sono state sottoposte a verifica di rinnovo dell'accredimento ai sensi della DGR n.1943 del 4.12.2017, "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accredimento delle strutture sanitarie", entro il termine previsto del 31/12/2019.

Indicatori	Target
Verifiche relative al sistema trasfusionale	
91. % di verifiche relative al sistema trasfusionale superate/totale delle verifiche effettuate dall'OTA	Non applicabile, in quanto IOR non è sede di Sistema trasfusionale
Progetto di revisione e aggiornamento dei requisiti specifici	
92. Numero di professionisti partecipanti alle iniziative promosse nell'ambito del progetto di revisione dei requisiti specifici di accreditamento/Numero di professionisti convocati	Non applicabile, in quanto non risultano richieste da parte di RER inerenti la partecipazione a gruppi di lavoro regionale istituiti per la revisione di requisiti specifici
93. Domanda completa aggiornata inviata entro gennaio 2024	Non applicabile; la domanda di rinnovo di accreditamento dovrà essere presentata entro il 15/02/2025
94. Redazione report di autovalutazione/verifica interna nuovi requisiti (evidenza documentale)	Non applicabile in quanto non risultano requisiti specifici applicabili allo IOR di nuova emissione

3.11. Governo dei farmaci e dei dispositivi medici

3.11.1. Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna

Per l'acquisto ospedaliero di farmaci, la previsione a livello regionale è stata di 1,185 mld di euro corrispondente a +6,3% verso il 2022, con scostamenti differenziati fra le Aziende sanitarie. Tale obiettivo è definito come risultato tra fattori di incremento della spesa e fattori di potenziale risparmio, ed esclude i farmaci innovativi previsti nel fondo nazionale, l'ossigenoterapia e i vaccini.

Per l'Istituto Ortopedico Rizzoli, che al IV trimestre 2022 ha presentato una spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci, al netto dei costi dichiarati per i farmaci innovativi, pari a 2.722.536 euro, è stato fissato un decremento di spesa di 50.458 euro, con un obiettivo di budget 2023 pari a 2.942.949 euro (= - 1.7% obj 2023 flusso AFO). In analogia con il 2022, non vengono considerati i costi relativi a ossigeno, farmaci innovativi oncologici e non oncologici, vaccini e i consumi del presidio di Bagheria.

Al primo semestre 2023 il dato AFO riportava un + 12% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, le azioni di miglioramento che sono state messe in atto hanno permesso di contenere i costi; in particolare le azioni si sono concentrate sul buon uso degli antibiotici (vedi stewardship antimicrobica), sull'appropriatezza prescrittiva in ambito oncologico e sulla razionalizzazione delle soluzioni infusionali galeniche di grandi volumi per la somministrazione di farmaci ancillari. Osservando il dato AFO 2023 (14° invio) si osserva una spesa in aumento del +0,2% pari a circa +€ 5.280.

Complessivamente, il costo complessivo dei farmaci è risultato superiore all'obiettivo economico assegnato da RER allo IOR, per 229.261 euro, dovuti all'aumento dei farmaci antibiotici prescritti dal team di infettivologi di AOU e a farmaci antiblastici preparati da AOUBO, a causa dell'aumento delle tariffe applicate da AOU a IOR.

3.11.2 Obiettivi di appropriatezza dell'assistenza farmaceutica

Aderendo al Progetto Interaziendale Governo del Farmaco, lo IOR si è impegnato a realizzare azioni di appropriatezza condivise con le aziende AUSL e AOSP relativamente agli obiettivi assegnati nelle Linee di programmazione sanitaria 2023.

Le aree terapeutiche sulle quali si sono concentrate le azioni sono le seguenti:

▪ **FARMACI BIOSIMILARI:**

- Epoetine biosimilari (target $\geq 95\%$).

I pazienti ospedalizzati che hanno necessitato di questi medicinali erano prevalentemente in continuità assistenziale oppure sono stati valutati da consulenti ematologi, pertanto il raggiungimento dell'obiettivo è fortemente influenzato dalla variabilità dei pazienti ricoverati (es. pazienti extraregionali). Nel 2023 si è arrivati al **78%** in DDD del biosimilare per la continuità di 4 pazienti in regime di ricovero.

- Infliximab biosimilare (target $\geq 95\%$)

L'utilizzo del biosimilare (inflectra, remsima) è stato del **100%** nell'anno 2023

- Enoxaparina (target $\geq 95\%$):

nel 2023 l'utilizzo IOR (escluse le piattaforme esterne) è stato pari al **99,6%**.

- Immunosoppressori Anti TNF-alfa in Area Reumatologica (target $\geq 75\%$)

Nel 2023 l'impiego di infliximab biosimilare è stato del **100%** (Inflectra o Remsina)

Tutti i pazienti sono stati trattati con il biosimilare aggiudicato in gara, Remsima, ad eccezione di un paziente in terapia con Inflectra per continuità terapeutica a causa di ADR a Remsima.

E' stato promosso l'uso prevalente dei farmaci anti-TNF alfa con il miglior rapporto costo/opportunità (ADALIMUMAB, INFlixIMAB, ETANERCEPT) come biologici di prima scelta in caso di fallimento, intolleranza o controindicazione a csDMARDs, nei pazienti incidenti affetti da patologia reumatologica.

La prescrizione dei farmaci biologici per il trattamento dell'artrite reumatoide e spondilite anchilosante è avvenuto tramite compilazione nel portale SOLE dei PT REUMA, i piani terapeutici relativi ai farmaci somministrati

presso l'ambulatorio reumatologico IOR sono stati regolarmente inoltrati al servizio di farmacia che ha effettuato le verifiche sull'appropriata prescrizione del biosimilare con miglior profilo costo-opportunità.

In accordo col programma governare il farmaco sono stati effettuati incontri di appropriatezza prescrittiva con i clinici Reumatologi IOR e divulgate le più recenti evidenze disponibili in materia di biosimilari e di intercambiabilità.

Ulteriore obiettivo interaziendale nel 2023 è stato il monitoraggio delle prescrizioni in ambito reumatologico degli immunosoppressori biologici diversi dagli anti TNF alfa *al fine garantire l'eventuale presa in carico ED dei pazienti al centro di Reumatologia IOR.*

La verifica delle prescrizioni è avvenuta grazie ad una collaborazione con l'azienda USL di Bologna, per cui è stato possibile recuperare i Piani Terapeutici dei pazienti naive ai biologici e che non avevano mai ricevuto in terapia un ANTI TNF. I casi clinici individuati sono stati analizzati e discussi con i medici prescrittori, tutte le prescrizioni segnalate sono risultate appropriate e giustificate dalle condizioni cliniche del paziente.

▪ **GASTROPROTEZIONE:** le azioni prevedevano il governo della prescrizione dei PPI in linea con le Note AIFA 1-48 e più recenti documenti di appropriatezza CF AVEC. E' stata richiesta la compilazione dello schema terapeutico per le nuove prescrizioni di PPI ed è stato diffuso l'algoritmo di deprescribing PPI prodotto dalla CF AVEC.

Il contenimento del consumo territoriale, in accordo con il Progetto Governare il Farmaco, è monitorato attraverso il dato di erogazione diretta per la continuità assistenziale H-T dei farmaci di fascia A ed in particolare sono state valutate le lettere di dimissione e referti ambulatoriali dei pazienti che accedono all'erogazione diretta IOR con prescrizione di PPI secondo nota AIFA.

Il dato IOR 2023 è 0,3% (n° LDO + visite amb con PPI/ totale n° LDO + visite amb).

▪ **POLIFARMACOTERAPIA:**

per migliorare la governance sui processi di ricognizione-riconciliazione farmacologica nelle transizioni di cura, lo IOR ha partecipato al Progetto collaborativo tra la CF AVEC e l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS per la Valutazione dei trattamenti farmacologici e del potenziale rischio iatrogeno in una coorte di soggetti anziani della Regione Emilia Romagna.

A novembre 2023 si è chiuso il progetto con una reportistica contenente i seguenti indicatori: n. medio farmaci, prevalenza assistiti esposti ad almeno un'interazione grave, prevalenza di assistiti trattati con almeno 3 farmaci psicotropi, prevalenza assistiti con ACB score ≥ 4 . La discussione di questi report avverrà nel 2024 in occasione di una seduta plenaria della CF AVEC.

Nel 2023 è stata inoltre promossa la partecipazione dei medici internisti agli incontri di formazione sulla Polifarmacoterapia con discussione di casi clinici organizzati dalla CF AVEC.

Il Progetto Governare il Farmaco prevede inoltre l'avvio sperimentale di implementazioni informatiche nella cartella clinica CCE per la ricognizione/riconciliazione della terapia alla dimissione ospedaliera. Le azioni che hanno coinvolto la farmacia nell'ambito della prescrizione informatizzata sono qui di seguito riportate:

Prescrizione Informatizzata

Allo scopo di ottenere un continuo miglioramento della qualità anche presso lo IOR è stato adottato un programma di prescrizione informatizzata con il supporto del farmacista coinvolto nella validazione dei farmaci del prontuario ospedaliero. Il coinvolgimento del farmacista ha previsto la verifica di tutti i farmaci in prontuario su un file excel inserendo le informazioni mancanti: vie di somministrazioni, unità posologiche, ecc. Periodicamente vengono caricati i nuovi farmaci codificati.

▪ **STEWARDSHIP ANTIMICROBICA:**

L'analisi dell'andamento dell'uso degli antibiotici è un impegno necessario per contrastare la diffusione di resistenza antimicrobiche, i dati AFO 2023TC J01 hanno mostrato un aumento dei consumi (+5%) e della spesa (+22%) rispetto all'anno precedente.

I pazienti ricoverati con infezione muscolo-scheletriche sono stati seguiti dai consulenti infettivologi nell'ambito di una stewardship antimicrobica per favorire un approccio mirato dell'infezione, approvando la terapia empirica solo nel tempo minimo necessario a ricevere il referto microbiologico. La farmacia IOR, nell'ambito della stewardship, ha monitorato l'aderenza della prescrizione alle indicazioni infettivologiche attraverso la validazione delle richieste motivate personalizzate. Questo modello organizzativo ha previsto:

- 1) la richiesta motivata personalizzata per tutte le terapie antibiotiche endovenose impostate al di fuori degli schemi di profilassi peri-operatoria non oncologica
 - 2) la richiesta motivata personalizzata per tutte le terapie orali ed endovenose impostate con farmaci antibiotici Reserve (classificazione WHO).
 - 3) l'erogazione della terapia dopo verifica della corrispondenza tra la richiesta motivata (RMP) e la consulenza infettivologica (molecola, dosaggio e posologia)
- L'andamento dei dati di spesa e consumo sono stati presentati e commentati in occasione degli incontri del gruppo ICA e Buon uso degli antibiotici.

3.11.4 Adozione di strumenti di governo clinico e gestionali

Compilazione dei **registri** di monitoraggio sulla piattaforma **AIFA**:

- **FARMACI ONCOLOGICI:** A partire da Agosto 2022 è stato attivato il registro Aifa per l'innovativo Larotrectinib per un paziente che ha proseguito il trattamento per tutto il 2023: sono state regolarmente inserite le richieste ed effettuate le relative dispensazioni sulla Piattaforma Aifa. Nel 2023 il dato di spesa per gli oncologici L01, innovativi esclusi, è aumentato complessivamente del +4%, dovuto ad un aumento dei costi degli allestimenti presso l'UFA (+40.000€), dell'erogazione diretta di pazopanib e dell'entrata in legge 648/94 del regorafenib per l'osteosarcoma in fase avanzata.
Compilazione del DBO: la prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici è stata implementata con i farmaci orali ed è stata resa obbligatoria la compilazione del DBO per tutti i pazienti. Sono stati condotti incontri ad hoc tra farmacia, oncologi e ICT in cui sono stati esaminati gli errori del flusso ed è stata revisionata l'integrazione log80 e SIR2020 per migliorare la copertura e la qualità dei dati.
- **FARMACI COVID**
Durante il 2023 l'impiego dei farmaci COVID ha coinvolto l'utilizzo di **Remdesivir e nirmatrelvir + ritonavir** sono state correttamente compilate le schede Aifa, per quanto riguarda l'approvvigionamento è stata applicata la procedura regionale. A partire da Ottobre 2023, l'approvvigionamento del farmaco Veklury (remdesivir) non è più avvenuta tramite il canale ministeriale, infatti a seguito della G.U. del 27/07/2023, è stata pubblicata la determina AIFA di rimborsabilità del farmaco ed è stato negoziato il prezzo massimo di cessione al SSN, successivamente è stata attivata una Convenzione Intercent-ER alla quale lo IOR ha aderito.

3.11.5. Farmacovigilanza

Nel 2023 lo IOR ha proseguito l'attività di farmacovigilanza e vaccino-vigilanza, applicando la procedura operativa AIFA per i responsabili locali di FV del 10 dicembre 2021(revisione 02) ponendo particolare attenzione alla qualità della compilazione ed alla completezza dei dati.

Sono state gestite 72 segnalazioni, le segnalazioni di farmacovigilanza presso lo IOR sono state inserite tutte nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza entro i 7 giorni dalla data del ricevimento delle stesse (comma 5, art.22, D.M. 30/04/2015). Sono stati raccolti dai segnalatori gli elementi utili a migliorare la completezza delle informazioni per un'adeguata valutazione dei casi, quali ad esempio: posologia, farmaci concomitanti, condizioni cliniche preesistenti, de e re-challenge del trattamento, esito e follow-up, documentazione clinica a supporto del caso, come base per la valutazione del causality assessment.

Abbiamo avuto 2 ADR con errore terapeutico e sono state gestite in collaborazione con il Risk Manager come previsto dal documento regionale "INTEGRAZIONI E SINERGIE TRA RISK MANAGEMENT E FARMACOVIGILANZA".

E' stata aggiornata la nuova procedura sulla Farmacovigilanza alla luce della nuovo portale che ha previsto una modifica sostanziale nelle modalità di inserimento delle segnalazione e a livello regionale è stato attivato Segnaler in cui dovranno essere inserite le segnalazioni di farmacovigilanza con errore terapeutico, presso lo IOR è stato effettuato un incontro formativo per l'utilizzo della piattaforma.

Sono state gestite 30 richieste di ritiro farmaci e sono state inviate 8 Note Informative Importanti (NII).

Obiettivo: N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AOSP e IRCCSS per 1.000 ricoveri (Fonte: rete nazionale di Farmacovigilanza) ≥ 5

Dato IOR = **6 segnalazioni** ogni 1000 ricoveri

Sono state gestite anche 3 segnalazioni di Argenta nonostante la gestione della Farmacovigilanza non sia di pertinenza dello IOR.

3.11.6 Dispositivi medici e dispositivo-vigilanza

Obiettivi di spesa

Il costo per dispositivi medici risulta a consuntivo inferiore di 596.000 euro rispetto all'obiettivo regionale; il dato migliora rispetto al CE IV TRIM 2023 per effetto delle variazioni delle rimanenze che non sono prevedibili in corso d'anno.

Obiettivi di appropriatezza

- *Guanti non sterili T0102*

Le azioni messe in campo per il raggiungimento dell'obiettivo riguardano il monitoraggio dell'adesione alle indicazioni del documento di appropriatezza Regionale «Indicazioni operative sui guanti monouso per uso sanitario»

Il target previsto nel 2023 per la riduzione della quantità di guanti non chirurgici (T0102) è

-4% vs 2022; al 31/12/2023 la quantità consumata è stata pari al 9% in più rispetto al 2022 (mentre la spesa è pari a -23,5% per riduzione dei prezzi).

- *Endoscopi monouso: NON APPLICABILE.*

Adesione alle gare regionali

- *Medicazioni avanzate (M0404)*

La spesa IOR per la CND M0404 (Medicazioni Avanzate) nel 2023 vs 2022, grazie alle azioni messe in campo in merito all'uso appropriato, è diminuita del 52% .

Rispetto all'obiettivo Regionale di aderenza alla gara Intercent-ER di almeno l'80% dei consumi, lo IOR registra il 97% di aderenza.

- *Protesi d'anca (P0908)*

Rispetto all'obiettivo di utilizzo di protesi d'anca afferenti alla gara regionale per almeno l'80% del consumo totale, nell'anno 2023 l'aderenza dello IOR è stata del 76% (comprese tutte le sedi). Le percentuali sono più che soddisfacenti tenendo conto delle peculiarità e complessità degli interventi che vengono eseguiti allo IOR, in quanto l'attività protesica routinaria e gli interventi meno complessi vengono effettuati nelle Piattaforme Esterne.

3.11.7. Rendicontazione nel flusso DiMe e obiettivi di tracciabilità

Anche nel 2023, si perseguirà l'obiettivo di copertura del flusso degli acquisti di dispositivi medici rendicontati nei conti economici, al fine di valutare l'effettivo allineamento tra l'alimentazione del flusso DiMe e i costi contabilizzati nel modello CE, alla luce dell'evoluzione delle modalità di acquisto e delle regole di tracciabilità dei dispositivi medici. In particolare, ai fini della determinazione dei tassi di copertura, si darà separata evidenza, tramite contabilità analitica, dei consumi di dispositivi medici delle diverse sedi IOR (Bologna, Argenta e Bagheria).

Indicatore: Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. sul conto economico (Fonte: flusso DiMe e conto economico); [std: $\geq 90\%$] 101,5%

Per raggiungere questo obiettivo, periodicamente e in fase di elaborazione dati per l'invio trimestrale del Flusso DiMe, si provvede a bonificare le anagrafiche dei dispositivi scartati dalle simulazioni del flusso; inoltre si provvede a:

- segnalare ad altri servizi eventuali errori da correggere di loro competenza;
- segnalare alla Cabina di Regia GAAC gli errori presenti in anagrafica centralizzate, per la correzione;
- partecipare alle riunioni convocate dal Gruppo Regionale dei Dispositivi Medici, analizzare internamente i report degli andamenti di spesa e quantità, rispetto al medesimo periodo dell'anno precedente ed infine risolvere le criticità segnalate.

Al fine di monitorare il corretto rapporto tra costo/complessità della casistica dei pazienti trattati, con riferimento a due delle quattro aree individuate dalla Regione, ovvero protesi d'anca (classe CND P0908) e protesi di ginocchio (classe CND P0909), vengono effettuate a livello aziendale analisi ed approfondimenti specifici sul costo medio per Unità Operativa.

Indicatore: Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. (IVD) sul conto economico (Fonte: flusso DiMe e conto economico); [std: $\geq 60\%$] 52,1 %

Lo IOR monitora, tramite un confronto costante con il Polo di Governo GAAC, la correttezza delle nuove codifiche degli IVD. E' in corso l'analisi delle codifiche storiche, soprattutto in ambito di Ricerca, per poter migliorare la qualità del Flusso. Si segnala inoltre, per l'anno 2023, un aumento dei consumi di Prodotti DM0, ovvero IVD che non hanno per Normativa numero di Repertorio, che quindi non vengono rilevati nei flussi.

Tracciabilità

All'interno della Farmacia IOR un settore è interamente dedicato alla gestione del materiale impiantabile. Le attività che vengono svolte, sia in relazione con la sala operatoria che con la centrale di sterilizzazione, sono le seguenti:

- valutazione delle richieste motivate personalizzate dei dispositivi medici non presenti in repertorio (per i DM custom made è stato creato un percorso specifico)
- valutazione delle richieste di attivazione/ampliamento dei conti depositi
- verifica dell'adesione alle gare
- implementazione degli affiancamenti alle gare
- confronto con i clinici rispetto alle esigenze di dispositivi medici innovativi
- valutazione della correttezza/completezza delle note operatorie
- valutazione della correttezza /completezza degli scarichi del materiale impiantato

- controllo scadenze del materiale in conto deposito stoccato presso la Farmacia e creazione di un percorso di sostituzione dei DM in scadenza
- registrazione non conformità delle note operatorie e creazione di un report settimanale
- gestione delle urgenze relative alla richiesta di dispositivi medici
- report trimestrale delle richieste di dispositivi medici impiantabili Custom made da inviare alle Direzioni
- codifica anagrafiche ed associazione a codice a barre
- comunicazioni di back-order, ritiri, sostituzione materiale, cambio codici articolo
- registrazione ed analisi delle non conformità degli scarichi del gestionale di scarico del materiale impiantato
- gestione dei dispositivi medici impiantabili sperimentali
- gestione dei campioni gratuiti dei dispositivi medici impiantabili
- raccolta ed archiviazione delle schede tecniche dei DM.

3.11.8 Dispositivo Vigilanza

Il Decreto Ministeriale 31 marzo 2022 istituisce la rete nazionale della dispositivo-vigilanza, al fine di realizzare uno scambio tempestivo e capillare delle informazioni su incidenti e azioni di sicurezza che coinvolgono i dispositivi medici. Con Determina regionale n. 4711/2022 è stata istituita la Rete Regionale Referenti Dispositivo Vigilanza che assolve agli obblighi descritti dal Decreto Ministeriale del 31 marzo 2022; poiché la cultura della Vigilanza sui Dispositivi Medici si realizza anche attraverso la formazione continua.

Nel corso del 2023 sono state gestite:

- 74 segnalazioni di incidente relative ai DM (dato in linea rispetto al 2022)
- 26 reclami
- 18 avvisi di sicurezza.

È stata licenziata la revisione della procedura relativa alla Dispositivo-vigilanza alla luce del nuovo Regolamento 2017/745 e delle nuove “Linee di Indirizzo regionali in materia di vigilanza sui dispositivi medici, sui dispositivi medici impiantabili attivi e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro”.

A livello regionale è stata inoltre attivata la piattaforma Segnal-ER per l’inserimento delle schede di segnalazione di incidente e a livello IOR la procedura, a seguito di un incontro formativo, è stata avviata a partire da settembre 2023. Relativamente alla formazione sono aperti tavoli sia a livello regionale che di area vasta.

4. Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa

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

Gli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni Generali impegnano le stesse a raggiungere gli obiettivi economico-finanziari annualmente definiti dalla programmazione regionale ed il mancato conseguimento di questo obiettivo comporta la risoluzione del rapporto contrattuale.

Per l'anno 2023 la Direzione aziendale è stata impegnata a garantire:

- il rispetto del vincolo di bilancio assegnato, concorrendo al raggiungimento dell'obiettivo del pareggio di bilancio del Servizio Sanitario Regionale;
- il costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, in considerazione anche della modifica della struttura dei costi determinatasi a seguito dell'emergenza COVID-19;
- la partecipazione al sistema di monitoraggio bimestrale dell'andamento delle gestioni aziendali e in particolare alle verifiche sul rispetto degli obiettivi di budget definiti dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, come previsto dalla Deliberazione n. 407/2022;
- la presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato. In presenza di certificazione di non coerenza, presentazione di un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo.

Sono stati inoltre rispettati gli obiettivi di budget specificamente assegnati con riferimento ai principali fattori produttivi che concorrono al maggior assorbimento di risorse. Relativamente al costo delle risorse umane si rendiconta allo specifico paragrafo.

- Indicatori e target:
 - Rispetto delle tempistiche di trasmissione e accuratezza di predisposizione delle stime per il monitoraggio economico bimestrale delle gestioni aziendali; target: 100% raggiunto
 - Rispetto delle tempistiche di trasmissione e accuratezza di predisposizione delle rendicontazioni richieste dal livello ministeriale (es. Panflu, costi sostenuti per profughi ucraini, etc); target: 100% raggiunto

4.1.1. Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Nel corso del 2023 è proseguito l'impegno per consolidare il rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR in conformità alle disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, (pagamenti entro i 60gg). E' stato garantito un utilizzo efficiente della liquidità disponibile senza ricorrere all'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria), mantenendo i tempi di pagamento in linea con quelli previsti dalla normativa vigente, anche ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato, in conformità a quanto prescritto dall'art. 1, comma 865 della L. 145/2018 (Legge di bilancio 2019).

E' stata presidiata la corretta acquisizione delle fatture elettroniche sulla Piattaforma per la Certificazione dei Crediti (PCC) e conseguenti tempi amministrativi certi per la liquidazione delle fatture dei fornitori. La trasparenza dei risultati è garantita attraverso la pubblicazione trimestrale dell'indice di tempestività dei pagamenti ai sensi del D.Lgs n. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016.

In continuità con gli anni precedenti, per l'anno 2023 il SUMCF è stato impegnato a:

- coordinare le attività di monitoraggio dell'intero ciclo passivo, con particolare riferimento all'implementazione dei nuovi sistemi di controllo sulla "tripletta di identificazione", al rispetto delle tempistiche di liquidazione fatture, ed al rispetto delle scadenze di pagamento previste contrattualmente, anche attraverso il corretto utilizzo delle sospensioni fatture, in caso di non conformità nella fornitura di beni o erogazione di servizi;

- effettuare una sistematica programmazione delle disponibilità finanziarie volte a ottimizzarne l'utilizzo, valutando la propria situazione debitoria di breve e medio periodo, anche attraverso azioni di recupero crediti;
- promuovere lo "Sportello fornitori" GAAC quale canale di principale di comunicazione con i fornitori delle informazioni di tipo finanziario.

In applicazione dell'art. 41 del D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014, allega al bilancio consuntivo delle aziende dell'area metropolitana bolognese un prospetto, sottoscritto dal rappresentante legale e dal responsabile finanziario, attestante l'importo dei pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati dopo la scadenza dei termini previsti dal decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, nonché il tempo medio dei pagamenti effettuati e la pubblicazione dei dati prevista agli art. 33 e 41 del D.L.33/2015 così come modificato dal D.Lgs. 97/2016.

Lo IOR ha applicato le disposizioni contenute:

- Agli art.li 33 e 41 del D.L. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016;
- All'art. 41 del D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014.

- Indicatore e target:
 - Indice di tempestività dei pagamenti; target: ≤ -13.15

Lo IOR ha rispettato l'invio trimestrale delle tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2023. La compilazione di tali tabelle costituisce adempimento regionale in sede di Tavolo di verifica degli adempimenti presso il Ministero Economia e Finanze.

- Indicatore e target: *Compilazione delle tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali*; target: 100% raggiunto

Nel 2023 lo IOR ha garantito l'allineamento dei dati contabili ai dati presenti nella PCC con particolare riferimento alla corretta gestione delle sospensioni finalizzate anche alla corretta rilevazione dello stock del debito calcolato dalla PCC.

Indicatore e target:

Stock del debito comunicato dall'ENTE (risultante all'Ente dai propri sistemi contabili) /stock del debito calcolato dalla PCC; Target: almeno il 95%;
raggiunto: 100%

4.1.2 Le buone pratiche amministrativo contabili

Nel corso del 2023 è proseguito il percorso di applicazione delle linee guida regionali, revisione ed aggiornamento delle procedure amministrativo contabili e nel perfezionamento degli strumenti di controllo interno, a garanzia dell'omogeneità, confrontabilità e aggregabilità dei bilanci delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale nel rispetto dei target definiti attraverso:

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

In applicazione di quanto definito nella determina Costituzione della cabina di regia del percorso per la certificabilità di bilancio – PAC - (det. 24526 del 23/12/2021), il SUMCF partecipa ai gruppi di lavoro

costituiti per la pianificazione e organizzazione delle attività per l'aggiornamento del PAC alla luce dell'implementazione a livello regionale del sistema informativo unico per la gestione amministrativo contabile. Gli obiettivi sono:

- Proseguire nell'applicazione delle linee guida regionali;
- Partecipare alla cabina di regia PAC e partecipazione ai gruppi di lavoro operativi;
- Rafforzamento dei controlli operativi nelle fasi di predisposizione del bilancio di esercizio;
- Revisione delle linee guida regionali in tema di certificabilità di bilancio.

Nel corso dell'anno 2023 è proseguito il processo di revisione delle procedure PAC, con l'obiettivo di standardizzazione dei processi amministrativi in ottica di gestione centralizzata presso i servizi unici metropolitani, attraverso la revisione dei regolamenti e procedure di recupero crediti delle aziende dell'area metropolitana bolognese. In ambito regionale il SUMCF ha partecipato alla revisione delle linee guida Costi-Debiti ed altresì all'aggiornamento della linea guida sul processo di candidatura e governo dell'anagrafica di propria competenza, anche alla luce dell'aggiornamento delle linee guida regionali sul Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC).

Con riferimento alle partite vetuste anni e precedenti, si è proceduto ad un'attenta valutazione sul mantenimento a bilancio di tali partite in particolare verificando:

- verificando la sussistenza del presupposto giuridico per il mantenimento a bilancio;
- fornendo puntuali motivazioni sulla necessità di mantenere tali partite nel bilancio d'esercizio 2023.

Indicatore e target:

- Coerenza nella compilazione degli schemi di bilancio. Target: 95% del livello di coerenza Raggiunto

Con riferimento alle partite vetuste anni 2018 e precedenti, nel corso del 2023 il SUMCF ha proceduto ad un'attenta valutazione sul mantenimento a bilancio di tali partite, in particolare:

- verificando la sussistenza del presupposto giuridico per il mantenimento a bilancio;
- fornendo puntuali motivazioni sulla necessità di mantenere tali partite nel bilancio d'esercizio 2023.

4.1.3 La regolazione dei rapporti con i produttori privati

A seguito di lunga collaborazione per effetto di convenzione con la struttura privata accreditata Villa Chiara SpA, che per anni ha svolto le funzioni di piattaforma esterna nella quale lo IOR ha allocato parte della produzione di interventi di medio bassa complessità, l'Istituto con procedura di gara europea nel corso del 2021 ha aggiudicato, alla medesima struttura unica offerente, un contratto di anni 2 (prorogabile di ulteriori 2 anni) per la fornitura di servizi sanitari accessori all'erogazione di prestazioni chirurgiche in SSN dello IOR. L'accordo prevede che lo IOR fornisca l'equipe chirurgica e la struttura privata tutti gli altri fattori produttivi necessari all'attività chirurgica e di ricovero dei pazienti SSN IOR. La percentuale di DRG a remunerazione dei fattori produttivi forniti dalla struttura, è fissata al 68.5%. In data 12/05/2023 con p.g.n. AUSL BO 0052671/2023 e previa assunzione di determina SAAV di rinnovo n. 1259 dell'11/05/2023, lo IOR comunicava alla struttura l'esercizio dell'opzione di rinnovo per 1 anno fino, quindi al 30/06/2024 alle medesime condizioni.

Nell'ambito dell'emergenza COVID-19 per fare fronte alla carenza di posti letto interni e al rallentamento dell'attività che hanno determinato un incremento delle liste di attesa già copiose, l'Istituto sulla base dell'accordo quadro RER- AIOP approvato con DGR n.344 del 16/04/2020, ha stipulato diverse convenzioni con strutture private. A seguito di bando di manifestazione di interesse pubblicato il 22/12/2021 si è provveduto ad una selezione informale nell'ambito dell'accordo quadro RER- AIOP approvato con DGR n.344 del 16/04/2020, per attivare una nuova convenzione. Con selezione informale è stata individuata la Clinica Villalba come struttura maggiormente idonea ad ospitare casistica di medio alta complessità dello IOR nelle more della definizione di un più ampio progetto per l'individuazione di struttura attraverso gara europea a cui affidare casistica IOR in SSN.

Con la Clinica Villalba Srl è stata stipulata una convenzione per supporto attività chirurgica dello IOR come quelle previste dalla summenzionata DGR 344 che prevede però una remunerazione a DRG pari al 75% essendo previsto un case mix di interventi di media complessità. Tale percentuale è scaturita a seguito della manifestazione di interesse e della selezione informale espletata dallo IOR. La convenzione è stata successivamente prorogata più volte su richiesta della Direzione Sanitaria per fare fronte alle esigenze clinico sanitarie dello IOR al 30/06/2023 e nelle more dell'espletamento di nuova procedura di gara.

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

La realizzazione del progetto GAAC prevede l'implementazione di un Sistema unitario per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC) in tutte le Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna e rappresenta uno degli obiettivi strategici della RER.

Si tratta di una architettura software complessa, nel cui sistema rientra ogni singolo aspetto contabile di interesse delle singole Aziende Sanitarie e funzionale a garantire "le necessarie autonomie aziendali e, al tempo stesso, consentire la realizzazione di sinergie gestionali, a livello sovra aziendale, assicurando, a livello regionale, i necessari strumenti di controllo e programmazione".

Nel 2023, lo IOR è stato impegnato:

- ad assicurare la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico durante tutte le fasi di implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;
- a garantire la partecipazione dei referenti aziendali alla Cabina di Regia;
- ad assicurare alla Cabina di Regia, al Direttore Esecutivo del Contratto (DEC) e al fornitore aggiudicatario (RTI) la collaborazione dei Referenti GAAC nelle attività necessarie all'implementazione e alla gestione del nuovo sistema;
- ad assicurare la partecipazione di altri collaboratori delle Aziende Sanitarie a gruppi di lavoro a supporto delle attività della Cabina di Regia, di volta in volta individuati, anche per il tramite dei Referenti GAAC.

Indicatori e target:

- Allineamento anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC; target: 100%
- Alimentazione del modulo Gestione Regionale Dati – Piattaforma degli Scambi tra Aziende Sanitarie della regione e Flussi regionali e ministeriali: target:100%

Si evidenziano inoltre i seguenti adempimenti normativi la cui applicazione ha impatto sul GAAC e sui sistemi informativi aziendali attualmente in uso:

Legge 27 dicembre 2017 n. 205 (Finanziaria 2018)

I commi da 411 a 415 – art.1 della Legge n.205/2017 dettano disposizioni finalizzate a consentire un monitoraggio completo dell'intero ciclo degli acquisti.

Come noto, al fine di incentivare l'efficienza e la trasparenza del sistema di approvvigionamento della pubblica amministrazione, i commi 412 e seguenti della legge 27 dicembre 2017, n. 205 (Legge di bilancio 2018), con particolare riferimento al potenziamento del monitoraggio della spesa sanitaria, anche in relazione al perseguimento dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, hanno previsto, per gli enti del SSN di cui all'articolo 19, comma 2, lettere b) e c) del decreto legislativo 23 giugno 2011 n.118, la trasmissione in forma elettronica dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti di beni e servizi, secondo modalità e tempi definiti con decreti del Ministero dell'Economia e delle Finanze, sentita l'Agenzia per l'Italia Digitale e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

La trasmissione dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti di beni e servizi è attuata per il tramite del Nodo di Smistamento degli Ordini di acquisto (NSO), che gestisce la trasmissione in via telematica dei documenti informatici attestanti l'ordinazione (ordini di acquisto) e l'esecuzione (documenti di trasporto, stati

di avanzamento dei lavori, etc.) degli acquisti di beni e servizi tra gli enti del SSN (compresi i soggetti che effettuano acquisti per conto dei predetti enti) e i loro fornitori di beni e servizi.

Con decreto 7 dicembre 2018 del Ministero dell'Economia e delle Finanze modificato successivamente con decreto del 27 dicembre 2019 sono state definite modalità e tempi di attuazione delle norme di cui sopra con un avvio più graduale del NSO:

- Per i beni: a decorrere dal 1° febbraio 2020 avvio del NSO, e dal 1° gennaio 2021 non sarà possibile dar corso alla liquidazione e successivo pagamento di fatture non conformi a quanto disposto al comma 3 dell'art.3 del DM;
- Per i servizi: a decorrere dal 1° gennaio 2021 avvio del NSO, e dal 1° gennaio 2022 non sarà possibile dar corso alla liquidazione e successivo pagamento di fatture non conformi a quanto disposto al comma 3 dell'art.3 del DM;

Lo IOR ha assicurato la collaborazione con Intercenter per gestire il processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti dei beni e dei servizi in applicazione della DGR n. 287/2015, anche in vista degli adempimenti di cui alla Legge finanziaria 2018, oltre a garantire una corretta implementazione del nuovo sistema informativo unico per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile.

Nel 2023, ha garantito l'emissione degli ordini per l'acquisto di beni e servizi, utilizzando la piattaforma NoTI-ER, quale intermediario per l'invio a NSO e l'applicazione della Linea Guida regionale NSO (ultima versione: NSO_LG_RER v.0.5 del 25/10/2021).

Indicatori e target:

- Emissione ordine NSO sui beni escluse Aziende intercompany: target: 100%
- Emissione ordine NSO sui servizi escluse Aziende intercompany: target: 100%
- Rispetto tempistica monitoraggio regionale: target: 100%

Lo IOR ottempera a quanto disposto dalla Legge 27 dic 2017 n. 205 che ha previsto *la trasmissione in forma elettronica dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione dei servizi* da effettuarsi *tramite il Nodo di Smistamento degli Ordini di acquisto* (NSO), che gestisce la trasmissione in via telematica dei documenti informatici attestanti l'ordinazione (ordini di acquisto).

L'implementazione, attivata a far data dal 01/01/2022 come stabilito dalla Regione Emilia-Romagna per le forniture di servizi, ha comportato in molti casi la necessità di fornire assistenza nell'ambito dei vari rapporti con i fornitori di servizi. Nel corso del 2023, l'interlocuzione collaborativa con i fornitori prosegue su vari aspetti, come la registrazione sulla piattaforma regionale SATER - Sistema per gli Acquisti Telematici dell'Emilia-Romagna - per ottenere l'identificativo digitale (ID PEPPOL) indispensabile per l'emissione e ricevimento dell'ordine elettronico. Lo scopo è garantire il regolare processo di acquisizione dei servizi ed il successivo caricamento delle fatture, con gli elementi indispensabili per la loro acquisizione dal parte del sistema in formato elettronico. La trasmissione e il monitoraggio degli ordini elettronici, emessi verso NSO, è attuata tramite l'applicativo Purchase.

Fatturazione Elettronica

Anche per l'anno 2023 sono proseguite le attività di controllo dei dati che il fornitore è obbligato ad inserire in Fatturazione Elettronica inerenti i controlli degli Ordini NSO e i controlli sulle fatturazioni elettroniche sui Farmaci e Dispositivi Medici.

Infine ha correttamente applicato quanto previsto dalla Circolare Ministeriale n.7435 del 17 marzo 2020 e dalla Circolare Ministeriale n.7435 del 17 marzo 2020.

4.2. Il Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Nell'anno 2023 il sistema degli appalti pubblici è stato impegnato nella realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e dal Piano nazionale degli investimenti complementari (PNC). In particolare, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ed il Piano Nazionale Complementare (PNC) che si articola in sei missioni, ha previsto finanziamenti per l'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli deputati alla realizzazione di interventi che spaziano, relativamente all'area dei beni e dei servizi, dall'innovazione del parco tecnologico ospedaliero alla digitalizzazione, oltre che all'istruzione e ricerca; gli affidamenti dei beni e dei servizi sono stati perfezionati mediante adesioni a convenzioni Intercent-er e/o Consip dedicati alle specifiche missioni o, in mancanza, attraverso procedure di gara ad hoc perfezionate che riportano principi, obblighi e impegni inderogabilmente previsti per il conseguimento dei traguardi e delle milestone connessi ai medesimi finanziamenti.

L'attività del 2023 ha visto pertanto una proliferazione cospicua di gare PNRR, in aggiunta a tutte le procedure di acquisto già programmate, delle attività procedurali di gara, controlli, verifiche, rendicontazioni documentali, trasmissione dati che interesseranno anche gli anni successivi fino al completo raggiungimento dei citati obiettivi. E' stata una sfida poderosa anche alla luce delle novità del nuovo codice dei contratti pubblici D.Lgs.n.36/2023 entrato in vigore l'1 aprile 2023 ma con efficacia dell'1 luglio 2023.

A tal proposito, le principali novità che hanno avuto un impatto rilevante nel settore degli acquisti di beni e servizi sono riassumibili in numerosi principi giuridici già consolidati, tra cui primeggiano quelli di risultato, fiducia e conservazione dell'equilibrio contrattuale. Nell'ordine, nell'espletamento delle attività:

- si è tenuto conto del perseguimento dell'obiettivo del risultato affidando l'appalto con la massima tempestività e il migliore rapporto tra qualità e prezzo nel rispetto dei principi di legalità, trasparenza e concorrenza;
- si è operato avendo fiducia nell'azione legittima, trasparente e corretta, con la consapevolezza della responsabilità, relativamente alla parte di propria competenza, delle gare e della necessità di svolgerle non solo rispettando la legalità formale, ma anche tenendo presente che ogni gara è funzionale alla realizzazione di un'opera pubblica nel modo più rispondente agli interessi della collettività; il raggiungimento di tale risultato implica il superamento di ogni forma di inerzia;
- si è tenuto conto, lì dove ricorrevano i presupposti, dei fatti sopravvenuti straordinari ed imprevedibili che, alterando l'equilibrio contrattuale, hanno imposto la necessità di rinegoziazione secondo buona fede.

Le altre novità significative sono rappresentate:

- dalla possibilità normativamente prevista di evitare un'eccessiva concentrazione in capo al RUP di compiti e responsabilità direttamente operative con l'introduzione delle "responsabilità per fasi";
- dall'anticipazione della formazione sull'avvio del processo di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti, articolato in programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione;
- dalla programmazione dei beni e servizi da biennale in triennale;
- dall'inserimento obbligatorio nei documenti di gara iniziali delle clausole di revisione prezzi in relazione al verificarsi di particolari condizioni di natura oggettiva, non prevedibili al momento dell'offerta.

L'Azienda ha perseguito l'obiettivo di acquisto di beni e servizi attraverso procedure centralizzate di spesa per beni e servizi oggetto di convenzione regionale o di Consip. La possibilità di realizzare tale obiettivo è stata essenzialmente determinata dal numero delle convenzioni attivate dall'Agenzia Regionale.

Di seguito si evidenziano le adesioni Intercent- ER effettuate nell'anno 2023 di valore economico più rilevante:

- servizi integrati di lavanolo (noleggio e sanificazione) per Bologna e Bagheria - importo annuale euro 858.000,00 s/iva
- fornitura materiale in tnt sterile per Bologna e Bagheria - importo annuale euro 523.000,00 s/iva
- fornitura medicinali biologici e biosimilari esclusivi - importo annuale euro 229.000,00 s/iva
- fornitura di protesi d'anca e dispositivi correlati - importo annuale euro 3.050.000,00 s/iva
- fornitura di medicinali e radiofarmaci - importo annuale euro 1.456.000,00 s/iva

- servizi di manutenzione, assistenza tecnica e servizi professionali applicativi in licenza d'uso (privacy manager - ellipse gestione ambulatori e ricoveri) per Bologna e Bagheria - importo annuale euro 352.000,00 s/iva
- servizi manutenzione, assistenza tecnica e servizi professionali applicativi in licenza d'uso software digistat sis (gestione sale operatorie) e barrier - importo annuale euro 152.000,00 s/iva
- servizio gestione manutenzione e verifica apparecchiature biomedicali ed elettromedicali - manutenzione preventiva e correttiva - importo annuale euro 154.000,00 s/iva
- A queste si aggiungono le adesioni per il servizio di energia elettrica (€ 2.478.000,00 s/iva) e telefonia (euro 266.000,00 s/iva)

L'ordinato 2023, considerando tutti i gestori, è **in linea** e si attesta al **38,68%**.

4.3. Il Governo delle Risorse Umane

In applicazione della disciplina e delle linee guida regionali relative alla predisposizione del Piano integrato di attività e di organizzazione (PIAO), lo IOR ha proceduto a predisporre la specifica sottosezione relativa al Piano dei fabbisogni.

Come noto, per effetto delle modifiche introdotte dal D.Lgs. 75/2017 alla disciplina dettata dall'art. 6 del D.Lgs. 165/2001, è stata modificata la logica e la metodologia per la programmazione e determinazione dei fabbisogni di personale da parte delle pubbliche amministrazioni. In particolare, le scelte relative alla determinazione degli assetti organizzativi non sono più collegati ad uno strumento di tipo statico come la dotazione organica, ma ad uno strumento di programmazione prettamente gestionale, di natura dinamica, come il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP), che consente una maggiore responsabilizzazione di ciascuna amministrazione, nell'ambito del budget di spesa assegnato, nel distribuire il personale, sotto il profilo qualitativo e quantitativo, in modo flessibile, in base alle effettive esigenze e non ad aprioristici limiti di organico.

La sottosezione "Piano dei fabbisogni" del PIAO indica le scelte strategiche relative all'organizzazione degli uffici e dei servizi, in coerenza con la programmazione pluriennale della performance, relative al triennio di riferimento, per la programmazione dei fabbisogni.

Il "Piano attuativo del PIAO relativo alla programmazione triennale dei fabbisogni di personale", indica, annualmente, la programmazione dei fabbisogni, in coerenza con le scelte strategiche aziendali e della programmazione regionale, ed è soggetto all'approvazione regionale. Esso fa quindi riferimento ad un arco temporale pluriennale non necessariamente coincidente con quello proprio del PIAO (essendo, in base alla normativa prima richiamata, un Piano triennale a scorrimento). Esso viene quindi predisposto anno per anno secondo le indicazioni e le tempistiche definite dalla Regione, al fine di assicurare la coerenza della programmazione aziendale con la cornice finanziaria complessiva del SSR e con gli obiettivi finalizzati a promuovere la crescita e la valorizzazione professionale del personale dipendente delle aziende sanitarie.

Con specifico riguardo agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), tenuto conto delle previsioni dettate dall'art. 10 del D.Lgs. 200/2022, il Piano attuativo del PIAO relativo al PTFP contiene una specifica sezione dedicata al personale della ricerca sanitaria degli IRCCS assunto contratto di lavoro subordinato a tempo determinato. Sono inoltre specificati, annualmente, i posti destinati alle attività di ricerca per l'inquadramento a tempo indeterminato del personale della ricerca sanitaria.

L'esecuzione dei *Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFP)* anche nel corso del 2023, è rivista e rimodulata al fine di assicurare la coerenza con i contenuti della programmazione sanitaria regionale, e favorire in particolare la riduzione delle liste di attesa. In sede di predisposizione della proposta di Piano attuativo del PIAO relativo al PTFP 2023-2025 e della relativa approvazione regionale è assicurata particolare attenzione alle assunzioni e agli altri istituti di supporto finalizzati alla riduzione delle liste di attesa, al supporto della rete dell'emergenza urgenza, e agli strumenti finalizzati a supportare i servizi assistenziali a fronte della carenza di particolari professionalità.

Lo IOR ha inoltre implementato le procedure dirette a dare applicazione agli indirizzi regionali in materia di superamento del precariato e di valorizzazione della professionalità acquisita dal personale con rapporti di lavoro di natura flessibile, contenuti nei diversi protocolli sottoscritti con le Organizzazioni sindacali regionali, sia per il personale del comparto che per quello delle aree dirigenziali, valorizzando tutte le potenzialità racchiuse nelle procedure disciplinate dall'art. 20 del D.Lgs. n. 75/2017 e s.m.i. Sono state inoltre essere programmate ed implementate, in coerenza con la programmazione triennale dei fabbisogni di personale e le linee di indirizzo adottate in materia dalla Conferenza delle Regioni, le procedure di stabilizzazione previste dall'articolo 1, comma 268, lett. b) della L. 234/2021, tenuto conto delle modifiche ed integrazioni introdotte dall'articolo 4, commi 9-quinquiesdecies e seguenti del D.L. 198/2022, convertito con modifiche dalla Legge 14/2023, in materia di valorizzazione della professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio anche durante l'emergenza COVID-19 nelle aziende ed enti del SSN. La norma di legge appena richiamata prevede che l'assunzione a seguito delle procedure di stabilizzazione avvenga secondo criteri di priorità definiti da ciascuna regione.

Sono state effettuate 12 assunzioni a TI di personale precedentemente assunto con contratto TD, 9 verticalizzazioni da assistente amministrativo a collaboratore amministrativo, 3 stabilizzazioni COVID, e 44 stabilizzazioni del personale della Ricerca (CCNL Piramide- procedura iniziata nel 2023 e conclusasi nel 2024).

Al fine di ottimizzare i processi di reclutamento del personale ed efficientare le procedure di assunzione, lo IOR ha programmato le attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato a livello di area metropolitana.

Linee/Ambiti di Sviluppo Attività'

La programmazione triennale è orientata alle azioni di seguito descritte in coerenza con gli obiettivi strategici dello IOR per il triennio di riferimento declinati dagli obiettivi di mandato assegnati alla Direzione Generale dalla Regione Emilia-Romagna, nonché dagli obiettivi previsti dalla Programmazione Triennale della Ricerca Corrente degli IRCCS 2022-2024:

- recupero dei tempi di attesa;
- progressiva implementazione e successiva entrata a regime del progetto di integrazione con l'AUSL di Ferrara sul Polo Ortopedico di Argenta e le altre sedi della collaborazione,
- partecipazione di IOR alla Rete Oncologica, nell'ambito dei PDTA oncologici che riguardano il sistema muscoloscheletrico, ivi compresa l'attività di radiologia interventistica sviluppata all'interno dello IOR a seguito dell'installazione della nuova AngioTC;
- sviluppo e la qualificazione dei percorsi di presa in carico del paziente ortopedico pediatrico;
- presa in carico di pazienti complessi dal punto di vista clinico, assistenziale, riabilitativo e psicologico;
- potenziamento delle performance scientifiche ed assistenziali dell'IRCCS, ivi comprese le acquisizioni di personale necessarie ai laboratori di ricerca e all'infrastruttura di supporto alla Ricerca, reclutati tramite il contratto della Ricerca Sanitaria (cd. Piramide) e dell'inquadramento a tempo indeterminato del personale della ricerca sanitaria. Nel marzo 2024 sono stati assunti a TI 45 dipendenti tra ricercatori e collaboratori di ricerca;
- raggiungimento degli obiettivi di casistica ad alta complessità previsti dal Protocollo di Intesa e dall'Accordo siglato con la Regione Siciliana, per il triennio di riferimento.

Lo IOR ha avviato inoltre un percorso di sviluppo delle proprie funzioni, che vedrà un progressivo potenziamento delle strutture dello IOR, anche attraverso l'integrazione con altre Aziende Sanitarie, per lo sviluppo di progetti innovativi. Tali azioni si sviluppano su diversi ambiti: in particolare lo IOR ha il compito di coordinare la Rete Traumatologica Metropolitana", secondo quanto approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna (CTSSM). Il Progetto coinvolge le aziende del territorio metropolitano, per la gestione efficiente delle piattaforme presenti nelle quattro Istituzioni.

Personale della Ricerca

L'Istituto Ortopedico Rizzoli ha provveduto ad integrare il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2022-2024 con un'apposita sezione dedicata al personale della ricerca.

Nel 2023 è stato emesso il bando per l'assunzione a TI del personale della ricerca sanitaria, stabilizzato in marzo 2024 (44 persone).

Sostituzione di personale cessato (cd. turnover)

Pur ritenendo necessaria la completa sostituzione di tutte le cessazioni, essendo tenuto al rispetto dell'obiettivo assegnato dalla Regione, nel 2023 questo Istituto ha potuto sostituire solo una parte di tali figure. Per questo ha proceduto alle necessarie riorganizzazioni di processi, finalizzate a mantenere il livello di sicurezza dei pazienti ed eccellenza assistenziale e di ricerca, mission fondamentale dell'IRCCS.

Quadro Economico

Il quadro economico di riferimento è quello definito dal Documento di Economia e Finanza Regionale 2023 sul quale l'Azienda si è impegnato, nel rispetto delle indicazioni della Regione Emilia- Romagna ed in coerenza con gli obiettivi sulle risorse umane assegnati nonché con le indicazioni contenute nel Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), tanto per la dirigenza quanto per il comparto:

- a mirare al contenimento delle spese del personale dipendente ed atipico, tenendo conto del numero delle cessazioni dell'anno;
- ad utilizzare le risorse acquisite tanto per fronteggiare il turnover quanto per stabilizzare progressivamente rapporti precari.

La programmazione ha tenuto conto delle indicazioni contenute nell'ambito degli obiettivi di budget assegnati allo IOR da parte del livello regionale e concordate in sede di concertazione regionale. Relativamente al costo del personale dipendente, al netto del personale finanziato, il dato a consuntivo risulta migliore del dato del CE IV trimestre 2023, tuttavia l'obiettivo economico rileva uno sfioramento dello 0,19%. E' stato invece raggiunto l'obiettivo in termini di numero di personale dipendente atteso da RER al 31.12.2023.

Anche per le prestazioni aggiuntive si è speso meno del budget assegnato.

Non è stato raggiunto l'obiettivo economico per il personale atipico, ma lo sfioramento è in linea con quanto già comunicato in regione con nota protocollata del 16/06/2024. Le azioni previste nel PTFP 2023 per il personale atipico, in relazione agli obiettivi assegnati dal livello regionale, hanno portato comunque ad una riduzione dei costi relativi al personale con rapporto di lavoro atipico e al personale somministrato.

Gestione del sistema sanitario regionale e del personale

Anche nell'anno 2023 lo IOR è stato impegnato al fine di garantire il coordinamento con la Regione per la prosecuzione delle attività di governo del progetto GRU, la collaborazione per lo sviluppo di nuovi moduli secondo il cronoprogramma definito dalla cabina di regia nonché il pieno ed esclusivo utilizzo dei moduli implementati.

Il costo delle risorse umane è risultato superiore all'obiettivo assegnato dalla Regione, seppure nel rispetto della programmazione del fabbisogno aziendale in termini di numero di persone, così come riportato nel PTFP relativo al triennio 2023-2025 e approvato dalla RER per l'anno 2023.

Nell'ambito dei processi di riorganizzazione delle funzioni amministrative si è garantita, attraverso i Servizi Unificati Metropolitan di Amministrazione Giuridica ed Economica del Personale, la collaborazione alla Regione nelle attività di supporto al progetto "Sistema unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane"(GRU), partecipando attivamente ai tavoli di confronto a livello regionale al fine di definire criteri interpretativi omogenei e sviluppare linee d'azione comuni in tema di politiche del personale.

Nel corso dell'anno è stato garantito il coordinamento con la Regione per la realizzazione del richiamato progetto e la collaborazione per lo sviluppo dei nuovi moduli secondo il cronoprogramma definito dalla cabina di regia. E' stata inoltre data attuazione alle decisioni della cabina di regia GRU per il pieno utilizzo dei moduli resi disponibili nell'ambito dell'applicativo unico.

Il nuovo applicativo di rilevazione presenze/assenze è utilizzato da tutti gli operatori dei competenti uffici e tramite lo stesso vengono generati i flussi delle voci stipendiali variabili ed il relativo flusso di trasferimento al trattamento economico.

Il nuovo Portale del dipendente è stato implementato per la totalità del personale dipendente che tramite lo stesso può visualizzare e stampare il proprio report mensile delle presenze e delle assenze nonché presentare richieste di assenza che vengono indirizzate al responsabile di riferimento per essere processate.

E' stata inoltre data attuazione alle decisioni della cabina di regia GRU per il pieno utilizzo degli ulteriori sviluppi resi disponibili nell'ambito dell'applicativo unico per la gestione della adesione/non adesione al fondo Perseo-Sirio nella forma del silenzio-assenso, per la gestione dei bonus economici disposti dalla normativa per i lavoratori rientranti in determinate fasce reddituali nonché per la gestione dei trattamenti economici previsti dal CCNL del comparto sanità (2019-2021).

In esito alla previsione delle linee guida regionali che davano indicazioni in ordine all'effettuazione di concorsi per il personale dell'area Comparto a livello di Area Vasta, sono stati predisposti e sottoscritti diversi protocolli di intesa per la gestione congiunta di concorsi pubblici per profili professionali del Comparto, secondo una ripartizione condivisa tra le Direzioni delle Aziende coinvolte dell'Area Vasta Emilia-Centro.

Dalla seconda metà del 2022 il modulo Concorsi di GRU viene utilizzato, in via esclusiva, per tutte le procedure concorsuali indette in ambito metropolitano. È stata, inoltre, implementata l'evolutiva per la valutazione massiva dei titoli, con utilizzo per concorsi con un rilevante numero di candidature.

Sistema di Valutazione

Nel 2023 l'Istituto ha partecipato a tutti gli incontri della Cabina di Regia regionale per l'avvio delle nuove funzionalità dei moduli del software GRU ed ai Tavoli regionali sul Sistema di Valutazione. L'Istituto ha già implementato il nuovo Modulo Valutazioni per l'effettuazione della valutazione annuale della Performance Individuale e nel 2023 ha proceduto con l'utilizzo delle nuove funzionalità non appena rese disponibili dalla software house in accordo con la Cabina di Regia e secondo il cronoprogramma da essa stabilito.

Parallelamente ha continuato la campagna informativa e di sensibilizzazione verso il personale per promuovere la valutazione della performance come strumento per "dare valore" all'impegno in termini di risultati e di contributo che ciascun soggetto (organizzazione, unità organizzativa, equipe, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi aziendali per migliorare la qualità dei servizi e dunque i risultati di salute.

Nel corso del 2023 è stato inoltre predisposto il "percorso di sviluppo" del sistema di valutazione e valorizzazione del personale in base alle indicazioni e secondo le tempistiche stabilite dall'OIV-SSR, nel rispetto di quanto previsto dai contratti nazionali di lavoro e della normativa di riferimento e al fine di garantire la sistematicità e la correttezza metodologica delle procedure di misurazione e valutazione delle prestazioni individuali e di valorizzazione delle competenze.

Indicatori:

- predisporre il percorso di sviluppo dei propri sistemi di valutazione e valorizzazione del personale in coerenza con le indicazioni dell'OIV-SSR – raggiunto
- Avvio dei nuovi moduli e rispetto del cronoprogramma – Modulo Valutazioni avviato per la valutazioni annuali della Performance Individuale; rispetto del cronoprogramma stabilito dalla Cabina di Regia regionale – raggiunto.

Sviluppo e valorizzazione del personale e relazioni con le OO.SS

Le relazioni con le Organizzazioni Sindacali restano improntate allo sviluppo di politiche orientate all'efficienza e alla sostenibilità economica/finanziaria del sistema, anche attraverso la valorizzazione e la qualificazione del personale con particolare riguardo sia al riconoscimento delle professionalità, sia allo sviluppo della autonomia professionale.

A tal fine lo IOR prosegue con le modalità di confronto finora adottate, in modo da garantire la prosecuzione di un dibattito costruttivo sulle future politiche occupazionali, sulle riorganizzazioni necessarie finalizzate ad ampliare l'offerta sanitaria e ad una adeguata risposta alle aumentate richieste sanitarie dell'utenza, sulle modalità

di lavoro utili a contemperare i tempi di vita e di lavoro, con l'obiettivo di orientare le risorse alla promozione di specifici progetti, programmi o piani di lavoro, diretti in primis al miglioramento dei servizi rivolti all'utenza. In tale contesto, anche per quanto riguarda il triennio 2023-2025, assumono particolare rilievo gli Accordi siglati tra la Regione Emilia-Romagna e le OO.SS. Confederali e di Categoria in merito alle politiche regionali di innovazione e qualificazione del sistema sanitario, di riduzione e controllo del lavoro precario della Dirigenza medica e non medica e di applicazione delle disposizioni in tema di stabilizzazione del personale "flessibile". Per quanto riguarda il governo della contrattazione integrativa, lo IOR garantisce, in coerenza con le normative vigenti, l'applicazione delle linee generali di indirizzo sulla contrattazione integrativa aziendale (c.d. confronto regionale), il consolidamento dei percorsi di valutazione e valorizzazione del personale della ricerca (cd. piramidato), anche alla luce della Legge n. 87 del 3.7.2023.

In particolare, per quanto riguarda la tematica attuazione di quanto emerso nel confronto regionale per l'area Sanità, è stato condiviso verbale di confronto su risorse Inail, e, sempre per questa area, in merito al tema qualificazione del personale si è pervenuti ad accordo inerente gli incarichi professionali. Per quanto riguarda l'area Comparto - valorizzazione del personale – sono stati conclusi l'accordo DEP, il percorso dell'accordo welfare e la revisione ripartizione fondo collabora. Dal punto di vista organizzativo si è realizzata progettualità correlata alla rilettura delle condizioni di rischio radiologico

Indicatori e target:

- Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico, normativo di contrattazione collettiva e integrativa – raggiunto.

4.4. Programma regionale gestione diretta dei sinistri

A partire dall'anno 2017 tutte le Aziende sono state progressivamente inserite nel "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile", approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 2079/2013.

Dal 1° Maggio 2017 IOR è entrato a pieno titolo nel Programma di cui sopra, a conclusione del periodo di proroga della Polizza RCT precedentemente in vigore.

A oggi, pertanto, IOR, come le altre Aziende, opera ancora, nella gestione dei sinistri, secondo una duplice modalità: a quella diretta, in ritenzione totale del rischio, si affianca, infatti, in parallelo, quella assicurativa, con riguardo alle posizioni aperte prima dell'ingresso dell'Azienda nel nuovo Programma regionale.

Questo Istituto ha messo in campo una serie di azioni volte a potenziare la struttura organizzativa e a dotarsi degli strumenti necessari per dare piena attuazione al nuovo sistema.

A completamento di tali azioni è stata acquisita, dopo l'espletamento del concorso pubblico, la figura professionale di n. 1 Dirigente Avvocato. Con Delibera n. 257/2021 è stato costituito l'ufficio legale interno per la gestione del contenzioso dell'Ente, la difesa in giudizio e la consulenza ai servizi amministrativi, sanitari e della ricerca (di seguito Avvocatura IOR).

Al fine di prevenire/contenere il contenzioso, il predetto ufficio legale interno elabora strategie/ipotesi conciliative e transattive, congiuntamente con le altre strutture deputate alla gestione dei sinistri, partecipando al Comitato di Valutazione Sinistri (CVS) e facendosi carico degli adempimenti conseguenti nel caso il CVS decida di intraprendere un percorso transattivo.

L'avvocatura IOR svolge l'attività di difesa tecnica dell'Ente nelle cause di responsabilità sanitaria e nelle mediazioni obbligatorie attivate ex art. Dlgs. 28/2010, nell'ambito della fascia di competenza aziendale, e assicura l'esecuzione delle decisioni giudiziarie e delle transazioni rapportandosi con gli uffici competenti. A seguito dell'istituzione dell'Avvocatura IOR, con delibera n. 393 del 21/12/2021, è stata aggiornata la composizione del Comitato Valutazione Sinistri che attualmente è costituito dalla Responsabile per l'attuazione del programma Regionale per la gestione diretta dei sinistri, dal Responsabile dell'Avvocatura IOR, dal Medico Dirigente di Medicina Legale e dal Responsabile Risk Manager. Dal 15.09.2020 la struttura organizzativa è stata, inoltre, potenziata mediante l'assunzione di n. 1 Dirigente Medico nel settore medico-legale, deputato allo svolgimento delle seguenti attività: istruttoria dei casi per i quali pervenga una richiesta di risarcimento, con organizzazione – laddove necessario – di incontri strutturati con i singoli professionisti

coinvolti; partecipazione al Comitato Valutazione Sinistri aziendale; redazione delle segnalazioni alla Corte dei Conti ex art. 52, comma 1, D.Lgs. n. 174/2016; attività di consulente tecnico di parte nei giudizi civili e penali che vedano coinvolto l'Istituto. Al 31/12/2023, oltre al Dirigente, sono assegnate all'Avvocatura IOR altre due risorse, appartenenti al Comparto e iscritte all'Albo Speciale. Si intende inoltre potenziare ulteriormente con l'inserimento di una figura sempre appartenente al Comparto

Dal 17.04.2023 è stata istituita la Struttura Complessa della disciplina di Medicina Legale denominata "Risk Management e governo clinico". La SC governa il processo di Risk Management aziendale complessivamente inteso, dando piena attuazione al Programma regionale di prevenzione degli eventi avversi e gestione diretta dei sinistri nel rispetto dell'assetto normativo vigente in tema di gestione del rischio sanitario e responsabilità professionale. La SC coordina e conduce, inoltre, le attività legate al Governo Clinico, attraverso il monitoraggio delle performance cliniche ed il contributo delle funzioni aziendali che presidiano la patient experience, l'integrazione socio-sanitaria, il benessere e l'umanizzazione dei percorsi clinico-assistenziali, garantendo il supporto alla direzione sanitaria aziendale, ai dipartimenti e alle Unità operative nell'organizzazione e gestione dei percorsi clinico assistenziali nel rispetto degli standard di servizio (volumi, esiti, appropriatezza, professionalità, trasparenza, equità, ...).

Con Delibera n. 101/2023 è stato, altresì, prorogato il rapporto convenzionale con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna ed è stata attivata una convenzione esecutiva con l'Unità operativa Stewardship Antimicrobica del Dipartimento Interaziendale Gestione Integrata Rischio Infettivo dell'Azienda USL di Bologna, per la fornitura di prestazioni specialistiche in ambito infettivologico, a supporto dell'attività medico-legale, nell'ambito della gestione diretta dei sinistri.

La convenzione è stata attivata, nell'anno 2023 per n. 12 prestazioni specialistiche "cd. pareri" in ambito infettivologico e in n. 4 "consulenze tecniche di parte" a supporto dell'attività medico legale.

Per quanto attiene la difesa in giudizio del personale IOR, nei casi di richiesta di patrocinio legale ai sensi della vigente contrattazione collettiva nazionale di lavoro, nonché per l'affidamento di incarichi per la difesa dell'Istituto medesimo, nel caso di controversie di peculiare complessità, o nel caso di particolare carico di lavoro dell'Avvocatura IOR, tale da non consentire la gestione diretta delle vertenze, sempre nell'ambito del Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità sanitaria, sarà utilizzato per l'affidamento di incarichi a legali esterni l'elenco degli avvocati approvato con Delibera 196/2023 professionali, in esito ad avviso pubblico emesso con Delibera n. 114/2023.

In una logica di informatizzazione della P.A., coerente con le politiche di sostenibilità ambientale e di risparmio, si sono intraprese azioni per rendere l'attività orientata ad un'amministrazione paperless, mediante una progressiva eliminazione dei supporti cartacei nel percorso di gestione dei sinistri.

Nella gestione dei sinistri cosiddetti sopra soglia, IOR adotta la tempestiva e completa istruttoria dei casi di competenza aziendale e del Nucleo Regionale di Valutazione, così come le corrette modalità di relazione tra Aziende ed il NRV sinistri. Pertanto lo IOR si conforma ed attua quanto stabilito nel documento: "Relazione fra Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell'attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione", approvato con Determina dirigenziale n. 4955 del 10/4/2014, come precisato nella nota PG/2020/0462697 del 24.6.2020 in cui è stabilito che: "la richiesta di parere senza il contestuale caricamento entro due giorni lavorativi di tutta la documentazione completa (clinica, giudiziaria e amministrativa) è da ritenersi istanza nulla, non produttiva di alcun effetto e improcedibile d'ufficio, senza necessità di ulteriori comunicazioni da parte della segreteria del NRV";

Indicatori e target:

- Rispetto dei tempi di processo: % di istanze di parere al NRV con contestuale caricamento (ossia entro massimo 2 giorni lavorativi) di tutta la documentazione completa (clinica, giudiziaria, amministrativa, ivi inclusa quella richiesta dalla Circolare 12/2019); target: 100%.
Nell'anno 2023 IOR ha inviato un unico caso al Nucleo, con rispetto dei tempi di processo nel 100%

Lo IOR si adegua inoltre alle indicazioni fornite con nota Prot. 20.07.2022.0647322.U: “Programma regionale gestione diretta dei sinistri in sanità. Nuove direttive per la cogestione dei sinistri sopra soglia. Verbale del Comitato di Valutazione sinistri”.

In particolare, al fine della presa in carico delle richieste di parere da parte del Nucleo, il Comitato di Valutazione Sinistri aziendale adotta il modello di riferimento proposto, così da consentire adeguata cogestione dei sinistri di seconda fascia e favorire l’allineamento operativo nonché lo sviluppo omogeneo delle migliori prassi su tutto il territorio regionale.

Indicatori e target:

- "Adozione del modello di CVS aziendale trasmesso con nota prot.20.07.2022.0647322.U e conforme redazione dello stesso: target: 100% ",
Nell'anno 2023 IOR si è conformato al 100% al modello regionale.

4.5. Politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza

La Legge Regionale 9/2017, Capo III, Art.5 ha introdotto le norme per la migliore attuazione delle disposizioni nazionali in materia di prevenzione e repressione della corruzione e di promozione della trasparenza nella pubblica amministrazione da parte delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale. Con tale finalità IOR promuove le migliori pratiche per l’attuazione della disciplina in materia di contrasto ai fenomeni corruttivi e per la realizzazione della trasparenza dell’azione amministrativa, così da assicurare la tempestiva applicazione delle disposizioni nazionali e regionali in materia.

L’Istituto segue le indicazioni condivise nel Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione e si impegna al puntuale adempimento di quanto prescritto da ANAC, con particolare attenzione, per quanto riguarda le misure generali e specifiche, alle indicazioni del PNA.

Nel corso del 2023 l’Istituto ha dedicato particolare impegno alla stesura del proprio nuovo Codice di comportamento (poi adottato con Deliberazione IOR n. 11 del 31 gennaio 2024) ai sensi delle modifiche attuate, ad opera del D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81, al codice di comportamento nazionale, di cui al D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62. A seguito di tali novità normative, è stato approvato, dalla Delibera di giunta regionale n. 1956 del 13 novembre 2023, un nuovo Schema tipo del Codice di comportamento quale testo di riferimento per l’adeguamento dei Codici di comportamento delle Aziende sanitarie e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale, da adottarsi, da parte di ciascun Ente, entro il 31 gennaio 2024. L’Istituto nel 2023, dopo aver espletato la procedura di consultazione pubblica, ha pertanto proceduto, in totale coerenza con il sopracitato schema tipo regionale, ad aggiornare il testo del proprio codice di comportamento e ad armonizzarlo ai recenti interventi contrattuali e legislativi, non da ultimo il D. Lgs. 10 marzo 2023, n. 24 sul whistleblowing. Relativamente a quest’ultima tematica il 2023 ha visto l’Istituto impegnato anche nella modifica, alla luce del citato D. lgs. e delle relative Linee guida di cui alla Deliberazione ANAC n. 311 del 12 luglio 2023, del proprio protocollo operativo, poi approvato con deliberazione IOR n. 38 del 12 marzo 2024, sulla gestione delle segnalazioni di condotte illecite e relative forme di tutela., con l’utilizzo di una nuova piattaforma cloud per le segnalazioni. A questo si è aggiunta una linea telefonica dedicata a cui risponde, in orari definiti, l’RPCT in persona, nonché la possibilità di un incontro personale con l’RPCT. Tale documento è stato sottoposto anche a procedura di valutazione di impatto sulla protezione dei dati ed è stato corredato di adeguata informativa sul trattamento dei dati personali.

È proseguita l’attenzione dell’Istituto alla misura della rotazione del personale con l’applicazione dei relativi principi e l’adozione, necessaria per la peculiarità della struttura aziendale, di idonee misure alternative.

Sul versante della promozione della trasparenza, l’Istituto ha continuato, nel corso del 2023, a presidiare l’attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa, prestando anche particolare attenzione all’area dei contratti pubblici, alla luce del D. Lgs. 31 marzo 2023, n. 36 (nuovo Codice dei contratti pubblici), delle indicazioni e deliberazioni ANAC a riguardo e di quanto condiviso nei tavoli AVEC e regionali, anche tramite la partecipazione attiva di IOR a tutte le relative sedute.

Si è confermato l’impegno di IOR sul tema del conflitto di interessi e sulla raccolta delle relative dichiarazioni effettuate dal personale tramite il sistema GRU VHR. Riguardo alla percentuale di dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolte entro la chiusura d’anno, si conferma il

raggiungimento dello standard regionale: a fronte, infatti, di uno standard regionale non inferiore al 90%, l'Istituto ha raggiunto una percentuale pari al 92,22%.

Indicatori e target

- % dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la chiusura d'anno; target: >=90% Raggiunto

4.6. Sistema di audit interno

L'Istituto anche nel 2023 ha continuato a partecipare attivamente ai lavori del Nucleo Audit Regionale istituito con DGR n. 1972/2019.

Nel 2022 è stata costituita formalmente la funzione di Internal Audit aziendale, incardinandola nello Staff del Direttore Generale, come da Deliberazione n. 285 del 9/11/2022. Con successiva deliberazione sono poi state specificate nel dettaglio le funzioni svolte dall'Internal Audit in linea con le determinazioni del Nucleo Audit Regionale.

Nel 2023, nell'ambito del Nucleo Audit Regionale, il Responsabile dell'Internal Audit ha contribuito alla stesura delle "Linee Guida regionali inerenti la definizione di un sistema di controllo sulle attività in ambito PNRR/PNC", adottate con Determinazione n. 23188 del 06 novembre 2023 dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare. Tali Linee guida hanno lo scopo di definire l'attività di verifica sull'effettivo espletamento dei controlli in ambito PNRR/PNC, che le Funzioni aziendali di Audit Interno sono chiamate a svolgere. In particolare si stabiliscono gli ambiti di verifica, gli step da seguire e gli strumenti di controllo da utilizzare. All'interno dello IOR si è quindi proceduto alla realizzazione degli step istruttori funzionali alla verifica tra i quali:

- la rilevazione del quadro degli interventi relativi alle progettualità PNRR/PNC con l'individuazione per ciascuno del Soggetto Attuatore e dello stato di realizzazione al 31/12/2023 (procedure di approvvigionamento concluso/o in corso, stato della rendicontazione delle spese) tramite l'interlocuzione con i Responsabili di Progetto. Con la rilevazione sono state individuate le procedure di approvvigionamento concluse al 31/12/2023 ed è stato rilevato che non sono state effettuate rendicontazioni della spesa alla stessa data;
- la formalizzazione con Deliberazione n. 25 dell'1/3/2024 di apposita check list finalizzata a realizzare il controllo sulle effettive verifiche condotte a cura dei Responsabili di Progetto sulle procedure di aggiudicazione, da un lato, e sugli aspetti contabili dall'altro;
- l'individuazione dei criteri di campionamento delle verifiche di internal audit da effettuare inizialmente sulle procedure di approvvigionamento concluse al 31/12/2023;
- lo svolgimento delle prime verifiche di internal audit sulle procedure di approvvigionamento concluse al 31/12/2023.

Indicatori e target:

- Istituzione della funzione aziendale di Audit interno: Raggiunto?
- in ambito PNRR/PNC, le funzioni/strutture aziendali di Audit interno dovranno svolgere attività di controllo in relazione all'effettivo svolgimento dei controlli operativi - (c.d. di primo livello) connessi alle verifiche amministrativo-contabili – da compiersi ai fini della rendicontazione degli Investimenti/Sub-Investimenti/Linee di attività PNRR/PNC. Le modalità di effettuazione di tali attività di controllo saranno indicate dal Nucleo Audit regionale. Completamento attività di controllo al 31/03/2024, in relazione alla spesa rendicontata al 31/12/2023: 100% di quanto indicato dal Nucleo Audit regionale. – Non applicabile in quanto non si sono effettuate rendicontazioni della spesa per progettualità PNRR/PNC al 31/12/2023 (vedasi verbale del Nucleo Audit Regionale del 28/02/2024).

4.7. Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali

Con riferimento agli obiettivi di programmazione regionale individuati dal paragrafo 4.7 della Deliberazione della Giunta Regionale n. 1237 del 17/07/2023, recante “Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del SSR per l'anno 2023”, si evidenzia quanto segue.

L'Istituto ha provveduto a garantire la piena applicazione di quanto previsto dalla normativa europea in coerenza con la normativa nazionale, le indicazioni dell'Autorità Garante e il supporto del Data Protection Officer (DPO) di area metropolitana.

Indicatore n. 1:

Aggiornamento policy aziendali per il trattamento dei dati attraverso strumenti informatici e per l'implementazione di nuove applicazioni informatiche (teleconsulto telemedicina, app sanitarie ...).

È stata avviata una ricognizione delle attività svolte relativamente alla telemedicina/teleconsulto/televisita, app. sanitarie, etc; è stata riscontrata una attività cospicua che in sintesi può essere descritta come segue:

- aggiornamento, attraverso atto deliberativo, del documento “Linee guida per l'applicazione del Regolamento UE 2016/679 e del d.lgs. 30.06.2003 n. 196”, integrando in particolare la parte relativa alle "Informazioni per il trattamento dei dati personali", circa la gestione delle prestazioni sanitarie per finalità di diagnosi, assistenza, terapia sanitaria o sociale erogate attraverso strumenti informatici (telemedicina, teleconsulto ecc). In tale contesto sono state adottate e pubblicate nelle pagine web “privacy policy” le specifiche informative;
- attivazione della piattaforma applicativa SegnalER per la gestione delle segnalazioni relative alla sicurezza delle cure delle strutture sanitarie nella Regione Emilia-Romagna, con predisposizione dell'Informativa e della Valutazione d'impatto sulla protezione dei dati (DPIA) e nomina dei Responsabili del trattamento ex art. 28 del GDPR;
- avvio delle attività relative all'implementazione dei servizi di notifica e pagamento attraverso l'App IO in applicazione del principio di “privacy by design” (anche in relazione alla contrattualizzazione del fornitore quale responsabile di trattamento e alla analisi del processo ai fini della predisposizione dell'informativa agli interessati);
- avvio della sperimentazione relativa al teleconsulto riabilitativo, erogato attraverso la piattaforma HealthMeeting, con predisposizione di relativa Scheda informativa per il paziente.

Per quanto concerne il sistema RIS PACS unico di AVEC, su iniziativa dell'Azienda USL di Bologna è stato istituito un Gruppo di Lavoro con lo scopo di regolamentare dal punto di vista della tutela e della sicurezza del dato le modalità di accesso in Area Vasta.

È proseguito il coordinamento condiviso delle attività di implementazione e popolamento del Registro elettronico dei trattamenti.

Target: 100%. raggiunto

Indicatore n. 2:

Definizione dei profili di titolarità/responsabilità e/o contitolarità nell'attività di ricerca scientifica.

Nel corso del 2023 l'area della ricerca scientifica ha assorbito notevoli energie, con riferimento alla protezione dei dati. Alla luce del provvedimento dell'Autorità Garante del 30 giugno 2022 sono stati istituiti due Gruppi di Lavoro in area AVEC. Il primo GdL, nel mese di marzo 2023, ha licenziato un parere di chiarimento relativamente all'obbligo della Valutazione di impatto sulla protezione dei dati (DPIA) ed alla consultazione preventiva. Il secondo GdL è stato attivato nel mese di ottobre al fine di definire un nuovo modello di DPIA, maggiormente coerente con i provvedimenti dell'Autorità Garante, per l'attività di ricerca scientifica, da applicarsi in tutte le aziende di Area Vasta. Nell'ambito dei due Gruppi di Lavoro sopra richiamati e con incontri specifici, sono stati ampiamente esaminati i profili di titolarità/responsabilità e/o contitolarità nell'attività di ricerca che successivamente hanno trovato applicazione nei singoli casi.

Target: 100%. raggiunto

4.8. Piattaforme informatiche e investimenti in biotecnologie e strutture per il rilancio del SSR

4.8.1. Fascicolo sanitario elettronico/Portale SOLE

L'Istituto Ortopedico Rizzoli ha continuato nel 2023 le azioni per l'alimentazione e la consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico in attuazione della DGR 1296/2020, affinché sia possibile firmare i referti di specialistica ambulatoriale, certificati di Pronto Soccorso e le lettere di dimissione come ultimo passo necessario per la trasmissione al FSE dei referti e lettere di dimissione prodotte dall'Istituto in formato CDA2 iniettato firmato digitalmente come previsto dalla DGR 1296/2020. E' stata inoltre introdotta in Istituto la funzionalità di raccolta del consenso alla consultazione con l'inserimento di circa quarantasette consensi da inizio 2023.

Nel corso del 2023, sono stati programmati gli interventi per l'attuazione delle misure urgenti in materia del Fascicolo Sanitario Elettronico e gli interventi di adeguamento della documentazione sanitaria digitale secondo le specifiche nazionali e alla piena interoperabilità con l'infrastruttura nazionale, secondo la programmazione prevista per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, secondo quanto previsto dal subintervento M6 C2 I1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE).

Attualmente il link di accesso al FSE in consultazione da parte dei professionisti IOR è presente nella piattaforma integrata SIR2020 tramite il suo modulo trasversale di Dossier Sanitario Elettronico, garantendo l'accesso a tutti i medici che operano nelle varie articolazioni organizzative dell'Istituto. L'istituto ha infatti distribuito l'abilitazione alla consultazione dei documenti del FSE a tutti i medici che vi operano e ad alcuni infermieri selezionati nelle sedi di Bologna, di Argenta (FE) e di Bagheria (PA). Il valore attualmente presente in INSIDER deriva dall'aver considerato come denominatore il numero totale di operatori sanitari in attività comprensivo anche del personale sanitario non medico in toto. IOR ha avviato percorsi di formazione e comunicazione verso i professionisti sanitari sull'utilizzo del FSE e degli strumenti necessari alla consultazione della documentazione sanitaria del paziente.

Indicatori e target Lepida:

- Documenti consultati: Numero di utenti che sono acceduti al Fascicolo Sanitario Elettronico sul numero di cittadini che hanno ricevuto un documento indicizzato sul FSE; Target: 70%
Valore AUSL BO: 77,02% (Fonte SIVER)
- Numero consensi registrati: Numero consenso alla consultazione valorizzato sul Numero totale dei FSE attivati; Target 80%
Valore AUSL BO: 87,3% (Fonte SIVER)
- Alimentazione documenti sanitari: Numero di documenti sanitari digitali indicizzati sul Fascicolo sanitario Elettronico regionale sul numero totale di documenti pubblicati sul repository SOLE (*Per il 2023 si considerano i referti di laboratorio e radiologia*). Target: 90%
Valore IOR: 99,63% (Fonte SIVER)
- Alimentazione documenti sanitari: Numero di documenti sanitari digitali firmati indicizzati sul Fascicolo sanitario Elettronico regionale sul numero totale di documenti pubblicati sul repository SOLE (*Per il 2023 si considerano i referti del Gruppo A delle Linee guida del FSE 2.0: Referto di laboratorio, Referto di radiologia, Verbale di Pronto Soccorso, Lettera di Dimissione Ospedaliera, Certificato vaccinale, Scheda singola vaccinazione*). Target: 40%.
Valore IOR: 33,63% (Fonte SIVER) Si precisa che l'Istituto non produce *Certificati vaccinali e Schede singole vaccinazione*
- Gestione appuntamenti: Attivazione del servizio di invio al FSE degli appuntamenti interni e passati (anche annullati) con la gestione della data massima di annullamento. Target: Sì
Sì, si conferma.

4.8.2. Finanziamenti ex art. 20 L. 67/88 71

Accordo di Programma V fase, 1° stralcio

Accordo di Programma (AdP) V fase, 1° stralcio è stato sottoscritto tra il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Emilia-Romagna in data 29 luglio 2021. L'Accordo prevede la realizzazione di 38 interventi con le condizionalità procedurali e temporali di cui all'art. 20 L.67/88. A seguito della sottoscrizione dell'Accordo di Programma V fase, 1° Stralcio le Aziende dovranno dare seguito a quanto previsto dalle procedure normative per la predisposizione della progettazione degli interventi e dei capitolati di appalto per la fornitura delle tecnologie.

Per lo IOR gli interventi inseriti in questo Accordo di Programma sono i seguenti:

APC 32 - Rinnovo e potenziamento tecnologie biomediche - day surgery e diagnostica per immagini

APC 33 – Implementazioni del sistema informativo ospedaliero e della Cartella Clinica Elettronica per dematerializzazione delle attività e della documentazione

Indicatori e target:

- Completamento dell'iter per l'ammissione a finanziamento degli interventi previsti dall'Accordo di Programma V fase 1° stralcio entro dicembre 2023 Target: 100%

L'intervento APC32 - Rinnovo e potenziamento tecnologie biomediche - day surgery e diagnostica per immagini è stato ammesso a finanziamento con Decreto Dirigenziale del Ministero della salute dell'08/08/2023 n. MDS-DGPROGS-191-08/08/2023

L'intervento APC33 è stato ammesso a finanziamento con Decreto dirigenziale del Ministero della Salute 8/3/2022 n. MDS DGPROGS/49/08/03/2023.

Accordo di Programma VI fase

La Giunta Regionale con Delibera n. 630 del 26/04/2023 recante l'“Approvazione degli interventi dell'Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari ai sensi dell'art. 20 L. N. 67/88 - VI fase” ha previsto il finanziamento di interventi strutturali impiantistici e piani di fornitura relativi ad acquisizioni di tecnologie biomediche.

Per lo IOR l'intervento inserito in questo Accordo di Programma è il seguente:

APE 17 - - Rinnovo Tecnologie Biomediche per Area Chirurgia

Indicatori e target:

- Predisposizione degli Studi di Fattibilità (SdF) e predisposizione schede relativamente alle acquisizioni delle tecnologie biomediche entro luglio 2023 al fine della definizione del documento programmatico relativo all'Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari.

Target: 100%

Il piano di fornitura relativo all'intervento APE 17 Rinnovo Tecnologie Biomediche per Area Chirurgia è stato approvato con Deliberazione n. 189 del 17 luglio 2023

4.8.3. Interventi già messi finanziamento con decreto ministeriale (ex art. 20)

Le Aziende dovranno completare o fornire adeguata motivazione sottoscritta dal RUP e dal Direttore Generale del mancato completamento di tutti gli interventi finanziati con Accordi di Programma (ex art. 20 L. 67/88) sottoscritti precedentemente al 2016 nonché adoperarsi per presentare le richieste di liquidazione degli interventi conclusi e attivati, che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo.

Per lo IOR gli interventi inseriti negli Accordi di Programma che risultano ancora a residuo sono i seguenti:

H.28 - IOR. Reparto Chemioterapia Tumori Muscolo Scheletrici

H.29 - IOR Apparecchiature Day Surgery

AP.41 - Bologna IOR, Adeguamenti normativi e miglioramento comfort degenze

AP.42 - Bologna IOR, Aree supporto accoglienza utenti e dipendenti

APC 33 - IOR BO - Implementazioni del sistema informativo ospedaliero

➤ Indicatori e target

- Completamento interventi/piani di fornitura relativi ad Accordi di Programma sottoscritti ante 2016 entro le scadenze indicate sul sistema regionale di gestione degli investimenti sanitari (PROFILER) per l'anno 2023; target 100%
- Trasmissione richieste di liquidazione relative a interventi conclusi e attivati (salvo interventi per i quali è previsto un intervento complementare a quello principale e per interventi con contenziosi in corso).
Target: Richieste di liquidazione per un importo pari al totale residuo relativo a interventi conclusi e attivati

Nel 2023, relativamente agli interventi di cui sopra:

H28: terminato e rendicontato = 100%;

H29: Sono state fornite le motivazioni relative al mancato completamento dell'intervento;

AP41: terminato e rendicontato = 100%;

AP42: Sono state fornite le motivazioni relative al mancato completamento dell'intervento;

APC 33: le acquisizioni e l'implementazione sono in corso.

[4.8.4. Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per l'emergenza COVID-19 \(Art 2, DL 19 maggio 2020, n.34\)](#)

Dal 2022 il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera è parte integrante del PNRR e ne deve rispettare i requisiti temporali. La gestione dei fondi di cui all'art.2 del DL 19 maggio 2020 n. 34 è in capo alla "Unità per il completamento della campagna vaccinale e per l'adozione di altre misure di contrasto alla pandemia" (ex Struttura Commissariale per l'Emergenza COVID-19).

Indicatori e target:

- Programmazione interventi: rispetto delle date previste dalla programmazione condivisa con le strutture centrali.
- Monitoraggio avanzamento e rendicontazione: riscontro tempestivo ed esauriente ai monitoraggi richiesti e predisposizione della documentazione necessaria per rimodulazioni e rendicontazioni accurate e precise.
Target: 100%

L'intervento riqualificazione del pronto soccorso (finanziamento art.2 l.34 /2020) - adeguamento definitivo alle linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera di emergenza è stato completato = 100%.

[4.8.5. Piano investimenti: interventi di cui alla scheda 3](#)

In apposita scheda (la cosiddetta scheda 3¹⁸) sono rappresentati gli interventi che non hanno copertura finanziaria ma che necessitano essere realizzati anche con una inevitabile, differenziata prospettiva temporale. A tale scopo, con un criterio di priorità nella loro realizzazione, sono individuati cinque interventi in edilizia sanitaria e in ammodernamento tecnologico di rilevanza strategica per l'Azienda. L'ordine di priorità, da 1 a 5, è indicativo e può, con debita motivazione del Direttore Generale, essere modificato in corso dell'anno e ovviamente negli anni successivi. Gli interventi rappresentati nella scheda 3 costituiranno riferimento per la Regione Emilia-Romagna per l'individuazione delle priorità e il conseguente assegnamento dei finanziamenti.

¹⁸ Si rimanda a specifica relazione sul Piano Investimenti, parte integrante del presente documento

Nella scheda 3 del Piano Investimenti sono stati rappresentati gli interventi non aventi copertura finanziaria 2023. Gli interventi effettuati in condizioni di urgenza ed indifferibilità, non previsti nell'iniziale programmazione, sono effettuati attingendo al capitolo delle opere urgenti ed indifferibili, secondo la disponibilità complessiva concessa da RER. Per gli stessi IOR garantisce la completa documentazione asseverante condizioni di urgenza, indifferibilità ed imprevedibilità.

4.8.6. Attività per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione Salute

L'obiettivo assegnato dalla Regione prevede l'invio della documentazione contenente le informazioni necessarie per dare seguito in tempo utile alle richieste del livello nazionale.

La documentazione richiesta per l'intervento M6C2 1.2 Verso un Ospedale Sicuro e Sostenibile "Miglioramento Sismico delle strutture del "Monoblocco" e per i piani di sostituzione Grandi Tecnologie sono state trasmesse.

Per il 2023 IOR ha dato seguito alle attività necessarie per rispettare le condizionalità documentali e temporali previste dal PNRR Missione Salute.

E' stato installato un sistema radiologico nell'anno 2023 rispettando le previste scadenze. Nel 2024 è prevista l'installazione del secondo e della RM.

E' stata completata la progettazione e sono state avviate le opere propedeutiche ai lavori di Miglioramento Sismico delle strutture del Monoblocco.

4.8.7. Iniziative per il miglioramento dell'accessibilità alle strutture sanitarie e della sosta nelle aree di pertinenza

Le Aziende sanitarie dovranno predisporre un progetto, approvato dal Direttore Generale, finalizzato a garantire l'accesso ai malati oncologici durante i giorni di terapia o di visita, nonché ai pazienti che presentano limitazioni temporanee o permanenti delle capacità motorie, alle donne in stato di gravidanza e alle neomamme, in attuazione della Risoluzione dell'Assemblea Regionale n. 2464 del 29 maggio 2019 e della Circolare n. 9 del 23/09/2019 – PG/2019/16091. Inoltre, la Circolare prevede l'aggiornamento della situazione relativa ai parcheggi presenti nelle pertinenze degli ospedali con cadenza annuale e la partecipazione attiva dei Mobility Manager (MM) aziendali al monitoraggio regionale sullo stato di avanzamento dei progetti. I criteri guida principali per la predisposizione del Progetto sono i seguenti:

- garantire l'accesso alla struttura sanitaria e la sosta gratuita agli pazienti/utenti sopra richiamati in una logica di promozione dell'autonomia delle persone più deboli;
- gestire l'accesso e la sosta dei dipendenti nel più ampio contesto delle azioni per la mobilità sostenibile che ogni Azienda sanitaria deve attivare allo scopo di favorire l'attività fisica e l'uso di mezzi ad impatto ambientale ridotto (es. bicicletta, trasporto pubblico).

Indicatori e target:

- Predisposizione del progetto di accesso e sosta presso le strutture sanitarie; target raggiunto: è stato realizzato il progetto e sono state eseguite le lavorazioni per le aree di sosta.
- Partecipazione attiva al monitoraggio dei progetti, compreso il riscontro tempestivo alle informazioni richieste; target raggiunto: partecipazione ai vari incontri dei Mobility Manager.

4.8.8. Tecnologie Biomediche

Durante il 2023 si è dato seguito alle azioni previste per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): al momento sono previste azioni per il rinnovo tecnologico delle grandi apparecchiature di diagnostica.

E' stato installato un sistema radiologico nell'anno 2023 rispettando le previste scadenze. Nel 2024 è prevista l'installazione del secondo e della RM.

Durante il 2023 si è previsto l'avanzamento e la chiusura degli interventi previsti dall'Accordo di Programma V fase I stralcio statali di cui all'art. 20 L.67/88: gli interventi dedicati alle tecnologie biomediche sono 11, per una

quota del finanziamento di oltre 35 Milioni di Euro, per la maggior parte dedicati al rinnovo tecnologico (sostituzione di tecnologie obsolete), ma anche al potenziamento e alle tecnologie innovative.

L'intervento APC32 - Rinnovo e potenziamento tecnologie biomediche - day surgery e diagnostica per immagini è stato ammesso a finanziamento con Decreto Dirigenziale del Ministero della salute dell'08/08/2023 n. MDS-DGPROGS-191-08/08/2023

Nel 2023 è stato formalizzato il Documento Programmatico con la sottoscrizione dell'Accordi di Programma (e delle relative schede specifiche) per gli interventi previsti nella VI fase, all'art. 20 L.67/88. Gli interventi dedicati al rinnovo delle tecnologie, prioritariamente in ambito chirurgico e specialistica ambulatoriale, sono 13, coinvolgono tutte le Aziende Sanitarie regionali, per una quota di finanziamento pari a 10 Milioni di Euro.

E' previsto un intervento dedicato al rinnovo di tecnologie biomediche in area chirurgica
Il piano di fornitura relativo all'intervento APE 17 Rinnovo Tecnologie Biomediche per Area Chirurgia è stato approvato con Deliberazione n. 189 del 17 luglio 2023

A supporto del sistema informativo unico regionale per la Gestione informatizzata dell'Area Amministrativo preposto al mantenimento e sviluppo della anagrafica centralizzata delle tecnologie biomediche Contabile (GAAC), proseguirà la gestione della codifica unica regionale denominata CIVAB-RER.

Sul versante dei flussi informativi, continuerà il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso.

Indicatori e target:

- *PNRR – Rinnovo tecnologico.* Indicatore: monitoraggio sostituzioni tecnologie obsolete e messa in uso nuove tecnologie. Target: comunicazione e rispetto dei tempogrammi dettagliati di tutti gli interventi previsti nell'ambito della M6C2 – 1.1.2 (Grandi Apparecchiature Sanitarie). Target 100% (con proiezione alla Milestone europea del 31/12/2024)
- *Sostenibilità economica – Predisposizione e presentazione delle istruttorie tecnico-scientifiche del GRTB per tecnologie ad elevato impatto tecnologico, economico e innovativo; Target: 100%*
Istruttorie inviate nel 2023: sistema di imaging cone beam completo di navigatore e tavolo a sbalzo radiotrasparente (PG 0016893 del 13/11/2023)

4.8.9. Sistema Informativo

Il sistema informativo sanitario regionale si sta ampliando sempre di più alle nuove e molteplici esigenze attraverso la revisione di alcune rilevazioni già esistenti, l'attivazione di nuove rilevazioni e l'integrazione di altre, al fine di garantire i flussi strategici necessari al governo del servizio sanitario e di mantenere gli standard qualitativi finora raggiunti.

Costituisce obiettivo prioritario per le Aziende sanitarie il mantenimento e l'alimentazione tempestiva del patrimonio informativo regionale.

In particolare, l'attenzione viene posta sui flussi che vanno a costituire il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), in quanto:

- questi flussi rappresentano un Adempimento LEA ai sensi di quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005
- il rispetto degli obblighi informativi costituisce prerequisito alla valutazione di tutti gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

Indicatori e target

Tempestività nell'invio dei dati:

- *Indicatori di valutazione:*
flussi SDO (Target: >88%), Valore IOR: 99,65% (Fonte SIVER)
ASA no DSA (Target: >95%), Valore IOR: 96,85% (Fonte SIVER)

FED (Target: >85%), Valore IOR: 94,6% (Fonte SIVER)
PS (Target: >95%), Valore IOR: 99,96% (Fonte SIVER)
DiMe (Target: >90%), Valore IOR: non disponibile in SIVER
AFO (Target: >85%) Valore IOR: 98,8% (Fonte SIVER)

- Indicatori di osservazione: flussi DSA in ASA Valore IOR: 12,82% in SIVER

SDO

- Ricoveri programmati con data di prenotazione=data ammissione - Target <= al 5% (segnalazione 0159 campo B018) (OSSERVAZIONE)
Valore IOR: 0,94% (Fonte SIVER)

Flusso FED, AFO, DiMe

- Trasmissione dei flussi entro le scadenze programmate - Target 100% raggiunto

Flusso DBO

- Copertura effettiva flusso DBO su ASA (protocollo anno 2022 condiviso con le aziende) – Target 85% 35,73% . La percentuale di copertura DBO su ASA risente dell'abolizione nel 2023 del "valore non noto" nei dati clinici. Il software log80, anche se adeguato fin da subito al nuovo requisito, avrebbe richiesto correzioni manuali e puntuali. Per correggere questa problematica si è provveduto nell'ultimo trimestre 2023 ad intervenire sul software inibendo l'utilizzo di DBO pregressi incompleti o con valori errati in nuovi DBO.

Flusso ASA e Ricette dematerializzate

- Numero di prestazioni di specialistica prescritte con ricetta dematerializzata con stato “chiuso” riscontrato sul SAR/SAC sul numero di prestazioni di specialistica “dematerializzate” erogate e rendicontate nel flusso ASA (Target: 95%): continuano gli approfondimenti con i fornitori al fine di individuare azioni correttive per migliorare la percentuale di ricette dematerializzate chiuse.

5. Le attività presidiate dall’Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

5.1. Sistema ricerca e innovazione regionale

La mission di ricerca dello IOR, complementare a quella dell’assistenza di un IRCCS quale è il Rizzoli, si sviluppa secondo il corrente Programma Triennale Nazionale della Ricerca Corrente, che contiene le Linee di Ricerca dello IOR, approvate per il triennio 2022-2024: Oncologia Muscolo-scheletrica, Ortopedia Rigenerativa e Ricostruttiva, Tecnologie Innovative per la Chirurgia delle Patologie dell'apparato muscoloscheletrico, Patologie Ortopediche a carattere infiammatorio, infettivo, degenerativo e/o genetico.

Gli obiettivi di ricerca dell'IRCCS sono quindi quelli indicati nel Programma Triennale, che vengono rendicontati annualmente al Ministero della Salute.

A seguito dell'insediamento della nuova Direttrice Scientifica, come previsto dalla normativa sugli IRCCS, è stato istituito il nuovo Comitato Tecnico Scientifico (CTS), che ha funzioni consultive e di supporto tecnico-scientifico all’attività clinica e di ricerca.

In coerenza con la **Riforma degli IRCCS**, avvenuta con d.lgs. 200/2023, lo IOR ha adeguato i propri atti di organizzazione entro marzo 2023 e definito la sezione Ricerca del PTFP entro aprile 2023.

In ottemperanza alla DGR 910/2019, le Aziende e gli Enti del SSR sono chiamati a collaborare alla costruzione del sistema regionale per la ricerca e l'innovazione, con particolare riguardo ai seguenti ambiti:

- supporto alle attività del Comitato Etico, con particolare attenzione alla corretta alimentazione della piattaforma SIRER da parte delle segreterie locali e degli uffici ricerca delle Aziende sanitarie ed al supporto ai ricercatori da parte delle figure di amministrazione di sistema e data manager individuati a livello aziendale. Obiettivo specifico è il caricamento esaustivo del Parere del CE; indicatore: N° studi con parere espresso/N° studi con fattibilità chiusa; (std: valori mancanti < 10%); valore IOR: tutti gli studi sono stati inseriti; zero valori mancanti - raggiunto.
- Assicurare la partecipazione al gruppo di lavoro regionale delle Infrastrutture della Ricerca per collaborare alla definizione di progetti formativi sul tema ricerca sanitaria. = partecipazione a tutti gli incontri proposti - raggiunto.

5.2. Innovazione nei servizi sanitari e sociali

Equità in tutte le politiche e medicina di genere

Gli obiettivi, indicatori e target previsti per il 2023 sono:

- Proseguire le procedure di equity assessment in riferimento agli obiettivi relativi al Piano Regionale della Prevenzione
- Collaborare alla mappatura regionale delle prassi di diversity management, anche tramite la partecipazione dei referenti aziendali ai relativi incontri di coordinamento.

Nel corso del 2023, il tavolo tecnico IOR Equità e medicina di genere si è riunito allo scopo di rendicontare le attività implementate nel 2022 e di approvare il piano delle azioni 2023. Sono proseguite le attività per l'applicazione dell'Health Equity Audit (HEA) ai pazienti affetti da sarcomi dell'osso e delle parti molli, in continuità con l'EURACAN, la rete per i tumori solidi rari. L'Istituto, attraverso la referente aziendale, ha partecipato a tutti gli incontri del coordinamento regionale.

Per quanto riguarda il diversity management, l'Istituto ha partecipato agli incontri del coordinamento regionale finalizzati alla definizione di una mappatura regionale delle prassi di diversity management da realizzare nel corso del 2024.

Progetto regionale Telemedicina

Nel corso del 2023, è stata rinnovata la composizione del gruppo regionale di telemedicina (determinazione n. 24043 del 16 dicembre 2021 in attuazione della delibera 1227/2021), costituito da rappresentanti regionali ed aziendali degli ambiti relativi all'assistenza territoriale, ospedaliera e dell'area tecnico-informatica al fine di favorire in modo omogeneo e condiviso, lo sviluppo dei servizi di telemedicina sul territorio regionale. Verranno altresì avviati tavoli tecnici con i professionisti aziendali finalizzati alla pianificazione e sviluppo della futura piattaforma regionale di telemedicina e condotta una survey informativa sulle iniziative di telemedicina avviate e/o consolidate a livello locale.

Indicatori e target:

- Assicurare la partecipazione al gruppo di lavoro regionale di telemedicina e ai gruppi tecnici di professionisti che verranno costituiti su tematiche specifiche ; target: almeno 2 incontri
- Assicurare la partecipazione alla survey informativa sulle iniziative di telemedicina avviate e/o consolidate, a livello locale

I referenti sono a disposizione per la partecipazione al gruppo di lavoro.

Contrasto al rischio infettivo associato all'assistenza

La DGR 318/2013 ha definito le linee di indirizzo per la gestione del rischio infettivo in Emilia-Romagna; tali linee di indirizzo sono state poi riprese da progetti specifici del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019 e

nell'ambito del recepimento a livello regionale del Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobicoresistenza 2017-2020 (DGR 1021/2018) e della sua proroga. Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 individua le "Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-resistenza" come uno dei 10 Programmi Predefiniti che vengono monitorati per tutte le Regioni attraverso indicatori e relativi valori attesi. È stato inoltre recepito a livello regionale il nuovo "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025" (DGR 540/2023).

Gli elementi a cui dare priorità sono:

- sostegno alle attività di sorveglianza per migliorare il livello di partecipazione e la qualità dei dati raccolti in ambito aziendale con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SiChER);
- sostegno alle attività di implementazione dell'igiene delle mani mediante il monitoraggio dei consumi dei prodotti idroalcolici in ambito sanitario e dell'adesione a questa pratica, utilizzando l'applicativo web MAppER;
- sostegno all'implementazione delle Linee guida sulle componenti essenziali dei programmi di prevenzione e controllo (Guidelines on core components of IPC programmes) attraverso l'utilizzo di IPCAF (Infection Prevention and Control Assessment Framework) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Al fine di facilitare il monitoraggio delle attività svolte nelle aziende sanitarie, è stato definito un indicatore combinato che consenta di valutare contestualmente i diversi livelli di prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni e delle resistenze negli ospedali per acuti. Tale indicatore combinato, che può raggiungere un valore massimo di 20 punti, viene calcolato sommando i punteggi delle seguenti quattro componenti:

- (1) **SiChER** (% di procedure sorvegliate sul totale di quelle incluse nella sorveglianza: $\geq 75\%$ di interventi sorvegliati);
- (2) Igiene mani rilevata attraverso l'applicazione **MAppER**: ≥ 90 osservazioni per 10.000 giornate di degenza;
- (3) Consumo di soluzione idroalcolica (**CSIA**): ≥ 25 litri per 1000 giornate di degenza;
- (4) **IPCAF** ≥ 600 punti/azienda.

- Indicatore e target:

Punteggio dell'indicatore combinato sulla prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni e delle resistenze negli ospedali per acuti ≥ 15 punti

Elementi prioritari di cui si è perseguito il costante supporto e miglioramento anche per il 2023:

*Sistema di Monitoraggio Infezioni sito chirurgico **SiChER**.*

L'Istituto Ortopedico Rizzoli aderisce al sistema di monitoraggio per la Sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico in Emilia-Romagna (SiChER), i cui obiettivi sono quelli di: ridurre la frequenza delle infezioni del sito chirurgico; adottare criteri standardizzati per la diagnosi di infezione; rilevare informazioni utili a calcolare i tassi di infezione tenendo conto del volume di attività di ogni specifica Unità Operativa, del rischio intrinseco del paziente e del rischio legato al tipo di intervento chirurgico; permettere agli ospedali partecipanti di confrontare i propri dati di incidenza delle infezioni al fine di migliorare le pratiche assistenziali.

Le procedure SiChER monitorate presso lo IOR rientrano nelle seguenti categorie NHSN: Fusione vertebrale, Protesi di anca, Protesi di ginocchio, Chirurgia toracica.

Per l'anno 2023 la copertura SiChER e i dati risultanti di incidenza si sono mantenuti in linea con i dati regionali e i riferimenti di letteratura. In attesa del consolidamento del dato di sorveglianza e della restituzione da parte della RER, si conferma una copertura corrispondente al pregresso dato del 90%.

***MAppER** - Monitoraggio informatizzato dell'adesione all'Igiene delle Mani*

Operatori sanitari, formati e abilitati, osservano il comportamento dei professionisti sanitari sul luogo di cura, seguendo i 5 momenti indicati dall'OMS e inseriscono le informazioni nell'applicazione web regionale "MAppER" per ottenere un immediato riscontro sui dati registrati. La raccolta dei dati confluisce in un database regionale che permette di monitorare la corretta applicazione delle procedure per l'igiene delle mani.

Lo IOR ha partecipato fin da subito alla fase di sperimentazione sul campo avvenuta tra gennaio e settembre 2021 insieme ad AUSL di Imola e AUSL della Romagna.

Per quanto riguarda l'adesione alla campagna regionale e OMS sull'igiene delle mani: la percentuale complessiva di adesione rispetto alle opportunità è passata dall'84% del 2021, a valori che attualmente si attestano superiori all'87% per la Sede di Bologna, oltre il 95% a Bagheria e pari a 85,5% presso Argenta.

Anche nell'anno 2023 sono state organizzate delle iniziative per la Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani il 5 maggio con diffusione di materiali informativi incontri con l'utenza attraverso l'allestimento di stand. Gli eventi vengono pubblicati sul sito internet aziendali e rientrano nelle progettualità condivise tra le Aziende sanitarie della Regione.

Sorveglianza del Consumo di Soluzione Idro-Alcolica (CSIA)

Il consumo di soluzione idro-alcolica è considerato un indicatore indiretto del grado di adesione alla pratica dell'igiene delle mani. Attraverso i dati di approvvigionamento da parte dei reparti forniti dalla Farmacia, corrispondente al consumo periodico per centro di costo, vengono ricavati i litri totali consumati annualmente e per periodo. Il Controllo di gestione comunica il dato delle giornate di degenza (gdd) prodotte dall'istituto.

Il consumo di soluzione idroalcolica si mantiene alto nelle varie realtà aziendali, al di sopra dello standard regionale come indicatore indiretto del buon grado di adesione alla pratica dell'igiene delle mani.

Per l'anno 2023 il consumo si è attestato a 25,5 L/1000 gdd.

E' in corso l'implementazione delle Linee guida sulle componenti essenziali dei programmi di prevenzione e controllo (*Guidelines on core components of IPC programmes*) attraverso l'utilizzo di **IPCAF** (*Infection Prevention and Control Assessment Framework*) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Lo IOR ha partecipato alla valutazione Regionale per l'anno 2022 (punteggio 725) e ha proseguito nel miglioramento degli score delle varie componenti per il 2023 (cfr. documento RER: Indicatori di valutazione dei programmi aziendali per la gestione del rischio infettivo), totalizzando uno score di livello avanzato pari a 757,5 punti.

Il monitoraggio degli elementi che compongono l'indicatore combinato di valutazione del livello di prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni e delle resistenze negli ospedali per acuti ha mantenuto per il 2023 uno score elevato, prossimo ai 20 punti.

5.3. Sicurezza delle cure

Nelle modalità previste dalle "Linee indirizzo per elaborazione del Piano-Programma annuale per la Sicurezza delle Cure e della rendicontazione annuale nelle organizzazioni sanitarie della Regione Emilia-Romagna", diffuse con nota regionale (Prot. 18/04/2023. 0376598.U) ed in ottemperanza a quanto previsto dal DM 19/12/2022 è stato elaborato il nuovo Piano programma aziendale per la sicurezza delle cure, condiviso nell'ambito del collegio di direzione e deliberato (Deliberazione n. 208 del 28/07/2023)

In riferimento all'ambito della sicurezza in chirurgia nel 2023 sono state effettuate 49 Osservazioni dirette in sala operatoria che hanno coinvolto l'attività chirurgica di 11 Unità operative svoltesi nelle differenti sale del Blocco operatorio. Le osservazioni come di consueto finalizzate al rilievo di criticità rispetto alla corretta applicazione della check-list SOS-Net, hanno posto in luce alcuni aspetti necessitanti di interventi correttivi prioritari:

- ✓ la non costante presenza della figura del chirurgo nella fase di SIGN IN
- ✓ Near miss ed eventi avversi rilevati/segnalati nel percorso di confezionamento/etichettatura dei prelievi intra-operatori

È stato dunque definito un Piano di miglioramento (con sviluppo 2024/2025) riferito in modo particolare al superamento di queste due criticità.

Anche nel 2023 il livello di adesione degli operatori all'utilizzo della checklist di sala operatoria come strumento di controllo è stato soddisfacente, avendo raggiunto l'obiettivo previsto di copertura SDO e di linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4.

Per promuovere la sicurezza delle cure in ambito territoriale e nei processi di continuità assistenziale e/o transizione di cura ospedale/territorio è stato richiesto agli IRCSS/strutture ospedaliere di effettuare almeno un'analisi proattiva dei rischi mediante la tecnica FMEA di un processo relativo a continuità assistenziale e/o transizione di cura ospedale/territorio. La direzione sanitaria aziendale, segnatamente con l'UO di Risk Management e Governo clinico ha deciso di analizzare il percorso (*ESD Early Supported Discharge -fast*) di attivazione di continuità fisioterapica domiciliare per pazienti operati per frattura di femore. L'analisi, condotta con i referenti clinici ed infermieristici del percorso, ha consentito di evidenziare alcune attività/fasi del percorso connotate da un funzionamento non ottimale e dunque meritevoli di interventi correttivi definiti da specifico Piano.

L'Istituto ha messo in atto proficuamente le attività propedeutiche (formazione referenti/operatori e allestimento dell'assetto delle infrastrutture informatiche) per l'implementazione della nuova piattaforma regionale "SegnalER" dedicata alla raccolta delle segnalazioni di eventi collegati alla sicurezza delle cure al fine di integrare le diverse fonti informative. Il nuovo strumento di segnalazione è stato dunque avviato e reso disponibile per gli operatori da Agosto 2023, gestendo da allora al 31/12/2023 155 segnalazioni sul totale di 255 ricevute nel 2023.

Indicatori e target:

1. Elaborazione e formalizzazione del Piano annuale sicurezza cure e gestione rischio sanitario come richiesto dal DM 19/12/2022: SI_ realizzato
2. Realizzazione di un piano di miglioramento aziendale per la sicurezza in chirurgia a seguito di osservazioni dirette effettuate in almeno 3 blocchi operatori mediante l'utilizzo della "App regionale OssERvare"; Piano= sì; Target: Osservazioni/aa: ≥ 30 _ SI. Realizzate 49 OSSERVAZIONI e definito il Piano di miglioramento aziendale per la sicurezza in chirurgia
3. Effettuazione della check list di sala operatoria: linkage SDO e SSCL su procedure AHRQ4; target $\geq 90\%$; SI_ I dati disponibili da monitoraggio RER mostrano il raggiungimento del target (fonte RER: primi nove mesi 2023)
4. Per IRCSS: analisi proattiva dei rischi in almeno 1 processo relativo a continuità assistenziale e/o transizione di cura FMEA/anno _ Realizzata FMEA sul Percorso (*ESD Early Supported Discharge -fast*) di attivazione di continuità fisioterapica domiciliare per pazienti operati per frattura di femore
5. Partecipazione all'implementazione della piattaforma regionale "SegnalER". SI_ già avviato l'utilizzo da parte di tutti gli operatori per l'effettuazione delle segnalazioni di incident reporting e per tutte le categorie di eventi avversi previste dalla piattaforma, ivi comprese le segnalazioni URP.

5.4. Sviluppo e miglioramento della qualità delle cure

Nel 2023 è proseguito l'impegno delle Aziende sanitarie nel garantire le attività per la costante implementazione delle linee di indirizzo e delle buone pratiche regionali diffuse negli anni precedenti, con particolare riferimento a: "Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale" (circolare PG 786754/2016); "Linee indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale" (determinazione n. 17558/2018); "Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica di cura degli accessi vascolari" (determinazione n. 801/2021); "Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale" (determinazione n. 4125/2021).

IOR ha promosso la diffusione delle buone pratiche anche tramite la formazione da parte dei professionisti sanitari, stimolando la fruizione delle iniziative formative, disponibili per tutte le aziende sanitarie sulla piattaforma regionale "e-llaber" (<https://www.e-llaber.it/>).

Nel 2023 si sono realizzati i percorsi previsti dal progetto trasversale per la definizione degli interventi di valutazione e prevenzione delle cadute nei setting ospedalieri e territoriali. Nel 2023 è già stato organizzato un seminario di approfondimento sulle lesioni da pressione. Al progetto regionale sugli interventi di valutazione e prevenzione delle cadute partecipano tre referenti aziendali IOR (referente DS/Risk Management, referente SAITeR, referente riabilitazione).

<i>Indicatore</i>	<i>Target</i>	<i>Valore IOR 2023</i>
Partecipazione ai corsi FAD regionali sulla prevenzione delle cadute, della contenzione, delle lesioni da pressione da parte dei professionisti sanitari e operatori socio-sanitari dei setting assistenziali interessati	$\geq 30\%$	Prevenzione delle cadute = 57% Contenzione = 65% Lesioni da pressione = 38%
Numero di seminari di approfondimento sulle Lesioni da pressione, a cura dei referenti aziendali per le lesioni cutanee (RALC)	≥ 1	effettuate 3 edizioni
Numero di referenti aziendali partecipanti al progetto regionale sugli interventi di valutazione e prevenzione delle cadute	≥ 1	≥ 1

Nell'ambito del monitoraggio del percorso FAD risulta importante sottolineare come negli anni 2021 e 2022 è stata fortemente raccomandata la partecipazione di tutto il personale assegnato alle degenze. Nell'anno 2023 è stata rinforzata l'importanza della partecipazione alla formazione, rivolgendosi prevalentemente ai professionisti che non avevano ancora frequentato il corso nel biennio precedente e al personale neoassunto.

Nel 2023 sono state organizzate tre edizioni di un seminario di approfondimento sulle lesioni da pressione denominato "Le medicazioni: Caratteristiche e criteri sul loro corretto utilizzo e indicazioni sulla compilazione della CCE".

5.6. Supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento

Gli obiettivi 2023 hanno riguardato i seguenti ambiti:

- effettuare attività di audit interno e/o autovalutazione a livello direzionale e delle articolazioni organizzative per valutare la sussistenza dei requisiti generali e la loro ricaduta a livello delle Unità Operative e dei Dipartimenti e dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali e l'aderenza ai requisiti specifici applicabili e utilizzare le risultanze di questa attività di sorveglianza interna per attivare azioni di miglioramento di livello aziendale;
- sostenere l'attività istituzionale di verifica di Accreditamento svolta dall'Organismo Tecnicamente Accreditante della RER, garantendo l'adesione dei Valutatori regionali afferenti alle Aziende, a seguito di convocazione formale, e la loro partecipazione alle iniziative di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze specifiche.

Indicatori e target:

- Produzione e invio di una relazione sintetica delle attività di audit/autovalutazione
E' in fase di autovalutazione dei seguenti requisiti specifici: "Requisiti specifici Genetica medica" presso la SC Malattie Rare scheletriche e "Requisiti specifici Medicina interna" presso la SSD Medicina e Reumatologia;

Attività di autovalutazione:

- Autovalutazione periodica delle reti di riferimento europee ERN in linea con quanto definito nella "Decisione di esecuzione della Commissione (2014/287/UE) del 10 marzo 2014", nella "Decisione delegata della Commissione 2014/286/EU del 10 marzo 2014" e nella "Decisione di esecuzione della Commissione (2019/1269/UE) del 26 luglio 2019"
- Autovalutazione ERN EURACAN (Healthcare Provider) con il coinvolgimento di diverse Articolazioni Organizzative (SC Clinica Ortopedica e Traumatologica III a prevalente indirizzo Oncologico, SC Radiologia diagnostica ed interventistica, SC Chirurgia Vertebrale, SC Osteoncologia, Sarcomi dell'osso e dei tessuti molli, e Terapie Innovative, SSD Anatomia e

Istologia Patologica, SSD Laboratorio di Oncologia Sperimentale, SC Anestesia e terapia intensiva post operatoria e del dolore, Centro Risorse Biologiche)

- Autovalutazione ERN BOND (Network coordinator) con il coinvolgimento della SC Malattie rare scheletriche e del Centro Risorse Biologiche
- Autovalutazione ERN BOND (Healthcare Provider) con il coinvolgimento della SC Malattie rare scheletriche e del Centro Risorse Biologiche
- Autovalutazioni requisiti specifici accreditamento sanitario regionale presso le seguenti strutture
SSD Medicina e reumatologia (requisiti Medicina interna)
SC Malattie Rare Scheletriche (requisiti Genetica Medica)

Attività di Audit esterno:

- Audit on-site ERN EURACAN (Healthcare Provider)
- Audit di rinnovo della Certificazione ISO 9001:2015 aziendale e in particolare nelle seguenti strutture: SSD Laboratorio di Oncologia Sperimentale, SC Laboratorio Analisi del Movimento e Valutazione funzionale protesi, SC Laboratorio Immunoreumatologia e Rigenerazione tissutale, SC Osteoncologia, Sarcomi dell'osso e dei tessuti molli, e Terapie Innovative, SC Malattie rare scheletriche, SSD Anatomia e Istologia Patologica, SSD RAMSES - Studi preclinici per la medicina rigenerativa dell'apparato muscolo-scheletrico, SSD Patologia delle Infezioni Associate all'Impianto, SC Scienze e Tecnologie Biomediche e Nanobiotecnologie, SC Scienze e tecnologie chirurgiche, Centro Risorse Biologiche, SSD Reumatologia e Medicina interna
- Audit di accreditamento CNT del Programma trapianto CSE
- Audit dei Coordinamenti Ospedalieri Procurement (COP) a cura del CRT per quanto riguarda l'attività di espianto delle cornee

Attività di Audit interno con diversi requisiti di riferimento:

- Requisiti delle norma ISO 9001:2015: SSD Laboratorio di Oncologia Sperimentale, SC Laboratorio Analisi del Movimento e Valutazione funzionale protesi, SC Laboratorio Immunoreumatologia e Rigenerazione tissutale, SC Osteoncologia, Sarcomi dell'osso e dei tessuti molli, e Terapie Innovative, SC Malattie rare scheletriche, SSD Anatomia e Istologia Patologica, SSD RAMSES - Studi preclinici per la medicina rigenerativa dell'apparato muscolo-scheletrico, SSD Patologia delle Infezioni Associate all'Impianto, SC Scienze e Tecnologie Biomediche e Nanobiotecnologie, SC Scienze e tecnologie chirurgiche, Centro Risorse Biologiche, SSD Reumatologia e Medicina interna
 - Requisiti di accreditamento del Programma trapianto CSE: Unità Clinica
 - Requisiti regionali di Accreditamento delle strutture di ricerca industriale e trasferimento tecnologico appartenenti alla Rete Alta Tecnologia dell'Emilia-Romagna: Dipartimento Rizzoli-RIT (Research, Innovation & Technology)
- Individuazione di una o più azioni di miglioramento di livello aziendale scaturite dall'attività di audit/autovalutazione. Presso le strutture di cui sopra saranno attivate Azioni di miglioramento;
 - Revisione/formalizzazione di alcuni processi con revisione/elaborazione di procedure/Istruzioni operative aziendali:
 - Gestione richieste materiale biologico e dati al Centro Risorse Biologiche IOR
 - Gestione della Farmacovigilanza
 - Dispositivovigilanza
 - Gestione delle visite specialistiche reumatologiche
 - Modalità di gestione delle attività di consulenza di Medicina Generale
 - Gestione del processo di pulizie e sanificazione
 - Gestione degli espianti di cornea
 - Gestione POCT
 - In linea con l'Audit di rinnovo dell'accreditamento del SIMTAMBO effettuato da RER nel 2022 (report 2023) si è completato l'implementazione del PBM (Patient Blood Management) con la formalizzazione del Maximum surgical blood order schedule (MSBOS); inoltre si è formalizzato,

ad integrazione della Procedura SIMTAMBO, un Istruzione Operativa per la gestione dell'anemia nel periodo postoperatorio.

- Nell'ambito degli audit interni presso i Laboratori di Ricerca è emerso la necessità di attivare un'azione di miglioramento relativa alla Gestione del Rischio nei progetti di ricerca e studi clinici. Nel mese di dicembre è stato promosso un evento formativo con approfondimento dell'approccio internazionale, compreso quanto previsto nei Bandi di ricerca europei, e delle Guideline for Good Clinical Practice ICH E6 (R3) Draft
- Avvio di un'azione per strutturare un sistema di definizione delle competenze e delle rispettive valutazioni partendo da due contesti (Centro Risorse Biologiche e Unità Clinica del Programma Trapianto CSE) nei quali la normativa di riferimento fornisce alcune indicazioni specifiche relative alle competenze (UNI EN ISO 20387:2020 "Biotecnologie – Biobanking – Requisiti generali per il biobanking", compreso la RT-38 rev.00 del 30/09/2020 – Prescrizioni per l'accreditamento delle Biobanche di ricerca e sviluppo di ACCREDIA, e Accordo Stato Regioni N. 49/CSR/2021 del 5 maggio 2021 concernente "Revisione dell'Accordo Stato Regioni 10 luglio 2003 (Rep. Atti 1770/CSR), in attuazione dell'articolo 6, comma 1, del decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191, per la definizione dei requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici e delle linee guida di accreditamento delle strutture afferenti al programma di trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE)".

5.7. La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

La formazione è una leva strategica delle organizzazioni e le azioni formative blended, che prevedono l'alternanza di diverse tipologie di formazione (FAD sincrona/asincrona, formazione sul campo, residenziale), sono quelle più in grado di potenziare e modificare i comportamenti professionali e di impattare nei contesti organizzativi, in coerenza con quanto richiesto dall'Osservatorio della formazione continua in sanità.

Pertanto, deve essere assicurato il sostegno ad attività formative blended in cui siano previste alternanze di diverse tipologie (FAD sincrona/FAD asincrona, formazione sul campo, residenziale) con valutazione di trasferibilità e/o impatto organizzativo.

Indicatore 2023: *Formazione erogata blended con valutazione di trasferibilità e/o impatto organizzativo [std: almeno 3 eventi]*.

Indicatore 2023: Formazione erogata blended nel 2023:

- 2023-1925 Gestione dell'emergenza intraospedaliera e del paziente ricoverato in TIPO
- 2023-1964 L'adesione alla buona pratica dell'igiene delle mani e utilizzo della nuova Piattaforma Mapper
- 2023-1873 Monitoraggio continuo dei processi produttivi della SSD Anatomia e Istologia Patologica secondo la norma ISO 9001: 2015
- 2023-1913 La gestione clinico-assistenziale del paziente oncologico: assistenza sicura e di qualità del personale di supporto
- 2023-1933 Riconoscere lo stress: l'attenzione che cura e si prende cura
- 2023-2006 Gestione e sviluppo del team
- 2023-2002 Evoluzione e prospettive del Case Management: approfondimenti

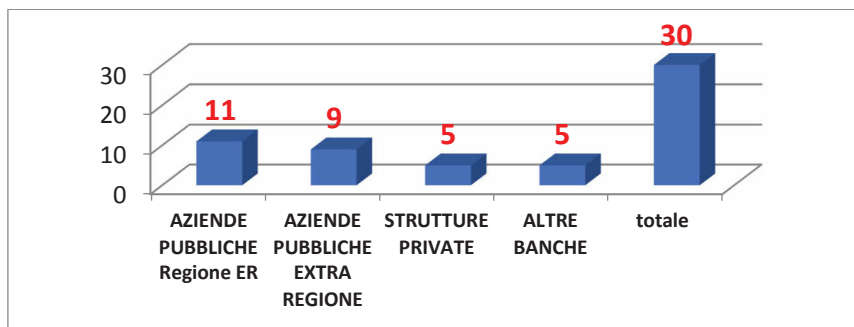
Per ogni evento indicato è stata programmata una fase di valutazione di trasferibilità/impatto organizzativo che verrà svolta nel corso del 2024.

Allegato 1 - RENDICONTO ANNO 2023 DELLA BTM IOR PER LE ATTIVITA' DI PRELIEVO, PROCESSAZIONE E TRAPIANTO

PRINCIPALI OBIETTIVI RAGGIUNTI

L'attività di donazione di tessuto muscoloscheletrico risulta in ripresa, anche se il numero di donazioni risulta ancora inferiore al rispetto al periodo *pre Covid*. La donazione da vivente è aumentata rispetto al 2022, grazie all'attività di incentivazione alla donazione, costantemente promossa dalla Banca del tessuto muscoloscheletrico (BTM) a vari livelli. In ambito nazionale è attuata attraverso il mantenimento di rapporti convenzionali interaziendali per lo scambio di tessuto muscoloscheletrico, che vedono coinvolte numerose Strutture Sanitarie pubbliche e private. Nel corso del 2023 sono stati rinnovati 20 accordi interaziendali e 7 sono attualmente in fase di rinnovo. In ambito regionale, a seguito di un percorso formativo ad hoc effettuato in collaborazione con il CRT, sono state attivate alcune sedi di prelievo afferenti alla AUSL di Modena. In ambito aziendale si registra un significativo livello di attività presso la sede IOR di Argenta (FE), attivata a fine 2022, e risulta recentemente completato il percorso organizzativo per la sede IOR a Bagheria (PA). Nel corso dell'anno sono stati revisionati i protocolli di screening per malattie trasmissibili dei potenziali donatori, attivando un accordo interaziendale con l'IRCCS AOU BO per l'esecuzione delle analisi presso l'Unità Operativa di Microbiologia Unica Metropolitana settore Sierologia - Centro di riferimento regionale per le emergenze microbiologiche (CRREM). Sono state costantemente adottate le misure di prevenzione della trasmissione di SARS Cov 2 attraverso la donazione di tessuti da vivente, secondo gli aggiornamenti trasmessi periodicamente dal CNT. Nei primi mesi del 2023 non è stato però possibile accettare alcune donazioni, in quanto la difformità dei protocolli regionali per l'ammissione dei pazienti al trattamento chirurgico non consentivano di effettuare lo screening secondo le indicazioni in vigore. Il problema è stato superato successivamente, con l'aggiornamento delle indicazioni specifiche. Nell'attività di prelievo da donatore cadavere si registra un aumento del numero di donatori e dei segmenti prelevati: nel corso dell'anno la BTM ha risposto costantemente all'offerta donativa, partecipando con la propria équipe alle diverse offerte ricevute nel territorio regionale e nella Regione Toscana. La qualità delle donazioni incide sulla gamma di lavorazioni possibili e sulla disponibilità di tessuto "pregiato" (menischi, tendini, allograft fresh, cartilagini in alcool, segmenti per oncologia) oltre alla possibilità di fornire segmenti custom per richieste particolari. In controtendenza rispetto al 2022 è diminuita l'età dei donatori e migliorata la qualità dei tessuti, consentendo la raccolta di un maggior numero di tessuti osteocondrali. Il numero di tessuti prelevati non ha comunque garantito la possibilità di soddisfare tutte le richieste di tendini e tessuti fresh, e ha comportato la necessità di autorizzare alcune forniture presso banche tessuti, site in altre regioni italiane. Il numero di tessuti sottoposti a lavorazione in clean room ed il numero di tessuti distribuiti mostrano un incremento, soprattutto a carico di tessuti con proprietà osteoinduttive. L'attività di lavorazione viene comunque modulata bilanciando la tipologia di prodotti realizzabili e le richieste formulate dai chirurghi, ma sempre focalizzata sugli aspetti qualitativi e sul progresso tecnologico. Per ottimizzare gli impianti e rispondere ad esigenze chirurgiche specifiche, sono stati distribuiti numerosi innesti realizzati mediante tecniche di segmentazione manuale, fra cui microstecche per interventi *Grice*, che consentono di ridurre i tempi chirurgici, offrendo una maggiore qualità del tessuto osseo.

CONVENZIONI PER L'INCENTIVAZIONE ALLA DONAZIONE LO SCAMBIO E/O LA LAVORAZIONE DI TMS



L'attività di lavorazione di tessuto muscoloscheletrico continua ad essere eseguita anche in conto terzi, per altre banche regionali (sedi di Torino, Treviso, Milano), secondo specifici accordi convenzionali. Con la Banca della Regione Piemonte è stato formalizzato un ulteriore accordo per il trasferimento dei tessuti, in caso di chiusura definitiva o temporanea della loro sede. La valorizzazione del magazzino dei tessuti muscoloscheletrici idonei alla distribuzione è aumentata in funzione del maggior numero di segmenti prelevati e dell'incremento della produzione a favore di segmenti maggiormente manipolati, come le paste osteoinduttive, che prevedono la combinazione di osso umano con biomateriali termoplastici.

DATI DI ATTIVITA'¹⁹

DONAZIONI

TIPO DONAZIONE	DONATORI 2019	DONATORI 2020	DONATORI 2021	DONATORI 2022	DONATORI 2023
HB	60	56	51	43	48
HB da BANCHE	6	4	9	3	3
NHB	35	38	54	47	52
NHB da BANCHE	1	4	3	1	1
VIV	770	390	321	395	494
VIV da BANCHE	146	97	114	114	103
Totale	1018	589	552	603	701

PRELIEVI DA DONATORE CADAVERE

Segmenti prelevati	2019	2020	2021	2022	2023
Femori	185	184	196	172	195
Tibie	189	193	201	180	198
Peroni	129	81	63	81	62
Omeri	37	48	39	22	16
Radi-Ulne-Clavicole-Scapole	28	13	18	14	19
Emibacini/Creste	140	106	108	80	112
Fasce-Tendini	807	448	415	432	613
Osteocondrale Fresco	1	4	0	1	7
Segmenti piede	18	4	14	0	10

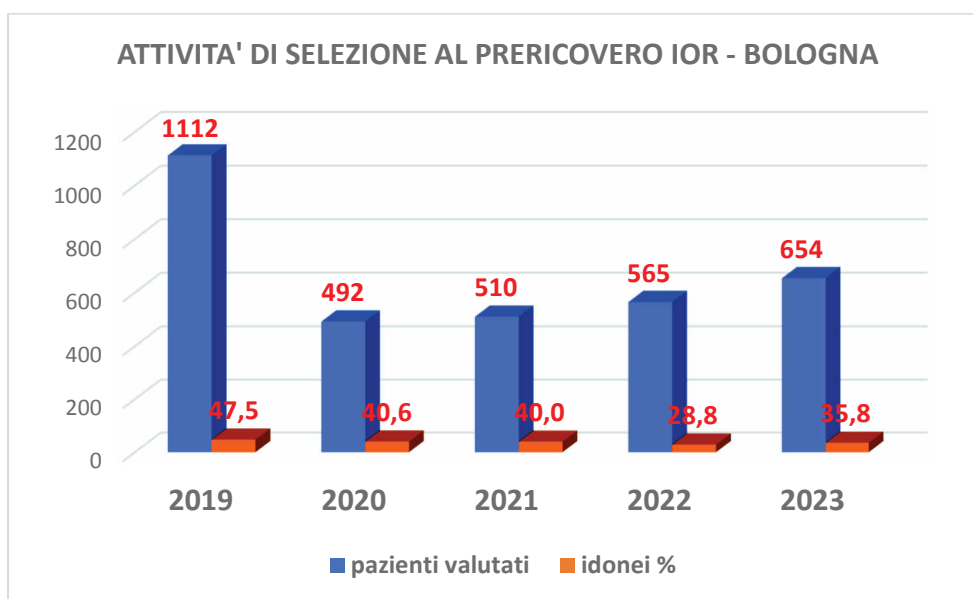
¹⁹ I dati di attività sono estrapolati da "Donor Manager".

Sterno	0	0	2	0	0
Tessuto adiposo	0	0	0	0	0
Biopsie per controllo qualità	3	4	3	0	0
Altro	16	6	1	7	7
Totale	1553	1093	1060	989	1239
N° donatori	95	94	105	90	100

PRELIEVI DA DONATORE VIVENTE

Epifisi femorali da donatore vivente	2019	2020	2021	2022	2023
Istituto Ortopedico Rizzoli	418	201	123	124	243
Strutture sanitarie regionali	184	87	63	152	175
Strutture sanitarie extra RER	85	32	66	59	31
Totale	687	320	252	335	449

Presso lo IOR si evidenzia un aumento dell'attività del pre ricovero per la selezione del donatore vivente di epifisi femorale ed un aumento di pazienti idonei alla donazione, per età o per anamnesi. L'incremento di epifisi raccolte è determinato anche dalla proficua attività di selezione e prelievo svolta presso la sede IOR di Argenta, in cui il percorso di donazione era stato perfezionato ed attivato a fine 2022.



Tessuto autologo da donatore vivente	2019	2020	2021	2022	2023
Istituto Ortopedico Rizzoli	0	0	0	0	0
Strutture sanitarie regionali	26	23	25	35	22
Strutture sanitarie extra RER	61	50	50	32	35
Totale	87	73	75	67	57

Totale prelievi donatori viventi (autologo + omologo)	2019	2020	2021	2022	2023
		774	393	327	402

I dati relativi alla donazione di tessuto autologo da vivente variano di anno in anno, in relazione alle necessità delle diverse unità operative di Neurochirurgia, per le quali la BTM accetta richieste di trattamento e conservazione del tessuto secondo specifiche convenzioni interaziendali.

DISTRIBUZIONE DI TESSUTI

<i>Tessuti da donatore cadavere distribuiti per impianto (già effettuati o in attesa)</i>	2019	2020	2021	2022	2023
Istituto Ortopedico Rizzoli	69	84	211	230	203
Strutture sanitarie regionali	966	1125	1063	986	983
Strutture sanitarie extraregionali	925	832	982	796	1020
Altre banche tissutali	1252	863	823	841	765
Tessuti esportati	10	7	5	0	0
Totale	3222	2911	3084	2853	2971
<i>Tessuti da donatore cadavere distribuiti per trapianti massivi</i>	2019	2020	2021	2022	2023
Istituto Ortopedico Rizzoli	906	785	1093	1008	994
Strutture sanitarie regionali	581	591	636	580	576
Strutture sanitarie extraregionali	169	212	226	211	255
Altre banche tissutali	16	23	13	13	7
Tessuti esportati	27	17	20	3	2
Totale	1699	1628	1988	1815	1834
Distribuzione di epifisi femorali congelate da donatore vivente	2019	2020	2021	2022	2023
Istituto Ortopedico Rizzoli	246	87	100	126	157
Strutture sanitarie regionali	261	159	75	88	121
Strutture sanitarie extraregionali	81	70	41	61	86
Altre banche tissutali	10	12	2	6	5
Estero	0	0	0	0	0
Totale	598	328	218	281	369
Tessuti distribuiti (numero di confezioni)	2019	2020	2021	2022	2023
A Unità Operative dell'Istituto Ortopedico Rizzoli	1221	956	1404	1364	1354
A strutture sanitarie regionali	1808	1875	1774	1654	1680

A strutture sanitarie extraregionali	1175	1114	1249	1068	1361
Ad altre Banche dei tessuti (nazionali)	1279	898	838	860	777
Esportati (Europa e Paesi extraeuropei)	37	24	25	3	2
Teche craniche (distribuite a Neurochirurgie, in ambito regionale e nazionale)	190	176	180	202	219
Totale tessuti BTM IOR	5710	5043	5470	5151	5393
Tessuti internazionali (da import, distribuiti a strutture pubbliche e private in ambito nazionale)	0	0	0	0	0
Totale	5710	5043	5470	5151	5393

Tipologia di prodotti distribuiti n. confezioni	2019	2020	2021	2022	2023
Paste	506	426	596	657	809
Morcellizzato	1000	1063	1078	1030	1077
Liofilizzato	2030	1717	1737	1513	1356
Demineralizzato	29	10	12	13	11
Epifisi	603	364	298	334	374
Tendini	478	510	610	529	574
Menischi	81	73	68	57	72
Cartilagini costali	69	45	59	43	76
Teca cranica	190	175	180	202	219
Congelato - segmenti per massivi	114	102	150	121	108
Congelato - segmentato	610	556	682	652	710
Fresh	0	2	0	0	7
Totale	5710	5043	5470	5151	5393

Nel corso degli ultimi anni si è osservato un incremento della richiesta di paste osteoinduttive, soprattutto a carico di iGRAFT-C e rimane elevata la richiesta di tendini e menischi.

PROCESSAZIONE DI TESSUTO MUSCOLOSCHILETRICO

L'attività di processazione denota un aumento delle confezioni realizzate, soprattutto a carico dei tessuti maggiormente manipolati (paste d'osso). Rimane stabile la produzione di tessuti congelati, segmentati e minimamente manipolati, come liofilizzati e demineralizzati. Anche la richiesta di lavorazione in conto terzi per tessuti di altre Banche di tessuto muscoloscheletrico regionali (Banca di Torino, Banca di Milano Banca di Treviso), rimane in linea con i dati precedenti.

LOTTE DI LAVORAZIONE	2019	2020	2021	2022	2023
CONGELATI	80	79	80	81	83
LIOFILIZZATI	23	27	24	22	24
DEMINERALIZZATI	9	4	9	8	7

DBGraft	3	3	3	5	0
DBGraft-T- SIRINGHE + PUTTY	8	3	8	6	9
CARTILAGINE ALCOOL	10	6	2	3	6
FRESH	5	2	0	0	2
Pasta iGRAFT-C		9	8	10	10
CARTILAGINE congelata		1	0	0	0
TOTALE	138	134	134	135	141

LAVORAZIONE IN CAMERA STERILE (compresa processazione conto terzi in convenzione)					
ANNO	2019	2020	2021	2022	2023
Tessuti sottoposti a lavorazione sterile	512	566	475	480	494
TIPOLOGIA DI TESSUTO	NUMERO DI CONFEZIONI RICAIVATE				
Tessuti congelati segmentati	895	821	797	890	993
Tessuti liofilizzati	2180	1625	1632	1606	1498
Osso morcellizzato	1012	1030	1086	1034	1051
Osso demineralizzato e paste	783	351	641	667	894
Cartilagini in alcool	72	70	24	39	87
TOTALE CONFEZIONI	4942	3897	4180	4236	4523

Controlli di Qualità

Ogni tessuto distribuito dalla BTM è sottoposto ad opportuni controlli di qualità e sicurezza.

L'età dei donatori, le caratteristiche qualitative dei tessuti prelevati ed il loro stato microbiologico sono alcuni degli elementi che influiscono sulla scelta della tipologia di lavorazione dei tessuti.

La lavorazione asettica dei tessuti consente di evitare la sterilizzazione finale di tutto il tessuto prelevato e di offrire un prodotto qualitativamente superiore per gli interventi che richiedono la resistenza al carico.

Le lavorazioni del tessuto si eseguono in ambienti a contaminazione controllata, classificati secondo il grado di pulizia previsto dalle normative vigenti, e riqualificati periodicamente.

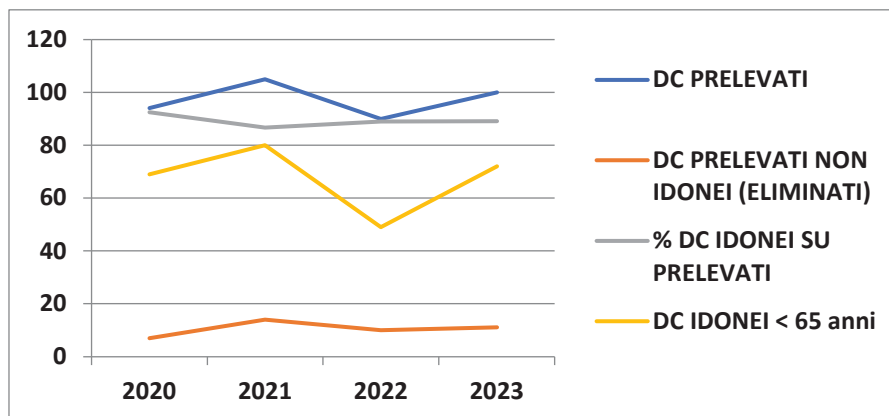
I controlli microbiologici vengono effettuati secondo un piano di campionamento basato sull'analisi del rischio, che comprende controlli dei tessuti al prelievo, *in process* e al confezionamento finale

In presenza di positività microbiologica viene valutata l'opportunità di sottoporre il tessuto ad un processo sterilizzante mediante gammairradiazione o ad un trattamento di decontaminazione chimica. La BTM si avvale del servizio di sterilizzazione a raggi gamma eseguito presso una struttura nazionale autorizzata; si inviano alla gammairradiazione tessuti da donatore cadavere, da donatore vivente (autologo e omologo), anche provenienti da altre Strutture Sanitarie o da altre Banche Regionali che ne fanno richiesta.

I test microbiologici sui tessuti e le analisi di monitoraggio microbiologico ambientale sono eseguiti presso la Struttura Semplice Dipartimentale "Controllo Qualità secondo GMP" dello IOR.

Controlli di qualità vengono eseguiti per ciascun lotto di lavorazione, definiti in base alla tipologia di prodotto, alle caratteristiche specifiche e ad eventuali criticità del processo

I dati seguenti riportano valutazioni qualitative delle donazioni da cadavere.



SEGMENTI SOTTOPOSTI A TRATTAMENTO	2021	2022	2023
Tessuti Irradiati	141	134	67
Tessuti Decontaminati	183	178	174

Nota: la % di tessuto trattato sul prelevato non è calcolabile perché le attività di decontaminazione e di sterilizzazione si completano nell'anno successivo.

ATTIVITA' SCIENTIFICA

Idee progettuali e progetti in corso di realizzazione

CODICE	TITOLO	TESSUTO UTILIZZATO	DATA APERTURA
02-IP-2019	Realizzazione di uno scaffold mediante stampa 3D a base di polvere d'osso decellularizzato e fibroina della seta per applicazioni di rigenerazione ossea. SILK-BONE	Tessuto osseo corticale	08.02.2019
01-PRS-2020	Modelli avanzati in vitro per lo studio di tecnologie innovative per la rigenerazione di lesioni condrali, osteocondrali e ossee - MODA-vitro	Tessuto osteocondrale e condrale	01.09.2020
02-PRS-2020	Confronto tra metodologie di trattamento di tessuti osteocondrali e condrali allogenici - COMETA	Tessuto osteocondrale e condrale	29.09.2020 Chiusura 29/9/23
01-IP-2020	Applicazione di tecniche di spettroscopia Raman a tendini prelevati da donatore cadavere ECMO e NHB	Tendini	11.02.2020
03-IP-2021	Caratterizzazione micro-FTIR di tessuto osseo	Tessuto osseo cortico-spongioso	08.03.2021
01-PRS-2021	Sonicazione applicata a metodologie di cleaning e decellularizzazione di tessuti muscoloscheletrici - SoniClean	Tessuto osseo cortico-spongioso, nervo surale	12.03.2021
02-PRS-2021	Caratterizzazione del tessuto osseo liofilizzato ricoperto da biovetro dopato con ossido di rame - COLOR	Tessuto osseo corticale	22.03.2021
03-PRS-2021	Validazione di protocollo di decellularizzazione nervi periferici	nervo surale	23.03.2021
04-PRS-2021	Impianto di innesti nervosi acellulari per la ricostruzione nervosa in chirurgia maxillo-facciale - NervTransplant	nervo surale	01.04.2021
01-PRS-2022	Metodica di estrazione di collagene umano per protocolli di medicina rigenerative - Human RE-COLL	Tendini	01.02.2022
01-IP-2022	Validazione di una tecnica diagnostica basata su tecniche spettroscopiche vibrazionali	Tessuto osseo cortico-spongioso	05.04.2022
02-IP-2022	Partnership con la Banca dei Tessuti francese BioBank	Tendini, teste di femore	05.08.2022

02-PRS-2022	Innesti ossei personalizzati mediante analisi tridimensionale nelle deformità scheletriche in età pediatrica – 3DMALF II	Tessuto osseo corticale, cortico-spongioso e osteocondrale	14.04.2022
01-PRS-2023	Realizzazione di particelle micrometriche di osso umano mediante frammentazione ad ultrasuoni e loro inclusione in scaffold elettrofilati per caratterizzarne il potenziale osteogenico – µBone	Polvere di osso corticale liofilizzata	10.10.2023
02-PRS-2023	Valutazione preclinica dell'osso di banca morcellizzato quale materiale "biomimetico" per la rigenerazione ossea	Osso spongioso morcellizzato e liofilizzato in chips, osso corticale in polvere congelata e liofilizzata	24.10.2023

Presentazioni orali

- Custom allografts: graft specific instrumentation development and use at rizzoli orthopaedic institute. L. Vivarelli. 31st Congress of the European Association of Tissue and Cell Banking (EATCB 2023), Zagabria, 23/11/2023
- Mouldable osteoinductive and osteoconductive allogeneic bone pastes for orthopaedic applications. M. Govoni. 31st Congress of the European Association of Tissue and Cell Banking (EATCB 2023), Zagabria, 23/11/2023

Docenze

- Corso PAF RICERCA E ASSISTENZA: 19/09/2023, IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli
Relatore: G. Ruspaggiari, A. Mazzotta.
Titolo: Banca dell'osso e medicina rigenerativa: dall'innesto alle applicazioni cliniche

Pubblicazioni

1. Pressato D, Battista A, Govoni M, Vivarelli L, Dallari D, Pellegrini A. The Intraoperative Use of Defensive Antibacterial Coating (DAC®) in the Form of a Gel to Prevent Peri-Implant Infections in Orthopaedic Surgery: A Clinical Narrative Review. *Materials (Basel)*. 2023 Jul 28;16(15):5304. doi: 10.3390/ma16155304.
2. Trisolino G, Depaoli A, Menozzi GC, Lerma L, Di Gennaro M, Quinto C, Vivarelli L, Dallari D, Rocca G. Virtual Surgical Planning and Patient-Specific Instruments for Correcting Lower Limb Deformities in Pediatric Patients: Preliminary Results from the In-Office 3D Printing Point of Care. *J Pers Med*. 2023 Nov 28;13(12):1664. doi: 10.3390/jpm13121664.
3. Alunni Cardinali M, Govoni M, Tschon M, Brogini S, Vivarelli L, Morresi A, Fioretto D, Rocchi M, Stagni C, Fini M, Dallari D. Brillouin-Raman micro-spectroscopy and machine learning techniques to classify osteoarthritic lesions in the human articular cartilage. *Sci Rep*. 2023 Jan 30;13(1):1690. doi: 10.1038/s41598-023-28735-5.
4. Bisciotti GN, Zini R, Aluigi M, Aprato A, Auci A, Bellinzona E, Benelli P, Bigoni M, Bisciotti A, Bisciotti A, Bona S, Brustia M, Bruzzone M, Canata GL, Carulli C, Cassaghi G, Coli M, Corsini A, Costantini A, Dallari D, Danelli G, Danesi G, Della Rocca F, DE Nardo P, DI Benedetto P, DI Marzo F, DI Pietto F, Eirale C, Ferretti A, Fogli M, Foglia A, Guardoli A, Guglielmi A, Lama D, Maffulli N, Manunta AF, Massari L, Mazzoni G, Moretti B, Moretti L, Nanni G, Niccolai R, Occhialini M, Panasci M, Parra MF, Pigalarga G, Randelli F, Sacchini M, Salini V, Santori N, Tenconi P, Tognini G, Vegnuti M, Zanini A, Volpi P. Groin Pain Syndrome Italian Consensus Conference update 2023. *J Sports Med Phys Fitness*. 2023 Dec 21. doi: 10.23736/S0022-4707.23.15517-4.
5. Alicandri-Ciuffelli M, Serafini E, Pavesi G, Marchioni D, Mantovani M, Dallari D, Iaccarino C. Cadaver Homologous Banked Fascia Lata in Skull Base Reconstruction: Preliminary Multidisciplinary Experiences. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2023 Apr;75(Suppl 1):941-946. doi: 10.1007/s12070-023-03517-7.
6. Battistelli M, Tassinari E, Trisolino G, Govoni M, Ruspaggiari G, De Franceschi L, Dallari D, Burini D, Ramonda R, Favero M, Traina F, Grigolo B, Olivotto E. Hip Labral Morphological Changes in Patients with Femoroacetabular Impingement Speed Up the Onset of Early Osteoarthritis. *Calcif Tissue Int*. 2023 Jun;112(6):666-674. doi: 10.1007/s00223-023-01076-1.

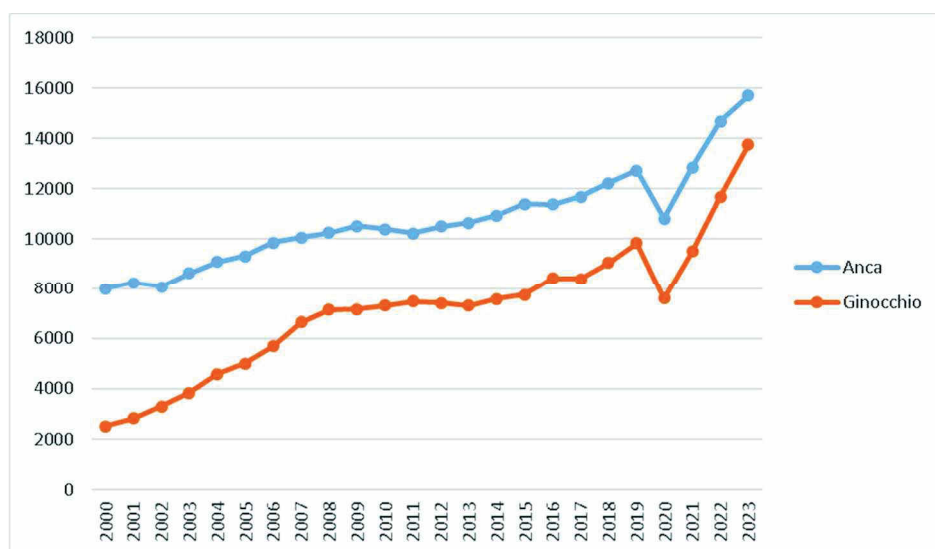
7. Stefani S, Govoni M, Tombolesi N, Vivarelli L, Dallari D, Paolantoni M, Sassi P, Morresi A. Extracorporeal membrane oxygenation and effects on tendon tissue: A vibrational spectroscopy study. *J Biophotonics*. 2023 Nov;16(11):e202300163. doi: 10.1002/jbio.202300163.
8. A. Bucciarelli, A. Pedranz, L. Gambari, M. Petretta, L. Vivarelli, D. Dallari, B. Grigolo, D. Maniglio, F. Grassi, Modeling the Osteogenic Potential of Decellularized Human Bone Particles by Tuning their Size Distribution Through a Sonic Microfragmentation Approach. *Adv. Mater. Technol.* 2023, 8, 2300635. doi: 10.1002/admt.202300635
9. Martina Alunni Cardinali, Marco Govoni, Dante Dallari, Leonardo Vivarelli, Matilde Tschon, Silvia Brogini, Maurizio Mattarelli, Silvia Caponi, Assunta Morresi, Paola Sassi, and Daniele Fioretto "Using Brillouin and Raman microspectroscopy to diagnose musculoskeletal disorders: from characterizing healthy phenotypes to detecting human osteoarthritic lesions", *Proc. SPIE 12627, Translational Biophotonics: Diagnostics and Therapeutics III*, 126271X (11 August 2023); <https://doi.org/10.1117/12.2686880>

Allegato 2 - Attività del Registro Regionale di Implantologia Protetica Ortopedica (RIPO)

Il Registro è stato avviato nel 1990 nell' Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Rizzoli di Bologna, sul modello di quelli dei paesi scandinavi che vantano la maggiore esperienza mondiale in questo campo. Per i primi 10 anni di attività, ha elaborato i dati relativi alle sole protesi totali d'anca effettuate nel nostro Istituto (circa 7.600 interventi primari e circa 1.900 reimpianti)

Dal Gennaio 2000 l'esperienza è stata allargata a tutti i 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 ed a quella di ginocchio; a partire dal 2008 il registro è stato esteso anche alla protesi di spalla. Collaborano alla gestione del Registro due Statistici e personale amministrativo esclusivamente dedicato.

Nel corso del 2023 è proseguita l'attività di ricevimento e inserimento delle schede RIPO nel data base. Nel 2020 si è registrato un numero inferiore di impianti per gli effetti della pandemia da Covid 19, numero in netta ripresa già nel 2021. Il numero assoluto di protesi d'anca in vent'anni è raddoppiato, con un aumento medio del 5% all'anno. Se estrapoliamo fino al 2050, quando ci aspetta che l'invecchiamento della popolazione inizierà ad invertirsi, proiettiamo quasi 15.000 impianti primari all'anno. Nell'anno di avvio del registro venivano eseguiti circa 10.000 impianti di protesi d'anca e ginocchio e come si evidenzia nel grafico sotto riportato estrapolato dai dati SDO relativi ai codici MPR di interesse RIPO, osserviamo una continua crescita che negli ultimi anni appare esponenziale.



Fonte: banca dati SDO

Adesione Regionale Gennaio-Dicembre 2022

	N° interventi comunicati al R.I.P.O.	N° interventi comunicati via S.D.O.	% adesione R.I.P.O.
ANCA	13.107	14.746	88,9
GINOCCHIO	10.862	11.750	92,4
SPALLA	1.401	1.594	87,9
Totale	25.370	28.090	90,3

Anche quest'anno l'adesione dei centri ortopedici al registro è rimasta ottima e da un'analisi dettagliata del dato è emerso che mancano al RIPO principalmente gli invii di schede di 4 strutture pubbliche, si è quindi provveduto ad informare i responsabili delle singole Unità operative che stanno prontamente colmando il debito informativo.

Nel dettaglio la percentuale di adesione al R.I.P.O., calcolata rispetto alle Schede di Dimissione Ospedaliera avviene, per il ginocchio prendendo in considerazione il numero di interventi di protesi totale primaria convenzionale di ginocchio (8154), reimpianto (8155;80;81;82;83;84) ed espianto (8006) mentre per l'anca il calcolo si riferisce al numero di interventi di protesi totale primaria convenzionale anca (8151;74;75;76;77;85;86;87), di endoprotesi (8152), di reimpianto (8153;70;71;72;73) e di espianto (8005) e per concludere la spalla si riferisce al numero di interventi di artroplastica totale (8180) di emiartroplastica (8181) di reimpianto (8197) di espianto (8001).

Nel corso del 2022 è proseguita l'attività ordinaria del Registro che per le sue finalità possiamo così sintetizzare:

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

Nell'ambito della **sorveglianza post-marketing** l'anno 2023 è stato caratterizzato da diversi richiami che il registro RIPO individua consultando il sito predisposto del ministero della salute

<https://www.salute.gov.it/portale/dispositiviMedici/archivioAvvisiDispositiviMedici.jsp>

I richiami pubblicati relativi alle protesi d'anca, ginocchio e spalla non hanno interessato direttamente i pazienti poiché a seguito di queste notifiche, agli operatori sanitari che avevano utilizzato i dispositivi interessati veniva data indicazione di continuare a seguire i pazienti in base agli standard di cura.

Per quel che riguarda invece il **monitoraggio dell'efficacia** delle diverse tipologie di protesizzazione, anche in rapporto alla clinica del paziente, alla terapia e ai fattori di rischio, nel corso del 2023 si è proseguito nella raccolta dei PROMs in pazienti sottoposti a chirurgia elettiva di anca, ginocchio e spalla presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, seguendo il modello implementato da altri registri nazionali, completando anche il follow-up a 6 e 12 mesi dall'intervento.

Dal 2019, anno di inizio della raccolta dati, al 2022 sono stati somministrati un totale di 4260 questionari. In dettaglio abbiamo 2805 di Anca, 1365 di ginocchio e 90 di spalla nel periodo sopra indicato. Nel solo anno 2022 abbiamo arruolato 533 pazienti sottoposti ad intervento di protesizzazione all'anca, 379 al ginocchio e 31 alla spalla. Nel corso del 2023 non sono stati arruolati nuovi pazienti, ma si è portato al termine il follow up di quelli arruolati nel 2022. Il tasso di risposta è stato del 60% a 6 mesi e del 55% a 12 mesi, senza rilevanti differenze nel tasso di risposta fra i pazienti protesizzati all'anca e al ginocchio.

Anca

Nel 2022 circa il 57% degli interventi primari è stato eseguito presso strutture private convenzionate e il 25% degli interventi di revisione.

La protesizzazione totale primaria è stata effettuata per trattare le patologie ben note, seguendo una distribuzione percentuale che è rimasta sostanzialmente invariata negli anni, fatto salvo un lieve decremento degli interventi eseguiti per esiti di displasia e un corrispondente lieve aumento di interventi per coxartrosi primitiva. L'età media all'intervento si conferma 70 anni per il sesso femminile e 65 per quello maschile.

Rispetto all'anno di avvio del registro la protesi non cementata ha visto un incremento progressivo e costante raggiungendo un verosimile plateau (dal 62% all'attuale 96% degli impianti, dato ormai stabile), mentre le fissazioni ibride sono scese dal 22% al 4%. La cementazione completa della protesi, che rappresentava il 15% delle scelte, è attualmente ridotta allo 0,2%.

La sopravvivenza delle protesi d'anca totali si conferma ad altissimi livelli, pari al 87,1% a 20 anni dall'intervento. L'endoprotesi, pur gravate da un alto tasso di mortalità legato all'età ed alle condizioni generali dei pazienti, presentano un'ottima sopravvivenza dell'impianto 94,6% (93.7-95.4) a 20 anni.

A conferma di quanto già osservato negli scorsi anni, la sopravvivenza delle protesi totali convenzionali appare peggiore per i soggetti di sesso maschile con un aumento di 1,2 volte del rischio di revisione rispetto alle femmine; viceversa all'aumentare dell'età all'intervento diminuisce il rischio di revisione. L'esito è anche influenzato dalla

patologia di base, essendo a maggior rischio di fallimento gli impianti eseguiti nei casi di patologie ‘rare’ e nei casi di fratture del collo femorale o loro esiti e negli esiti di coxiti settiche.

In linea con i dati di letteratura si conferma che le protesi ad accoppiamento metallo-metallo con testa diametro ≥ 36 mm mostrano sopravvivenza inferiore rispetto a quelle con diametro < 36 .

Le protesi di rivestimento mostrano, a 15 anni, una sopravvivenza inferiore rispetto alle protesi tradizionali (85.8%).

Dal 2012 in regione non vengono più utilizzate le protesi ad accoppiamento metallo-metallo testa ≥ 36 , come richiesto anche nella circolare regionale n.8 PG 2016.0548096 del 25/07/2016 dove si riassumevano le seguenti indicazioni:

- *Sospendere l'impianto di protesi d'anca met-met con testa superiore o uguale a 36*
- *limitare gli impianti delle protesi di rivestimento a casi rigorosamente selezionati*
- *adottare il protocollo di sorveglianza dei pazienti con protesi d'anca metallo - metallo*

Si segnala invece un importante incremento dei casi di protesi di rivestimento negli ultimi anni, riportiamo la distribuzione per anno dei casi registrati in RIPO dal 2016

Anno intervento	N.
2016	121
2017	31
2018	18
2019	12
2020	26
2021	175
2022	175
Dato provvisorio al novembre 2023	150

Negli ultimi anni sono state impiantate principalmente protesi modello BHR - Smith and Nephew e ADEPT Matortho.

Ginocchio

Per le protesi di ginocchio si conferma il ruolo assunto dalle strutture private nel corso degli anni. Nel 2022 circa il 77% degli interventi primari è stato eseguito presso strutture private convenzionate. Per quel che riguarda gli interventi di revisione si osserva nel 2022 un 42% degli interventi eseguiti nelle strutture pubbliche.

Le scelte chirurgiche del 2022 confermano la preferenza per la cementazione totale che avviene molto spesso con cemento antibiotato.

I modelli protesici utilizzati sono meno numerosi rispetto all'anca e più costanti nel tempo.

Nel corso degli anni il numero % di protesi monocompartimentali (UKA) si è mantenuto costante; L'età del paziente è fattore che influenza negativamente la sopravvivenza, mentre non rappresentano rischio aggiuntivo il genere del paziente e la scelta di componente tibiale all poly o metal-back.

Con uno studio dedicato si sono analizzati nel dettaglio 406 casi di impianto secondario di rotula per indagare il ruolo del rivestimento rotuleo secondario nel dolore anteriore del ginocchio. I tassi di sopravvivenza sono stati dell'80,6% (IC 95% 75,9–84,5) a 5 anni e del 77,6% (IC 95% 72,4–82) a 7 anni. Gli impianti di sola rotula sono stati eseguiti a 0,9-2,4 anni dopo la protesi bicompartimentale indice, ottenendo una sopravvivenza inferiore rispetto alla TKA tricompartimentale (80,6% vs 96,7%, $p < 0,001$), con un rapporto di rischio aggiustato per fallimento di 5,5 (IC 95% 4,2–7,1, $p < 0,001$). Gli impianti di sola rotula eseguiti entro 2 anni dall'impianto primario avevano tassi di fallimento significativamente più elevati rispetto alla TKA tricompartimentale (HR: 6,4, CI 95% 4,8–8,4, $p < 0,001$).

Spalla

I dati disponibili si riferiscono ad un follow-up massimo di 12 anni e mezzo. Nel corso del 2022 sono state impiantate oltre 1.000 nuove protesi totali. Nel 2022 circa il 55% degli interventi primari è stato eseguito presso strutture private convenzionate.

Le donne sono protesizzate in netta prevalenza, sia per frattura che per interventi di elezione.

Nel corso degli anni la protesi anatomica rappresenta una scelta secondaria per gli ortopedici della regione; per quel che riguarda le protesi inverse hanno un tasso di complicanze intra operatorie dell'1,5%. Il tasso di revisione è stato del 4,0% a un follow-up medio di 4,4 anni. Un aumento del tasso di revisione (le cause più frequenti sono la mobilizzazione asettica, l'infezione e l'instabilità) è stato riscontrato nei pazienti di età inferiore ai 65 anni e nei pazienti di sesso maschile. I pazienti protesizzati a causa di frattura prossimale dell'omero hanno una maggiore instabilità dell'impianto che richiede una revisione rispetto ai pazienti con artrosi. La protesi inversa di spalla viene quindi utilizzata sia nel contesto elettivo che in quello traumatologico, ma i pazienti giovani e di sesso maschile presentano un rischio intrinsecamente aumentato di revisione e la protesi utilizzata nel contesto della frattura andrebbe valutata in modo più approfondito vista la maggiore incidenza di revisioni per instabilità. Nessun modello protesico utilizzato presenta una sopravvivenza inferiore alla media regionale.

Nel corso del 2023, grazie all'interesse di alcuni specialisti ortopedici di gomito è stata messa a punto una prima versione della scheda GOMITO che è stata strutturata seguendo il Metodo Delphi *Iqbal S. and Pipon-Young L. The Delphi method. The Psychologist 22(7), 598–601 (2009).*

La protesi di gomito conta circa 200 casi all'anno in regione Emilia Romagna identificabili tramite le Schede di Dimissione Ospedaliera interventi di protesi totale primaria convenzionale di gomito (8184), reimpianto (8155).

La diffusione dei dati del Registro avviene tramite report periodici che vengono consegnati ai responsabili di tutti i reparti chirurgici e, come tutti gli anni, nel mese di luglio, saranno disponibili i risultati completi presentati nel rendiconto annuale scaricabile on line all'indirizzo <https://ripo.cineca.it/authzssl/Reports.html>