



ISTITUTO NAZIONALE TUMORI
IRCCS - Fondazione Pascale

Bilancio Sociale *duemilaundici*

Bilancio Sociale duemilaundici
Istituto Nazionale Tumori IRCCS - Fondazione Pascale Napoli
Via Mariano Semmola, Napoli



Presentazione del direttore generale

L'Istituto Nazionale Tumori "Fondazione Pascale" si trova per la seconda volta alle prese con il Bilancio Sociale. Si tratta della prima e più organica risposta alla profonda esigenza di rendicontazione sociale che l'Istituto ha voluto rappresentare già nel 2010 con la versione del documento "numero zero".

Per questo anno, abbiamo cercato di focalizzare l'attenzione sui temi della trasparenza e della valutazione sociale del nostro operato, sin dalla fase di programmazione delle attività: abbiamo allargato la sfera degli interlocutori a cui abbiamo chiesto testimonianza delle nostre attività; abbiamo sollecitato la partecipazione degli stakeholder interni ed esterni attraverso nuovi strumenti informatici; abbiamo reso il personale cosciente della responsabilità sociale che volevamo rendicontare alla nostra comunità; abbiamo richiesto la revisione del nostro Bilancio Sociale ad un operatore terzo ed indipendente (KPMG S.p.A.).

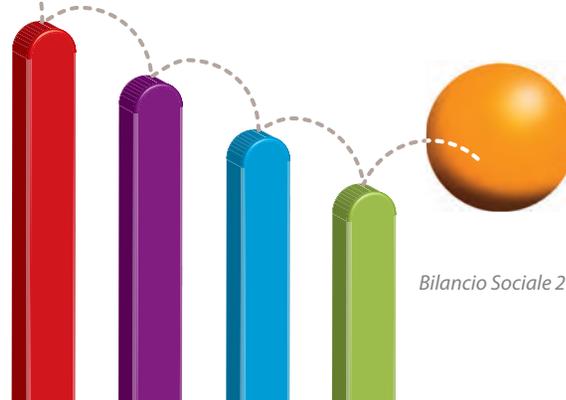
Ne è seguito questo documento, che abbiamo

l'ambizione, speriamo condivisa, di credere migliore rispetto al documento redatto nel 2010 e che riteniamo incorpori in maniera trasparente l'attaccamento che noi tutti nutriamo nei confronti dei nostri pazienti e della missione che ci siamo dati: contribuire, silenziosamente e faticosamente, a diffondere la speranza di guarigione per tutti i malati di cancro.

Dalla lettura dei meri dati economico - finanziari si rileva come il "Pascale" rappresenti in termini di costi circa l'1% dell'intero sistema sanitario regionale. Noi riteniamo ovviamente doveroso rendicontare alla cittadinanza come il denaro pubblico viene usato nel nostro Istituto.

La nostra speranza è che qualcuno dei nostri rari lettori possa convincersi che in termini di salute pubblica, di lotta contro il cancro, abbiamo prodotto qualcosa in più della centesima parte del finanziamento regionale.

Tonino Pedicini



Bilancio Sociale 2011

Indice

<i>Presentazione del Direttore Generale</i>	1
<i>Presentazione al Lettore</i>	5
<i>Relazione della Società di Revisione</i>	8
<i>Nota Metodologica</i>	11
<i>Guida alla Lettura del Documento</i>	13
<i>Sintesi del documento</i>	15

1

Parte Prima

L'Identità dell'azienda

1.1	Mission aziendale, valori di riferimento e linee strategiche	17
1.2	Il contesto di riferimento	20
1.2.1	<i>Il contesto normativo</i>	20
1.2.2	<i>Il contesto sociale e demografico</i>	22
1.2.3	<i>Il contesto economico</i>	24
1.3	Gli elementi qualificanti dell'Istituto	24
1.3.1	Cenni storici	24
1.3.2	<i>Le linee di attività dell'Istituto</i>	25
1.3.3	<i>Il personale dell'Istituto</i>	25
1.3.4	<i>Gli stakeholder</i>	27
1.4	Assetto istituzionale, di governo e organizzativo	28
1.4.1	I soggetti vigilanti nazionali e regionali	28
1.4.1.1	<i>I ministeri competenti</i>	28
1.4.1.2	<i>La Regione Campania</i>	28
1.4.2	Assetto istituzionale e di governo	29
1.4.2.1	<i>Il management aziendale</i>	29
1.4.2.2	<i>Le strutture deputate all'indirizzo e al controllo</i>	30
1.4.3	Assetto organizzativo	32
1.4.3.1	<i>Il modello organizzativo</i>	33
1.4.3.2	<i>Il CROM (Centro Ricerche Oncologico di Mercogliano)</i>	35

2	<i>Parte Seconda</i>	
	<i>Creazione e Distribuzione del Valore Aggiunto</i>	36
2.1	Le risorse	37
2.1.1	Il Protocollo di intesa con la Regione Campania	37
2.1.2	Altre risorse	38
2.1.2.1	<i>La ricerca corrente</i>	38
2.1.2.2	<i>La ricerca finalizzata</i>	38
2.1.2.3	<i>Sperimentazioni cliniche e studi osservazionali</i>	39
2.1.2.4	<i>Il 5 x mille</i>	43
2.1.2.5	<i>I contributi in conto capitale</i>	44
2.1.2.6	<i>Contribuzione generale da donazioni e erogazioni liberali</i>	44
2.2	Il bilancio dell'Istituto	44
2.2.1	La situazione patrimoniale	46
2.2.1.1	<i>Lo stato patrimoniale attivo</i>	46
2.2.1.2	<i>Lo stato patrimoniale passivo</i>	47
2.2.1.3	<i>Il prospetto informativo sul patrimonio</i>	50
2.2.2	La situazione economica	50
2.2.2.1	<i>Il conto economico previsionale</i>	50
2.2.2.2	<i>Il conto economico consuntivo</i>	53
2.3	Il conto economico 2011 a valore aggiunto	54
3	<i>Parte Terza</i>	
	<i>La Relazione Sociale</i>	58
3.1	Il processo di stakeholder reporting	59
3.2	Il capitale umano dell'Istituto	60
3.2.1	La consistenza e le caratteristiche del personale	60
3.2.2	L'organizzazione del lavoro	62
3.2.3	Le attività formative di ECM (Educazione Continua in Medicina)	62
3.2.4	La formazione del personale infermieristico	63
3.2.5	La valutazione del personale	64
3.2.6	Sistemi di remunerazione, incentivazione e valorizzazione	65
3.2.7	Le attività sociali e i riconoscimenti	66
3.2.8	L'attività libero professionale dell'Istituto	66
3.2.9	Il livello di soddisfazione dei dipendenti	66
3.2.10	La sicurezza e la salute del personale	67
3.3	Gli utenti dell'Istituto	67

Indice

3.3.1	I risultati delle attività di ricerca	67
3.3.2	I risultati delle attività sanitarie	76
3.3.3	I risultati delle attività formative	82
3.3.3.1	<i>I corsi di laurea dell'Istituto</i>	82
3.3.3.2	<i>I percorsi formativi post-laurea</i>	82
3.3.3.3	<i>Master e Corsi di Alta Formazione</i>	82
3.3.4	Le azioni di dialogo con l'utenza	82
3.3.4.1	<i>La soddisfazione degli utenti – Customer Satisfaction</i>	82
3.3.4.2	<i>L'indagine sul dolore</i>	86
3.3.4.3	<i>Gestione delle segnalazioni – Funzione di pubblica tutela</i>	86
3.3.4.4	<i>Strumenti di dialogo e comunicazione</i>	88
3.4	Le associazioni	89
3.5	I fornitori	90
3.5.1	I fornitori diretti	91
3.5.1.1	<i>I vantaggi immediati connessi all'Albo Fornitori per l'Istituto</i>	93
3.5.1.2	<i>I vantaggi immediati connessi all'Albo Fornitori per i Fornitori</i>	93
3.5.1.3	<i>I vantaggi "a regime" connessi all'Albo Fornitori</i>	94
3.5.2	La centrale acquisti regionale	95
3.6	La pubblica amministrazione e gli altri enti e istituzioni	95
3.7	L'ambiente	96
3.7.1	La gestione dei rifiuti ospedalieri	97
3.7.2	Il risparmio energetico	97
3.8	Contenzioso e litigiosità	98
<hr/>		
4	<i>Parte Quarta</i>	
	Obiettivi di Miglioramento	100
4.1	Spunti di miglioramento	101
4.2	Verso il bilancio sociale 2012	102
	<i>Questionario di Gradimento</i>	103

Presentazione al lettore

Caro lettore,
anche quest'anno l'Istituto Nazionale Tumori "Fondazione Pascale" presenta il suo Bilancio Sociale confermando l'impegno a voler condividere, tramite questo strumento, il lavoro svolto durante il 2011.

Questa seconda edizione del Bilancio Sociale offre l'opportunità di ribadire le motivazioni che hanno stimolato l'Istituto a dotarsi di uno strumento di rendicontazione sociale annuale, l'efficacia del percorso seguito per la realizzazione del documento, la sua diffusione e la promozione dei momenti di condivisione.

Continua, così, il processo di dialogo avviato dall'Istituto nel 2010, con l'obiettivo di garantire l'analisi e la comparabilità delle informazioni tra un'edizione e l'altra e di fornire, in tal modo, una trasparente visione dell'operato dell'Istituto e della sua evoluzione nel corso degli anni.

Per questo secondo anno, si è cercato di intensificare il processo di condivisione che interessa gli stakeholder, cercando di coinvolgere in maniera sempre

più continuativa i dipendenti, i pazienti e gli interlocutori d'eccellenza dell'Istituto, sia nel processo di miglioramento delle attività di diagnosi che in quello della cura dei tumori.

La conoscenza delle impressioni che ha l'utenza riguardo alle attività svolte e la ricerca di collaborazione con tutti gli attori del mondo sanitario e socio-sanitario funge da cardine per impostare una politica di continuo miglioramento della qualità delle prestazioni e delle modalità di erogazione delle stesse.

Attraverso la redazione annuale del Bilancio Sociale l'Istituto vuole offrire uno strumento di informazione che, nell'ottica della partecipazione e della condivisione, permette non solo di valutarne l'operato ma anche, e soprattutto, di promuovere nuovi percorsi di cambiamento e miglioramento interno.

Il Bilancio Sociale 2011 rappresenta l'evoluzione dell'esperienza già avviata nel 2010 ed è un importante strumento di comunicazione e rendicontazione con il quale si rendono volontariamente pubbliche le modalità di erogazione dei servizi e di impiego delle risorse produttive disponibili in un determinato periodo di tempo.

Il documento di Bilancio Sociale evidenzia le attività svolte, i servizi erogati ed i risultati raggiunti, consentendo l'informazione sugli esiti e sulle modalità di svolgimento delle politiche e delle attività, senza limitarsi ai soli aspetti finanziari e contabili. La principale finalità del Bilancio Sociale consiste, quindi, nel rispondere, in modo sistematico e periodico, alle esigenze conoscitive di tutti gli interlocutori di riferimento, garantendo trasparenza, veridicità e chiarezza.

Con il Bilancio Sociale ci si propone di delineare le informazioni più significative che motivano le scelte attuate dall'Istituto e di mettere in evidenza i risultati e le ricadute sociali dell'attività svolta, agevolando, in questo modo, la valutazione della coerenza tra missione, valori, comportamenti aziendali e risultati conseguiti.

La redazione annuale del Bilancio Sociale ci permette di condensare in un unico documento il valore della nostra organizzazione e di spiegarne gli elementi tangibili e intangibili che la caratterizzano, quali ad esempio il valore della conoscenza e la capacità di migliorare, l'attenzione alla persona e la cura della fiducia da parte degli utenti e, in ultima analisi, la disponibilità

a contribuire al benessere della comunità.

Si è voluto inserire il processo di realizzazione del Bilancio Sociale all'interno del sistema di pianificazione, programmazione e controllo dell'Istituto, integrando tale strumento nelle procedure di misurazione e valutazione delle performance, in armonia con gli altri strumenti di rendicontazione.

Con questa seconda edizione del Bilancio Sociale si dà continuità ad un'azione, iniziata nel 2010, di trasparente rendicontazione dei risultati raggiunti, nonché di evidenza alle nuove strategie intraprese, al fine di migliorare, anno dopo anno, sia dal punto vista qualitativo che di efficienza, il governo delle risorse disponibili e la maggiore aderenza possibile delle politiche dell'Istituto ai fabbisogni della comunità di riferimento.

Un deciso passo in avanti, rispetto all'edizione 2011, è costituito dalla acquisizione della asseverazione fornita dalla società di revisione KPMG.

Nella redazione del Bilancio Sociale per l'annualità 2011, si è cercato di adottare un linguaggio semplice e chiaro, finalizzato a soddisfare concretamente il principio della comprensibilità, con l'obiettivo di dare maggiore visibilità all'attività svolta, in modo da accrescere la legittimazione e il consenso della comunità, di far comprendere meglio il ruolo intrapreso nella comunità di riferimento, di rendere possibile un agevole confronto tra gli obiettivi posti e i risultati realmente ottenuti in termini di valore aggiunto per la comunità, di consentire un pieno monitoraggio degli impegni assunti nei confronti dei diversi interlocutori sociali.

Anche quest'anno, per la realizzazione del Bilancio Sociale, le attività di redazione del documento sono state caratterizzate da sessioni di lavoro congiunto di professionalità appartenenti alle più rappresentative unità organizzative dell'Istituto che hanno permesso di attivare discussioni e ricognizioni dei dati e delle informazioni rilevanti.

Inoltre, hanno fornito il loro contributo alla stesura del presente documento i partecipanti al master "Comunicazione in ambito sanitario" (Convenzione Quadro con l'Università degli Studi del Sannio).

Con l'auspicio che il nostro lavoro sia utile e apprezzato, buona lettura.

Per il Gruppo di Lavoro
Il Direttore Amministrativo

Loredana Cici



ISTITUTO NAZIONALE TUMORI
IRCCS - Fondazione Pascale

IL GRUPPO DI LAVORO DELL'ISTITUTO

*Tonino Pedicini, Sergio Lodato, Loredana Cici,
Nicola Normanno, Giuseppe Castello,
Daniela De Felice, Gianfranco De Feo, Valentina Belli,
Fausto Piccolo, Carmine Mariano, Sergio Russo,
Virginia Rossi, Domenico Bisogni, Vincenza Farinari,
Elisa Regina, Roberto Samarelli, Pasquale Violetti,
Luigia Infante, Carla Napoli, Pasqualina Vuolo,
Giuseppina Russoniello, Amalia Di Maio,
Paola del Prete, Fabrizio Macario, Luisa Todisco,
Cinzia Brancato, Mario Anepeta,
Patrizia Di Cintio, Gabriella Romanelli.*

**Inoltre hanno fornito il loro contributo
alla stesura del presente documento
i partecipanti al Master "Comunicazione in
ambito sanitario" come di seguito indicati:**

*Paolo Antonio Ascierio, Roberta Attianese,
Valentina Belli, Eugenio Bruno, Salvatore Gatti,
Erni Guarino, Franco Ionna, Carmela Nacarlo, Stani-
slo Ricciardelli, Antonella Scarfone,
Eleonora Simone, Pasquale Violetti, Patrizia Vocale.*



Relazione della Società di Revisione



KPMG S.p.A.
Revisione e organizzazione contabile
Via Francesco Caracciolo, 17
80122 NAPOLI NA

Telefono +39 081 660785
Telefax +39 081 662752
e-mail it-fmauditaly@kpmg.it
PEC kpmgspa@pec.kpmg.it

Relazione della società di revisione sulla revisione limitata del bilancio sociale

Al Direttore Generale

dell'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori "Fondazione Pascale" - Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico

- 1 Abbiamo effettuato la revisione limitata del bilancio sociale del Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori "Fondazione Pascale" - Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico (di seguito Istituto) al 31 dicembre 2011. La responsabilità della redazione del bilancio sociale in conformità alle linee guida "Principi di redazione del bilancio sociale" definite nel 2001 dal GBS – Gruppo di Studio per il Bilancio Sociale, indicate nel paragrafo "Nota metodologica" del bilancio sociale, compete al Direttore Generale dell'Istituto, così come la definizione degli obiettivi dell'Istituto in relazione alla performance di sostenibilità e alla rendicontazione dei risultati conseguiti. Compete altresì al Direttore Generale dell'Istituto l'identificazione degli stakeholder e degli aspetti significativi da rendicontare, così come l'implementazione e il mantenimento di adeguati processi di gestione e di controllo interno relativi ai dati e alle informazioni presentati nel bilancio sociale. E' nostra la responsabilità della redazione della presente relazione in base al lavoro svolto.
- 2 Il nostro lavoro è stato svolto secondo i criteri per la revisione limitata indicati nel principio "*International Standard on Assurance Engagements 3000 - Assurance Engagements other than Audits or Reviews of Historical Financial Information*" ("*ISAE 3000*"), emanato dall'*International Auditing and Assurance Standards Board*. Tale principio richiede il rispetto dei principi etici applicabili [*"Code of Ethics for Professional Accountants"* dell'*International Federation of Accountants ("IFAC")*], compresi quelli in materia di indipendenza, nonché la pianificazione e lo svolgimento del nostro lavoro al fine di acquisire una limitata sicurezza, inferiore rispetto a una revisione completa, che il bilancio sociale non contenga errori significativi. Un incarico di revisione limitata del bilancio sociale consiste nell'effettuare colloqui, prevalentemente con il personale della entità responsabile per la predisposizione delle informazioni presentate nel bilancio sociale, analisi del bilancio sociale ed altre procedure volte all'acquisizione di evidenze probative ritenute utili. Le procedure effettuate sono riepilogate di seguito:
 - comparazione tra i dati e le informazioni di carattere economico-finanziario riportati nel paragrafo "Il conto economico 2011 a valore aggiunto" del bilancio sociale e i dati e le informazioni inclusi nel rendiconto d'esercizio dell'Istituto al 31 dicembre 2011 sul quale è stata emessa la relazione del Collegio Sindacale in data 16 maggio 2012;

KPMG S.p.A. è una società per azioni di diritto italiano e fa parte del network KPMG di entità indipendenti affiliate a KPMG International Cooperative ("KPMG International"), entità di diritto svizzero.

Ancona Aosta Bari Bergamo
Bologna Bolzano Brescia Cagliari
Catania Como Firenze Genova
Lecce Milano Napoli Novara
Padova Palermo Parma Perugia
Pescara Roma Torino Treviso
Trieste Udine Varese Verona

Società per azioni
Capitale sociale
Euro 8.128.900,00 i.v.
Registro Imprese Milano e
Codice Fiscale N. 00709600159
R.E.A. Milano N. 512867
Partita IVA 00709600159
VAT number IT00709600159
Sede legale: Via Vittor Pisani, 25
20124 Milano MI ITALIA

- analisi delle modalità di funzionamento dei processi che sottendono alla generazione, rilevazione e gestione dei dati quantitativi inclusi nel bilancio sociale. In particolare, abbiamo svolto le seguenti procedure:
 - interviste e discussioni con il personale della Direzione dell'Istituto al fine di raccogliere informazioni circa il sistema informativo, contabile e di reporting in essere per la predisposizione del bilancio sociale nonché circa i processi e le procedure di controllo interno che supportano la raccolta, l'aggregazione, l'elaborazione e la trasmissione dei dati e delle informazioni alla funzione responsabile della predisposizione del bilancio sociale;
 - analisi a campione della documentazione di supporto alla predisposizione del bilancio sociale, al fine di ottenere evidenza dei processi in atto, della loro adeguatezza e del funzionamento del sistema di controllo interno per il corretto trattamento dei dati e delle informazioni in relazione agli obiettivi descritti nel bilancio sociale;
- analisi della conformità delle informazioni qualitative riportate nel bilancio sociale alle linee guida identificate nel paragrafo 1 della presente relazione e della loro coerenza interna, con particolare riferimento alla strategia, alle politiche di sostenibilità e all'identificazione degli aspetti significativi per ciascuna categoria di stakeholder;
- analisi del processo di coinvolgimento degli stakeholder, con riferimento alle modalità utilizzate e alla completezza dei soggetti coinvolti, mediante l'analisi dei verbali riassuntivi o dell'eventuale altra documentazione esistente circa gli aspetti salienti emersi dal confronto con gli stessi;
- ottenimento della lettera di attestazione, sottoscritta dal legale rappresentante dell'Istituto, sulla conformità del bilancio sociale alle linee guida indicate nel paragrafo 1, nonché sull'attendibilità e completezza delle informazioni e dei dati in esso contenuti.

La revisione limitata ha comportato un'estensione di lavoro inferiore a quella di una revisione completa svolta secondo l'ISAE 3000, e, conseguentemente, non ci consente di avere la sicurezza di essere venuti a conoscenza di tutti i fatti e le circostanze significativi che potrebbero essere identificati con lo svolgimento di una revisione completa.

Il bilancio sociale presenta a fini comparativi i dati e le informazioni dell'esercizio precedente, che non sono stati da noi esaminati. Le conclusioni da noi raggiunte nella presente relazione non si estendono, pertanto, a tali dati e informazioni.



Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori "Fondazione Pascale"
Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico
Relazione della società di revisione sulla revisione
limitata del bilancio sociale
31 dicembre 2011

- 3 Sulla base di quanto svolto, non sono pervenuti alla nostra attenzione elementi che ci facciano ritenere che il bilancio sociale dell'Istituto al 31 dicembre 2011 non sia stato redatto, in tutti gli aspetti significativi, in conformità alle linee guida "Principi di redazione del bilancio sociale" definite nel 2001 dal GBS – Gruppo di Studio per il Bilancio Sociale come descritte nel paragrafo "Nota metodologica" del bilancio sociale.

Napoli, 17 dicembre 2012

KPMG S.p.A.


Marco Giordano
Socio

Nota metodologica

Il Bilancio Sociale al 31 dicembre 2011 è stato redatto in conformità alle linee guida "Principi di redazione del Bilancio Sociale" definite nel 2001 dal GBS-Gruppo di Studio per il Bilancio Sociale.

In continuità con il 2010, ulteriori riferimenti normativi e dottrinali che si pongono alla base della metodologia del processo di rendicontazione sociale avviato dall'Istituto sono di seguito elencati.

- Direttiva del Ministero della Funzione Pubblica sulla rendicontazione sociale nelle Pubbliche Amministrazioni del 17 febbraio 2006, che si pone quale scopo principale quello di promuovere, diffondere e sviluppare nelle Amministrazioni Pubbliche un orientamento teso a rendere accessibile, trasparente e valutabile l'operato delle amministrazioni da parte dei cittadini, mediante l'adozione del Bilancio Sociale.

- "Linee guida per la rendicontazione sociale degli Enti Locali dell'osservatorio per la finanza e la contabilità degli Enti Locali" approvate nella seduta del 7 giugno 2007, secondo le quali il Bilancio Sociale rappresenta, da un lato, un momento di verifica di quanto definito nelle linee programmatiche, nel piano generale di sviluppo, nella relazione previsionale e programmatica e nel piano esecutivo di gestione; dall'altro, uno strumento fondamentale per l'avvio del percorso di pianificazione e programmazione relativo agli esercizi successivi.

- Comunicazione della Commissione europea 02/07/2002, COM (2002) 347 def., relativa alla "Respon-

Riferimenti Normativi



Figura 1 - Riferimenti normative e dottrinali



sabilità sociale delle imprese: un contributo delle imprese allo sviluppo sostenibile”.

D.Lgs n°150/2009 che richiede alle pubbliche amministrazioni di misurare in modo trasparente le loro performance, anche attraverso l’adozione di modelli di rendicontazione in grado di favorire la misurazione e la comunicazione del contributo fornito al miglioramento degli aspetti economici, sociali e ambientali della comunità e del territorio.

- Delibera n°89/2010 della Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l’Integrità delle pubbliche amministrazioni (CIVIT) che, sulla base di previsioni di cui agli artt. 13 e 30 del D.Lgs. n°150/2009, delinea due ordini di ragioni che si pongono alla base di un sistema di misurazione della performance: la prima, relativa alla soddisfazione delle esigenze dei cittadini e la seconda, relativa alla migliore capacità di scelta e di selezione da parte delle autorità competenti in ordine all’allocazione delle risorse.

Per quanto riguarda i contenuti e le modalità di redazione del documento di Bilancio Sociale 2011 ci si riferisce all’impianto ed alla struttura previsti dal GBS in:

- Standard definito dal GBS “La rendicontazione sociale nel settore pubblico” che definisce le linee guida principali alla base del processo di rendicontazione sociale delle amministrazioni pubbliche.

- Documento di Ricerca n°9 “La rendicontazione sociale delle Aziende Sanitarie” che definisce i contenuti minimi del Bilancio Sociale di un’Azienda Sanitaria.



Guida alla lettura del documento

Nel Bilancio Sociale di quest'anno rinnoviamo l'impegno dell'Istituto nel descrivere le strategie e i processi messi in campo per migliorare la qualità e accrescere il valore aggiunto prodotto.

La stesura del Bilancio Sociale 2011 è stata realizzata cercando di garantire:

Chiarezza

Le informazioni contenute nel Bilancio Sociale devono essere chiare e comprensibili. Pertanto la struttura espressiva deve trovare un giusto equilibrio tra forma e sostanza. La struttura e il contenuto del bilancio devono favorire l'intelligibilità delle scelte aziendali e del procedimento seguito.

Essenzialità

L'interesse è sempre rivolto ai dati significativi ed utili ad analizzare e valutare in quale misura l'Istituto ha soddisfatto le aspettative dei suoi portatori di interesse. Evitando, quindi, digressioni inutili e focalizzando l'attenzione sui reali benefici sociali connessi all'attività svolta.

Figura 2 - Principi per la compilazione del Bilancio Sociale 2011

La struttura del documento, recependo gli orientamenti della dottrina e le prassi applicative secondo i più accreditati modelli di rendiconto sociale proposti a livello nazionale (GBS), si attiene ai seguenti temi e contenuti:

● **identità aziendale**

esprime l'assetto istituzionale e organizzativo dell'Istituto, la missione di riferimento e il perseguimento degli obiettivi gestionali;

● **creazione e distribuzione del valore aggiunto**

espone sinteticamente la riclassificazione dei dati contabili, evidenziando le risorse utilizzate, investite e distribuite;

● **relazione sociale**

descrive il sistema delle relazioni sociali, i risultati ottenuti in relazione agli impegni, ai programmi e agli effetti prodotti sulle varie categorie di stakeholder interessati;

● **obiettivi di miglioramento**

introduce la linea evolutiva che, in termini programmatici, gestionali e di rendicontazione, si intende perseguire nel prossimo futuro.

Per ognuna di queste sezioni, sono state approfondite le linee di azione e le iniziative promosse nel corso del 2011 e sono stati individuati gli obiettivi intrapresi, le azioni necessarie al loro raggiungimento e i risultati conseguiti.

In particolare, dopo una presentazione preliminare affidata alle parole del Direttore Generale dell'Istituto, il documento mostra la metodologia utilizzata dal gruppo di lavoro che ha collaborato alla sua stesura.

Il Bilancio Sociale dell'Istituto è stato elaborato seguendo le linee metodologiche definite dal Gruppo di Studio per il Bilancio Sociale (di seguito anche GBS); quindi si compone di una prima sezione interamente dedicata alla presentazione dell'Identità





Figura 3 - Struttura del documento

dell'Azienda: mission aziendale, valori di riferimento, linee strategiche, contesto di riferimento (sia normativo, che sociale e demografico, ma anche economico). L'Identità dell'Istituto è strettamente connessa alla sua storia e alle linee della sua attività attuale, per cui, prima di presentare l'assetto organizzativo e di governance, sono stati identificati sia gli stakeholder con cui quotidianamente vengono stretti rapporti contrattuali, operativi, commerciali e di servizio, che gli organi istituzionali, nazionali e regionali, con cui l'Istituto collabora per espletare le sue funzioni.

Il secondo capitolo, intitolato "Creazione e distribuzione del valore aggiunto", mira a presentare sia tutte le fonti di finanziamento che interessano l'Istituto, sia la gamma delle attività di cura e di ricerca che prevedono l'utilizzo di tali finanziamenti; rivolgendo, infine, uno sguardo complessivo sulla situazione patrimoniale ed economica dell'Istituto. Si presenta, poi, la misurazione del valore aggiunto, che si verifica nell'ambito della produzione e distribuzione dei servizi offerti, e la sua distribuzione agli stakeholder di riferimento.

Il terzo capitolo è, invece, interamente dedicato ad analizzare gli aspetti sociali connessi all'operato dell'Istituto. Per aspetti sociali si intende il processo di stakeholder reporting. Ci si sofferma sulle principali categorie di stakeholder: il capitale umano, gli utenti dell'Istituto, le associazioni, i fornitori, le amministrazioni pubbliche, l'ambiente.

La quarta ed ultima sezione è, invece, rivolta al futuro. Presenta, infatti, i propositi di miglioramento su cui basare l'attività del prossimo esercizio ed espone le linee di innovatività che riguarderanno la stesura del Bilancio Sociale 2012.

Per agevolare la lettura è stata inserita una sintesi del documento che riassume i contenuti analizzati nelle suddette 4 sezioni tematiche.

Sintesi del documento

Uno degli obiettivi principali che l'Istituto, da oltre 30 anni, include tra le sue priorità è la trasparenza nella gestione dei fondi e nei confronti dei cittadini-utenti, dei volontari e di tutta la popolazione di riferimento. Il Bilancio Sociale rappresenta uno strumento a supporto della volontà dell'Istituto di incrementare i propri livelli di accountability e rappresenta uno dei principali vettori attraverso il quale l'Istituto si presenta con trasparenza ai propri interlocutori ed all'intera comunità.

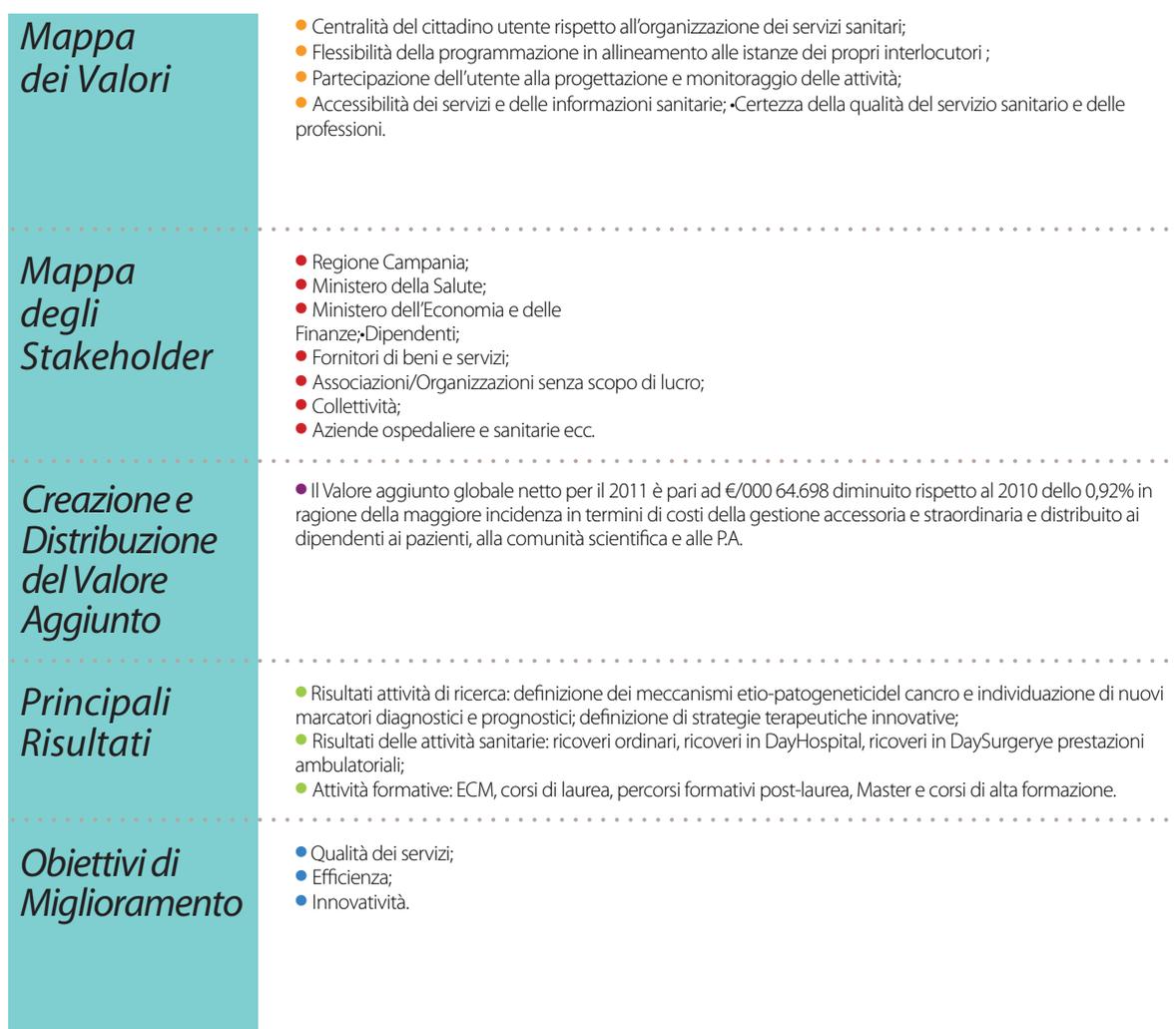


Figura 4 – Sintesi del documento

L'Istituto, in quanto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), svolge un ruolo essenziale all'interno del Servizio Sanitario Nazionale; coniugando istituzionalmente attività di ricerca (sperimentale e clinica) e prestazioni assistenziali di elevata qualità.

L'Istituto Nazionale Tumori di Napoli, nato nel 1933 ad opera del Senatore Giovanni Pascale, rappresenta per la Campania, il centro di riferimento regionale per la patologia neoplastica e costituisce una tra le più significative realtà sanitarie del Sud Italia in grado di offrire una vasta gamma di interventi sanitari in campo sia diagnostico che terapeutico. Aree tradizionali di studio e cura per l'Istituto sono rappresentate dalla patologia mammaria, dai linfomi, dai melanomi, dai tumori della testa-collo, dai tumori del colon-retto, dai tumori polmonari e da forme di tumore più rare e meno conosciute.



1

parte prima

L'Identità dell'Azienda

La mission dell'Istituto è raggiungere l'eccellenza nel campo della prevenzione, diagnosi e cura delle patologie tumorali; ciò attraverso la ricerca clinica e l'innovazione tecnologica e gestionale. La centralità del paziente all'interno del percorso sanitario diviene un principio di riferimento per le scelte dell'Istituto; tale centralità è caratterizzata soprattutto dall'attitudine all'ascolto rispetto agli specifici bisogni di salute espressi dalla propria comunità.

La ricerca scientifica è fortemente integrata con l'assistenza e garantisce l'erogazione di prestazioni di diagnosi e cura altamente qualificate, sia in regime di ricovero ordinario, day hospital e day surgery, sia in regime ambulatoriale.

Punto di forza dell'Istituto, realizzato grazie ad un continuo scambio di informazioni tra laboratorio e clinica, è la capacità di trasferire i risultati della ricerca e dell'innovazione nelle attività di diagnosi e cura dei pazienti che si rivolgono all'Istituto.



di gnosi



ita ric rca

L'identità dell'Azienda

L'Istituto, in quanto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), svolge un ruolo essenziale all'interno del Servizio Sanitario Nazionale; coniugando istituzionalmente attività di ricerca (sperimentale e clinica) e prestazioni assistenziali di elevata qualità.

L'Istituto Nazionale Tumori di Napoli, nato nel 1933 ad opera del Senatore Giovanni Pascale, rappresenta per la Campania il centro di riferimento regionale per la patologia neoplastica. Costituisce, infatti, una tra le più significative realtà sanitarie del Sud Italia in grado di offrire una vasta gamma di interventi sanitari in campo sia diagnostico che terapeutico. Aree tradizionali di studio e cura per l'Istituto sono rappresentate dalla patologia mammaria, dai linfomi, dai melanomi, dai tumori della testa-collo, dai tumori del colon-retto, dai tumori polmonari e da forme di tumore più rare e meno conosciute.

1.1 Mission aziendale, valori di riferimento e linee strategiche

Mission Aziendale

La mission dell'Istituto è raggiungere l'eccellenza nel campo della prevenzione, diagnosi e cura delle patologie tumorali; ciò attraverso la ricerca clinica e l'innovazione tecnologica e gestionale. La centralità del paziente all'interno del percorso sanitario diviene un principio di riferimento per le scelte dell'Istituto, che punta su una politica di ascolto dei bisogni specifici di salute espressi dalla propria comunità.

La ricerca scientifica è fortemente integrata con l'assistenza e garantisce l'erogazione di prestazioni di diagnosi e cura altamente qualificate, sia in regime di ricovero ordinario, Day Hospital e Day Surgery, sia in regime ambulatoriale.

Punto di forza dell'Istituto, realizzato grazie ad un continuo scambio di informazioni tra laboratorio e clinica, è la capacità di trasferire i risultati della ricerca e dell'innovazione alle attività di diagnosi e cura.

Valori di Riferimento

Alla base delle attività di ricerca e di cura oncologica, l'Istituto pone i seguenti valori di riferimento:

- **Centralità del cittadino-utente rispetto all'organizzazione dei servizi sanitari:** l'Istituto nasce con l'obiettivo di rendere il cittadino-utente fulcro dell'intera attività. Si è cercato di dare il più ampio ruolo possibile all'accoglienza e al confronto diretto con i singoli utenti anche attraverso il processo continuo di ascolto della percezione sui servizi erogati.
- **Flessibilità della programmazione in allineamento alle istanze dei propri interlocutori:** la flessibilità della programmazione consente di offrire un servizio che tiene conto delle necessità e delle difficoltà di ogni interlocutore che si relaziona con l'Istituto.
- **Partecipazione dell'utente alla progettazione e monitoraggio delle attività:** il singolo utente ha la possibilità di intervenire direttamente nel processo di valutazione dei servizi erogati.
- **Accessibilità dei servizi e delle informazioni sanitarie:** tramite la Carta dei Servizi Sanitari e la Carta dell'Accoglienza, offerte dall'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico, il cittadino ha la possibilità di accedere immediatamente a tutte le informazioni che riguardano i servizi sanitari offerti. A questi canali si affianca anche il portale web istituzionale su cui sono presenti tutte le informazioni rilevanti che riguardano l'Istituto.
- **Certezza della qualità del servizio sanitario e professionalità:** l'Istituto si prefigge il compito di garantire sempre la certezza della qualità dei servizi offerti, in una logica di miglioramento continuo, sia per l'utente, sia per quanto riguarda l'efficienza e l'ottimizzazione delle risorse impiegate per erogare i servizi.



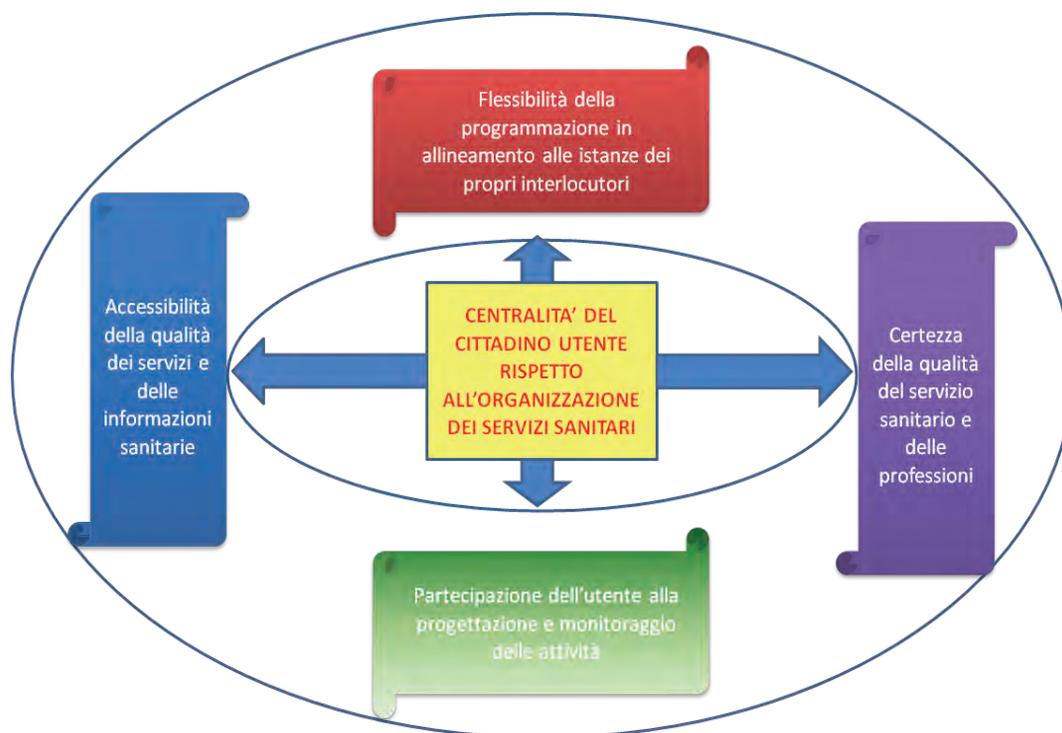


Figura 5 - Valori di riferimento dell'Istituto

Ai suddetti valori, all'interno di un percorso di analisi, confronto e ripensamento del proprio ruolo e delle proprie funzioni nella comunità di riferimento, l'Istituto ha voluto aggiungere il rispetto, quale principio ispiratore dei comportamenti aziendali, nella considerazione che gli aspetti del bisogno e della malattia, che la ricerca e l'assistenza sanitaria si prefigge di superare, identificano persone e famiglie, portatrici a loro volta di storie, di valori e di profili di dignità che devono essere rispettati e difesi e la cui integrità è parte integrante degli obiettivi della cura. In particolare, pur nell'aderenza continua all'obiettivo di incrementare i livelli di accountability e di trasparenza, ai quali il documento di Bilancio Sociale risponde, l'Istituto intende comunque promuovere la cultura della privacy.

Infatti, l'attenzione posta dal Legislatore in materia di privacy (D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione di dati personali") è dovuta all'agevole, ma non banale considerazione, che attraverso un rispetto sostanziale e non formale dei dati della persona, si può ottenere un risultato importante: la tutela della sua dignità.

Questo aspetto è ancora più evidente se le regole sulla privacy si applicano in una realtà particolare come quella sanitaria, che utilizza e conserva dati riferiti alla salute delle persone, dati non a caso definiti "sensibili".

Proprio nella speranza di fornire un impulso ed un sostegno a questa tensione al miglioramento e nella consapevolezza del forte impatto che la legge sulla privacy inevitabilmente produce su una organizzazione dalla complessità elevata come quella dell'Istituto, è stato adottato il Regolamento sulla privacy, che, unitamente al breve manuale sulle cautele da adottare ad esso allegato, intende contribuire a creare tutte quelle relazioni necessarie per il corretto uso delle informazioni.

Infatti, un efficace rispetto delle regole dettate dalla legge sulla privacy prevede l'impegno ad adottare un modello organizzativo e gestionale che presieda e governi questa materia specifica, corroborando l'azione dirigenziale senza intaccare l'autonomia.

Obiettivi Strategici 2011/2013



Figure 6 – Obiettivi Strategici

La mappa dei valori aziendali su esposta si riflette negli obiettivi strategici dell'Istituto, così come predisposti dal Consiglio di Indirizzo e Verifica. In particolare, si sottolinea che, nel novembre dell'anno 2011, si è insediato il nuovo Consiglio di Indirizzo e Verifica il quale, in linea con gli indirizzi precedenti, ha individuato quali obiettivi prioritari per il triennio 2011-2013 quelli di seguito riportati:

- migliorare le procedure operative al fine di offrire standard diagnostici e terapeutici sempre più elevati a tutti i cittadini, al fine di aumentare l'efficienza e la qualità dei percorsi assistenziali ed organizzativi pur in linea con il necessario contenimento della spesa sanitaria;
- completare il processo di rinnovamento tecnologico con l'implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, con la valorizzazione delle risorse umane, con l'individuazione di percorsi-obiettivo che coinvolgano le varie professionalità dirigenziali dell'Istituto, anche al fine di ottenere una riduzione della migrazione sanitaria regionale che riguarda il settore oncologico;
- qualificare la ricerca scientifica, sia di base che applicata, indirizzando i fondi per la ricerca clinica verso settori innovativi, quali la ricerca traslazionale e lo sviluppo di nuovi farmaci;
- rendere l'Istituto un punto di attrazione degli investimenti pubblici e privati nel campo della ricerca, favorendo sforzi comuni fra le varie componenti dei settori prevalentemente clinici e di ricerca che insieme alla direzione scientifica e sanitaria possono indirizzare i progetti di ricerca in contesti continuativi nazionali, europei ed internazionali;
- programmare e attivare un'efficiente forma di attività intramoenia in linea con le normative vigenti in breve tempo, al fine di garantire i diritti dei professionisti interni all'IRCCS nel rispetto della qualità delle prestazioni offerte dall'Istituto. Merita menzionare, tuttavia, che il processo di programmazione relativo all'anno 2011 si è realizzato prima dell'insediamento del nuovo Consiglio di Indirizzo e Verifica ed ha, dunque, preso in considerazione gli indirizzi definiti dal precedente Consiglio di Indirizzo e Verifica, che, in sintesi, si riportano di seguito:
 1. potenziamento della capacità dell'Istituto di erogare prestazioni;
 2. riorganizzazione e potenziamento del Day Hospital;
 3. informatizzazione adeguata dell'Istituto;
 4. potenziamento della terapia antalgica;
 5. potenziamento delle attività di diagnosi e cura, anche concentrandosi sulle patologie "big killer";
 6. incremento della qualità e quantità delle attività di ricerca.

Tali indirizzi, integrati con gli obiettivi sanitari nazionali e regionali e con quelli del settore oncologico, hanno orientato la definizione degli obiettivi dell'Istituto per l'anno 2011 che si sono poi tradotti negli obiettivi operativi assegnati ai singoli Dipartimenti.

Per i risultati conseguiti nel 2011 rispetto ai suddetti obiettivi prioritari si rimanda alla parte terza del presente documento "La Relazione Sociale" e, in particolare, ai risultati evidenziati per l'attività sanitaria, di ricerca e di formazione.

Di seguito, si anticipano i principali risultati articolati per obiettivo prioritario.

Obiettivi prioritari	Risultati
OBIETTIVI 1, 2, 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento dei ricoveri totali del 6% rispetto al 2010 ▪ Durata media di degenza per i ricoveri ordinari ridotta di 0,5 giorni rispetto al 2010
OBIETTIVO 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integrazione della nuova rete Lan con gli strumenti di gestione ed amministrazione della rete e della componente Wi Fi ▪ Creazione del nuovo sito web dell'Istituto ▪ Manutenzione evolutiva del software gestionale ▪ Dematerializzazione dei referti di medicina di laboratorio e di radiologia; avvio della digitalizzazione delle cartelle cliniche
OBIETTIVO 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ristrutturazione dell'area dedicata ▪ 834 visite ambulatoriali ▪ 281 ricoveri ordinari ▪ 268 consulenze interne ▪ 350 counseling psicologici ▪ attività di ricerca, formazione e pubblicazioni
OBIETTIVO 6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 163 articoli pubblicati ▪ IF normalizzato secondo i criteri ministeriali di 729 punti

Figura 7 – I principali risultati per il 2011

In quest'anno, infine, si è voluto dare un impulso alla definizione del ciclo di gestione della performance (art. 4 del D.Lgs. n. 150/2009), avviando il processo di definizione degli obiettivi e collegandoli al sistema di valutazione della performance. Tale ciclo di gestione della performance rappresenta il presupposto per la redazione del Piano della Performance che l'Istituto ha inteso elaborare nell'anno 2012.

1.2 Il Contesto di Riferimento

1.2.1 Il contesto normativo

Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) rappresentano strutture ospedaliere di eccellenza nelle quali vengono svolte sia attività di ricerca clinica, che attività di gestione dei servizi sanitari.

Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico possono avere natura giuridica diversa, pubblica o privata. Gli IRCCS pubblici in Italia sono venti di cui nove, come indicato nella tabella seguente, si occupano di oncologia.

Area di ricerca	Numero di strutture IRCCS
Ortopedia e traumatologia	1
Materno-infantile	2
Aids, altre malattie infettive e ospite immunocompromesso	1
Malattie del sistema nervoso nell'adulto e nel bambino	1
Riparazione e sostituzione di cellule, organi e tessuti; urgenza-emergenza nell'adulto e nel bambino	1
Oncologia	9
Trapiantologia: malattie curabili con trapianto d'organi, tessuti e cellule; malattie internistiche ad alta complessità biomedica e tecnologica	1
Geriatrics	1
Gastroenterologia	1
Neuroscienze nell'ambito della prevenzione, del recupero e del trattamento delle gravi neurolesioni acquisite	1
Scienze neurologiche	1

Figura 8 – Strutture di IRCCS presenti in Italia

Il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 definisce gli IRCCS come enti a rilevanza nazionale dotati di autonomia e personalità giuridica che, secondo gli standard di eccellenza, perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

Il contesto normativo di riferimento si è arricchito nel 2011 delle seguenti novità.



Figura 9 – Contesto normativo multilivello

Leggi nazionali:

- D.L. 13 maggio 2011, n. 70, recante "Semestre Europeo - Prime disposizioni urgenti per l'economia", convertito con modificazioni dalla Legge 12 luglio 2011, n. 106.
- D.L. 6 luglio 2011, n. 98, recante "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria", convertito con modificazioni dalla Legge 15 luglio 2011, n. 111.
- D.L. 13 agosto 2011, n. 138, recante "Ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo", convertito con modificazioni dalla Legge 14 settembre 2011, n. 148.
- D.L. 6 dicembre 2011, n. 201, recante "Disposizioni urgenti per la crescita, l'equità e il consolidamento dei conti pubblici", convertito con modificazioni dalla Legge 22 dicembre 2011, n. 214.

Leggi regionali:

- Legge regionale n. 14 del 4 agosto 2011, recante "Disposizioni urgenti in materia di finanza regionale".
- Legge Regionale n. 21 del 6 dicembre 2011, recante "Ulteriori disposizioni urgenti in materia di finanza regionale".
- Legge Regionale n. 7 del 5 maggio 2011, recante "Modifiche delle leggi regionali 7 gennaio 1983, n. 9, concernente il rischio sismico; 25 agosto 1989, n. 15, concernente l'ordinamento amministrativo del Consiglio Regionale, 28 marzo 2007, n. 4, concernente la materia della gestione dei rifiuti; 30 aprile 2002, n. 7, concernente l'ordinamento contabile della Regione Campania; 28 novembre 2008, n. 16, e 3 novembre 1994, n. 32, concernente il riordino del Servizio Sanitario Regionale; e 15 marzo 2011, n. 4, concernente la legge finanziaria regionale 2011".
- Legge Regionale n. 23 del 14 dicembre 2011, recante "Modifiche alla Legge Regionale 15 marzo 2011, n. 4, concernente le disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011-2013 della Regione Campania – Legge Finanziaria Regionale 2011".

Decreti del commissario ad acta:

- Decreto n. 11/11, recante "Aggiornamento Piano dei conti di contabilità generale unico regionale".
- Decreto n. 12/11, recante "Definizione del piano di pagamento dei debiti sanitari".
- Decreto n. 22/11, recante "Approvazione del Piano Sanitario Regionale ai sensi della delibera della presidenza del Consiglio dei Ministri del 24.04.2010".
- Decreto n. 41/11, recante "Misure per il contenimento della spesa per il personale del SSR 2011/2012".
- Decreto n. 49/11, recante "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale - Piani attuativi".
- Decreto n. 60/11, recante "Implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, sia a livello aziendale che regionale. Processi di supporto alle attività aziendali: adozione di modelli relativi ai processi amministrativi e contabili del ciclo attivo, ciclo passivo, ciclo magazzino, ciclo cespiti, ciclo personale, ciclo planning, budget e reporting. - Modifica al piano dei Conti di contabilità generale unico regionale".
- Decreto n. 87/11, recante "Misure per il contenimento della spesa per il personale del SSR 2011/2012. Proroga dei contratti a tempo determinato".

1.2.2 Il contesto sociale e demografico

La Regione Campania presenta una dimensione demografica elevata e crescente, che non ha riscontro nei valori della capacità produttiva interna né, quindi, nello spazio economico e nelle opportunità (di lavoro e di reddito) a disposizione dei residenti.

L'incremento continuo della popolazione è sostanzialmente attribuibile a tassi di natalità molto elevati e strettamente correlati al profilo anagrafico dei residenti, laddove il risultato netto delle componenti "sociali" dell'andamento demografico (la differenza tra iscrizioni e cancellazioni di residenza) non solo appare debole, ma, già da diverso tempo, sembra condizionato e sostenuto soprattutto dai fenomeni che riguardano i flussi (e le regolarizzazioni) degli immigrati. In altri termini, mentre il saldo migratorio interno è sempre sistematicamente negativo - a dimostrazione di una condizione strutturale del sistema che non riesce ad offrire opportunità di reddito e servizi corrispondenti alla domanda - solo le iscrizioni di nuovi residenti dall'estero registrano valori costantemente positivi che, in alcuni anni, riescono a più che compensare il deflusso di popolazione.

In questo quadro, gli squilibri della distribuzione degli abitanti sul territorio sono altissimi: le province di Avellino e Benevento hanno approssimativamente 157 e 139 ab/km²; quella di Caserta ne ha più del doppio (349 ab/km²) e quella di Napoli ne ha 2.630 ab/km², rappresentando, dunque, la provincia più densamente popolata non solo della Regione Campania ma d'Italia.

Nella tabella di seguito si riportano i dati 2010 e 2011 riguardanti la popolazione residente e la densità abitativa delle province della Regione.

Provincia	Residenti al 31/12/2011 (a)	Residenti al 31/12/2010 (b)	D 2011- 2010 (c=a-b)
Avellino	438.627	439.036	(409)
Benevento	286.938	288.283	(1.345)
Caserta	920.433	910.006	10.427
Napoli	3.078.408	3.079.685	(1.277)
Salerno	1.110.439	1.107.652	2.787
Regione Campania	5.834.845	5.824.662	10.183
Italia	60.813.326	60.340.328	472.998

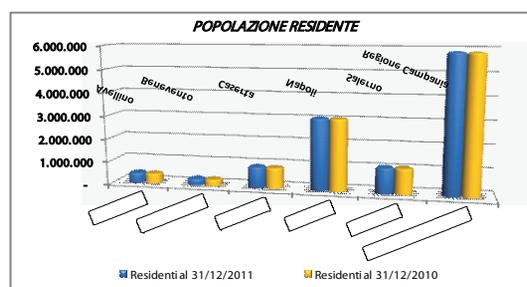


Figura 10 - Popolazione residente (2010 e 2011)

Provincia	Densità abitativa 2011 (Ab/Kmq) (a)	Densità abitativa 2010 (Ab/Kmq) (b)	D 2011- 2010 (c=a-b)
Avellino	157,12	157,27	(0,15)
Benevento	138,69	139,34	(0,65)
Caserta	348,66	344,71	3,95
Napoli	2.630,45	2.631,54	(1,09)
Salerno	225,67	225,10	0,57
Regione Campania	439,49	438,72	0,77
Italia	201,81	200,24	1,57

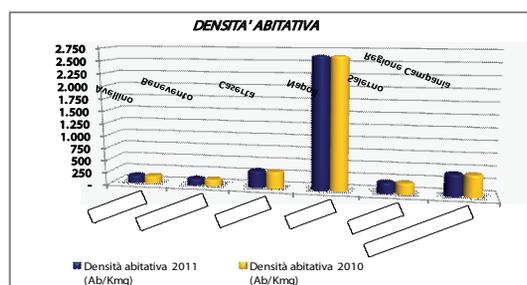


Figura 11 - Densità abitativa (2010 e 2011)

La provincia di Napoli, che rappresenta il bacino di riferimento principale dell'Istituto, è al primo posto nella graduatoria regionale relativa alla numerosità delle famiglie (1.074.061) con un incremento, rispetto all'anno precedente, dello 0,7%. Tale variazione risulta però inferiore sia alla variazione regionale (0,8%) che a quella nazionale (1,0%). In tale contesto, pur facendo registrare una lieve flessione del numero medio dei componenti per famiglia rispetto all'anno precedente, la provincia di Napoli continua ad essere la provincia italiana con le famiglie mediamente più numerose: il numero medio di componenti per famiglia, infatti, ammonta a 2,86 unità, dato superiore sia alla media regionale (2,78) che a quella nazionale (2,41).

A tale densità demografica non corrisponde un'equilibrata distribuzione dei redditi, né degli interventi di matrice pubblica (infrastrutture e servizi), comportando significative problematiche di natura sociale. L'attuale contesto di recessione economica, inoltre, ha aggravato le difficoltà degli abitanti del territorio. Destano preoccupazione i dati forniti dall'ISTAT (<http://www.istat.it/it/campania>) che, nella sola provincia di Napoli presentano un alto livello di disoccupazione maschile che interessa, nel 2011, 99.704 unità (nel 2010 erano 86.445 gli uomini in cerca di occupazione); dato, questo, che se sommato alla disoccupazione femminile (nel 2011 sono 66.771 le donne in cerca di lavoro) configura un totale di 166.475 persone attualmente prive di occupazione.

Disoccupazione	Maschile	Femminile	Totale
2010	86.445	59.281	145.726
2011	99.704	66.771	166.475
Δ 2011/2010	13.259,00	7.490,00	20.749,00

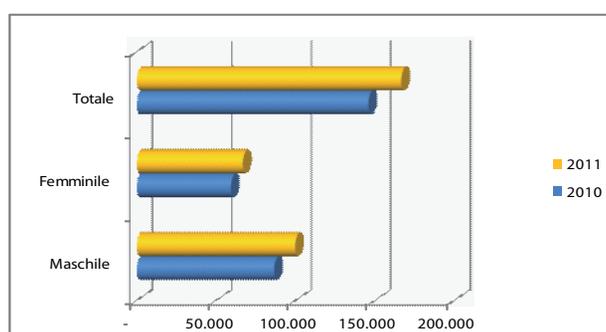


Figura 12 - Disoccupazione in Campania 2010/2011

1.2.3 Il contesto economico

L'economia regionale è contraddistinta da alcuni fattori di bassa competitività:

- un modello di sviluppo sostanzialmente imperniato sull'area metropolitana di Napoli;
- un'elevata componente di esercizi commerciali (37,2%; Italia 26,9%) e di attività tradizionali (agricoltura, servizi de-specializzati, ecc.) fondati esclusivamente per mirare ad un fatturato di sussistenza e per sfuggire alla disoccupazione dilagante;
- un mercato del lavoro connotato da situazioni di criticità ed indicatori poco soddisfacenti, con sacche di disoccupazione nascosta e di disoccupati scoraggiati, spesso giovani, con livelli di sommerso anche marcati (basta guardare i dati ISTAT sul lavoro nero e sull'inoccupazione);
- un bacino di piccole e micro imprese composto da oltre 474 mila unità attive (così distribuite tra le varie province: Caserta 15,7%, Benevento 6,6%, Napoli 48,2%, Avellino 8,1%, Salerno 21,4%).

Nel 2011 la crisi economica internazionale ha continuato a manifestarsi con intensità ed in Campania il PIL, dopo il calo rilevato dall'ISTAT nel 2010, è ulteriormente diminuito dello 0,6 per cento.

In risposta agli squilibri sopra elencati, la Campania vanta, però, anche una serie di elementi da valorizzare per garantire sviluppo e crescita:

- elevati livelli di densità demografica che, se da un lato rappresentano una criticità sociale, visto il contesto produttivo e reddituale della regione, dall'altro, costituiscono un mercato interno molto significativo;
- rilevante presenza di terziario avanzato, di centri di trasferimento dell'innovazione e di strutture formative universitarie senza pari nel Mezzogiorno;
- dotazione infrastrutturale con alcuni elementi di eccellenza, sebbene non al livello delle necessità logistiche di imprese e popolazione (l'indice di dotazione infrastrutturale della regione Campania è pari a 104; mentre per l'Italia la media è 100), soprattutto per i processi di internazionalizzazione commerciale e culturale.

A partire da questi presupposti, è subito evidente che l'Istituto, punto di riferimento regionale per la cura e lo studio dei tumori, radica le sue strutture in un contesto economico molto complesso. I servizi e le attività offerti dall'Istituto costituiscono un valore aggiunto elevato per una terra come la Campania in sofferenza dal punto di vista della competitività e vivacità del sistema produttivo locale. A ciò si aggiunge lo stato di complessità che caratterizza il Servizio Sanitario Regionale, impegnato in un'intensa attività di ristrutturazione e gestione del debito sanitario. Ancora di più, quindi, all'impatto concreto per l'economia regionale delle attività di ricerca, assistenza sanitaria, informazione e formazione svolte dall'Istituto, si aggiunge il valore associato alla capacità dell'Istituto di realizzare le proprie finalità istituzionali cercando di conciliare la qualità dei servizi con il contenimento dei costi, nell'ambizione di poter gravare il meno possibile sulla collettività.

1.3 *Gli elementi qualificanti dell'Istituto*

1.3.1 Cenni storici

L'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori "Fondazione Giovanni Pascale" nasce con il R. D. 19.10.1933, quando, grazie al lavoro del senatore Giovanni Pascale viene istituito l'ente morale "Opera Pia Fondazione Senatore Pascale", con sede in Napoli.

L'anno successivo, grazie all'approvazione dello Statuto (R. D. 27.12.1934), ha compiutamente luogo la formalizzazione dell'ente. Con decreto del Ministero degli Interni, in data 11.4.1940, l'Istituto, che per l'occasione assumeva la denominazione di "Centro per la diagnosi e la cura dei tumori maligni", ottiene il riconoscimento di "Istituzione a carattere scientifico" ai sensi e per gli effetti del D. R. 30.9.1938 n. 1631.

In data 4.5.1963 con Decreto del Medico Provinciale di Napoli si arriva alla classificazione come Ospedale Specializzato di 1ª categoria. L'entrata in vigore della legge di istituzione del S.S.N., n. 833 del 23.12.1978 e l'emanazione del D.P.R. n. 617 del 30.7.1980, consentono all'Istituto di ricevere conferma del titolo di "Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico" (IRCCS).

Con il D.P.R. del 21.1.1982, emanato per la nomina del presidente e con i DD.MM. 20.5.1982 e 23.1.1983 viene costituito il Consiglio di Amministrazione che l'anno successivo approva il nuovo statuto, reso esecutivo con atto del Ministero della Sanità n. 51 del 4.2.1984.

Da allora l'Istituto è un attore di rilievo del sistema sanitario regionale.

1.3.2 Le linee di attività dell'Istituto

Le attività in cui è impegnato l'Istituto sono complesse e di diversa natura; esse sono schematicamente presentate di seguito.



Figura 13 - Linee di attività dell'Istituto

Attività assistenziali e di ricovero. Partecipazione alla progettazione e realizzazione della rete oncologica regionale per la quale l'Istituto è riconosciuto come ente coordinatore (Hub); supporto alle strutture oncologiche regionali per la diffusione e l'implementazione di procedure diagnostiche e terapeutiche complesse; svolgimento delle attività di ricerca assistenziale quale struttura di secondo livello nell'ambito dei programmi di screening attivati sul territorio regionale; nonché svolgimento delle attività di assistenza, ricerca e formazione finalizzate al miglioramento della qualità della vita del paziente oncologico.

Attività di supporto tecnico e operativo in materia di ricerca sanitaria. Valutazione prioritaria delle richieste regionali riguardo alla predisposizione di progetti e programmi di ricerca, di formazione e specializzazione. A ciò si affiancano lo studio sulla morbilità della malattia tumorale e l'attività di prevenzione oncologica e di ricerca biomedica portata avanti su esplicita richiesta e d'intesa con la Regione. Infine, merita menzionare l'attività di coordinamento di progetti di ricerca regionali nel settore oncologico.

Attività didattica e di formazione del personale dedicato a vario titolo all'assistenza dei pazienti oncologici. L'Istituto è dotato di un Polo Didattico per la formazione permanente del personale a vari livelli: universitario, post-universitario e specialistico. I pacchetti formativi offerti consentono l'aggiornamento e la formazione anche degli operatori sanitari di altre entità sanitarie della Regione Campania permettendo, così, l'avvio di un corretto trattamento dei pazienti oncologici, finalizzato sia a migliorare la qualità della vita del malato, sia a diminuire il suo disagio.

1.3.3 Il personale dell'Istituto

L'Istituto può erogare in maniera efficiente i propri servizi ai pazienti grazie sia alla sua fluida organizzazione che segue il nuovo assetto varato nel 2011, sia all'apporto professionale dato dal personale (sanitario, amministrativo, tecnico e professionale) che quotidianamente è impegnato a garantire prestazioni sanitarie efficaci e supportate dall'attività di ricerca.

Per espletare le proprie funzioni, nel corso del 2011, oltre al management aziendale composto da Direttore Generale, Scientifico, Amministrativo e Sanitario, l'Istituto si è avvalso dell'organico¹ come di seguito rappresentato.

DESCRIZIONE	N. UNITA' AL 31.12.2011 (a)	N. UNITA' AL 31.12.2010 (b)	D 2011 - 2010 (c=a-b)
DIRIGENZA			
Dirigenti ruolo sanitario	249	250	-1
Dirigenti ruolo prof.le	4	4	0
Dirigenti ruolo tecnico	2	2	0
Dirigenti ruolo amm.vo	15	10	5
TOTALE DIRIGENZA	270	266	4
COMPARTO			
Personale ruolo sanitario	414	404	10
Personale ruolo prof.le	0	0	0
Personale ruolo tecnico	20	38	-18
Personale ruolo amm.vo	63	58	5
TOTALE COMPARTO	497	500	-3
TOTALE	767	766	1

Figura 14 - Variazione del personale tra il 2010 e il 2011

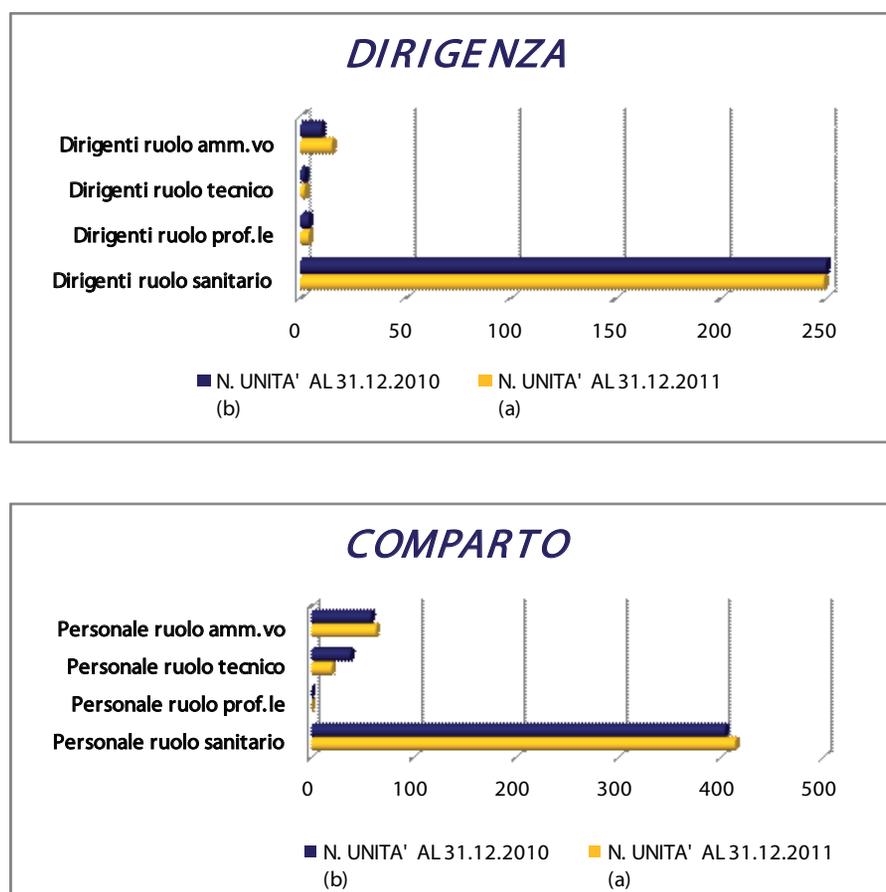


Figura 15 - Variazione del personale di comparto tra il 2010 e il 2011

Riguardo all'attività di gestione delle risorse umane e sempre nel rispetto dei limiti imposti dagli interventi di ristrutturazione del debito sanitario, nel corso del 2011, sono state gestite 54 procedure per il reclutamento del personale, parte delle quali già avviate in anni precedenti.

Confrontando i dati con quelli del 2010, si evidenzia che la crescita della dotazione organica appare limitata complessivamente ad una sola unità, e ciò a seguito delle cessazioni dal servizio verificatesi nel 2010.

¹ L'Organico non comprende le risorse con contratti di collaborazione.

1.3.4 Gli stakeholder

L'identificazione degli stakeholder avviene attraverso un'analisi preliminare delle categorie e delle aree di intervento che influenzano l'attività aziendale.

L'Istituto, in coerenza con la propria missione, con gli obiettivi di medio e lungo termine, con le strategie di intervento e con il sistema delle relazioni alimentato nello svolgimento della propria attività, riconosce come principali stakeholder il paziente, la comunità scientifica e i discenti. E' specialmente intorno a questi, infatti, che ruotano le iniziative di assistenza, di ricerca e di formazione dell'Istituto.

Ulteriori fruitori delle attività/servizi resi dal personale dell'Istituto sono:

- **Regione Campania**, ente che definisce le linee di programmazione sanitaria e che, insieme al Ministero della Salute, provvede al finanziamento dell'Istituto;
- **Ministero della Salute**, ente che valuta il possesso dei requisiti necessari per il riconoscimento del carattere scientifico degli IRCCS; finanzia e vigila l'attività di ricerca e nomina il Direttore Scientifico (sentito il Presidente della Regione);
- **Ministero dell'Economia e delle Finanze**, ente che svolge funzioni di vigilanza e monitoraggio sull'andamento del Piano di rientro dal disavanzo sanitario;
- **Dipendenti**, che con la propria professionalità assicurano un servizio di elevata qualità;
- **Fornitori di beni e servizi**, (nazionali e non) che provvedono alla fornitura di beni e servizi sanitari e non;
- **Associazioni/organizzazioni senza scopo di lucro**, che investono nella cura del malato oncologico e nella ricerca contro il cancro;
- **Collettività** (rappresentata dal territorio di appartenenza, ossia la città di Napoli, e dall'ambiente) nei confronti della quale l'Istituto è impegnato nel migliorare la gestione dei rifiuti pericolosi e delle immissioni di inquinamento;
- **Aziende Ospedaliere e Sanitarie**, (regionali ed extra regionali) enti con i quali, oltre ad intrattenere rapporti connessi alle prestazioni sanitarie, svolge anche attività formativa rivolta alle relative professionalità;
- **Altri IRCCS**, con i quali l'Istituto intrattiene rapporti finalizzati all'organizzazione di progetti di ricerca e cura;
- **Aziende Ospedaliere Estere**, con le quali si avviano percorsi comuni di ricerca;
- **Università**, (regionali ed extraregionali) con le quali l'Istituto avvia percorsi formativi sia a livello universitario che post-universitario (master di II livello);
- **Altri Enti Pubblici**.



Figura16 – Mappa degli stakeholder dell'Istituto

1.4 Assetto istituzionale, di governo e organizzativo

1.4.1 I soggetti vigilanti nazionali e regionali

1.4.1.1 I ministeri competenti

I Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze rappresentano gli estensori dei principi di riferimento per la programmazione e degli orientamenti in tema di ricerca ed assistenza sanitaria, oltre a costituire fonte di sostegno finanziario.

Il loro ruolo è di vitale importanza per l'Istituto, in quanto pongono in essere tutte le azioni necessarie alla corretta gestione delle risorse finanziarie destinate alla spesa sanitaria. In particolare: procedono alla definizione delle attività che le singole regioni, in base al disavanzo sanitario, devono attuare, al fine di raggiungere l'equilibrio economico finanziario e patrimoniale; individuano e finanziano le varie tipologie di progetti a destinazione vincolata; monitorano l'andamento della spesa sanitaria per le singole regioni e delineano le azioni necessarie alla riduzione e alla ristrutturazione del debito maturato nel comparto sanitario.

Il Ministero della Salute, in particolare, valuta, tramite un'apposita commissione, il riconoscimento del carattere scientifico dell'Istituto e cioè stabilisce se l'Istituto sia o meno qualificabile come IRCCS e quindi abbia diritto a finanziamenti statali finalizzati all'attività di ricerca. Il Ministero della Salute, inoltre, ha il compito di coordinare le attività di ricerca rendendole coerenti con i programmi nazionali e ha il diritto di nomina del Direttore Scientifico.

A ciò si affianca quanto stabilito dalla Legge Finanziaria 2005 e dall'Intesa Stato-Regioni del 23.3.2005: tali provvedimenti emanati dal Governo centrale prevedono il ricorso a forme di affiancamento, da parte del Ministero della Salute, alle Regioni che hanno sottoscritto gli accordi contenenti i Piani di Rientro. Questa attività è svolta di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS).

Anche il Ministero dell'Economia e delle Finanze, infatti, svolge funzioni di vigilanza e monitoraggio sull'andamento del Piano di rientro dal disavanzo sanitario. In tale contesto, procede alla preventiva approvazione dei provvedimenti predisposti dalle singole Regioni in attuazione di quanto previsto nei rispettivi Piani di rientro; procede al coordinamento dei nuclei che devono essere realizzati nelle singole Regioni e che devono avere funzioni di supporto tecnico; monitora l'attuazione dei provvedimenti e dell'impatto delle azioni poste in essere dalle Regioni nel rispetto degli impegni assunti con il Piano di rientro sia a livello regionale che interregionale.

1.4.1.1. La Regione Campania

La Regione Campania è il soggetto titolare del sistema sanitario regionale di cui fa parte l'Istituto, che si configura quale ente pubblico, dipendente dalla Regione.

Compito della Regione è quello di:

- redigere il piano sanitario regionale, in linea con gli obiettivi del piano sanitario nazionale;
- fissare gli obiettivi di spesa annuale entro i quali devono attenersi le aziende sanitarie;
- ripartire i Fondi Sanitari Regionali sulle varie Aziende;
- attribuire dei fondi destinati a progetti specifici;
- monitorare periodicamente i conti delle AA.SS. tramite le verifiche trimestrali del Conto Economico e la verifica finale sul Bilancio d'esercizio;
- individuare le potenziali manovre finalizzate al risanamento del debito e alla correzione di potenziali errori;
- valutare le attività sviluppate dal management aziendale, al fine di confermare o sostituire la Direzione Generale;
- definire le politiche inerenti la rete ospedaliera.

In particolare, nell'ambito del Piano di Rientro dal debito sanitario, la Regione Campania procede all'attuazione delle disposizioni in esso delineate. Infatti, la Regione si occupa dell'effettiva attuazione degli interventi di ristrutturazione e copertura e produce ai ministeri competenti le opportune evidenze documentali che ne attestano lo stato di avvio e di realizzazione (atti aziendali, circolari, altri provvedimenti a livello regionale-locale, ecc.). La Regione:

- monitora l'attuazione delle azioni da parte delle singole aziende sanitarie delineate nei cronoprogrammi attuati e ne analizza gli scostamenti tra quanto atteso/pianificato e quanto effettivamente realizzato;

- individua eventuali interventi aggiuntivi/correttivi a fronte di processi di implementazione che dovessero risultare carenti e/o eccessivamente in ritardo.

1.4.2 Assetto Istituzionale e di Governo

1.4.2.1 *Il management aziendale*

Il management dell'Istituto è così composto:

- **Direttore Generale**
- **Direttore Scientifico**
- **Direttore Sanitario**
- **Direttore Amministrativo**

Il Direttore Generale ed il Direttore Scientifico sono ricompresi tra gli Organi dell'Istituto.

Direttore Generale Dott. **Tonino Pedicini**, nominato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale della Campania n. 234 del 05 settembre 2009 e riconfermato con decreto del Presidente della Giunta Regionale della Campania n. 142 del 11 luglio 2011.

Il Direttore Generale è il rappresentante legale dell'Istituto; si avvale della collaborazione di un Direttore Amministrativo e di un Direttore Sanitario da lui scelti.

Assicura la coerenza degli atti di gestione con gli indirizzi proposti dal Consiglio di Indirizzo e Verifica ed è responsabile della gestione finanziaria, tecnica e amministrativa dell'Istituto, incluse l'organizzazione e la gestione del personale.

Direttore Scientifico Prof. **Aldo Vecchione**, nominato con Decreto del Ministero della Salute del 3 ottobre 2005, riconfermato con Nota del Ministero della Salute Prot. n. DGRST/5632-P del 1 ottobre 2010 e successiva Disposizione di proroga contrattuale n. 73 del DG del 23 novembre 2010.

Il Direttore Scientifico, nominato dal Ministro della Salute dopo aver sentito il Presidente della Regione di riferimento, è responsabile dell'attività di ricerca sperimentale e clinica dell'Istituto. Inoltre, provvede al coordinamento e alla promozione delle azioni da porre in essere, gestisce il budget assegnato dopo averlo concordato annualmente con il Direttore Generale e lo destina in considerazione degli indirizzi dati dal Consiglio di Indirizzo e Verifica, sempre nel rispetto dei regolamenti di contabilità, degli atti di organizzazione e funzionamento dell'Ente, nonché della normativa vigente (regionale e nazionale).

Compito del Direttore Scientifico è anche quello di presiedere il Comitato Tecnico Scientifico e di esprimere obbligatoriamente parere in ordine agli atti concernenti le attività scientifiche delineate dal Direttore Generale.

Il Direttore Scientifico partecipa, con gli altri Direttori Scientifici degli IRCCS, alle riunioni periodiche organizzate dal Ministero della Salute.

Direttore Sanitario Dott. **Sergio Lodato**, nominato con Disposizione del Direttore Generale n. 30 del 16 marzo 2010.

Il Direttore Sanitario è nominato direttamente dal Direttore Generale. Ha la responsabilità della verifica delle modalità di raccolta e trasmissione dei flussi informativi e sanitari e vigila sull'appropriatezza degli interventi diagnostico-terapeutici.

Si avvale, inoltre, del supporto dei Direttori dei Dipartimenti clinici ed è coordinatore di tutte le attività clinico assistenziali e della cura degli aspetti igienico sanitari e organizzativi secondo quanto previsto dalla vigente normativa.

Il Direttore Sanitario è componente del Collegio di Direzione.

Direttore Amministrativo Dott.ssa **Loredana Cici**, nominata con la Disposizione del Direttore Generale n. 31 del 16 marzo 2010.

Il Direttore Amministrativo è nominato direttamente dal Direttore Generale e assiste la Direzione Generale nella programmazione strategica e di indirizzo delle attività dell'Istituto, con particolare responsabilità nella gestione economica e finanziaria.

Si occupa della pianificazione dell'assetto organizzativo, razionalizza l'utilizzo delle risorse e cura gli aspetti di **bilancio**.

Il Direttore Amministrativo è componente del Collegio di Direzione.

1.4.2.2 Le strutture deputate all'indirizzo e al controllo

Consiglio di Indirizzo e Verifica (CIV)

Componenti: Prof. Lucio Vizioli (Presidente), Prof. Filiberto Cimino, Dott. Albino D'Ascoli, Prof. Bartolomeo Merola, Prof. Catello Polito; nominati con decreto della Giunta Regionale della Campania n. 240 del 11 settembre 2009. CIV decaduto dal mandato nel 2011 e seguito dall'insediamento del nuovo ed attuale CIV i cui componenti sono: Prof. Gaetano Lombardi (Presidente), Prof. Bruno Amato, Prof.ssa Gabriella Fabbrocini, Dott. Luigi Falco², Dott. Gaetano Sicuranza; nominati con Decreto del Presidente della Giunta Regionale della Campania n. 240 del 09 novembre 2011 e con Decreto del Presidente della Giunta Regionale della Campania n. 172 del 14.06.2012.

Il Consiglio ha il compito di:

- definire le linee strategiche e di indirizzo dell'Istituto;
- esprimere il parere sui programmi annuali e pluriennali di attività e verificarne l'attuazione;
- esprimere parere preventivo obbligatorio al Direttore Generale sul bilancio preventivo e il bilancio d'esercizio, sulle modifiche al regolamento di organizzazione e funzionamento, sugli atti di alienazione del patrimonio e sui provvedimenti in materia di costituzione o partecipazione a società, consorzi, altri enti e associazioni;
- scegliere otto componenti del Comitato Tecnico Scientifico, con i criteri previsti dalla normativa vigente;
- verificare la coerenza delle attività svolte e dei risultati raggiunti dall'Istituto rispetto agli indirizzi e agli obiettivi predefiniti, dandone comunicazione alla Regione e proponendo al Ministero della Salute eventuali misure da adottare in ordine alle funzioni di vigilanza ad esso spettanti.

Partecipano alle riunioni, senza diritto di voto, il Direttore Generale, il Direttore Scientifico, i componenti del Collegio Sindacale e coloro i quali sono invitati dal Consiglio stesso.

Collegio Sindacale

Componenti: Dott. Roberto Trivellini (Presidente), Dott. Paolo Volgare, Dott. Gianfranco De Rosa, Dott.ssa Olga Peluso, Dott. Raffaele Bruno, nominati con Deliberazione del Direttore Generale n. 341 del 20/04/2010.

Il Collegio Sindacale è un organo di controllo indipendente. La durata in carica è di tre anni ed è composto da cinque membri designati dalla Giunta Regionale su proposta dell'Assessore Regionale alla Sanità.

Il Collegio Sindacale è convocato dal Presidente eletto nella prima seduta.

In particolare, svolge le funzioni di verifica dell'attività dell'Istituto sotto il profilo economico ed amministrativo-contabile, vigila sull'osservanza della legge e accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili.

Comitato Tecnico Scientifico

Componenti: Prof. Aldo Vecchione (Presidente), Dott. Sergio Lodato, Dott. Nicola Mozzillo, Dott. Nicola Normanno, Dott. Adolfo Gallipoli D'Errico, Dott. Gaetano Rocco, Dott. Sandro Pignata, Dott.ssa Virginia Rossi, Dott. Giancarlo Zotti, Prof. Sabino De Placido, nominati con Deliberazione del Direttore Generale n. 1055 del 4 novembre 2009.

Il Comitato Tecnico Scientifico è nominato dal Direttore Generale con durata quinquennale. E' un organismo che ha funzioni consultive e di supporto tecnico-scientifico all'attività scientifica.

Tale organo è presieduto dal Direttore Scientifico, vi partecipa di diritto il Direttore Sanitario ed è composto da altri otto membri scelti dal Consiglio di Indirizzo e Verifica: quattro membri vengono individuati tra i responsabili dei Dipartimenti; un membro tra il personale medico dirigente; un membro tra il personale della professione sanitaria con incarichi dirigenziali; due membri tra esperti esterni. Ad essi si aggiunge il Direttore Sanitario che ha diritto a partecipare alla attività di tale organo.

Comitato Etico

Componenti: Prof. Paolo Casavola (Presidente), Dott. Bruno Daniele, Prof. Andrea Renda, Prof. Ruggiero Nigro, Dott. Angelo Castaldo, Dott. Antonio Febbraro, Dott. Salvatore Panico, Prof. Giuseppe Cirino, Prof. Luigi Palmieri, Padre Francesco Roca O.P. designato dalla Curia Arcivescovile della Diocesi di Napoli, Dott. Ciro Carbone, Prof. Arcibaldo Miller, Prof. Domeni-

2. Nominato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale della Campania n. 172 del 14.06.2012 in sostituzione del Dott. Iannelli.

co De Simone, Prof. Marco Ivaldo, Prof. Carmine Nappi, Prof.ssa Rosalba Tufano. Componenti ex officio, Prof. Aldo Vecchione (Direttore Scientifico), Dott. Sergio Lodato (Direttore Sanitario Aziendale), Dott.ssa Piera Maiolino (Direttore FF Servizio di Farmacia).

Il Comitato valuta il profilo etico dei programmi di sperimentazione scientifica e terapeutica avviati nell'Istituto; fornisce pareri sulle questioni a esso sottoposte dal Direttore Generale, dal Direttore Scientifico o dal Consiglio di Indirizzo e Verifica; formula proposte sulle materie di propria competenza.

Il Comitato Etico dura in carica fino all'insediamento del Direttore Generale successivo a quello che ha provveduto alla relativa nomina.

Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

Componenti: Prof.ssa Maria Triassi (Presidente), Dott. Paolo D'Argenio e Avv. Antonio Nardone.

Il 29 dicembre 2010 è stato istituito l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) ai sensi dell'articolo 14 del D.Lgs. n. 150/2009 secondo il quale l'OIV svolge le seguenti funzioni:

- monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;
- comunica tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei Conti, all'Ispettorato per la funzione pubblica e alla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche;
- valida la Relazione sulla performance e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione;
- garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi secondo quanto previsto dalla normativa vigente nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- propone, sulla base del sistema di valutazione, all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi;
- è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche;
- promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità e verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

Con l'insediamento di quest'organo collegiale, avvenuto il 28 gennaio 2011, sono cessate le funzioni del Nucleo di Valutazione. Ai sensi dell'art. 14 comma 9 del D.Lgs. n. 150/09, con delibera n. 596 del 28.06.2011 è stata istituita presso l'Organismo Indipendente di Valutazione la struttura tecnica permanente per la misurazione della performance costituita dalla dott.ssa Daniela De Felice (Responsabile), dott.ssa Carla Napoli e dott.ssa Paola Del Prete. Tale struttura supporta l'Organismo nel processo di misurazione della performance.

1.4.3 Assetto organizzativo

Alla fine dell'anno 2010, l'Istituto è stato oggetto di una riorganizzazione strutturale ispirata al modello dei "Comprehensive Cancer Center" statunitensi, quali "Centri di Eccellenza in Oncologia (CEO)". Tale riorganizzazione ha aggiornato il "Regolamento di organizzazione e di funzionamento dell'IRCCS Fondazione Pascale" adottato nel 2007.

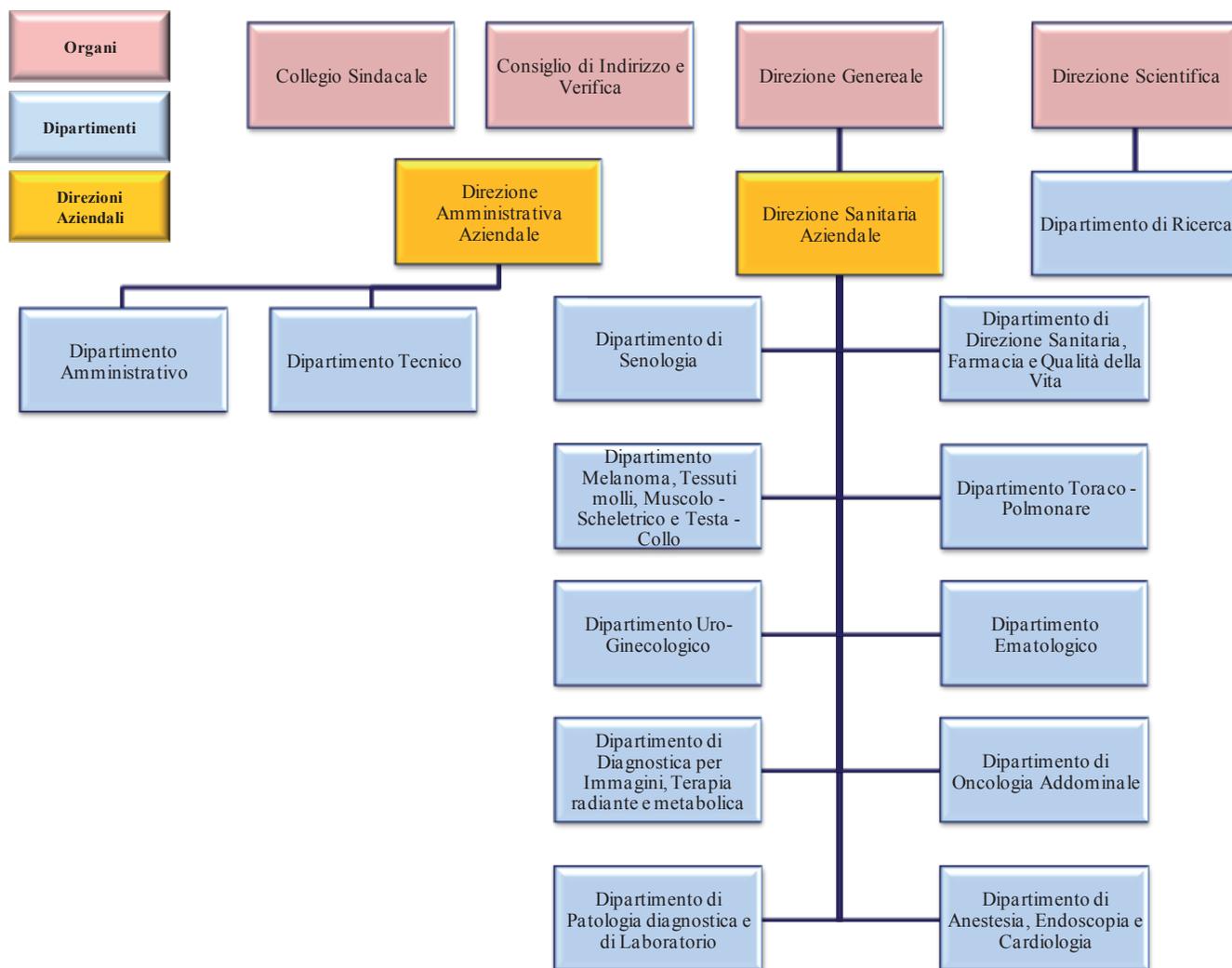


Figura 17 - Configurazione organizzativa dell'Istituto

Più specificamente, il modello organizzativo prevede una struttura Dipartimentale, a sua volta articolata in Strutture semplici e complesse. In particolare si compone di:

- n. 1 Dipartimento Amministrativo;
- n. 1 Dipartimento Tecnico;
- n. 1 Dipartimento di Ricerca;
- n. 1 Dipartimento di Direzione Sanitaria, Farmacia e Qualità della Vita;
- n. 9 Dipartimenti d'Organo.

1.4.3.1 Il modello organizzativo

Nelle pagine che seguono, si dà evidenza delle singole unità organizzative che compongono la struttura delle direzioni e dei dipartimenti dell'Istituto, ripercorrendo in maniera sintetica la composizione già descritta nel Bilancio Sociale 2010.

Direzione Generale, supportata nella propria attività dalle seguenti funzioni in staff: formazione, servizio prevenzione e protezione, medico competente, segreteria, ufficio stampa e URP.

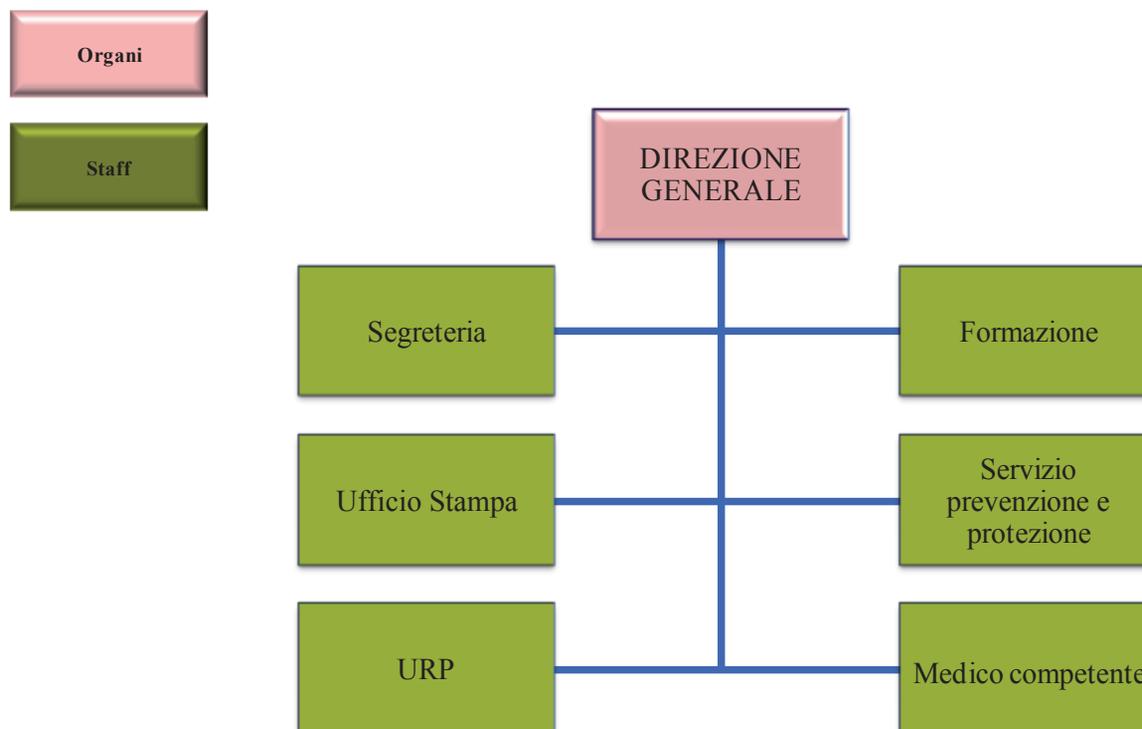


Figura18 – Organigramma della Direzione Generale

Direzione Amministrativa Aziendale, che opera con la collaborazione del Dipartimento Amministrativo e del Dipartimento Tecnico a loro volta organizzati nelle seguenti strutture complesse:

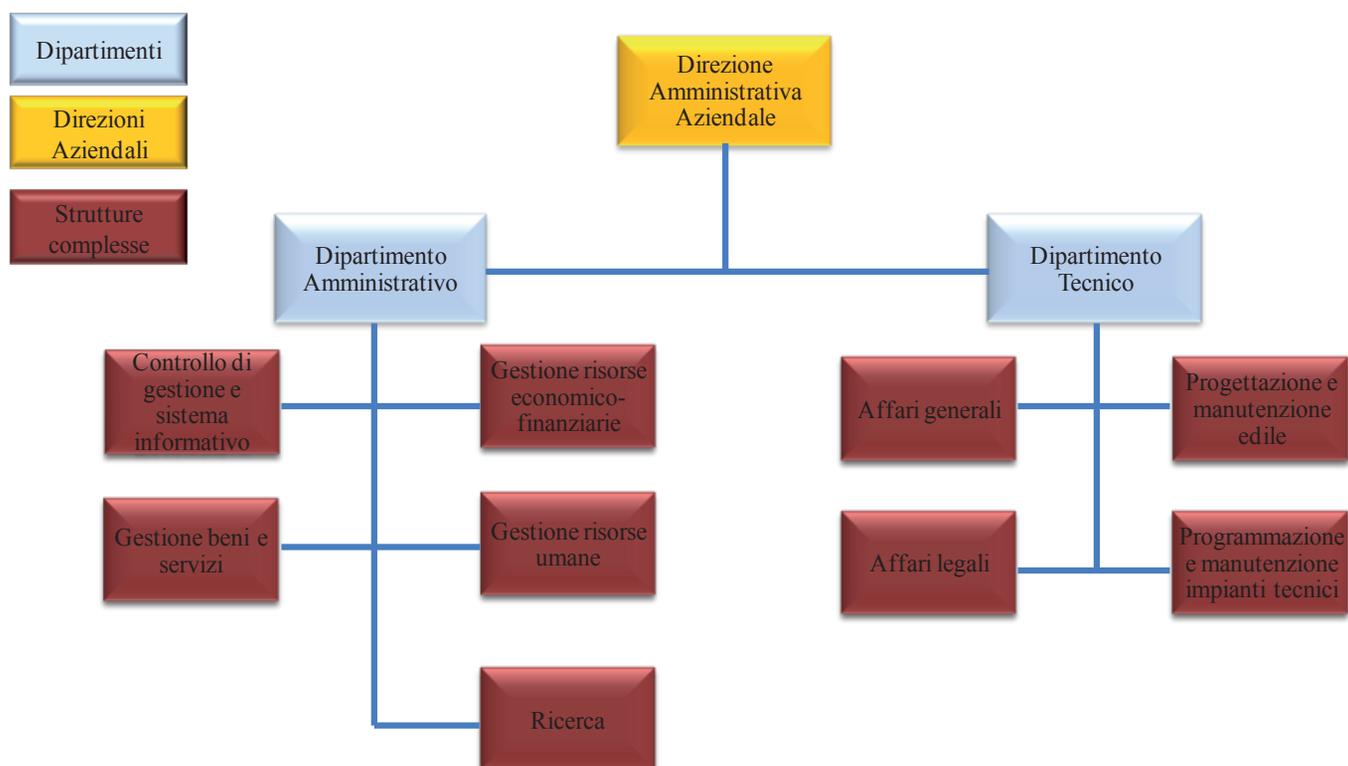


Figura19 - Organigramma della Direzione Amministrativa Aziendale

Direzione Sanitaria Aziendale, supportata in linea dal Dipartimento di Direzione Sanitaria, Farmacia e Qualità della Vita e da funzioni di staff sia amministrative che sanitarie, coordina, dal punto di vista programmatico ed igienico organizzativo, i dipartimenti sanitari.

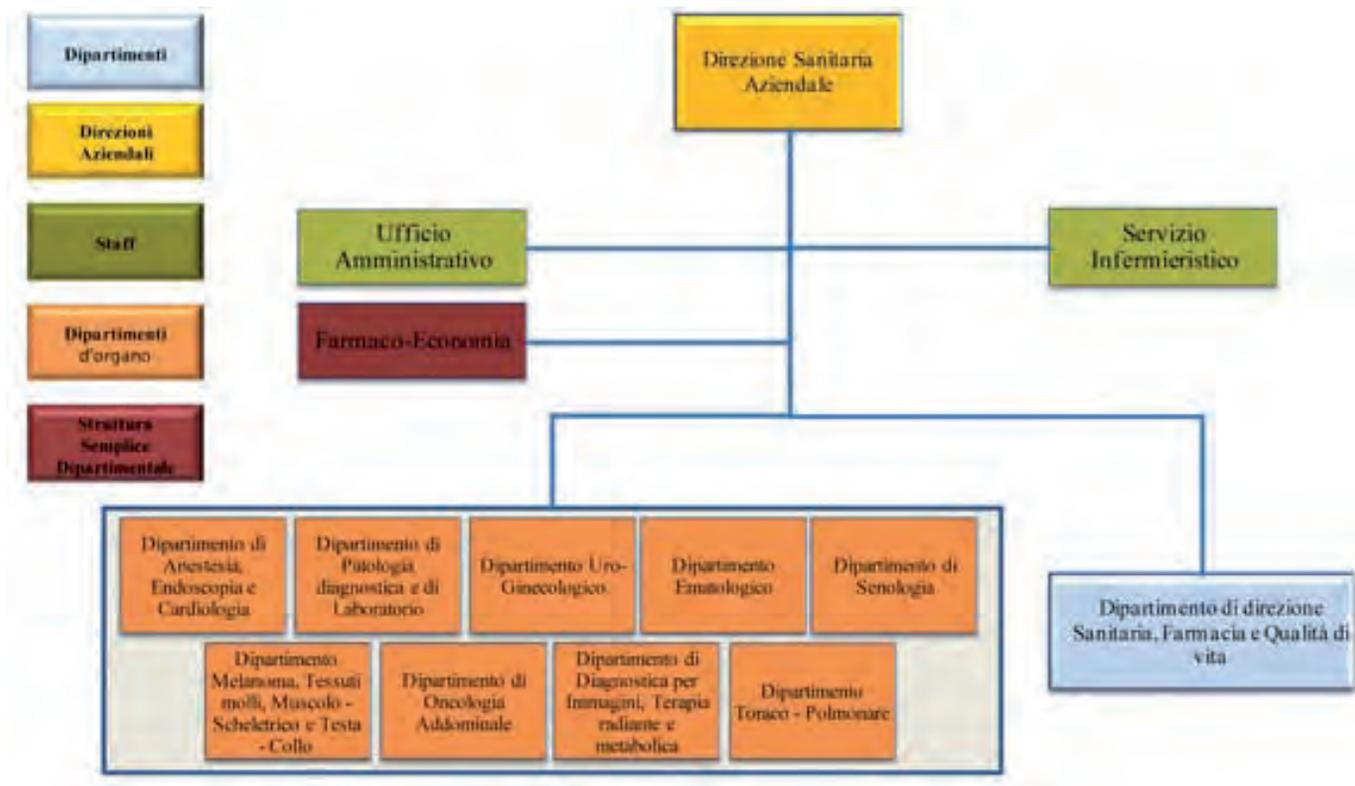


Figura 20 – Organigramma della Direzione Sanitaria Aziendale

Direzione Scientifica, che negli IRCCS rappresenta il centro di promozione, coordinamento, gestione e sviluppo della ricerca scientifica biomedica, finanziata da soggetti pubblici e privati, sia in ambito regionale che nazionale ed internazionale. La Direzione Scientifica è supportata direttamente dalla struttura complessa amministrativa della Ricerca e gestisce inoltre:

- la Biblioteca "Ciro Manzo";
- il Corso di Laurea in Infermieristica;
- il Corso di Laurea per Tecnico di Laboratorio Biomedico;
- la Struttura Semplice Dipartimentale che si occupa di Epidemiologia. Infine, nella promozione e gestione dei progetti di ricerca, è coadiuvata dal Dipartimento di Ricerca.

Il suddetto Dipartimento si articola poi in 5 strutture complesse e 2 strutture semplici dipartimentali quali:

- SC Biologia Molecolare ed Oncogenesi;
- SC Farmacologia Sperimentale;
- SC Genomica Funzionale;
- SC Biologia Cellulare e Bioterapie;
- SC Sperimentazioni Cliniche;
- SSD Progressione Neoplastica;
- SSD Sperimentazione Animale.

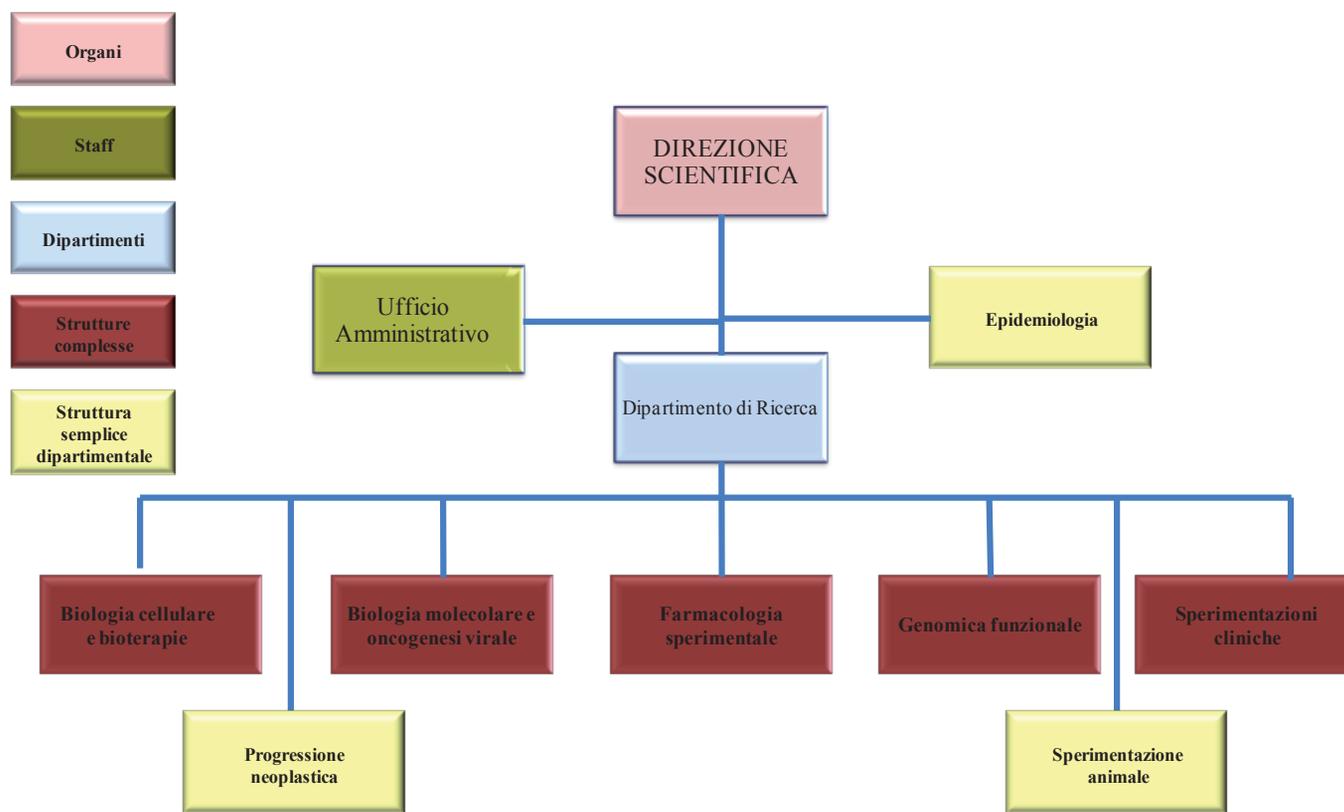


Figure 21 – Organigramma della Direzione Scientifica

1.4.3.2 Il CROM (Centro Ricerche Oncologico di Mercogliano)

CROM è l'acronimo di Centro di Ricerche Oncologiche di Mercogliano; la costituzione e la gestione del Centro è affidata all'IRCCS Istituto Nazionale Tumori (INT) "Fondazione G. Pascale" di Napoli (deliberazione n. 1630 del 13/10/2006 della Regione Campania); una convenzione sottoscritta il 30/11/2006 regola i rapporti tra Regione Campania, Provincia di Avellino e Istituto Tumori di Napoli. Il Centro provvede allo studio delle malattie neoplastiche, con particolare attenzione ai nuovi farmaci anti-tumorali e alle strategie innovative per la prevenzione, la diagnosi e la terapia dei tumori umani.

La struttura ha un sistema organizzativo molto fluido e ad elevata integrazione orizzontale, capace di garantire allo stesso tempo piena autonomia nel rispetto delle direttive ricevute; ha caratteri di unicità e grande valenza e si propone quale struttura di raccordo, strutturale e virtuale, capace di stabilire, nel rispetto della programmazione regionale, stretti collegamenti e sinergie con le altre strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, pubbliche e private, e con le Università, al fine di elaborare e attuare programmi comuni.

Svolge le attività caratteristiche del "Triangolo delle Conoscenze" e cioè:

- ricerca, prettamente in farmacologia molecolare oncologica pre-clinica;
- formazione;
- trasferimento tecnologico.

Il Centro dispone delle più moderne tecnologie scientifiche, è dotato di un'area ad alto contenuto tecnologico con ciclotrone per la produzione di traccianti e una Pet/Tc per piccoli animali ed offre un'ampia offerta formativa con sale conferenza, aule multimediali attrezzate, laboratori didattici. Di seguito, si riporta una rappresentazione della struttura organizzativa del Centro.



Figure 22 - Organigramma del Centro di ricerca oncologico Mercogliano (CROM)

2

parte seconda

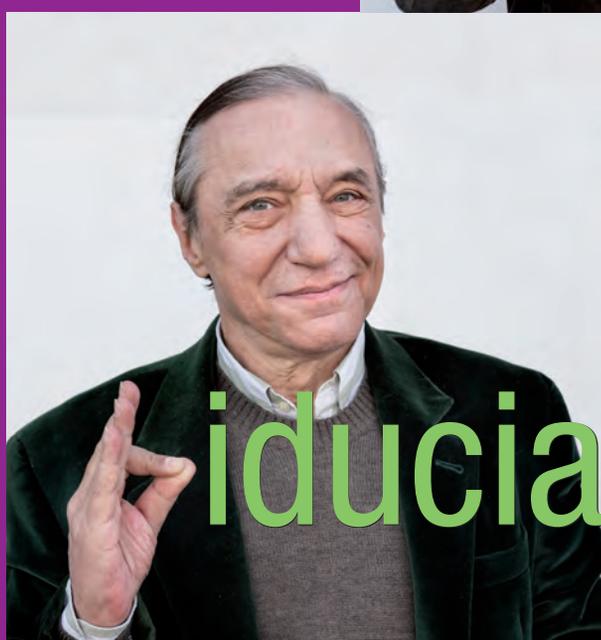
Creazione e Distribuzione del Valore Aggiunto



cra



preve nzione



iducia

”

Il Bilancio d'esercizio dell'Istituto viene redatto in ottemperanza alle norme del Codice Civile, in conformità ai principi contabili e alla vigente normativa, nonché in base alle disposizioni impartite dall'Assessorato alla Sanità della Regione Campania.

*Il Bilancio si compone di:
Stato Patrimoniale (attivo e passivo);
Conto Economico;
Nota Integrativa ed allegati.*

Creazione e Distribuzione del Valore Aggiunto

Il Bilancio d'esercizio dell'Istituto viene redatto in ottemperanza alle norme del Codice Civile, in conformità ai principi contabili e alla vigente normativa, nonché in base alle disposizioni impartite dall'Assessorato alla Sanità della Regione Campania.

Il Bilancio si compone di:

- **Stato Patrimoniale (attivo e passivo);**
- **Conto Economico;**
- **Nota Integrativa ed allegati.**

Nel seguito, si vuole dare evidenza, riportando gli schemi di bilancio patrimoniale ed economico e fornendo un confronto rispetto all'annualità 2010, delle risultanze economiche, finanziarie e patrimoniali dell'Istituto per l'anno 2011, in ottica di produzione e distribuzione del valore aggiunto. Il valore aggiunto rappresenta il contributo dell'Istituto al miglioramento delle condizioni dei propri pazienti e della comunità di appartenenza, permettendo di evidenziare l'effetto economico (o economicamente esprimibile) che l'attività d'azienda ha prodotto sulle principali categorie di stakeholder. Alla luce di ciò e in considerazione degli obiettivi che il processo di rendicontazione sociale si pone, si mettono in evidenza:

- la modalità di finanziamento dell'Istituto;
- la capacità dell'Istituto di generare e distribuire valore aggiunto.

2.1 Le Risorse

L'Istituto svolge le sue attività ricorrendo alle varie fonti di contribuzione previste dalla vigente normativa. Di seguito, si riportano sinteticamente le risorse destinate all'esercizio 2011 confrontate a quelle dell'esercizio precedente.

2.1.1 Il Protocollo di intesa con la Regione Campania

Il Protocollo di Intesa firmato con la Regione Campania per il triennio 2010 – 2012, oltre a definire gli obiettivi che l'Istituto deve perseguire nel triennio, individua anche le risorse che la Regione rende disponibile all'Istituto in base al ruolo che quest'ultimo, in quanto IRCCS di diritto pubblico, ha all'interno del Servizio Sanitario Regionale.

Per consentire all'Istituto di raggiungere i prefissati obiettivi istituzionali, sia in termini assistenziali che in termini di ricerca, le risorse per l'esercizio 2011, assicurate dalla Regione ai sensi di quanto disposto dall'art. 10 del D.Lgs. 288/03, nonché dall'art. 8 quinquies del D.Lgs. 502/92 e ss.mm.ii., sono indicate di seguito

Descrizione attività	2011
Erogazione di prestazioni di	
a) ricovero e cura e di quelle specialistiche ambulatoriali	80.000
b) Attività di ricerca assistenziale applicata	10.000
c) Attività di ricerca traslazionale	6.000
Totale finanziamento	96.000

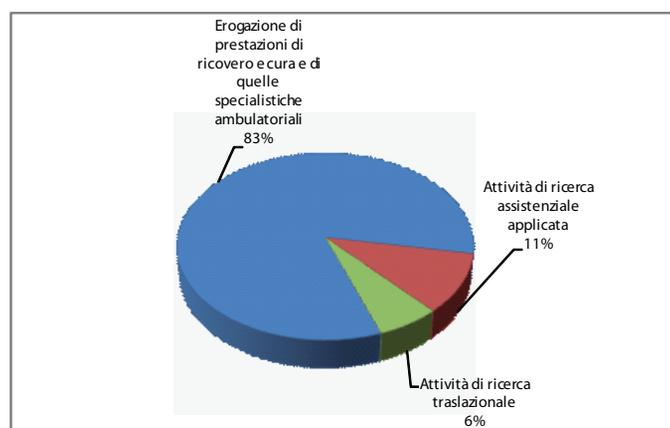


Figura 23 - Composizione delle linee di finanziamento in € (Protocollo di intesa 2010 – 2012- Competenza 2011).

Le risorse di competenza 2011 previste dal Protocollo di Intesa sono le medesime erogate per l'annualità 2010.



2.1.2 Altre risorse

Oltre alle risorse derivanti dal Protocollo di Intesa stipulato con la Regione Campania, l'Istituto si avvale di:

- contributi per la ricerca corrente (Ministero della Salute);
- contributi per la ricerca finalizzata (Ministero della Salute, MIUR, Regione Campania, AIRC, AIFA, Unione Europea, Aziende Farmaceutiche, ecc.);
- contributi per le sperimentazioni cliniche e gli studi osservazionali;
- contributi derivanti dal 5 per mille;
- contributi in conto capitale (Ministero della Salute);
- contributi derivanti da donazioni ed erogazioni liberali.

Con particolare riferimento alle attività di ricerca di seguito descritte, si evidenzia che, attraverso procedure ad evidenza pubblica ed utilizzando solo ed esclusivamente fondi destinati alla ricerca, sono stati attivati nel corso del 2011 circa 180 contratti di collaborazione con professionalità esterne.

2.1.2.1 La ricerca corrente

La ricerca corrente consiste nell'attività di ricerca scientifica diretta a sviluppare, anche nel corso del tempo, le conoscenze fondamentali in settori specifici della biomedicina e della sanità pubblica, per i quali vi è stato il riconoscimento di IRCCS.

L'attività di ricerca corrente che viene svolta presso l'Istituto è finanziata sulla base di programmi pluriennali predefiniti dal Ministero della Salute.

I progetti di ricerca corrente sono attuati attraverso la programmazione triennale dei progetti istituzionali, con riferimento agli indirizzi del programma nazionale di ricerca sanitaria (cfr. D.Lgs. n. 229/1999, art.12/bis comma 5).

Le attività di ricerca corrente dell'Istituto sono organizzate nelle seguenti Macroaree, che raggruppano progetti clinici e traslazionali su base tematica:



Figura 24 - Macroaree dell'attività di ricerca corrente dell'Istituto

L'attività di ricerca viene espletata nel pieno rispetto della personalità del paziente e sempre con la sottoscrizione del consenso informato da parte del paziente o di chi ne esercita la potestà, secondo gli indirizzi del Comitato Etico dell'Istituto ed in conformità alla vigente normativa in materia di sperimentazioni cliniche.

Le somme destinate alle attività di ricerca corrente per l'esercizio 2011 sono state pari a €/000 2.996.

2.1.2.2 La ricerca finalizzata

La ricerca finalizzata consiste nell'attività di ricerca attuata attraverso specifici progetti e diretta al raggiungimento dei particolari e prioritari obiettivi, biomedici e sanitari, individuati dal Piano Sanitario Nazionale. Essa si sviluppa sia attraverso la partecipazione a specifici bandi regionali, nazionali ed internazionali, promossi da enti ed istituzioni pubbliche o private, sia tramite l'effettuazione di progetti di ricerca sponsorizzati direttamente da soggetti privati. Le risorse a sostegno delle attività

di ricerca finalizzata, la cui durata nella maggior parte dei casi è pluriennale, sono erogate da vari Enti:

- Ministero della Salute;
- Istituto Superiore di Sanità;
- MIUR (es bandi PON per Regioni della Convergenza, cluster, ecc.);
- Comunità Europea (es Bandi Health, programma quadro FPVII);
- Regione Campania;
- Soggetti privati;
- Associazioni/Fondazioni (es AIRC, TELETHON, ecc.);
- Altri Enti.

Nel corso del 2011, le attività di ricerca finalizzata hanno riguardato sia progetti avviati nel corso dell'esercizio in esame, sia progetti avviati nel corso dei precedenti esercizi.

Di seguito, si riporta il numero di progetti avviati nei vari anni, la durata media prevista per singolo progetto (che comunque potrebbero essere interessati da eventuali proroghe), l'ammontare dell'importo destinato alle attività di ricerca svolte presso l'Istituto rispetto a quello destinato ai soggetti terzi.

N. progetti attivi	Anno di avvio dei progetti	Durata media (in anni)	Quota competenza	<i>di cui:</i> destinata alle	<i>di cui:</i> destinata alle
			2011	unità interne dell'Istituto	unità esterne all'Istituto
			a=(b+c)	(b)	(c) (soggetti terzi)
6	2008	3	€ 483.000,00	€ 441.000,00	€ 42.000,00
5	2009	3	€ 435.000,00	€ 360.000,00	€ 75.000,00
1	2010	3	€ 7.000,00	€ 7.000,00	-
13	2011	3	€ 678.000,00	€ 678.000,00	-
25			€ 1.603.000,00	€ 1.486.000,00	€ 117.000,00

Figura 25 - Importo finanziamento cumulato dei progetti

2.1.2.3 Sperimentazioni cliniche e studi osservazionali

Presso l'Istituto vengono svolte sia sperimentazioni cliniche (ovvero qualsiasi studio sull'uomo finalizzato a scoprire o verificare gli effetti clinici e/o farmacologici e/o a individuare qualsiasi reazione avversa ad uno o più medicinali sperimentali) che studi osservazionali (ovvero studi nei quali i medicinali sono prescritti secondo le indicazioni dell'autorizzazioni in commercio).

Sia le sperimentazioni cliniche che gli studi osservazionali possono essere promossi dall'Istituto o da altri soggetti pubblici (studi "no-profit") che, in alcuni casi, possono essere "supportati" economicamente oppure essere promossi da Aziende Farmaceutiche (studi "profit").

In entrambi i casi, l'Istituto, con cadenza semestrale, procede al monitoraggio delle attività svolte e del numero di pazienti arruolati (che, nel caso degli studi profit, è l'elemento necessario affinché lo sponsor proceda all'erogazione della quota destinata allo studio).

Di seguito, si riporta un'analisi dei 42 studi clinici (profit e no-profit) attivati dall'Istituto nel corso del 2011, gli importi relativi alle sperimentazioni dell'anno 2011 distinte in sperimentazioni cliniche e studi osservazionali profit e no-profit.

Tipologia studio clinico	Studi attivati nell'anno 2011	Studi attivati nell'anno 2010
Sperimentazioni no-profit	9	12
Sperimentazioni profit	21	21
Totale sperimentazioni cliniche (a)	30	33
Studi osservazionali no-profit	8	11
Studi osservazionali profit	4	1
Totale studi osservazionali (b)	12	12
Totale studi ciclici (a+b)	42	45

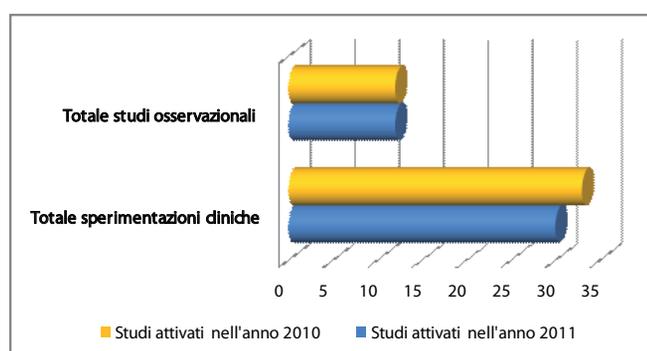


Figura 26 - Sperimentazioni cliniche e studi osservazionali

Importi Sperimentazioni anno 2011 - Profit								
N.	Titolo	Responsabile	Sponsor	Pareri C.E.I	Delibera	Contributo per paziente	N. PZ. Previsti per il centro	Importo presunto derivante
2/11	20060517 - STUDIO IN DOPPIO CIECO RANDOMIZZATO DI FASE III CON DOXORUBICINA LIPOSOMIALE PEGILATA (PLD) IN ASSOCIAZIONE AD AMG 386 O PLACEBO IN DONNE CON CARCINOMA EPITELIALE OVARICO, CARCINOMA PERITONEALE PRIMARIO O CANCRO DELLE TUBE DI FALLOPPIO RECIDIVATI, PARZIALMENTE SENSIBILI O RESISTENTI AL PLATINO.	S. PIGNATA	STUDIO MULTICENTRICO INTERNAZIONALE PROMOSSO AMGEN DOMPE	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 16.02.2011	N.471 DEL 20.05.2011	15.460,00 +IVA	5	77.300,00
3/11	ARQ197-A-U302 - STUDIO DI FASE 3, RANDOMIZZATO, IN DOPPIO CIECO, CONTROLLATO RISPETTO A PLACEBO, DI ARQ 197 PIU' ERLOTINIB RISPETTO A PLACEBO PIU' ERLOTINIB IN OGGETTI PRECEDENTEMENTE TRATTATI CON CARCINOMA POLMONARE NON A PICCOLE CELLULE, NON SQUAMOSO (NSCLC) LOCALMENTE AVANZATO O METASTATICO.	A. MORABITO	STUDIO MULTICENTRICO PROMOSSO ICON	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 16.02.2011	N.391 DEL 04.05.2011	4.733,00 +IVA	10	47.330,00
6/11	CC-4047-MM-003 - STUDIO DI FASE 3, MULTICENTRICO, RANDOMIZZATO, IN APERTO PER CONFRONTARE L'EFFICACIA E LA SICUREZZA DI POMALIDOMIDE IN ASSOCIAZIONE A BASSE DOSI DI DESAMETASONE AL DESAMETASONE AD ALTE DOSI IN SOGGETTI CON MIELOMA ULTIPLIO REFRATTARIO O RECIDIVANTE E REFRATTARIO.	A. PINTO	STUDIO MULTICENTRICO PROFIT PROMOSSO PRA INTERNATIONAL	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 23.03.2011	N.635 DEL 06.07.2011	8.345,00 +IVA	8	66.760,00
7/11	CC-4047-MM-003/C (Companion study) - STUDIO IN APERTO, MULTICENTRICO, A BRACCIO SINGOLO PER VALUTARE LA SICUREZZA E L'EFFICACIA DELLA POMALIDOMIDE (CC-4047) COME MONOTERAPIA IN SOGGETTI CON MIELOMA MULTIPLO REFRATTARIO O RECIDIVANTE E REFRATTARIO. STUDIO COMPANION. AL PROTOCOLLO CLINICO CC-4047-MM003	A. PINTO	STUDIO MULTICENTRICO PROFIT PROMOSSO PRA INTERNATIONAL	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 23.03.2011	N.634 DEL 06.07.2011	6.485,00 +IVA	3	19.455,00
10/11	CMK162X2201 - STUDIO IN APERTO, DI FASE II, PER VALUTARE LA SICUREZZA E L'EFFICACIA DI MEK162 SOMMINISTRATO PER VIA ORALE IN PAZIENTI ADULTI CON MELANOMA MALIGNO CUTANEO IN STADIO LOCALMENTE AVANZATO E NON OPERABILE O METASTATICO, CON LE MUTAZIONI BRAFV600E O NRAS	P. ASCIERTO	STUDIO MULTICENTRICO PROFIT PROMOSSO NOVARTIS	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 20.04.2011	N.467 DEL 20.05.2011	8.200,00 +IVA	4	32.800,00
13/11	A8081005 - STUDIO IN APERTO DI FASE II DELL'EFFICACIA E SICUREZZA DI PF-02341066 IN PAZIENTI CON CARCINOMA POLMONARE NON MICROCITOMA (NSCLC) AVANZATO CHE PRESENTANO TRASLOCAZIONE O INVERSIONE DEL LOCUS GENICO DELLA CHINASI DEL LINFOMA NAPLASTICO (ALK)	A. MORABITO	STUDIO MULTICENTRICO PROFIT PROMOSSO PFIZER	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 20.04.2011	N.1086 del 15.12.2011	5.970,00 +IVA	2	11.940,00
14/11	A8081007 - STUDIO RANDOMIZZATO IN APERTO DI FASE III SULL'EFFICACIA E SULLA SICUREZZA DI PF-02341066 VS CHEMIOTERAPIA STANDARD (PEMETREXED O DOCETAXEL) IN PAZIENTI CON CARCINOMA POLMONARE NON MICROCITOMA (NSCLC) IN STADIO AVANZATO CHE PRESENTANO TRASLOCAZIONE O INVERSIONE DEL LOCUS GENICO DELLA CHINASI DEL LINFOMA ANAPLASTICO (ALK)	A. MORABITO	STUDIO MULTICENTRICO PROFIT PROMOSSO PFIZER	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 20.04.2011	N.1085 del 15.12.2011	6.170,00 +IVA	2	12.340,00
15/11	MO22998-TANIA - STUDIO DI FASE III, RANDOMIZZATO, PER VALUTARE EFFICACIA E SICUREZZA DEL TRATTAMENTO CONTINUATO E DI REINDUZIONE CON BEVACIZUMAB IN ASSOCIAZIONE ALLA CHEMIOTERAPIA IN PAZIENTI CON CARCINOMA DELLA MAMMELLA LOCALMENTE RECIDIVATO O METASTATICO, DOPO IL TRATTAMENTO DI PRIMA LINEA CON LA CHEMIOTERAPIA E BEVACIZUMAB.	M. DE LAURENTIS	STUDIO MULTICENTRICO PROFIT PROMOSSO ROCHE	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 20.04.2011	N.636 DEL 06.07.2011	5.000,00 +IVA	2	10.000,00

Importi Sperimentazioni anno 2011 - Profit								
N.	Titolo	Responsabile	Sponsor	Pareri C.E.I	Delibera	Contributo per paziente	N. PZ. Previsti per il centro	Importo presunto derivante
16/11	MO25515 - STUDIO IN APERTO, MULTICENTRICO DI ACCESSO ALLARGATO SULL'IMPIEGIO DI ROS185426 IN PAZIENTI AFFETTI DA MELANOMA METASTATICO.	P. ASCIERTO	STUDIO MULTICENTRICO PROFIT PROMOSSO ROCHE	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 20.04.2011	N.465 DEL 20.05.2011	4.000,00 +IVA	5	20.000,00
18/11	MO25616 - STUDIO MULTICENTRICO, A BRACCIO SINGOLO, IN APERTO, DI FASE II VOLTO A VALUTARE LA SICUREZZA DI VISMODEGIB (GDC-0449) IN PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA BASOCELLULARE (BCC) LOCALMENTE AVANZATO O METASTATICO.	P. ASCIERTO	STUDIO MULTICENTRICO PROFIT PROMOSSO ROCHE	PARERE UNICO FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 25.05.2011	N.716 DEL 03.08.2011	2.500,00 +IVA	2	5.000,00 +IVA
20/11	ML25625 - STUDIO CLINICO MULTICENTRICO, IN APERTO, PER VALUTARE IL TASSO DI RISPOSTA OBIETTIVA A BEVACIZUMAB IN COMBINAZIONE A FOLFOX-6 MODIFICATO, SEGUITI DA UN ANNO DI TERAPIA DI MANTENIMENTO CON SOLO BEVACIZUMAB, IN PAZIENTI CON METASTASI EPATICHE DA CARCINOMA COLORETTALE INIZIALMENTE NON RESECABILI O A RESECABILITA' BORDERLINE (THE CLMO-001 TRIAL).	G. NASTI	STUDIO MULTICENTRICO PROFIT PROMOSSO ROCHE	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 25.05.2011	N.722 DEL 03.08.2011	10.300,00 +IVA	7	72.100,00 +IVA
22/11	212082-PCR-3001 - UNO STUDIO IN APERTO SU ABIRATERONE ACETATO IN SOGGETTI CON CARCINOMA PROSTATICO METASTATICO RESISTENTE ALLA CASTRAZIONE, CHE E' PROGREDITO DOPO UNA CHEMIOTERAPIA A BASE DI TAXANI.	G. FACCHINI	STUDIO MULTICENTRICO PROFIT PROMOSSO JANSSEN-CILAG	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 25.05.2011	N.721 DEL 03.08.2011	1.125,00 +IVA	20	22.500,00 +IVA
24/11	BO21005 - STUDIO DI FASE III, MULTICENTRICO, IN APERTO, RANDOMIZZATO PER CONFRONTARE L'EFFICACIA DI GA101 (ROS072759) IN COMBINAZIONE A CHOP (G-CHOP), RISPETTO A RITUXIMAB E CHOP, (R-CHOP) IN PAZIENTI CON LINFOMA DIFFUSO A GRANDI CELLULE B (DLBCL) CD20-POSITIVO NON TRATTATI IN PRECEDENZA	A. PINTO	STUDIO MULTICENTRICO PROFIT PROMOSSO ROCHE	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 20.06.2011	N.720 DEL 03.08.2011	13.500,00 +IVA	6	81.000,00
27/11	BO25734/TDM4997g - STUDIO DI FASE III RANDOMIZZATO, MULTICENTRICO, A DUE BRACCI, IN APERTO, PER VALUTARE L'EFFICACIA DI T-DM1 RISPETTO AL TRATTAMENTO SCELTO DAL MEDICO IN PAZIENTI CON CARCINOMA DELLA MAMMELLA METASTATICO, HER2-POSITIVO, CHE HANNO RICEVUTO ALMENO DUE PRECEDENTI REGIMI DI TERAPIA ANTI-HER2	M. DE LAURENTIS	STUDIO MULTICENTRICO PROFIT PROMOSSO ROCHE	PARERE UNICO FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 20.07.2011	N.836 DEL 11.10.2011	11.000,00 +IVA	10	110.000,00
29/11	CA204004 - STUDIO DI FASE 3, RANDOMIZZATO, IN APERTO SU LENALIDOMIDE/DESAMETASONE CON O SENZA ELUTUZUMAB NEL MIELOMA MULTIPLO RECIDIVANTE O REFRATTARIO	A. PINTO	STUDIO MULTICENTRICO PROFIT PROMOSSO PAREXEL	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 21.09.2011	N.1128 DEL 20.12.2011	7.653,60 +IVA - € 9.567,60 +IVA	4	36.122,00
30/11	CA204006 - STUDIO DI FASE 3, RANDOMIZZATO, IN APERTO SU LENALIDOMIDE/DESAMETASONE CON O SENZA ELUTUZUMAB IN SOGGETTI CON MIELOMA MULTIPLO NON TRATTATO IN PRECEDENZA.	A. PINTO	STUDIO MULTICENTRICO PROFIT PROMOSSO PAREXEL	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 21.09.2011	N.1127 DEL 20.12.2011	10.908,00 +IVA - € 13.793,40 +IVA	4	50.902,80
31/11	POLARIS 2009-001 - STUDIO DI FASE III MULTICENTRICO IN DOPPIO CIECO RANDOMIZZATO SU ADI-PEG 20 ASSOCIATO ALLA MIGLIORE TERAPIA DI SUPPORTO (BSC) VERSO PLACEBO ASSOCIATO ALLA BSC IN SOGGETTI AFFETTI DA CARCINOMA EPATOCELLULARE AVANZATO (HCC) CHE HANNO FALLITO UNA PRECEDENTE TERAPIA SISTEMICA	F. IZZO	STUDIO MULTICENTRICO PROFIT PROMOSSO DA POLARIS GROUP	PARERE UNICO FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 19.10.2011	N.1087 DEL 15.12.2011	5.000,00 +IVA	20	100.000,00

Importi Sperimentazioni anno 2011 - Profit								
N.	Titolo	Responsabile	Sponsor	Pareri C.E.I	Delibera	Contributo per paziente	N. PZ. Previsti per il centro	Importo presunto derivante
32/11	IPR/24 - NGR018 - STUDIO RANDOMIZZATO DI FASE II SULLA SOMMINISTRAZIONE DI NGR hTFN IN COMBINAZIONE CON DOXORUBICINA PEGILATA LIPOSOMIALE (PLD) CONFRONTATO CON LA SOMMINISTRAZIONE DI DOXORUBICINA PEGILATA LIPOSOMIALE (PLD) IN PAZIENTI AFFETTI DA TUMORE OVARICO RESISTENTI AL PLATINO	C. PISANO	STUDIO MULTICENTRICO PROFIT PROMOSSO DA MOLECULAR MEDICINE SPA	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 21.09.2011	N.230 del 11.03.2012	5.000,00 +IVA	3	15.000,00
33/11	1200.43 - STUDIO RANDOMIZZATO, IN APERTO, DI FASE III, PER VALUTARE L'EFFICACIA E LA SICUREZZA DI AFATINIB (BIBW 2992) SOMMINISTRAZIONE ORALE VERSO METOTRESSATO SOMMINISTRAZIONE ENDOVENOSA IN PAZIENTI CON CARCINOMA A CELLULE SQUAMOSE DEL TESTA-COLLO RICORRENTE/METASTATICO, CHE SONO IN PROGRESSIONE DOPO TERAPIA A BASE DI PLATINO.	F. CAPONIGRO	STUDIO MULTICENTRICO PROFIT PROMOSSO DA BOEHRINGER INGELHEIM SPA	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 19.10.2011	N.1084 del 15.12.2011	1.850,00 +IVA	5	9.250,00
34/11	1200.131 - STUDIO RANDOMIZZATO, IN DOPPIO CIECO, CONTROLLATO VERSO PLACEBO, DI FASE III, VOLTO A VALUTARE L'EFFICACIA E LA SICUREZZA DI AFATINIB (BIBW 2992) COME TERAPIA ADIUVANTE DOPO CHEMIORADIOTERAPIA IN PAZIENTI CON CARCINOMA DEL TESTA-COLLO, A CELLULE SQUAMOSE, LOCO-REGIONALMENTE AVANZATO, DI STADIO III, IVA O IVB, IN ASSENZA DI CHIRURGIA PRIMARIA.	F. CAPONIGRO	STUDIO MULTICENTRICO PROFIT PROMOSSO DA BOEHRINGER INGELHEIM SPA	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 19.10.2011	N.1083 del 15.12.2011	1.950,00 +IVA	7	13.650,00
35/11	MO25455 - STUDIO RANDOMIZZATO PER CONFRONTARE LA TERAPIA DI MANTENIMENTO CON RITUXIMAB PER VIASOTTOCUTANEA SOMMINISTRATA CONTINUATIVAMENTE FINO ALLA PROGRESSIONE CON LA SOLA OSSERVAZIONE, IN PAZIENTI CON LINFOMA NON-HODGKIN INDOLENTE RECIDIVATO O REFRATTARIO, CHE HANNO COMPLETATO A RISPOSTO ALL'INDUZIONE CON L'IMMUNOCHEMIOTERAPIA A BASE DI RITUXIMABE ALLA TERAPIA INIZIALE DI MANTENIMENTO DI 2 ANNI CON RITUXIMAB PER VIA SOTTOCUTANEA.	A. PINTO	STUDIO MULTICENTRICO PROFIT PROMOSSO ROCHE	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 19.10.2011	N.18 del 16.01.2012	10.500,00 +IVA	2	21.000,00
36/11	CABAZ_C_05331 - STUDIO CLINICO MULTICENTRICO, IN APERTO, A SINGOLO BRACCIO, VOLTO A FORNIRE LA POSSIBILITA' DI IMPIEGO ANTICIPATO DI CABAZITAXEL IN PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA METASTATICO DELLA PROSTATA ORMONO-REFRATTARIO, PRECEDENTEMENTE TRATTATO CON UN REGIME TERAPEUTICO CONTENENTE DOCETAXEL ED A DOCUMENTARE IL PROFILO DI SICUREZZA DI CABAZITAXEL IN QUESTI PAZIENTI.	G. FACCHINI	STUDIO MULTICENTRICO PROFIT PROMOSSO SANOFI	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 16.11.2011	N.1134 del 21.12.2011	500,00,00 +IVA	5	2.500,00
37/11	113172 - A DOUBLE-BLIND, RANDOMIZED, PLACEBO-CONTROLLED, PHASE I/II STUDY EVALUATING THE SAFETY, IMMUNOGENICITY AND CLINICAL ACTIVITY OF NEOADJUVANT TREATMENT WITH WT1-A10 + ASI 5 ANTIGEN-SPECIFIC CANCER IMMUNOTHERAPEUTIC IN COMBINATION WITH STANDARD THERAPY IN PATIENTS WITH WT1-POSITIVE STAGE II OR III BREAST CANCER.	M. DE LAURENTIS	STUDIO MULTICENTRICO PROMOSSO GSK	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 16.11.2011	N.72 del 02.22.2012	9.184,00 +IVA	2	20.368,00
39/11	LD225A2201 - STUDIO RANDOMIZZATO, IN DOPPIO CIECO, DI FASE II, DI VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA E DELLA SICUREZZA D'IMPIEGO DI DUE LIVELLI DI DOSAGGIO DI LDE225 SOMMINISTRATI IN PAZIENTI CON CARCINOMA A CELLULE BASALI IN STADIO LOCALMENTE AVANZATO O METASTATICO	P. ASCIERTO	STUDIO MULTICENTRICO PROFIT PROMOSSO NOVARTIS	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 16.11.2011	N.70 del 02.02.2012	8.250,00 +IVA	2	16.500,00

Importi Sperimentazioni anno 2011 - Profit								
N.	Titolo	Responsabile	Sponsor	Pareri C.E.I	Delibera	Contributo per paziente	N. PZ. Previsti per il centro	Importo presunto derivante
41/11	BIG 4-11/BO25126/TOC4939g - STUDIO MULTICENTRICO RANDOMIZZATO, IN DOPPIO CIECO, CONTROLLATO CON PLACEBO, VOLTO A CONFRONTARE CHEMIOTERAPIA PIU' TRASTUZUMAB PIU' PLACEBO VERSO CHEMIOTERAPIA PIU' TRASTUZUMAB PIU' PERTUZUMAB COME TERAPIA ADIUVANTE IN PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA DELLA MAMMELLA PRIMITIVO HER2-POSITIVO OPERABILE.	M. DE LAURENTIS	STUDIO MULTICENTRICO PROMOSSO ROCHE	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 21.12.2011	N.106 del 17.02.2012	15.000,00 +IVA	5	75.000,00
42/11	ACT11705 - STUDIO RANDOMIZZATO, IN DOPPIO CIECO, A GRUPPI PARALLELI, CONTROLLATO VS PLACEBO PER VALUTARE IL BENEFICIO CLINICO DI SR411298 COME TRATTAMENTO AGGIUNTIVO PER IL DOLORE ONCOLOGICO PERSISTENTE	A. CUOMO	STUDIO MULTICENTRICO PROMOSSO SANOFI	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 21.12.2011	N.100 del 17.02.2012	3.000,00 +IVA	6	18.000,00
43/11	MO27775 - STUDIO DI FASE II RANDOMIZZATO, A DUE BRACCI, IN APERTO, MULTICENTRICO, VOLTO A VALUTARE L'EFFICACIA E LA SICUREZZA DI PERTUZUMAB SOMMINISTRATO IN ASSOCIAZIONE A TRASTUZUMAB PIU' UN INIBITORE DELL'AROMATASI NEL TRATTAMENTO DI PRIMA LINEA DI PAZIENTI AFFETTI DA TUMORE MAMMARIO AVANZATO (METASTATICO O LOCALMENTE AVANZATO), HER-2-POSITIVO E CON RECETTORI ORMONALI POSITIV	M. DE LAURENTIS	STUDIO MULTICENTRICO PROMOSSO ROCHE	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 21.12.2011	N.107 del 17.02.2012	6.000,00 +IVA	4	24.000,00
44/11	B1271003 - STUDIO RANDOMIZZATO DI CONFRONTO, IN APERTO DI FASE II/2, TRA PF-04691502 IN ASSOCIAZIONE CON LETROZOLO E LETROZOLO DA SOLO IN PAZIENTI CON CARCINOMA MAMMARIO DI STADIO INIZIALE, POSITIVO PER IL RECETTORE DELL'ESTROGENO E NEGATIVO PER L'HER-2	M. DE LAURENTIS	STUDIO MULTICENTRICO PROMOSSO PFIZER	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 18.01.2012	N.233 del 11.03.2012	6.385,00 +IVA - € 6.390,00 +IVA	4	12.775,00
45/11	CINC424A2401 - STUDIO IN APERTO, MULTICENTRICO, DI ACCESSO ALLARGATO A INC424 IN PAZIENTI CON MIELOFIBROSI PRIMARIA (PMF) O MIELOFIBROSI POST-POLI-CITEMIA VERA (PPV MF) O MIELOFIBROSI POSTTROMBOCITEMIA ESSENZIALE (PET-MF)	A. PINTO	STUDIO MULTICENTRICO PROMOSSO NOVARTIS (CRO: OPI5)	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 18.01.2012	N.231 del 11.03.2012	3.500,00 +IVA	3	10.500,00
46/11	20101129 - STUDIO MULTICENTRICO DI FASE 3, RANDOMIZZATO, IN DOPPIO CIECO CON CONTROLLO PLACEBO SULL'USO DI AMG 386 IN ASSOCIAZIONE A PACLITAXEL E CARBOPLATINO COME TRATTAMENTO DI PRIMA LINEA SU PAZIENTI CON CARCINOMA EPITELIALE OVARICO, CARCINOMA PERITONEALE PRIMARIO O CANCRO DELLE TUBE DI FALLOPPIO DI STADIO FIGO III-IV.	S. PIGNATA	STUDIO MULTICENTRICO ED INTERNAZIONALE PROMOSSO AMGEN DOMPE	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 18.01.2012	N.228 del 11.03.2012	30.029,50 +IVA	4	120.118,00
48/11	MEIN/09/RRAN-CAR/01 - RANOLAZINE TO TREAT EARLY CARDIOTOXICITY INDUCED BY ANTITUMOR DRUGS	N. MAUREA	STUDIO MULTICENTRICO PROMOSSO MIOL (CRO: QBGROUP)	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 18.01.2012	N.229 del 11.03.2012	2.556,25 +IVA	7	17.893,75

1.042.004,55

Figura 27 - Importi Sperimentazioni Profit

Importi presunti Sperimentazioni anno 2011 - A44No-Profit								
N.	Titolo	Responsabile	Sponsor	Pareri C.E.I	Delibera	Contributo per paziente	N. PZ. Previsti per il centro	Importo presunto derivante
4/11	PACER - STUDIO DI FASE 2 DI PANITIMUMAB IN PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA DEL COLON-RETTO METASTATICO REFRAATTARI AL CETUXIMAB	F. PERRONE	STUDIO MULTICENTRICO NO-PROFIT PROMOSSI INT NAPOLI (CON SUPPORTO AMGEN)	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 16.02.2011	N.394 DEL 04.05.2011	80.000,00 COMPLESSIVI	41	80.000,00
26/11	LEBEN - STUDIO DI FASE 1/2 SULL'UTILIZZO DI LENALIDOMIDE IN COMBINAZIONE CON BENDAMUSTINA (LEBEN) IN PAZIENTI AFFETTI DA LINFOMA DI HODGKIN RECIDIVO E REFRAATTARIO.	A. PINTO	STUDIO MULTICENTRICO NO-PROFIT (CON SUPPORTO CELGENE)	PARERE UNICO FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 20.07.2011	N.1055 del 09.12.2011	115.000,00 + IVA complessivo	36	115.000,00
								195.000,00

Osservazionali Profit								
N.	Titolo	Responsabile	Sponsor	Pareri C.E.I	Delibera	Contributo per paziente	N. PZ. Previsti per il centro	Importo presunto derivante
1/11 OSS	DGD-55-003 NSSAFE - STUDIO OSSERVAZIONALE SULL'INCIDENZA DELL'NSF IN PAZIENTI CON DISFUNZIONE RENALE IN SEGUITO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI DOTAREM*	A. PETRILLO	STUDIO MULTICENTRICO OSS. PROMOSSI CRONOS RICERCHE CLINICHE	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 16.02.2011	N.393 DEL 04.05.2011	100 + IVA	20 PZ	2.000,00
9/11 OSS	ARANESP-20101123 (eAQUA)- VALUTAZIONE IN ELETTRONICO DELLA QUALITÀ DELLA VITA IN PAZIENTI CON ANEMIA SINTOMATICA INDOTTA DA CHEMIOTERAPIA: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO INTERNAZIONALE (EAQUA)	S. PIGNATA	STUDIO MULTICENTRICO OSS. PROFIT PROMOSSI AMGEN DOMPE'	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 20.06.2011	N.747 DEL 8.09.2011	1450 + IVA	10	14.500,00
12/11 OSS	CANTARISK - STUDIO PROSPETTICO, NON INTERVENTISTICO, DI COORTE, SUL RISCHIO DI ROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV) IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A UN NUOVO TRATTAMENTO CHEMIOTERAPICO PER CANCRO	R.V. IAFFAIOLI	STUDIO MULTICENTRICO OSS. PROFIT PROMOSSI PIERRELL RESEARCH	PARERE UNICO FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 20.07.2011	N. 884 DEL 18.10.2011	650 + IVA	10	6.500,00
15/11 OSS	HER EAGLE MO 23009 - STUDIO EPIDEMIOLOGICO SUL CARCINOMA GASTRICO PRECOCE/AVANZATO, HER2 POSITIVO: VALUTAZIONE DELLO STATO DI HER2 IN CAMPIONI DI TESSUTO TUMORALE DI CARCINOMA GASTRICO E DELLA GIUNZIONE GASTRO-ESOFAGEA (GE).	G. BOTTI	STUDIO MULTICENTRICO OSS. PROFIT PROMOSSI ROCHE	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 21.09.2011	N. 1045 DEL 01.12.2011	700 + IVA	20	14.000,00
19/11 OSS	IT-N-LEU-004 - STUDIO OSSERVAZIONALE, LONGITUDINALE, PROSPETTICO SULL'APPROCCIO TERAPEUTICO AL TUMORE DELLA MAMMELLA IN FASE PRECOCE IN DONNE IN PREMENOPAUSA.	M. DE LAURENTIS	STUDIO MULTICENTRICO OSSERVAZIONALE PROFIT PROMOSSI LB RESEARCH	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 16.11.2011	N.232 DEL 11.03.2012	100 + IVA	25	2.500,00
20/11 OSS	115400 ONCO RD-017 - A PROSPECTIVE, EXPLORATORY OBSERVATIONAL STUDY EVALUATING SPECIFIC BIOMARKERS IN PRIMARY INVASIVE BREAST CANCER AND THEIR MODULATION BY STANDARD NEOADJUVANT THERAPY	M. DE LAURENTIS	STUDIO MULTICENTRICO OSSERVAZIONALE PROFIT PROMOSSI GSK (CRO: OPIS)	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 16.11.2011	N.69 DEL 02.02.2012	1100 + IVA	2	2.200,00
21/11 OSS	DIREG_C_05765 - REGISTRO SULLA MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI PAZIENTI CON CARCINOMA DELLA PROSTATA METASTATICO RESISTENTE ALLA CASTRAZIONE (MCRPC), IN PROGRESSIONE DURANTE O DOPO SOMMINISTRAZIONE DI UN REGIME	G. FACCHINI	STUDIO MULTICENTRICO OSS. PROFIT PROMOSSI SANOFI-AVENTIS (CRO:)	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 16.11.2011	N.68 DEL 02.02.2012	800 + IVA	15	12.000,00
23/11 OSS	COVERH0108 - ENHANCE: A PROSPECTIVE LONG-TERM EVOLUTION OF THE USE OF PERMACOL BIOLOGICAL IMPLANT IN THE REPAIR OF COMPLEX ABDOMINAL WALL CASES	DEL RIO	STUDIO MULTICENTRICO OSS. SU DISPOSITIVO MEDICO PROMOSSI	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 21.12.2011	N. 569 del 23.06.2012	\$ 1.000,00 + VAT	8	\$ 8.000,00
24/11 OSS	EAWARE (ML27907) - LA SOMMINISTRAZIONE DI BEVACIZUMAB NEL TRATTAMENTO DEL TUMORE METASTATICO AL COLON-RETTO: COSA ACCADE NELLA REALE PRATICA CLINICA ITALIANA? UNO STUDIO OSSERVAZIONALE DI COORTE	R.V. IAFFAIOLI	STUDIO MULTICENTRICO OSS. PROMOSSI ROCHE (CRO: MEDIDATA)	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 18.01.2012	N. 320 del 16.04.2012	1.000 + IVA	8	8.000,00
								61.700,00

Importi Sperimentazioni anno 2011 - No-Profit								
N.	Titolo	Responsabile	Sponsor	Pareri C.E.I	Delibera	Contributo per paziente	N. PZ. Previsti per il centro	Importo presunto derivante
4/11	PACER - STUDIO DI FASE 2 DI PANITIMUMAB IN PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA DEL COLON-RETTO METASTATICO REFRAATTARI AL CETUXIMAB	F. PERRONE	STUDIO MULTICENTRICO NO-PROFIT PROMOSSI INT NAPOLI (CON SUPPORTO AMGEN)	PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 16.02.2011	N.394 DEL 04.05.2011	80.000,00 COMPLESSIVI	41	80.000,00
26/11	LEBEN - STUDIO DI FASE 1/2 SULL'UTILIZZO DI LENALIDOMIDE IN COMBINAZIONE CON BENDAMUSTINA (LEBEN) IN PAZIENTI AFFETTI DA LINFOMA DI HODGKIN RECIDIVO E REFRAATTARIO.	A. PINTO	STUDIO MULTICENTRICO NO-PROFIT (CON SUPPORTO CELGENE)	PARERE UNICO FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 20.07.2011	N.1055 del 09.12.2011	115.000,00 + IVA complessivo	36	115.000,00
								195.000,00

Figure 28 Importi studi osservazionali profit e sperimentazioni no-profit

Importi anno 2011 (€)	
Sperimentazioni profit	1.042.004,55
Osservazionali profit	61.700,00
No-profit con supporto	195.000,00

Figura 29 - Riepilogo importi per sperimentazioni cliniche e studi osservazionali

2.1.2.4 Il 5 x mille

L'Istituto, in seguito alla legge finanziaria 2006, che ha previsto che il 5 per mille dell'imposta sul reddito delle persone fisiche fosse destinata al sostegno di enti che svolgono attività socialmente rilevanti, è stato inserito all'interno dell'elenco dei possibili destinatari del 5 per mille, in quanto ente di ricerca sanitaria.

I fondi provenienti dal 5 per mille, equiparati a quelli di ricerca corrente (in parte legati a specifiche scelte dei contribuenti, in parte derivanti da una proporzionale suddivisione delle scelte generiche), vengono erogati all'Istituto dal Ministero della Salute, al quale occorre comunicare, entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello in cui i fondi sono stati ricevuti, i progetti che si intende finanziare, nonché fornire specifico rendiconto sull'utilizzazione degli stessi, con le modalità specifiche stabilite dal Ministero.

Come sostegno della ricerca sanitaria derivante dal 5 per mille, l'Istituto ha ricevuto, per gli anni 2006 – 2010, l'importo complessivo di €/000 4.193, di cui €/000 3.580 già incassati e i rimanenti €/000 613 relativi all'annualità 2010 ancora da incassare. Nella tabella che segue, sono riportati i finanziamenti ricevuti per ciascun esercizio.

Annualità	Somme incassate	Somme non incassate
2006	1.193	-
2007	952	-
2008	797	-
2009	638	-
2010	-	613
Totali	3.580	613

Figure 30 - Risorse derivanti dal 5 per mille articolati per progetti

Relativamente all'esercizio 2011, la comunicazione di quanto spettante non è ancora pervenuta dal Ministero della Salute; l'importo è, infatti, calcolato sull'imposta IRPEF pagata sulle dichiarazioni di competenza 2011 e presentate all'erario nel corso del 2012.

Le somme di cui sopra sono state destinate, dopo attenta valutazione delle priorità strategiche³ ai seguenti progetti:

quota 2006 - Sviluppo ed implementazione della metodica IMRT-IGRT nel trattamento dei tumori testa – collo con Acceleratore Lineare dedicato;

- quota 2007 - Sviluppo ed implementazione della metodica IMRT-IGRT nel trattamento dei tumori della mammella in posizione prona con Acceleratore Lineare;
- quota 2008: Confronto clinico – dosimetrico tra trattamenti di carcinoma prostatico con Ciberknife e Acceleratore Lineare dedicato IMRT – IGRT con consolle TPS dedicata;
- quota 2009: finanziamento dei seguenti progetti:
 - Efficacia in vivo di nanocarriers biocompatibili per la veicolazione di docetaxel nel carcinoma della mammella non ormone dipendente;
 - Ludoteca. La patologia oncologica in età fertile: sostegno al percorso evolutivo genitore-figli;
 - Nuove strategie per la diagnosi clinica e sviluppo di un programma di sorveglianza e trattamento di pazienti

3. Con riferimento alle quote di competenza 2006, 2007 e 2008, si è proceduto ad una nuova destinazione rispetto alle progettualità precedentemente identificate.

ad alto rischio di patologie mammarie e ovariche su base ereditaria;

- Analisi in vivo ed in vitro degli effetti di una mutazione puntiforme sito specifica del recettore dell'eurochinasi sulla motilità ed invasività di cellule di sarcoma umano;
- Sviluppo preclinico e clinico come agente antitumorale dell'acido valproico in associazione con chemioterapici convenzionali;
- Studio del ruolo del TGF1 nel favorire la migrazione cellulare (in particolare delle cellule staminali tumorali) per la diffusione di metastasi in pazienti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC);
- Sviluppo di metodiche per il monitoraggio molecolare dei pazienti con carcinoma polmonare trattati con farmaci anti – EGFR;
- Definizione, pianificazione, organizzazione, attuazione e monitoraggio di percorsi assistenziali clinico-organizzativi in ambito oncologico;
- Rischio clinico. La tecnologia al servizio del paziente;
- Sviluppo di metodologie per la definizione di un modello operativo di Health Technology Assessment in un IRCCS oncologico;
- Sviluppo di analoghi della somatostatina marcati con F-18 per studi PET/TC e del modulo di sintesi automatizzato ad hoc;
- Sintesi di ingegnerizzazione di nanoparticelle bioresponsive a base di Acido ialuronico per il drug delivery di chemioterapici e farmaci naturali;
- Sistema per il monitoraggio, l'analisi e il knowledge management delle attività di ricerca sanitaria dell'Istituto;
- quota 2010: la Direzione Generale e Scientifica si riservano di completare la programmazione relativa all'utilizzo di tali fondi entro il 31 gennaio 2013.

2.1.2.5 I contributi in conto capitale

Il Ministero della Salute, in sede di ripartizione del fondo della Ricerca Sanitaria, individua delle risorse finanziarie da investire nell'acquisto di strumenti ed apparecchiature per la ricerca. Tali risorse finanziarie sono finalizzate al potenziamento del parco tecnologico dell'Istituto; l'assegnazione dei fondi è correlata alla valutazione di appositi progetti di ricerca ai quali le apparecchiature risultano funzionali. Per l'annualità 2011, il contributo in conto capitale ammonta ad €/000 600 ed è relativo al progetto: "Utilizzo del Sistema di imaging multiasse robotizzato angiografico-TC slice nel trattamento e nella valutazione della risposta dopo radioembolizzazione con SYRT Y90 nei tumori primitivi e secondari del fegato non operabili e non responder alle terapie convenzionali".

2.1.2.6 Contribuzione generale da donazioni e erogazioni liberali

I contributi provenienti da donazioni ed erogazioni liberali ammontano per il 2011 a €/000 1.022,9 euro. Di questi, €/000 1.021,4 euro sono rappresentate da donazioni vincolate le cui somme più rilevanti provengono da La Roche (€/000 906), Bayer e Shering Farm (€/000 60) destinate a finanziare progetti di ricerca, mentre i restanti €/000 1,5 sono erogazioni liberali da parte di soggetti privati.

2.2 Il bilancio dell'Istituto

Nel corso dell'anno 2011, l'Istituto ha attuato una rilevante attività di riorganizzazione amministrativa che ha consentito di attivare processi innovativi e di ridurre ulteriormente il debito commerciale con contestuale riduzione delle procedure monitorie e delle somme vincolate per pignoramenti.

Le principali attività svolte a livello amministrativo-contabile hanno riguardato:

- Redazione della prima edizione del Bilancio Sociale relativo all'anno 2010.
- Ricognizione analitica dello stato dell'arte dei processi amministrativo-contabili e relativa ottimizzazione delle procedure esistenti. In particolare, l'Istituto è stato individuato quale azienda campione, nell'ambito della Regione Campania, per la definizione di processi amministrativo-contabili standard da estendere alle altre Aziende Sanitarie

Regionali. L'Istituto ha quindi messo a punto i seguenti processi amministrativi e gestionali standard adottati poi dalla Regione Campania con Decreto n. 60/2011: Ciclo attivo, Ciclo passivo, Ciclo magazzino, Ciclo cespiti, Ciclo personale, Ciclo planning, budget e reporting.

- Avvio delle procedure finalizzate all'applicazione dei decreti regionali n. 14/2009 e n. 60/2011, per quanto riguarda l'implementazione dei corretti procedimenti contabili. In particolare, in relazione a tali decreti, si è proceduto ad adottare i documenti di cui al decreto regionale n. 14/2009 (Manuale dei principi contabili, Linee guida per la predisposizione del regolamento di amministrazione e contabilità delle Aziende Sanitarie Regionali, Piano dei conti, Linee guida per la definizione del piano dei centri di costo e dei centri di responsabilità, Modello di nota integrativa, Manuale dei principi di consolidamento delle relative procedure) e i modelli di processi amministrativi e contabili di cui al decreto regionale n. 60/2011 che, all'interno delle strategie di intervento manageriale ispirate al Business Process Reengineering, definiscono i Processi di supporto alle attività aziendali.

- Proseguimento del percorso di informatizzazione con l'istituzione dell'Albo Pretorio on-line. In particolare, in conformità con quanto previsto dall'art. 32 della L. n. 69/2009, dal 1 gennaio 2011, è stato introdotto l'Albo Pretorio on-line, in sostituzione del tradizionale Albo cartaceo. Da tale data, a tutti i provvedimenti adottati (delibere, disposizioni del direttore generale, determine dirigenziali, regolamenti attuativi, ecc.) viene data integrale pubblicità on-line, in modo pienamente accessibile e facilmente visibile, nel rispetto della normativa di cui al D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196 e delle direttive del Garante della Privacy. Le modalità di gestione dell'Albo on-line sono contenute nell'apposito regolamento, visibile sul sito ufficiale dell'Istituto.

- Approvazione del manuale operativo del protocollo unico (deliberazione n. 1153 del 30.12.2011), che disciplina le fasi operative della protocollazione dei documenti dell'Istituto. Contestualmente, è stata prevista l'abolizione dei protocolli sezionali dei vari uffici preceduta dalla ricognizione ed identificazione delle codifiche dei vari uffici e servizi richieste dalla vigente normativa e dalle linee guida DigitPA.

- Approvazione del Regolamento Aziendale sull'organizzazione del sistema di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro, ai sensi del D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81. In particolare, con Delibera n. 916 del 28.10.2011 è stato adottato il Regolamento Aziendale che si basa su un sistema di delega delle funzioni relative alla tutela della salute e della sicurezza sul lavoro, con attribuzione di relativo budget di spesa ai dirigenti delegati.

- Alimentazione della sezione trasparenza sul sito web istituzionale. In particolare, sono stati pubblicati i curricula e le retribuzioni dei dirigenti; i curricula dei titolari di posizioni organizzative; i tassi di assenza del personale suddivisi per struttura; i dati concernenti partecipazioni a società o consorzi. Si precisa, peraltro, che in altre sezioni del sito web sono già state pubblicate le seguenti informazioni: nominativi dei componenti dell'OIV, codici di comportamento, carta dei servizi, Albo Fornitori. Sono in corso di pubblicazione i dati relativi alle consulenze e si stanno definendo le procedure organizzative necessarie per consentire la pubblicazione di tempi di attesa, dati della gestione economico finanziaria dei servizi, dati sulla gestione dei pagamenti, ammontare complessivo dei premi collegati alla performance e dei premi effettivamente distribuiti.

- Riconoscimento quale Provider per la Formazione ECM e attività di formazione.

Il 2011 si è chiuso con un utile di €/000 5.040, in linea rispetto al risultato del 2010 (si registra un leggero incremento del 9,25% dovuto a minori oneri finanziari). Tale risultato è coerente con il piano di sviluppo aziendale ed è dovuto all'effetto combinato di più fattori che possono ricondursi a:

- un valore della produzione quasi invariato rispetto al 2010 (passato dai €/000 119.149 del 2010 ai €/000 119.386 del 2011);

- un totale dei costi della produzione altrettanto in linea con quello del 2010 (passato dai €/000 112.894 del 2010 ai €/000 113.425 del 2011) con un incremento dello 0,47% a fronte dell'aumento generalizzato di tutte le attività assistenziali, di ricerca e amministrative.

L'Istituto è fortemente impegnato nel contributo alla Regione Campania per migliorare le "performance" del sistema sanitario regionale sia in termini di contenimento dei costi, sia in termini di efficacia ed efficienza gestionale. Tale impegno è in linea con gli indirizzi definiti nei tavoli tecnici di monitoraggio tenuti presso l'Assessorato alla Sanità ed è stato caratterizzato dall'adozione di strumenti di controllo della spesa e di spending review capaci di far emergere e correggere tempestivamente potenziali carenze strutturali.

È opportuno precisare che anche quest'anno il management dell'Istituto ha inteso utilizzare l'approccio economico come strumento gestionale per individuare le disfunzioni, per ridistribuire le risorse, per valutare la produttività dei servizi; tutto ciò sempre nell'ottica del rapporto tra i costi, i benefici e le opportunità.

Anche quest'anno, infatti, il risultato economico positivo realizzato è conseguenza di una costante attività di razionalizzazione delle voci di spesa, contestuale al mantenimento di elevati standard qualitativi e quantitativi all'interno dei processi gestionali.

Come si è detto, un contributo essenziale alla razionalizzazione è derivato dall'aggiornamento tecnologico dell'Istituto, che costituisce un'indispensabile leva sia per migliorare la qualità dell'assistenza che per condurre moderni progetti di ricerca.

Gli investimenti effettuati nel 2011 per iniziative di adeguamento tecnologico sono rilevanti e riguardano, in continuità con l'annualità precedente, la finalizzazione di interventi già avviati nelle annualità precedenti e lo start up di ulteriori investimenti che, peraltro, interesseranno anche i prossimi anni di programmazione economica.

Lo stato di salute prima descritto trova corrispondenza anche nella situazione patrimoniale e finanziaria dell'Istituto.

2.2.1 La situazione patrimoniale

2.2.1.1 Lo stato patrimoniale attivo

Lo stato patrimoniale attivo finale espone il valore delle immobilizzazioni, dei crediti, dei debiti e delle rimanenze di magazzino.

Di seguito, si riportano le risultanze patrimoniali attive relative all'anno 2011, messe a confronto con quelle del 2010.

STATO PATRIMONIALE CONSUNTIVO - ATTIVO				
DESCRIZIONE - €/000	VALORI AL 31.12.2011 (a)	VALORI AL 31.12.2010 (b)	D 2011 - 2010 (c=a-b)	D % 2011 - 2010 (d=c/b)
A) IMMOBILIZZAZIONI	44.326	37.180	7.146	19,22%
<i>A.I) IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI</i>	<i>5.130</i>	<i>4.229</i>	<i>901</i>	<i>21,31%</i>
A.I.1) Costi di impianto e di ampliamento	-	-	-	-
A.I.2) Costi di ricerca, sviluppo	87	103	(16)	-15,53%
A.I.3) Diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno	224	128	96	75,00%
A.I.4) immobilizzazioni immateriali in corso e acconti	1.141	111	1.030	927,93%
A.I.5) Altre immobilizzazioni immateriali	3.678	3.887	(209)	-5,38%
<i>A.II) IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI</i>	<i>39.100</i>	<i>32.855</i>	<i>6.245</i>	<i>19,01%</i>
A.II.1) Terreni	1	1	-	0,00%
A.II.2) Fabbricati	7.381	6.775	606	8,94%
A.II.3) Impianti e macchinari	693	1.230	(537)	-43,66%
A.II.4) Attrezzature sanitarie e scientifiche	10.567	9.705	862	8,88%
A.II.5) Mobili e arredi	1.409	1.145	264	23,06%
A.II.6) Automezzi	17	26	(9)	-34,62%
A.II.7) Altri beni materiali	438	415	23	5,54%
A.II.8) Immobilizzazioni materiali in corso e acconti	18.594	13.558	5.036	37,14%
<i>A.III) IMMOBILIZZAZIONI FINANZIARIE</i>	<i>96</i>	<i>96</i>	<i>-</i>	<i>0,00%</i>
A.III.1) Crediti finanziari	-	-	-	-
A.III.2) Titoli	96	96	-	0,00%
B) ATTIVO CIRCOLANTE	105.259	89.681	15.578	17,37%
<i>B.I) RIMANENZE</i>	<i>2.283</i>	<i>1.793</i>	<i>490</i>	<i>27,33%</i>
B.I.1) Rimanenze materiale sanitario	2.148	1.728	420	24,31%
B.I.2) Rimanenze materiale non sanitario	135	65	70	107,69%
<i>B.II) CREDITI</i>	<i>83.797</i>	<i>75.300</i>	<i>8.497</i>	<i>11,28%</i>
B.II.1) Crediti v/Stato, Regione e Prov. autonoma	76.260	66.988	9.272	13,84%
B.II.2) Crediti v/Comuni	-	-	-	-
B.II.3) Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche	1.331	1.305	26	1,99%
B.II.4) Crediti v/ARPA	-	-	-	-
B.II.5) Crediti v/Erario	23	17	6	35,29%
B.II.6) Crediti v/altri	6.183	6.990	(807)	-11,55%
<i>B.III) ATTIVITA' FINANZIARIE CHE NON COSTITUISCONO IMMOBILIZZAZIONI</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
B.III.1) Partecipazioni che non costituiscono immobilizzazioni	-	-	-	-
B.III.2) Titoli che non costituiscono immobilizzazioni	-	-	-	-
<i>B.IV) DISPONIBILITA' LIQUIDE</i>	<i>19.179</i>	<i>12.588</i>	<i>6.591</i>	<i>52,36%</i>
B.IV.1) Cassa	80	72	8	11,11%
B.IV.2) Istituto tesoriere	19.093	12.512	6.581	52,60%
B.IV.3) Conto corrente postale	6	4	2	50,00%
C) RATEI E RISCONTI ATTIVI	17	80	(63)	-78,75%
C.I) RATEI ATTIVI	-	-	-	-
C.II) RISCONTI ATTIVI	17	80	(63)	-78,75%
TOTALE ATTIVO	149.602	126.941	22.661	17,85%

Figura 31 - Stato patrimoniale consuntivo - Attivo

Dall'analisi dei dati, emerge che:

- il valore delle immobilizzazioni è stato determinato integrando, ai valori relativi agli acquisti dell'anno 2011, le risultanze dell'inventario dei beni acquisiti negli anni precedenti ed esistenti al 31.12.2010; rispetto al 2010, risulta un incremento netto di €/000 7.146 (+19,22%);
- i crediti relativi all'anno 2011 aumentano rispetto all'anno 2010 di €/000 8.497 (+11,28%); tale scostamento si deve all'incremento dei crediti verso la Regione Campania;
- le disponibilità liquide aumentano di €/000 6.591 (+52,36%).

Il grafico che segue riporta l'andamento delle principali voci dello stato patrimoniale attivo mettendo a confronto le risultanze del 2011 con quelle del 2010.

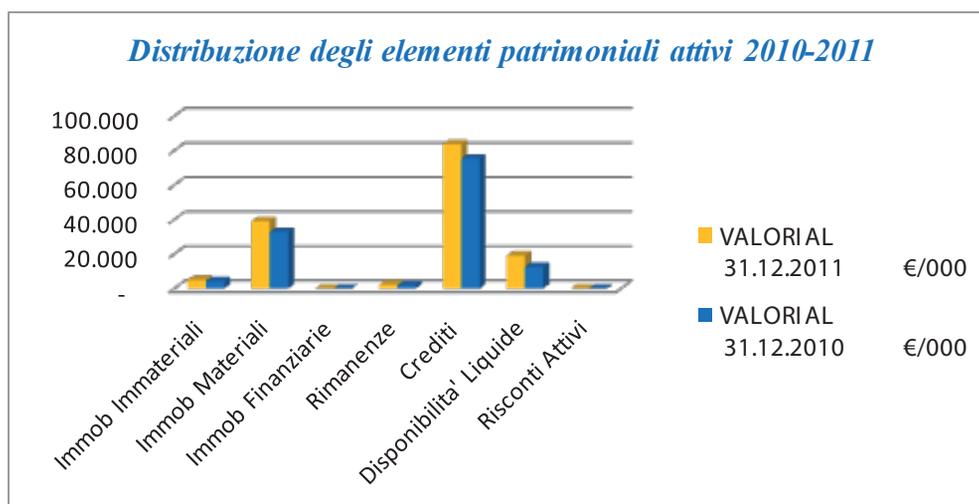


Figura 32 - Composizione degli elementi patrimoniali attivi 2010 e 2011

2.2.1.2 Lo stato patrimoniale passivo

Lo stato patrimoniale passivo espone, principalmente, il valore del patrimonio netto e quindi gli utili o le perdite realizzati sia nell'esercizio corrente sia in quelli precedenti; espone anche gli accantonamenti effettuati nel corso dell'esercizio a vario titolo e il livello di indebitamento aziendale. Esso, messo a confronto con l'esercizio precedente, permette di verificare l'andamento delle voci patrimoniali passive, permettendo di individuare quali dovrebbero essere gli interventi correttivi da effettuare.

Di seguito, si riportano le risultanze patrimoniali passive 2011, messe a confronto con quelle del 2010.

STATO PATRIMONIALE CONSUNTIVO - PASSIVO				
DESCRIZIONE - €/000	VALORI AL 31.12.2011 (a)	VALORI AL 31.12.2010 (b)	D 2011 - 2010 (c=a-b)	D % 2011 - 2010 (d=c/b)
A) PATRIMONIO NETTO	43.622	40.502	3.120	7,70%
A.I) Finanziamenti per Investimenti	17.404	19.300	(1.896)	-9,82%
A.II) Riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimenti	320	344	(24)	-6,98%
A.III) Fondo di dotazione	5.551	5.551	-	0,00%
A.IV) Versamenti per ripiani perdite	-	-	-	-
A.V) Utili (Perdite) Portate a nuovo	15.307	10.733	4.574	42,62%
A.VI) Utile (Perdita) d'esercizio	5.040	4.574	466	10,19%
B) FONDI PER RISCHI E ONERI	12.677	11.444	1.233	10,77%
B.I) Fondi per imposte, anche differite	-	-	-	-
B.II) Fondi per rischi	9.726	8.240	1.486	18,03%
B.III) Altri fondi per oneri e spese	2.951	3.204	(253)	-7,90%
C) TRATTAMENTO FINE RAPPORTO	-	-	-	-
C.I) Fondo per premi iperosità	-	-	-	-
C.II) Fondo per trattamento di fine rapporto dipendenti	-	-	-	-
D) DEBITI	64.804	60.013	4.791	7,98%
D.I) Debiti per mutui passivi	-	-	-	-
D.II) Debiti V/Stato, Regione o Provincia Autonoma	4.123	1.311	2.812	214,49%
D.III) Debiti V/Comuni	-	-	-	-
D.IV) Debiti V/Aziende Sanitarie Pubbliche	52	46	6	13,04%
D.V) Debiti V/Arpa	-	-	-	-
D.VI) Debiti V/Fornitori	51.647	48.716	2.931	6,02%
D.VII) DEBITI V/ISTITUTO TESORIERE	-	-	-	-
D.VIII) Debiti Tributarî	1.520	1.577	(57)	-3,61%
D.IX) Debiti V/Istituti Previdenziali, Assistenz. E Sicurezza Sociale	2.072	2.077	(5)	-0,24%
D.X) Altri Debiti	5.390	6.286	(896)	-14,25%
E) RATEI E RISCOINTI PASSIVI	28.499	14.982	13.517	90,22%
E.I) RATEI PASSIVI	-	-	-	-
E.II) RISCOINTI PASSIVI	28.499	14.982	13.517	90,22%
TOTALE PASSIVO	149.602	126.941	22.661	17,85%

Figura 33 - Stato patrimoniale consuntivo - Passivo

Dall'analisi dei dati delle passività dello Stato Patrimoniale, emerge che:

- il patrimonio netto registra un aumento pari a €/000 3.120 (+7,70%) rispetto all'esercizio 2010 e risente dei benefici effetti del processo di autofinanziamento già iniziato nel 2007. Tale risultato è, quindi, l'effetto netto relativo all'aumento degli utili portati a nuovo (€/000 4.574) e dell'utile di esercizio (€/000 466) contro la diminuzione dei finanziamenti per investimenti (€/000 1.896);
- il fondo rischi e oneri riscontra un aumento pari a €/000 1.233 (+10,77%) rispetto all'esercizio 2010. Tale risultato è l'effetto dell'aumento dei fondi per rischi (€/000 1.486);
- i debiti aumentano di €/000 4.791 (+7,98%) principalmente a causa dell'aumento di €/000 2.931 dei debiti verso fornitori, nonostante un totale pagamenti effettuati nel corso del 2011 per forniture di beni e servizi da fornitori di circa 58 milioni di euro, e dell'incremento di €/000 2.812 dei debiti verso Regione;
- i ratei e risconti passivi aumentano di €/000 13.517 (+90,22%); tale aumento è dovuto soprattutto al risconto relativo ai crediti verso il MIUR. Comprende risconti passivi afferenti ricavi anticipati relativi a somme ricevute per varie ricerche finalizzate non ancora concluse, oltre vari progetti finalizzati.

Il grafico che segue riporta l'andamento delle principali voci dello stato patrimoniale passivo, mettendo a confronto le risultanze del 2011 con quelle del 2010.

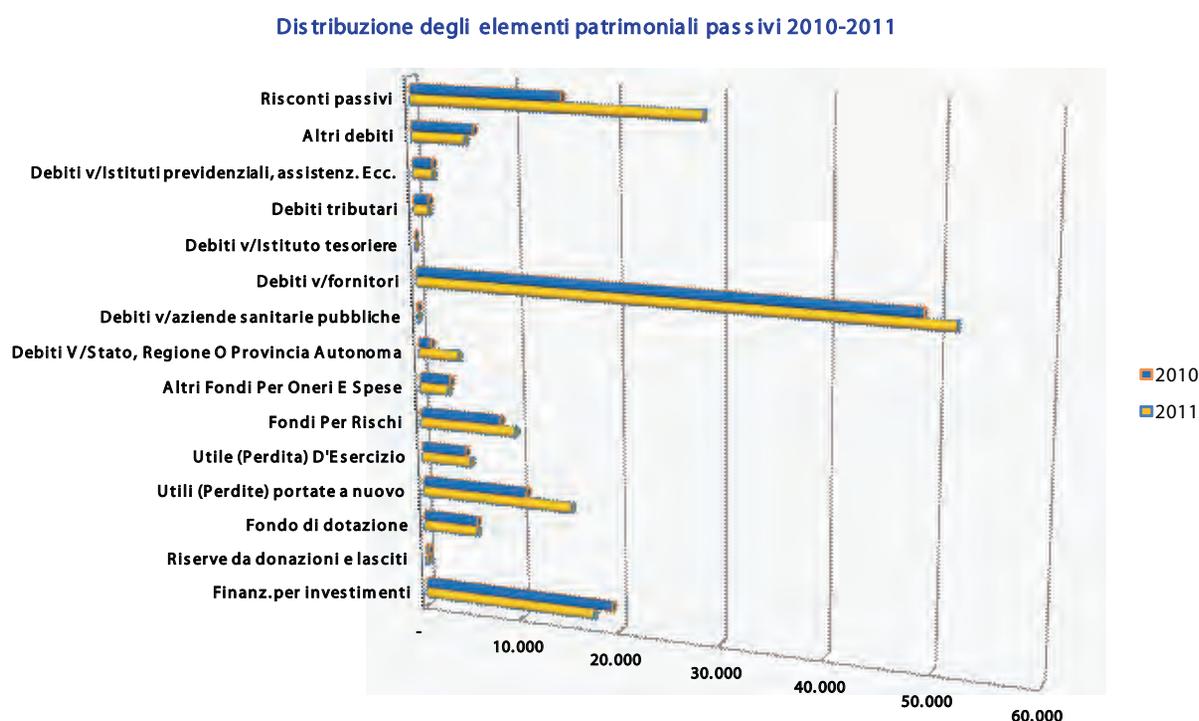


Figura 34 - Composizione degli elementi patrimoniali passivi 2010 e 2011

2.2.1.3 Il prospetto informativo sul patrimonio

La politica patrimoniale dell'Istituto è orientata ad assicurare la congruità della dotazione patrimoniale con gli obiettivi sanitari e la missione attribuita all'Istituto dalla legge.

Di seguito, si riporta il prospetto informativo sul patrimonio dell'Istituto.

PROSPETTO INFORMATIVO SUL PATRIMONIO E SU ALTRI BENI E IMPEGNI	2011	2010	2009
<i>Dati in euro</i>			
A) Inventario dei beni			
- Beni di Terzi	3.678.071	3.887.133	4.096.195
- Beni patrimoniali indisponibili	7.380.406	6.774.744	6.729.942
- Beni del patrimonio disponibile	13.125.947	12.522.002	12.798.312
B) Valori di particolari categorie di beni:			
- I titoli, le partecipazioni e gli strumenti finanziari innovativi	95.900	95.900	95.900
- Le immobilizzazioni immateriali (brevetti, Know-how, ecc)	310.951	230.933	122.435
- Le immobilizzazioni in corso	19.734.409	13.668.984	9.891.918
C) Altri valori del Patrimonio			
- Patrimonio utilizzato da terzi per attività non - istituzionale	0	0	0
- Beni di maggior pregio artistico, storico	0	0	0
- Patrimonio netto	43.622.047	40.502.485	39.195.808
D) Impegni ed altri valori			
- Debiti a medio/lungo termine (fondi per rischi e oneri)	12.677.828	11.443.678	12.949.657
- Debiti a breve (scadenti entro i 12 mesi)	64.803.809	60.012.189	67.312.999
- Debiti fuori bilancio da riconoscere	0	0	0
- Altri impegni	3.108.571	0	0
- Ammortamenti beni	4.201.728	4.258.043	3.890.683
- Gestione finanziaria	- 3.895	- 76.462	- 204.155

Figura 35 – Prospetto informativo sul patrimonio

L'Istituto registra proventi da beni a reddito pari a €/000 47 per il 2011 (ricompresi nei beni a finalità istituzionale) a seguito della locazione di locali per il servizio di bar e di tesoreria, che rappresentano, comunque, una componente minima rispetto al valore totale dei beni patrimoniali in dotazione che sono, quindi, quasi totalmente dedicati alle attività istituzionali.

La struttura patrimoniale mostra un capitale immobilizzato pari a €/000 44.325 contro gli €/000 37.179 del 2010. Esso è costituito da €/000 5.129 di immobilizzazioni immateriali, da €/000 39.099 di immobilizzazioni materiali e da €/000 95 di immobilizzazioni finanziarie.

L'incremento del 2011 rispetto al 2010 è dovuto ad alcuni programmati interventi di rilevanza strategica quali, tra gli altri, l'avanzamento dei lavori tesi alla realizzazione del laboratorio per la produzione di radiofarmaci al CROM di Mercogliano, l'ampliamento del sistema di cablaggio, la sistemazione e l'adeguamento alle normative vigenti di alcuni reparti (Medicina Nucleare e Radioterapia) e l'acquisto di impianti, attrezzature e sistemi in uso presso i reparti di ricerca e cura.

Non sono presenti, peraltro, beni di pregio o interesse storico, artistico o ambientale.

Si sottolinea, a riguardo, che con riferimento all'inventario fisico dei beni, l'Istituto ha registrato la necessità di un aggiornamento, che si propone di finalizzare nel corso del 2013.

2.2.2 La situazione economica

2.2.2.1 Il conto economico previsionale

Come previsto dalla vigente normativa, l'Istituto è tenuto alla redazione del conto economico previsionale, all'interno del quale sono presentate sia le previsioni dei costi da sostenere nell'esercizio successivo, sia le previsioni dei

ricavi da realizzare.

Di seguito, per l'esercizio oggetto del presente Bilancio Sociale (2011), si riporta per singola voce di costo e di ricavo, la capacità di previsione rispetto all'andamento effettivo della gestione.

CONTO ECONOMICO ESERCIZIO 2011 - PREVISIONALE E CONSUNTIVO				
DESCRIZIONE €/000	VALORI DA PREVISIONI (a)	VALORI DA CONSUNTIVO (b)	D CONS - PREV (c=b-a)	LIVELLO COPERT. DELLE PREVISIONI (%=b/a)
A) Valore della produzione				
A.1) Contributi in c/esercizio	103.715	102.950	(765)	99,26%
A.2) Proventi e ricavi diversi	12.791	11.633	(1.158)	90,95%
A.3) Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche	690	767	77	111,16%
A.4) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	1.150	1.450	300	126,09%
A.5) Costi capitalizzati	5.320	2.586	(2.734)	48,61%
Totale valore della produzione (A)	123.666	119.386	(4.280)	96,54%
B) Costi della produzione				
B.1) Acquisiti di beni	35.817	35.807	(10)	99,97%
B.2) Acquisiti di servizi	17.081	16.920	(161)	99,06%
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	4.030	3.020	(1.010)	74,94%
B.4) Godimento di beni di terzi	1.377	1.487	110	107,99%
B.5) Personale del ruolo sanitario	43.942	42.993	(949)	97,84%
B.6) Personale del ruolo professionale	441	425	(16)	96,37%
B.7) Personale del ruolo tecnico	1.971	1.547	(424)	78,49%
B.8) Personale del ruolo amministrativo	3.938	3.369	(569)	85,55%
B.9) Oneri diversi di gestione	1.423	1.238	(185)	87,00%
B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	325	334	9	102,77%
Totale Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	6.521	3.868	(2.653)	59,32%
B.11) Ammortamento dei fabbricati	339	269	(70)	79,35%
B.12) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	6.182	3.599	(2.583)	58,22%
B.13) Svalutazione dei crediti	1.600	458	(1.142)	28,63%
B.14) Variazione delle rimanenze		(489)	(489)	
B.15) Accantonamenti tipici dell'esercizio	1.201	2.448	1.247	203,83%
Totale costi della produzione (B)	119.667	113.425	(6.242)	94,78%
C) Proventi e oneri finanziari				
C.1) Interessi attivi	6	-	(6)	0,00%
C.2) Altri proventi		-	-	0,00%
C.3) Interessi passivi		-	-	0,00%
C.4) Altri oneri	5	4	(1)	80,00%
Totale proventi e oneri finanziari (C)	1	(4)	(5)	-400,00%
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie				
D.1) Rivalutazioni	-	-	-	0,00%
D.2) Svalutazioni	-	-	-	0,00%
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	-	-	0,00%
E) Proventi e oneri straordinari				
E.1) Proventi straordinari	-	5.083	5.083	0,00%
E.2) Oneri straordinari	-	2.225	2.225	0,00%
Totale proventi e oneri straordinari (E)	-	2.858	2.858	0,00%
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	3.990	8.815	4.825	220,93%
Imposte e tasse				
Y.1) IRAP		3.764	3.764	
Y.2) IRES		11	11	
Totale imposte e tasse	3.936	3.775	(161)	95,91%
RISULTATO DI ESERCIZIO	54	5.040	4.986	9333,33%

Figura 36 - Conto economico esercizio 2011 - previsionale e consuntivo

Dall'analisi dei dati sopra riportati, emerge come anche quest'anno l'Istituto sia riuscito a realizzare un utile dipendente soprattutto dalle adeguate e corrette politiche di gestione poste in essere dal management aziendale.

Il grafico di seguito riportato mette ancora una volta in evidenza come le previsioni poste in essere dall'Istituto, sia per i ricavi che per i costi della produzione, siano in linea con le risultanze finali d'esercizio.

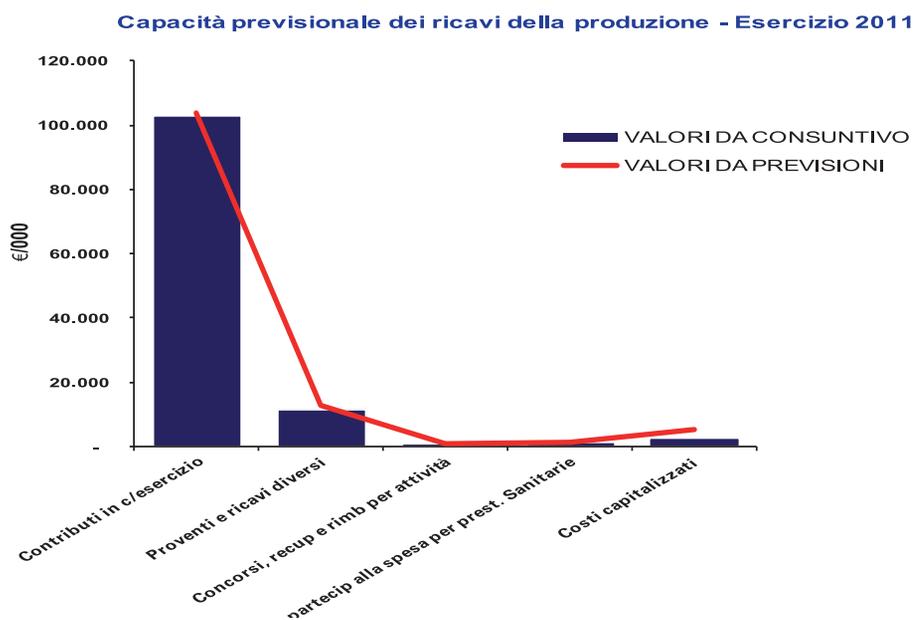


Figura 37 - Capacità previsionale dei ricavi della produzione (Esercizio 2011)

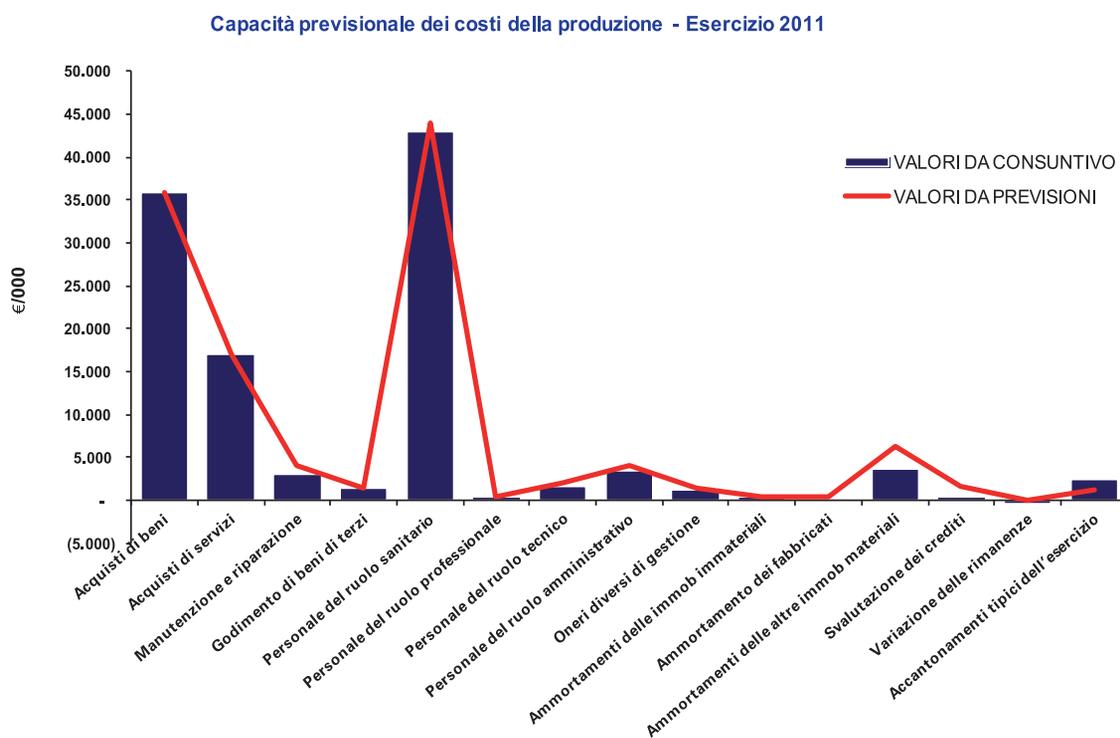


Figura 38 - Capacità previsionale dei costi della produzione (Esercizio 2011)

2.2.2.2 Il conto economico consuntivo

Il conto economico consuntivo fornisce le risultanze finali dell'esercizio, sia in termini di ricavi che di costi. Esso mette in risalto i contributi ricevuti, i ticket incassati, gli acquisti di beni e servizi sanitari, il costo del personale impiegato nell'espletamento delle funzioni istituzionali e gli altri oneri diversi di gestione.

Di seguito, si rappresenta graficamente l'andamento delle principali voci di ricavo e di costo, evidenziando le variazioni intervenute tra l'esercizio 2011 e l'esercizio 2010.

CONTO ECONOMICO D'ESERCIZIO CONSUNTIVO				
DESCRIZIONE - €/000	VALORI AL 31.12.2011 (a)	VALORI AL 31.12.2010 (b)	D 2011 - 2010 (c=a-b)	D % 2011 - 2010 (d=c/b)
A) Valore della produzione				
A.1) Contributi in c/esercizio	102.950	103.308	(358)	-0,35%
A.2) Proventi e ricavi diversi	11.633	10.810	823	7,61%
A.3) Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche	767	668	99	14,82%
A.4) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	1.450	892	558	62,56%
A.5) Costi capitalizzati	2.586	3.471	(885)	-25,50%
Totale valore della produzione (A)	119.386	119.149	237	0,20%
B) Costi della produzione				
B.1) Acquisti di beni	35.807	33.818	1.989	5,88%
B.2) Acquisti di servizi	16.920	15.726	1.194	7,59%
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria e straordinaria)	3.020	3.524	(504)	-14,30%
B.4) Godimento di beni di terzi	1.487	1.054	433	41,08%
B.5) Personale del ruolo sanitario	42.993	43.184	(191)	-0,44%
B.6) Personale del ruolo professionale	425	426	(1)	-0,23%
B.7) Personale del ruolo tecnico	1.547	1.858	(311)	-16,74%
B.8) Personale del ruolo amministrativo	3.369	3.186	183	5,74%
B.9) Oneri diversi di gestione	1.238	1.358	(120)	-8,84%
B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	334	314	20	6,37%
Totale Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	3.868	3.944	(76)	(0)
B.11) Ammortamento dei fabbricati	269	249	20	8,03%
B.12) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	3.599	3.695	(96)	-2,60%
B.13) Svalutazione dei crediti	458	-	458	
B.14) Variazione delle rimanenze	(489)	87	(576)	-662,07%
B.15) Accantonamenti tipici dell'esercizio	2.448	4.415	(1.967)	-44,55%
Totale costi della produzione (B)	113.425	112.894	531	0,47%
C) Proventi e oneri finanziari				
C.1) Interessi attivi	-	1	(1)	0,00%
C.2) Altri proventi	-	-	-	0,00%
C.3) Interessi passivi	-	16	(16)	0,00%
C.4) Altri oneri	4	61	(57)	-93,44%
Totale proventi e oneri finanziari (C)	(4)	(76)	72	-94,74%
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie				
D.1) Rivalutazioni	-	-	-	0,00%
D.2) Svalutazioni	-	-	-	0,00%
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	-	-	0,00%
E) Proventi e oneri straordinari				
E.1) Proventi straordinari	5.083	3.313	1.770	53,43%
E.1.A) Plus valenze	-	-	-	0,00%
E.1.B) Altri proventi straordinari	5.083	3.313	1.770	34,82%
E.2) Oneri straordinari	2.225	1.112	1.113	100,09%
Totale proventi e oneri straordinari (E)	2.858	2.201	657	29,85%
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	8.815	8.380	435	5,19%
Imposte e tasse				
Y.1) IRAP	3.764	3.795	(31)	-0,82%
Y.2) IRES	11	11	-	0,00%
Totale imposte e tasse	3.775	3.806	(31)	-0,81%
RISULTATO DI ESERCIZIO	5.040	4.574	466	10,19%

Figura 39 - Conto economico d'esercizio consuntivo (2010 - 2011)

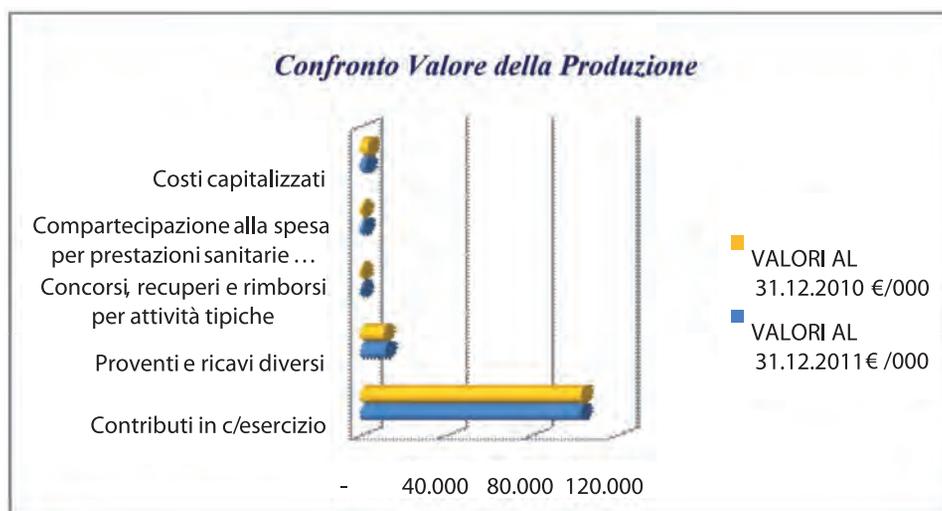


Figura 40 - Confronto valore della produzione 2010 - 2011

Dall'analisi del grafico sopra riportato, si evince che la distribuzione del valore della produzione nell'esercizio 2011 non ha subito significative modifiche rispetto all'esercizio 2010. Il valore della produzione è costituito principalmente da contributi in c/esercizio (86,23%) e, in piccola quota, da proventi e ricavi diversi (9,7%).

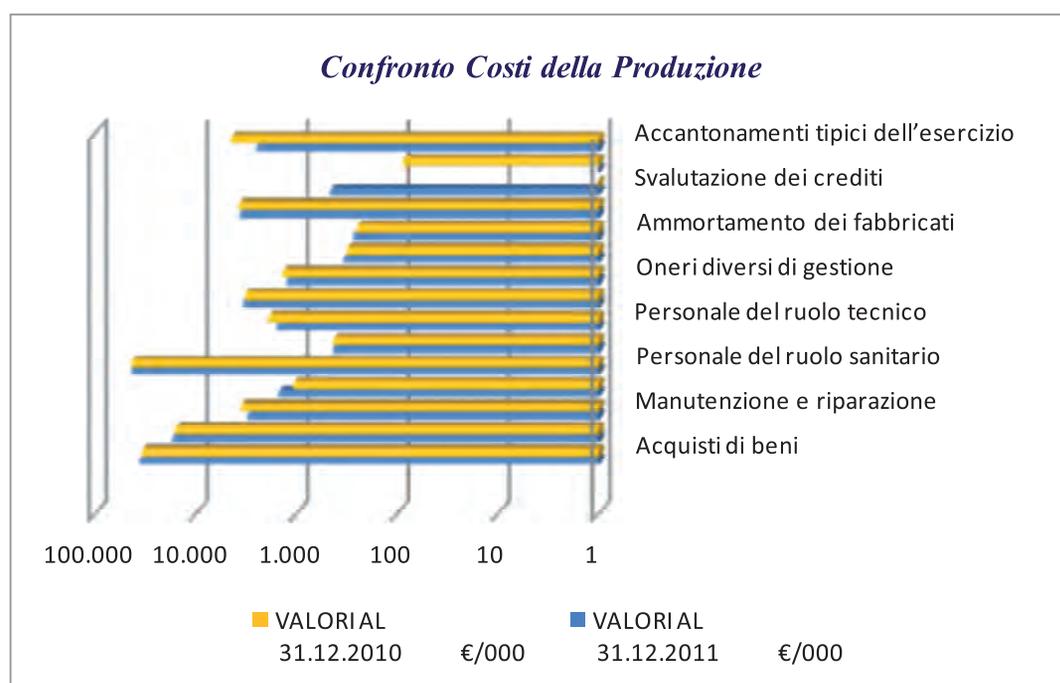


Figura 41 - Confronto costi della produzione 2010 - 2011

Come si può evincere dall'analisi dei grafici sopra riportati, anche il peso relativo delle singole classi di costo nell'esercizio 2011 non ha subito rilevanti scostamenti rispetto all'esercizio 2010. I costi della produzione relativi all'anno 2011 sono costituiti principalmente da: personale del ruolo sanitario (37,9%); acquisti di beni (31,5%) e acquisti di servizi (14,99%).

2.3 Il conto economico 2011 a valore aggiunto

Il parametro del valore aggiunto misura la ricchezza prodotta dall'azienda nell'esercizio, con riferimento agli interlocutori (stakeholder) che partecipano alla sua distribuzione.

Il valore aggiunto permette di quantificare quanta ricchezza è stata prodotta dall'Istituto, come è stata prodotta e

come viene distribuita ai suoi interlocutori; è quindi utile per capire gli impatti economici che l'Istituto produce. Da questo punto di vista, la produzione e distribuzione del valore aggiunto è uno strumento per rileggere il Bilancio di Esercizio dell'Istituto dal punto di vista degli stakeholder.

Anche quest'anno la determinazione del valore aggiunto e la sua distribuzione sono state effettuate in base ai principi stabiliti dal GBS.

Il processo di calcolo del valore aggiunto riclassifica i dati del conto economico consuntivo nei seguenti prospetti:

- il prospetto di determinazione del valore aggiunto individuato dalla contrapposizione dei ricavi e dei costi esterni; questi rappresentano quote di valore distribuito ad alcune importanti categorie di stakeholder, come i pazienti ed i fornitori;
- il prospetto di distribuzione o di riparto del valore aggiunto ricomposto quale sommatoria delle remunerazioni percepite dagli interlocutori dell'Istituto.

DETERMINAZIONE DEL VALORE AGGIUNTO				
DESCRIZIONE €/'000	VALORI AL 31.12.2011 (a)	VALORI AL 31.12.2010 (b)	D 2011 - 2010 (c=a-b)	D 2011 - 2010 (d=c/b)
A) Valore della produzione	119.839	119.031	808	1%
1. Entrate da trasferimenti per la produzione delle	102.950	103.308	-358	0%
3. Ricavi/proventi delle vendite di prestazioni e/o	12.974	11.613	1.361	12%
5. Variazione delle rimanenze	489	-87	576	-662%
7. Altri ricavi/proventi	840	726	114	16%
8. Altre entrate/contributi di pertinenza	2.586	3.471	-885	-25%
B) Costi della produzione sanitaria	53.975	53.197	778	1%
12. Costo di acquisto di merci	35.807	33.818	1.989	6%
13. Costi per servizi	14.233	13.910	323	2%
14. Godimento di beni di terzi	1.487	1.054	433	41%
15. Accantonamenti per rischi	1.984	2.796	-812	-29%
16. Altri accantonamenti	464	1.619	-1.155	-71%
VALORE AGGIUNTO CARATTERISTICO LORDO	65.864	65.834	30	0%
18. +/- Saldo Gestione Accessoria	5	-29	34	-117%
Ricavi accessori	36	31	5	16%
Costi accessori	31	60	-29	-48%
19. +/- Saldo Componenti straordinari	2.400	2.201	199	9%
Ricavi straordinari	5.083	3.313	1.770	53%
Costi straordinari	2.683	1.112	1.571	141%
VALORE AGGIUNTO GLOBALE LORDO	68.269	68.006	263	0%
Ammortamenti della gestione	4.202	4.258	-56	-1%
Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	334	314	20	6%
Ammortamento dei fabbricati	269	249	20	8%
Ammortamenti delle altre immobilizzazioni	3.599	3.695	-96	-3%
VALORE AGGIUNTO GLOBALE NETTO	64.067	63.748	319	1%

Figura 42 - Determinazione valore aggiunto (differenza rispetto al 2010)

Il prospetto sopra riportato mostra la riclassificazione del conto economico con la determinazione del valore aggiunto. La prima parte della tabella riassume le voci di ricavo e di costo inerenti alla gestione caratteristica e mostra come, rispetto all'esercizio precedente, il valore aggiunto caratteristico lordo si sia ridotto. La seconda parte della tabella espone invece i saldi attinenti alla gestione accessoria e straordinaria e gli ammortamenti attinenti alla gestione dell'Istituto. Come si evince dalla tabella, il valore aggiunto globale netto è diminuito nel 2011 rispetto al 2010, in ragione della maggiore incidenza in termini di costi della gestione accessoria e straordinaria rispetto all'anno precedente.

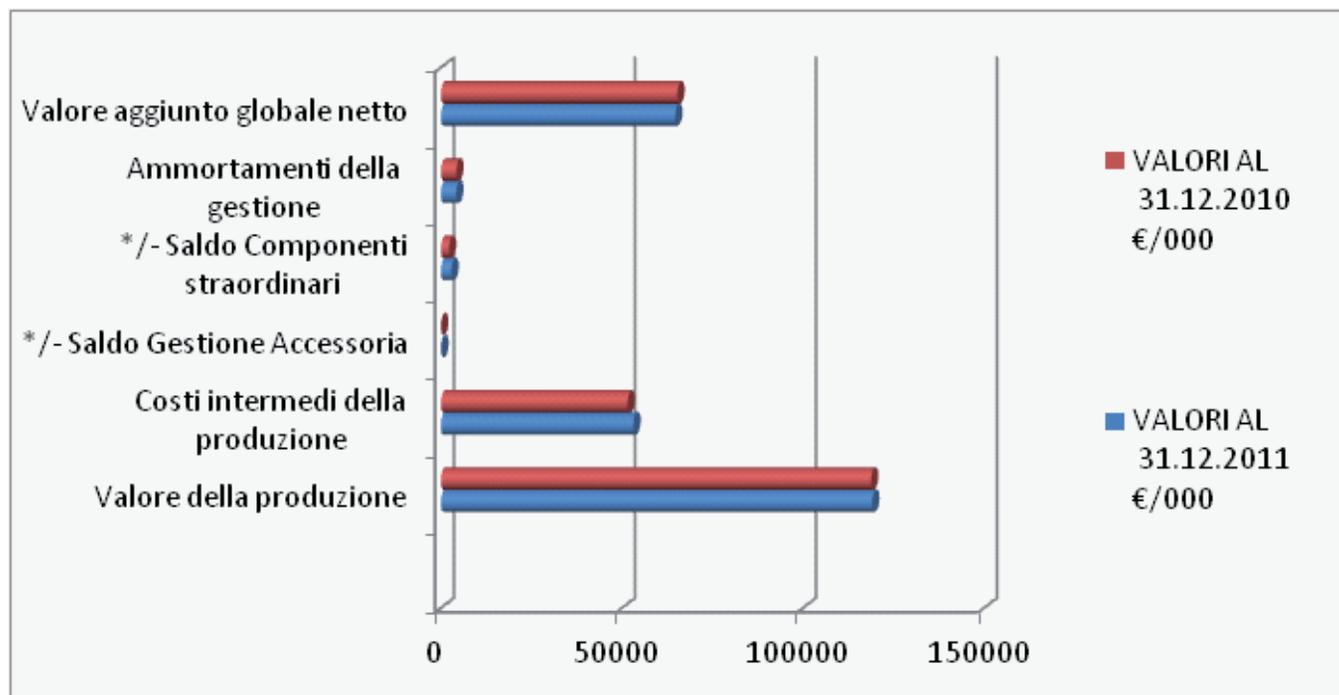


Figura 43 - Differenza valore aggiunto 2010/2011

In coerenza con gli standard di riferimento, l'Istituto intende potenziare la valenza informativa di tale sezione con la determinazione del valore aggiunto per aree di intervento. Si tratta della riclassifica dei dati contabili desunti dalla contabilità generale, allo scopo di far conoscere la composizione analitica delle disponibilità economiche articolata per aree specifiche di produzione sanitaria o di consumo. Tale intenzione si muove di pari passo con l'implementazione del sistema di contabilità analitica e del modello di analisi dei costi industriali che l'Istituto è impegnato a potenziare nel corso del biennio 2012-2013.

Il prospetto che segue dà evidenza della distribuzione del valore aggiunto prodotto alle diverse categorie di interlocutori dell'Istituto.

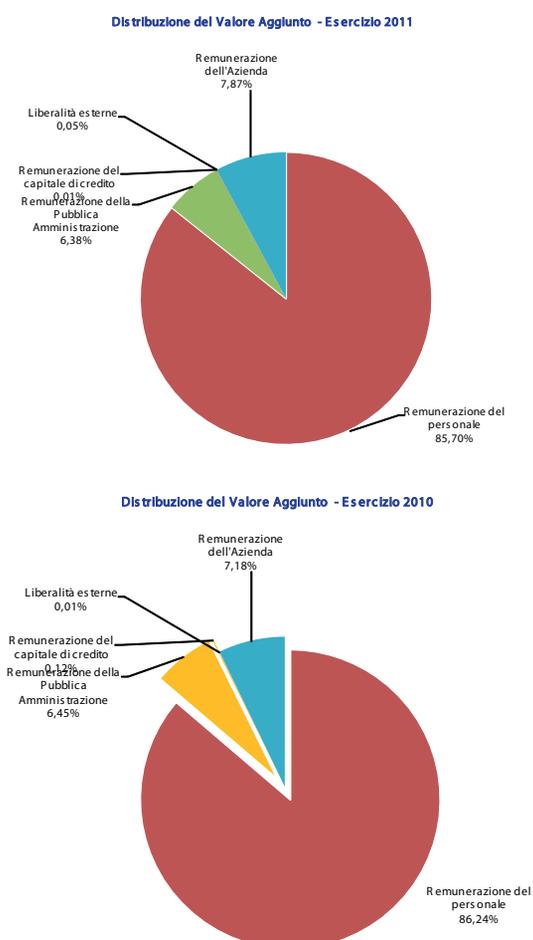
DISTRIBUZIONE DEL VALORE AGGIUNTO				
DESCRIZIONE €/'000	VALORI AL 31.12.2011 (a)	VALORI AL 31.12.2010 (b)	D 2011 - 2010 (c=a-b)	D 2011 - 2010 (d=c/b)
A) Remunerazione delle risorse umane	54.903	54.975	-72	0%
1. Organi di governo	892	991	-99	-10%
2. Personale non dipendente	3.649	3.406	243	7%
3. Personale dipendente	50.362	50.578	-216	0%
B) Remunerazione della Pubblica Amministrazione	4.090	4.113	-23	-1%
5. Imposte dirette/Imposte Indirette	4.090	4.113	-23	-1%
Imposta IRES	11	11	0	0%
Imposta IRAP	3.764	3.795	-31	-1%
Altre Imposte e tasse	315	307	8	3%
C) Remunerazione del capitale di credito	4	77	-73	-95%
7. Oneri per capitali a breve termine	4	61	-57	-93%
8. Oneri per capitali a medio e lungo termine	0	16	-16	-100%
D) Remunerazione dell'Azienda	5.040	4.574	466	10%
10. Altri accantonamenti (Utile di esercizio)	5.040	4.574	466	10%
E) Liberalità esterne	30	9	21	233%
Contributi ad associazioni di volontariato	30	9	21	233%
VALORE AGGIUNTO GLOBALE NETTO	64.067	63.748	319	1%

Figura 44 – Prospetto di distribuzione del valore aggiunto (differenza rispetto al 2010)

Rispetto alle informazioni del 2010, la distribuzione del Valore Aggiunto ha registrato alcuni scostamenti. In particolare, si rileva che:

- con riferimento alla remunerazione degli organi, nel corso del 2011 è entrata in applicazione la L. 122/2010 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 31 maggio 2010 n. 78, recante misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica”, che prevede che, a decorrere da 1° gennaio 2011, le indennità, i compensi, i gettoni, le retribuzioni corrisposti agli organi di indirizzo, direzione e controllo e organi collegiali sono ridotti del 10% rispetto agli importi del 30 aprile 2010;
- con riferimento alla remunerazione del capitale di credito, la gestione finanziaria netta, pari a circa 4.000 euro, evidenzia, rispetto al 2010, un consistente miglioramento, dovuto alla riduzione degli interessi sul conto corrente di tesoreria e degli interessi passivi verso i fornitori.

Figura 45 – Distribuzione del valore aggiunto



3

parte terza

La Relazione Sociale



Il processo di costruzione di un Bilancio Sociale prevede un confronto stabile con le aspettative dell'ambiente circostante.

Di particolare importanza è, quindi, valorizzare i punti di vista degli stakeholder, vale a dire, esplicitare l'articolato sistema di relazioni sociali e individuare gli interessi in campo, riconoscendone l'esistenza, l'importanza e la legittimità.

La realizzazione di un Bilancio Sociale è una scelta di trasparenza che riguarda sia le metodologie di analisi



passione



amore



cuore

che il modo di interpretare il ruolo e la responsabilità sociale che ricopre l'Istituto, in una circolarità dei processi di ascolto degli stakeholder che permetta di comprendere realmente le loro esigenze e quindi di mettere in campo le politiche adatte per offrire il miglior servizio possibile.

La Relazione Sociale

3.1 Il Processo di Stakeholder Reporting

Il processo di costruzione di un Bilancio Sociale prevede un confronto stabile con le aspettative dell'ambiente circostante.

Di particolare importanza è, quindi, valorizzare i punti di vista degli stakeholder, vale a dire, esplicitare l'articolato sistema di relazioni sociali e individuare gli interessi in campo, riconoscendone l'esistenza, l'importanza e la legittimità.

La realizzazione di un Bilancio Sociale è una scelta di trasparenza che riguarda sia le metodologie di analisi che il modo di interpretare il ruolo e la responsabilità sociale che ricopre l'Istituto, in una circolarità dei processi di ascolto degli stakeholder che permetta di comprendere realmente le loro esigenze e quindi di mettere in campo le politiche adatte per offrire il miglior servizio possibile.

Le parole chiave sono: riconoscimento, dialogo, monitoraggio delle richieste e delle performance, ma anche trasparenza e partecipazione nel pensare ed attuare strategie di intervento che possano favorire una maggiore integrazione di tutti i portatori di interesse che hanno relazioni con l'Istituto.

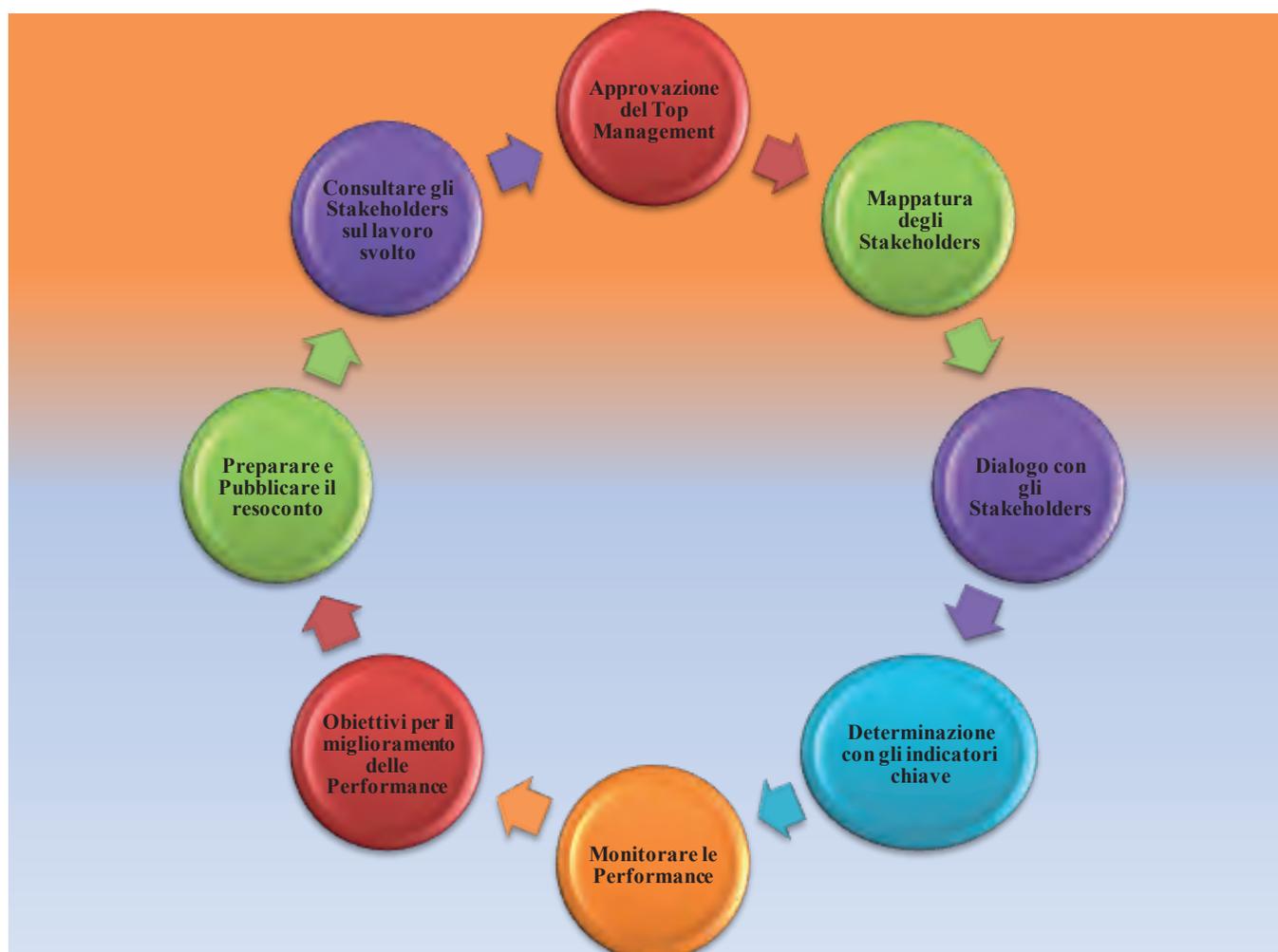


Figura 46 - Intenti sociali dell'Istituto

Il processo di stakeholder reporting è stato promosso dall'Istituto sulla base della propria missione, degli obiettivi strategici e delle strategie di intervento.

Tale processo per l'annualità di riferimento ha operato una selezione degli stakeholder destinatari dell'attività di reporting privilegiando i dipendenti, gli utenti (pazienti, comunità scientifica e discenti delle attività formative), le Amministrazioni pubbliche (Ministeri vigilanti e Regione Campania) e l'Ambiente. Nel seguito, si presentano quindi i risultati e le modalità di rilevazione del consenso per ognuno delle categorie di stakeholder rappresentati.



3.2 Il capitale umano dell'istituto

L'Istituto, per l'espletamento delle proprie funzioni, si avvale sia di personale a tempo pieno indeterminato, che di personale a tempo parziale indeterminato e a tempo determinato, ma anche di personale in comando da altre aziende.

3.2.1 La consistenza e le caratteristiche del personale

Come anticipato, relativamente all'attività di gestione delle risorse umane, nell'anno 2011, sono state gestite 54 procedure per il reclutamento del personale.

Volendo collocare e valutare l'andamento delle suddette procedure nell'ottica della progressiva realizzazione del piano di riorganizzazione strutturale dell'Istituto, qui di seguito si riporta una tabella sinottica del personale che mette a confronto le posizioni ricoperte al 31.12.2010 con quelle al 31.12.2011.

Nella lettura della tabella occorre tener conto che, le procedure finalizzate al reclutamento del personale sono state avviate a valle di un percorso di cessazione dal servizio del personale, per cui la crescita della dotazione organica appare limitata complessivamente ad una sola unità.

Nella tabella seguente, si riporta la consistenza della dotazione organica (approvata con delibera di Giunta Regionale della Campania n. 1739 del 05.10.07 e delibera dell'Istituto n. 812 del 06.12.07 e confermata con delibera di Giunta Regionale della Campania n. 255 del 12.03.10 e delibera dell'Istituto n. 331 del 14.04.10), la percentuale di copertura per ciascun profilo (o raggruppamenti di profili), nonché la percentuale di scostamento rispetto alla media di copertura (come si potrà notare, prossima all'80%).

PROFILO	Personale in servizio al 31\12\10	Personale in servizio al 31\12\11	Variazione	Pianta Organica vigente	% copertura	S costamento dalla media (79,90%)
Medici	204	201	-3	237	84,81	4,91
Dirigenti ruolo Sanitario (Biologi, Fisici, Farmacisti, Psicologo, Infermieristico)	45	48	3	58	82,76	2,86
Dirigenti Amministrativi, Tecnici e Professionali	16	21	5	29	72,41	- 7,48
Personale Infermieristico (Coordinatori, Infermieri, Infermieri Generici Esperti, Dietista)	326	326	0	345	94,49	14,60
Personale Tecnico – Sanitario (di Radiologia Medica e di Laboratorio Biomedico) e della Riabilitazione (Logopedista)	78	74	-4	107	69,16	- 10,74
Altro personale addetto all'assistenza (Operatore Socio Sanitario., Operatori Tecnici area sanitaria)	27	22	-5	36	61,11	- 18,78
Ruolo Tecnico non dirigenti (Categorie D, C, e B, incluso profilo Super)	11	12	1	56	21,43	- 58,47
Ruolo Amministrativo non dirigenti (Categorie D, C, B, incluso profilo Super, ed A)	59	63	4	92	68,48	- 11,42
TOTALE	766	767	1	960	79,90	

Figura 47 – Profili professionali del personale

Di seguito, si riportano una serie di tavole che forniscono maggiori dettagli inerenti al personale di cui si avvale l'Istituto.

Cessazioni e assunzioni avvenute nell'anno				
Numero di dipendenti	31/12/2010	2010 - %	31/12/2011	2011 - %
Assunzioni	58	53,7%	37	50,7%
Cessazioni	50	46,3%	36	49,3%
Trasferimenti	0	0,0%		0,0%
Saldo totale	108	100,0%	73	100,0%

Figura 48 – Cessazioni e assunzioni avvenute nell'anno 2011

Ripartizione per tipologia contrattuale				
Tipologia contrattuale	31/12/2010	2010 - %	31/12/2011	2010 - %
Dipendenti a tempo pieno indeterminato	703	91,8%	697	90,9%
Dipendenti a tempo parziale indeterminato	3	0,4%	3	0,4%
Dipendenti in comando	3	0,4%	2	0,3%
Totale	709	92,6%	702	91,5%
Dipendenti a tempo determinato	57	7,4%	65	8,5%
Totale generale	766	100,0%	767	100,0%

Figura 49 – Ripartizione per tipologia contrattuale

Ripartizione dei dipendenti per ruolo e sesso										
Ruolo	Maschi 2010	Femmine 2010	Totale 2010	% Maschi 2010	% Femmine 2010	Maschi 2011	Femmine 2011	Totale 2011	% Maschi 2011	% Femmine 2011
Sanitario	357	296	653	85,2%	85,3%	358	291	649	84,4%	84,8%
Amministrativo	27	41	68	6,4%	11,8%	34	44	78	8,0%	12,8%
Tecnico	32	9	41	7,6%	2,6%	29	7	36	6,8%	2,0%
Professionale	3	1	4	0,7%	0,3%	3	1	4	0,7%	0,3%
Totale	419	347	766	100,0%	100,0%	424	343	767	100,0%	100,0%

Figura 50 – Ripartizione per ruolo e sesso

Ripartizione per fasce di età				
Fasce di età	31/12/2010	2010 - %	31/12/2011	2011 - %
Tra 20 e 29 anni	23	3,0%	15	2,0%
Tra 30 e 39 anni	164	21,4%	169	22,0%
Tra 40 e 49 anni	274	35,8%	269	35,1%
Tra 50 e 59 anni	250	32,6%	244	31,8%
60 anni e oltre	55	7,2%	70	9,1%
Totale	766	100,0%	767	100,0%

Figura 51 – Ripartizione per fasce di età

Con riferimento al sistema delle relazioni sindacali e nel pieno rispetto delle normative vigenti (principalmente di livello contrattuale), nell'arco del 2011, sono state trattate ed avviate a soluzione questioni che hanno visto impegnato il tavolo di contrattazione integrativa. Tali questioni possono così sintetizzarsi:

- nuovo sistema di valutazione e merito (che ha riguardato tutte le Aree);
- approfondimento della problematica relativa all'incremento del fondo di produttività, pari all'1% del monte salari, in ipotesi di avanzi di gestione (personale non dirigente);
- determinazione degli obiettivi aziendali (che ha interessato tutte le Aree);
- nuovo sistema di utilizzo e remunerazione delle guardie mediche (Dirigenza Medica);
- Bilancio Sociale 2011; nuovo Regolamento sulla Sicurezza, Prevenzione e Protezione dei lavoratori; parziale riutilizzo del fondo di disagio (personale non dirigente);
- nuovo Regolamento di funzionamento dei Dipartimenti; nuovo sistema di utilizzo delle ore nell'ambito del sistema di turnazione, con recupero di un turno attivo aggiuntivo (personale non dirigente).

3.2.2 L'organizzazione del lavoro

Il nuovo modello organizzativo adottato dall'Istituto è ispirato a quello dei "comprehensive cancer centers" statunitensi e permette un elevato grado di integrazione tra le conoscenze scientifiche e le attività assistenziali. Tale organizzazione ha comportato l'eliminazione di tutte le ridondanze organizzative ed ha avviato un meccanismo virtuoso all'interno del quale l'attività di ricerca sperimentale si impone come fulcro e punto di forza dell'Istituto.

3.2.3 Le attività formative di ECM (Educazione Continua in Medicina)

In base alle nuove regole di accreditamento ECM sancite dall'Accordo Stato-Regioni (Rep. Atti n. 192 del 5 novembre 2009 concernente "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina – Accreditamento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, liberi professionisti"), l'Istituto, grazie all'attività finora condotta nel settore della formazione, si è accreditato come Provider nazionale, impegnandosi a mantenere nel tempo i requisiti essenziali e caratterizzanti del sistema.

L'Istituto ha mostrato la capacità e le competenze necessarie per offrire eventi formativi di qualità, non solo sotto l'aspetto dell'aggiornamento dei contenuti o della qualità delle modalità formative, ma anche sul piano organizzativo.

La Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina ha accolto, in data 26.05.2011, l'istanza di accreditamento dell'Istituto come Provider con n. di riferimento 645, riconoscimento che abilita ad erogare programmi formativi su tutto il territorio nazionale, nonché ad attribuire direttamente i crediti ECM ai partecipanti.

Grazie al notevole curriculum di attività formative sanitarie, infermieristiche, tecniche accreditate dal programma nazionale di ECM, l'Istituto può, pertanto, offrire un sostegno strategico all'offerta formativa rivolta a tutti gli operatori sanitari, interessati a vario titolo alla cura dei pazienti oncologici.

Nel corso del 2011, l'Istituto ha realizzato i seguenti n. 35 eventi ECM (di cui n. 30 in qualità di "organizzatore" con il vecchio sistema di accreditamento eventi e n. 5 nel ruolo di Provider), erogando, in ambito oncologico, un'attività di formazione trasversale a tutte le aree e fasi di intervento, dalla prevenzione alla diagnosi, dalla terapia alle cure palliative e alla riabilitazione, con momenti dedicati alla bioetica, agli aspetti relativi alla relazione interpersonale ed alla comunicazione e mettendo in risalto l'importanza dell'umanizzazione e dell'attenzione agli aspetti psicologici della malattia. Si ricorda:

- Neoplasie Gastroenteriche nel segno dell'innovazione;
- L'Immagine Ritrovata: La Centralità della Qualità di Vita della Paziente Oncologica;
- Il Patologo nell'era della Tailored Therapy;
- La Stomia-Terapia (Colo, Ileo e Uro-Stomie): un'ulteriore richiesta di qualificato affiancamento;
- Osteoporosi e Patologia Oncologica;
- Dolore Cronico: dalla Ricerca alla Clinica;
- Corso Teorico - Pratico di Cateterismo Uretrale: Luci ed Ombre;
- Tumori Neuroendocrini: Nuovi approcci e trattamenti;
- Informatizzazione in Radioterapia;
- Sicurezza del paziente nella moderna radioterapia;
- Tipologie e Tecniche di Radioterapia;
- RT Conformazionale - IMRT – IGRT: tecniche a confronto;
- Il Contouring in Radioterapia;
- Gestione Infermieristica Somministrazione CTA;
- Migliorare la qualità delle SDO per migliorare gli strumenti di valutazione delle attività assistenziali e le informazioni per l'analisi epidemiologica;
- La Cute e le Mucose: bersaglio ed organo in Radioterapia;

- Radioterapia e Bifosfonati;
- Focus Meeting on Translational Cancer research 2011;
- Trattamenti riabilitativi nelle disfunzioni del pavimento pelvico dopo chirurgia oncologica demolitiva;
- Identificazione di lato e sito di intervento chirurgico;
- PBI-IORT nel Tumore della Mammella;
- Prevenzione Sorveglianza e Controllo delle Infezioni correlate alle pratiche assistenziali (ICPA);
- Aggiornamento per Coordinatori e Posizioni Organizzative di Ambito Assistenziale (n. 2 eventi);
- Glioblastoma: Imaging, Chemioterapia e Radioterapia;
- Elettrochemioterapia. Una Nuova strategia contro il Cancro;
- Biobanca Oncologica;
- Etica, Biotica e Deontologia nella professione Infermieristica;
- Approccio Multidisciplinare nei Tumori del Testa Collo;
- Giornata Formativa Teorico-Pratica di Chirurgia Video Laparoscopica nelle varie Specialità Chirurgiche;
- L'evoluzione nella diagnostica delle lesioni melanocitarie;
- Ricerca Biomedica tra Privacy e Qualità;
- Corso avanzato sulla prevenzione delle neoplasie associate a virus e delle patologie da riattivazione virale in corso di trattamenti antineoplastici;
- Dolore, stress e cancro: un nuovo approccio multidisciplinare dalla ricerca di base alla clinica;
- Il nuovo sistema di educazione continua in medicina: criteri, regole, e procedure.

3.2.4 La formazione del personale infermieristico

È interesse dell'Istituto valorizzare l'impegno del personale infermieristico anche attraverso il coinvolgimento diretto in qualità di docenti e responsabili scientifici in eventi formativi e di aggiornamento. Pertanto, nel corso del 2011, è proseguito il programma di coniugazione degli obiettivi identificati dai dipendenti attraverso la rilevazione dei bisogni formativi del 2010 con quelli ritenuti prioritari dal Servizio Infermieristico e dal Servizio Prevenzione e Protezione.

Le indicazioni provenienti dal personale infermieristico possono essere ricomprese nelle seguenti aree tematiche:

- **Sicurezza:** responsabilità infermiere e coordinatore, rischio clinico/risk management, rischio biologico, etica, somministrazione chemioterapia, movimentazione pazienti, cadute pazienti, antincendio, utilizzo presidi, accesso visitatori, rischio chimico, somministrazione chemio, Scheda Unica di Terapia, protocolli/procedure, protocolli ICA, ambienti di lavoro, smaltimento rifiuti, spandimento chemio, pulizie ambientali, burn-out;
- **Responsabilità:** manutenzione/disinfestazione elettromedicali, emoderivati, comunicazione con il paziente non ancora consapevole, protocolli/procedure, piano di assistenza, piano di lavoro, psicologia del lavoro;
- **Organizzazione:** team di analisi, case manager, pianificazione chemioterapia, carico di lavoro, dimissione protetta, gestione CVC, BLSD, gestione stravaso, cartella infermieristica;
- **Nursing:** terapia medica, supporto psicologico, applicazione PICC, linee guida, lesioni da pressione, terapia del dolore, comunicazione infermiere/medico/paziente;
- **Altro:** effetti collaterali terapia vescicante, effetti collaterali neurologici da chemio.

Il coinvolgimento del personale infermieristico in qualità di relatore/responsabile scientifico si è esplicitato nei corsi, di seguito indicati, che hanno ampliato l'offerta formativa del Piano Formativo Aziendale 2011.

- **Etica, Bioetica e Deontologia nella Professione Infermieristica**

Responsabile scientifico: Infermiere. Il corso di formazione interno ha riguardato temi di etica e bioetica del fine vita, dilemmi etici del vissuto lavorativo, evoluzione normativa della professione infermieristica, codice deontologico 2009 degli infermieri, criticità quotidiane, aspetti etici e normativi del trattamento in corso di malattia e di fine vita, dilemmi etici nel confronto con la malattia.

- **Aggiornamento per Coordinatori e Posizioni Organizzative di Ambito Assistenziale"**

Responsabile scientifico: Dirigente Servizio Infermieristico. Il corso ha riguardato l'analisi degli infortuni e delle cadute accidentali, la tenuta del registro di reparto, la responsabilità del controllo dell'igiene degli ambienti e degli alimenti. Il corso, inoltre, ha previsto l'attivazione di gruppi di lavoro che si sono concentrati sulla revisione flow-chart e sull'istruzione operativa per i prelievi venosi, la lettura critica della procedura per la valutazione del rischio caduta, l'analisi della procedura per la scelta dei pasti, l'analisi delle schede di controllo sulle pulizie, la movimentazione manuale di carichi, gli ausili per la prevenzione delle patologie alla colonna vertebrale, la revisione degli ausili disponibili, l'identificazione degli ausili utili alle diverse aree.

- **Informazione/Formazione ai Lavoratori Esposti alla Somministrazione di CTA**

Relatori: 3 infermieri. Il corso ha riguardato la prevenzione degli infortuni e l'utilizzo di Dispositivi di Protezione Individuali in corso di somministrazione di Chemioterapici Antiblastici (CTA), alla procedura di spandimento, analisi crash card ed antidoti, alla revisione dei dispositivi per la somministrazione sicura, alla revisione della letteratura sugli obiettivi di ricerca infermieristica, alla proposta di schede per la gestione infermieristica delle somministrazioni di CTA.

Anche nei corsi sulle Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali (ICPA) e sull'identificazione del sito chirurgico sono stati coinvolti infermieri in qualità di relatori.

Il personale infermieristico e tecnico sanitario è stato, inoltre, identificato dai Direttori di Dipartimento e dai Responsabili di Struttura quale destinatario di specifici corsi che hanno riguardato i seguenti temi: biobanca, elettrochemioterapia, prevenzione e sorveglianza delle ICA, imaging, chemioterapia e radioterapia per il glioblastoma, video laparoscopia, procedura per l'identificazione di lato e sito di intervento chirurgico.

Peraltro, tenuto conto dell'acquisizione del servizio di facchinaggio, iniziato il 1 agosto 2011, l'Istituto ha provveduto a formare ed informare tutti gli operatori della ditta esterna che fornisce il servizio con un apposito corso sui rischi connessi alla movimentazione manuale dei carichi e sugli obblighi di riservatezza istituiti dalla normativa vigente; il corso ha coinvolto per la parte docente anche i Dirigenti dell'Ufficio Affari Legali, del RSPP e del servizio infermieristico.

L'Istituto si è infine imputato l'onere di mettere a disposizione del personale gli specialisti di prodotto, consentendo così di offrire la doverosa informazione/formazione su presidi. Questo è avvenuto nel caso del nuovo sistema per il prelievo di sangue venoso introdotto nel febbraio 2011, ma anche nel caso del sistema per l'acquisizione delle nuove barelle.

3.2.5 La valutazione del personale

L'Istituto ha mostrato una forte sensibilità al cambiamento e una ferma volontà di adeguamento al recente dettato normativo in materia di valutazione del personale (D.Lgs. n. 150/09); sensibilità e volontà dimostrate dalla costituzione volontaria dell'Organismo Indipendente di Valutazione (disposizione del Direttore Generale n. 82 del 29.12.2010) e della Struttura tecnica permanente per la misurazione della performance (delibera n. 596 del 28.06.2011).

Nel corso dell'anno 2011, si è avviato il processo di misurazione e valutazione della performance con la definizione ed assegnazione degli obiettivi operativi ai Direttori di Dipartimento. Il processo di definizione degli obiettivi ha visto il coinvolgimento dei Direttori Aziendali delle tre aree (amministrativa, sanitaria e scientifica) che, con il supporto della struttura tecnica permanente per la misurazione della performance, sulla base degli obiettivi sanitari nazionali e regionali, degli obiettivi del settore oncologico e degli indirizzi del Consiglio di Indirizzo e Verifica, hanno individuato e assegnato gli obiettivi ai 13 Direttori di Dipartimento che, a loro volta, li hanno trasferiti ai dirigenti delle proprie strutture operative. Come già anticipato nel paragrafo 1.1 "Mission aziendale, valori di riferimento e linee strategiche", per ogni obiettivo è stato previsto un indicatore per la misurazione della performance ed un valore atteso.

In particolare, in un clima di transizione tra la normativa nazionale e quella regionale (sancito anche dal recente

Regolamento della Regione Campania n. 12 del 15.12.2011 che ha come oggetto "Ordinamento amministrativo della Giunta regionale" e che, pur intervenendo in parte sulla regolamentazione dell'attività di valutazione della performance, non ha ancora avuto attuazione) e nelle more di direttive regionali dettagliate in tema di ciclo della performance e di sistema di valutazione della performance, l'Istituto ha deciso di perseguire comunque il rinnovamento culturale e organizzativo del processo di valutazione del personale attraverso una modalità graduale. Nell'anno 2011, infatti, è stata attivata la sperimentazione di un sistema di valutazione con il Formez nell'ambito del progetto R.INNO.VA - Valutare Salute (progetto realizzato in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Federico II). Tale sperimentazione ha previsto l'utilizzo della scheda di valutazione redatta dal Formez, sulla base del D.Lgs. n. 150/2009 ed è stata realizzata sul personale dirigenziale, nell'Istituto, e sul personale di comparto, nell'AOU Policlinico Federico II. La sperimentazione, pur avendo riguardato un breve periodo di osservazione, ha consentito un importante scambio di esperienze tra i due enti, sia nell'applicazione di una nuova metodologia, compresa la possibilità di intervenire con delle proposte sulla ridefinizione degli item di valutazione, sia nell'impatto motivazionale e di coinvolgimento del personale.

3.2.6 Sistemi di remunerazione, incentivazione e valorizzazione

Il sistema di remunerazione dell'Istituto è conformato alle disposizioni dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro.

Per quanto concerne l'erogazione della retribuzione di risultato, disciplinata dalla delibera n. 508 del 21/06/2004, le variabili che ne determinano la corresponsione sono le seguenti:

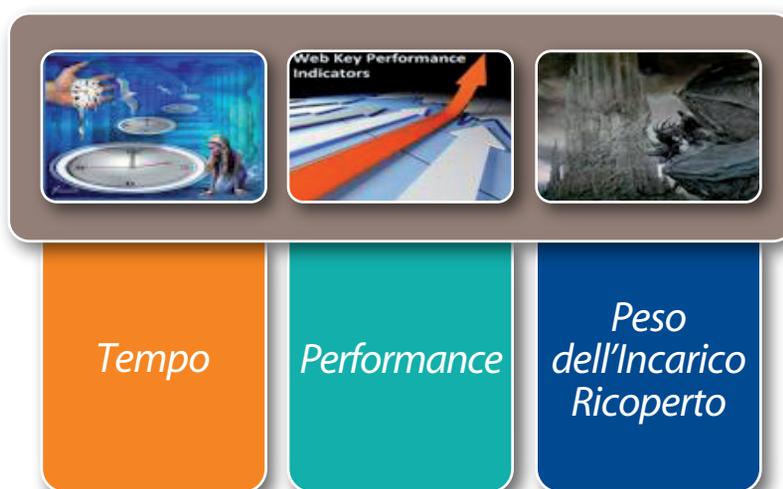


Figura 52 - Variabili che influenzano la retribuzione

- **Tempo:** la corresponsione avviene solo nei confronti di coloro che, nel corso dell'anno di riferimento, abbiano svolto più di tre mesi di servizio effettivo. Si tratta, quindi, di un pre-requisito, senza il quale non si procede all'analisi degli elementi di seguito descritti.
- **Performance:** ogni Dirigente viene valutato da un valutatore di prima istanza attraverso un'apposita scheda che contiene una griglia numerica (da 1 a 5) di fattori di valutazione, laddove il punteggio massimo (5) corrisponde al 100% di valore di performance.
- **Peso dell'incarico ricoperto:** tale coefficiente è di carattere puramente oggettivo e comporta l'attribuzione di una parte della retribuzione in oggetto (il 70%) solo per il fatto di ricoprire uno specifico incarico.

Per quanto riguarda la retribuzione per la produttività del personale non dirigente, il sistema di valutazione e incentivazione è stato elaborato tendendo al recupero della massima produttività del personale dipendente. A tale fine, è stato scelto un sistema "premiante" che consente sia di valorizzare l'esperienza professionale del personale, sia di assicurarne ed incentivarne la presenza in servizio.

3.2.7 Le attività sociali e i riconoscimenti

Nel 2011, l'Istituto si è impegnato in attività finalizzate allo sviluppo delle relazioni sociali.

Sono stati adottati provvedimenti tesi ad attribuire un riconoscimento di carattere onorifico ai professionisti che hanno ricoperto l'incarico di Direttore di Struttura Complessa e che si sono distinti, nell'arco della loro lunga carriera lavorativa, non solo per le capacità professionali ed i titoli di merito, ma anche per la dedizione alle attività dell'Istituto, contribuendo così, in maniera significativa, all'affermazione ed alla crescita nei campi della cura e della ricerca.

Una delle iniziative sociali attivate dall'Istituto nel 2011 riguarda il servizio di Ludoteca; un servizio di interesse pubblico che è destinato, oltre che ai pazienti, anche ai dipendenti e ai loro figli e che rende disponibile un luogo intenzionalmente dedicato al gioco visto come valore fondante della cultura, della formazione e dell'esperienza umana. La Ludoteca rappresenta un esempio di ciò che l'Istituto intende per attività sociale e si inserisce a pieno titolo nella rete dei servizi socio-culturali ed educativi offerti dall'Istituto che, così, si presenta anche come struttura di accoglienza e formazione.

3.2.8 L'attività libero professionale dell'Istituto

L'Istituto si propone, in linea con la normativa vigente, di programmare e attivare un'efficiente forma di attività intramoenia al fine di garantire sia i diritti dei professionisti interni che i diritti dei pazienti che si rivolgono alla struttura.

Una nuova legiferazione per gestire le attività di intramoenia è in cantiere. Le novità che sembrano emergere sono orientate a stabilire che gli spazi esterni, attualmente utilizzati per la libera professione intramuraria, dovranno essere trovati acquistando, mediante affitto o convenzioni con soggetti pubblici, le strutture necessarie.

A tale riguardo, l'Istituto, già nel 2011, ha programmato una ricognizione interna, al fine sia di identificare le modalità di svolgimento dell'attività intramoenia nelle sue strutture, sia di determinare il fabbisogno di ulteriori supporti logistici.

3.2.9 Il livello di soddisfazione dei dipendenti

Il tema della soddisfazione dei dipendenti e del benessere organizzativo di una grande azienda sanitaria come l'INT "Fondazione Pascale" rappresenta un interesse primario sia perché le politiche di tutela del lavoratore spingono l'Istituto a ricercare le migliori condizioni in cui far lavorare i propri operatori, sia perché il benessere del paziente passa spesso attraverso la soddisfazione e il benessere del dipendente.

È ormai ampiamente condivisa la necessità da parte delle amministrazioni di dotarsi di modalità e strumenti periodici di rilevazione degli indicatori significativi per il "benessere" dei dipendenti nelle organizzazioni. La consultazione dei dipendenti rappresenta un momento utile e necessario per coinvolgere il personale nei processi decisionali, per sostenere e riconoscere valenza e ruolo del lavoro pubblico.

In tal senso, a partire dall'anno 2010, l'Istituto ha promosso e avviato la prima indagine sul benessere organizzativo, al fine di migliorare la conoscenza dei propri dipendenti, di individuare le aree critiche dell'organizzazione ed elaborare coerenti piani di sviluppo, che consentano di mettere a punto adeguate politiche volte a valorizzare le professionalità, a progettare ruoli orientati alle competenze, ad arricchire i contenuti del lavoro.

Basandosi sulle criticità emerse dall'indagine del 2010, nel corso del 2011, è stato avviato un ulteriore approfondimento relativo al benessere organizzativo con l'intento di procedere all'individuazione delle aree professionali caratterizzate da un minore o maggiore benessere e allo scopo di rilevare le condizioni organizzative che determinano i differenti livelli di soddisfazione sul lavoro.

In vista della ripetizione dell'indagine finalizzata a rilevare l'andamento nel tempo del grado di benessere e di soddisfazione dei dipendenti, sono stati programmati, per il 2013, focus group e iniziative progettate ad hoc per ragionare con gli operatori selezionati tra le diverse aree professionali sui risultati emersi dall'indagine precedente e valutare le opportunità di miglioramento per la seconda edizione della ricerca.

3.2.10 La sicurezza e la salute del personale

L'Istituto ha sempre garantito la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro. Esso affronta e gestisce tali problematiche promuovendo lo sviluppo e l'utilizzo dei Sistemi di Gestione, ovvero di un insieme di procedure, di sistemi informativi e informatici che costituiscono un presupposto fondamentale per prevenire i rischi e garantire la sicurezza dei luoghi di lavoro. A ciò si affianca una capillare diffusione della cultura della sicurezza.

Con delibera n. 916 del 28.10.2011 è stato adottato il Regolamento Aziendale sull'organizzazione del sistema di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro, ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81. Tale regolamento si basa su un sistema di delega delle funzioni relative alla tutela della salute e della sicurezza sul lavoro e prevede l'attribuzione ai dirigenti delegati di un budget di spesa.

3.3 Gli utenti dell'Istituto

Gli utenti dell'Istituto sono la comunità scientifica che beneficia dei risultati della ricerca, i pazienti che beneficiano dei servizi di assistenza sanitaria e i discenti che beneficiano delle attività formative.

Di seguito, si presenta una trattazione analitica dei principali risultati.

3.3.1 I risultati delle attività di ricerca

La missione dell'Istituto in quanto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), è rappresentata dalla ricerca traslazionale, e cioè dalla ricerca volta a trasferire all'applicazione clinica le più recenti acquisizioni nel campo della biologia tumorale. Presupposto per la realizzazione di tale missione è la completa osmosi tra le attività assistenziali e quelle di ricerca, ivi comprese le ricerche di laboratorio.

In questo contesto, le ricerche condotte presso l'Istituto sono rappresentate sia da studi pre-clinici (di laboratorio) che clinici. In particolare, le ricerche pre-cliniche sono rivolte alla definizione dei meccanismi etio-patogenetici del cancro e all'individuazione di nuovi marcatori diagnostici e prognostici, ma anche di strategie terapeutiche innovative. Gli studi clinici sono progettati e condotti per verificare ipotesi generate dagli studi pre-clinici e per individuare nuovi approcci terapeutici.

Le attività di ricerca dell'Istituto espletate durante il 2011 hanno riguardato i principali campi della ricerca oncologica. Esse, attraverso una serie di progetti integrati con le attività assistenziali, hanno avuto un marcato indirizzo traslazionale, coinvolgendo in maniera trasversale i dipartimenti d'organo e le strutture di servizio. La stretta connessione raggiunta tra attività assistenziale e di ricerca è testimoniata dall'incremento degli studi traslazionali condotti con metodiche innovative su materiale biologico ottenuto dai pazienti; questi studi hanno consentito una migliore caratterizzazione molecolare delle differenti tipologie di tumore trattate nei diversi dipartimenti. Lo scopo è lo sviluppo di un nuovo approccio nella terapia dei tumori, rivolto alla personalizzazione dei trattamenti in base alle specifiche caratteristiche genetiche e molecolari della neoplasia di ogni singolo paziente. È questo un traguardo ambizioso che, tuttavia, proprio in questi anni sta producendo importanti risultati in neoplasie ad elevata incidenza quali i carcinomi della mammella, del colon e del polmone, ma anche in neoplasie per le quali non erano sinora disponibili farmaci efficaci, quali i carcinomi del rene e del fegato.

I principali risultati conseguiti sono elencati di seguito:

- determinazione dei precursori delle cellule endoteliali con metodiche citofluorimetriche in pazienti trattati con farmaci anti-angiogenici;
- valutazione di fattori angiogenici in pazienti neoplastici;
- individuazione di cellule tumorali circolanti a scopo prognostico e predittivo in pazienti affetti da neoplasie della mammella e del polmone;
- valutazione dello stato mutazionale di KRAS e di altri geni coinvolti nella resistenza a farmaci anti-EGFR in pazienti affetti da carcinoma del colon retto;

- determinazione dello stato mutazionale di EGFR in pazienti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule;
- determinazione dello stato mutazionale di BRAF in pazienti affetti da melanoma metastatico e di carcinomi polmonari;
- valutazione di nuove terapie personalizzate per la terapia del melanoma;
- identificazione di peptidi inibitori della metastasi e della disseminazione di cellule tumorali.

Alcune di queste ricerche hanno anche consentito lo sviluppo di attività di servizio per conto di Aziende ospedaliere regionali ed extra-regionali.

I risultati della attività di ricerca dell'Istituto possono essere quantificati attraverso i seguenti parametri fondamentali:

- il numero di studi clinici attivati e il relativo numero di pazienti arruolati;
- il numero delle pubblicazioni scientifiche e relativo Impact Factor (IF);
- il deposito di alcuni brevetti nazionali ed internazionali.

Per quanto riguarda il primo parametro, nel periodo 2007 – 2011, il numero totale degli studi clinici attivati in Istituto è stato di 206 (151 sperimentazioni cliniche e 55 studi osservazionali); di questi 151 risultano essere ancora in corso, al 31.12.2011. In particolare, si è registrato un incremento dal 2007 al 2011 del 62% dei nuovi studi attivati; questo è un segnale che evidenzia il grado di integrazione dell'Istituto all'interno della comunità scientifica nazionale ed internazionale. Infatti, la quasi totalità degli studi attivati risulta essere multicentrica (95%), con una quota di studi internazionali pari al 55% del totale degli studi attivati. Tale incremento è dovuto soprattutto alla quota degli studi no-profit (figura n. 47), ed in particolare agli studi promossi e/o coordinati dall'Istituto, che sono passati dai 2 del 2007 agli 11 del 2011.

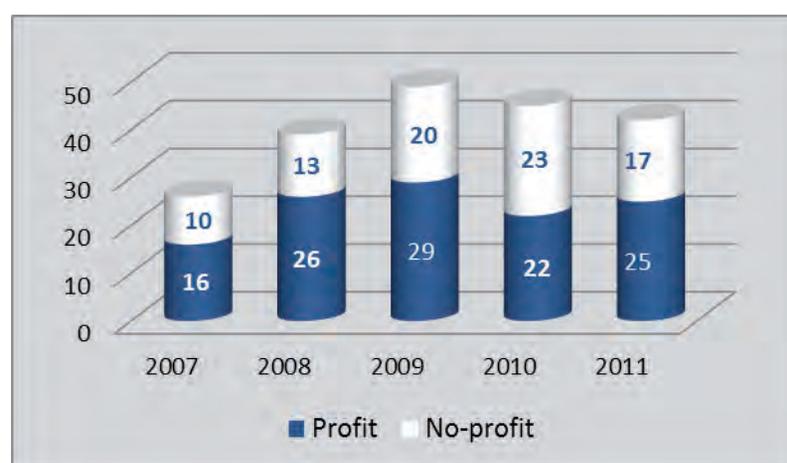


Figura 53 - Nuovi studi clinici attivati per anno e tipologia di promotore

L'attivazione di studi clinici, ed in particolare delle sperimentazioni no-profit finalizzate alla definizione di percorsi terapeutici e di criteri di appropriatezza, consente anche un risparmio per il Servizio Sanitario Regionale, in quanto permette di trattare in maniera gratuita pazienti neoplastici con farmaci ad alto costo.

Nello specifico, nel corso del 2011, sono stati attivati diversi studi, tra i quali:

- uno studio multicentrico di fase III con ARQ 197, un inibitore selettivo di c-MET, più erlotinib, un inibitore dell'epidermal growth factor receptor (EGFR), in soggetti precedentemente trattati con carcinoma polmonare non a piccolo cellule, non squamoso (NSCLC) localmente avanzato o metastatico;
- uno studio multicentrico di fase II con il panitumumab, anticorpo monoclonale specifico contro l'epidermal growth factor receptor (EGFR) o ErbB-1 o HER1, in pazienti affetti da carcinoma del colon-retto metastatico refrattario al cetuximab;
- uno studio multicentrico per valutare la sicurezza e l'efficacia della pomalidomide (CC-4047), un inibitore dell'an-

giogenesi derivato della talidomide, come monoterapia in soggetti con mieloma multiplo refrattario o recidivante;

- uno studio multicentrico per valutare l'efficacia e la sicurezza del trattamento continuato e di re-induzione con bevacizumab in associazione alla chemioterapia in pazienti con carcinoma della mammella localmente recidivato o metastatico, dopo il trattamento di prima linea con la chemioterapia e bevacizumab;
- uno studio di fase III, multicentrico, per valutare l'efficacia e la sicurezza di afatinib (BIBW 2992), inibitore irreversibile dei recettori della famiglia ErbB, somministrato per via orale verso il methotrexate, somministrato per via endovenosa in pazienti con carcinoma a cellule squamose del testa-collo ricorrente/metastatico, in progressione dopo terapia a base di platino;
- uno studio multicentrico di fase III sull'ottimizzazione della combinazione di bevacizumab con folfox/oxxel nel trattamento dei pazienti affetti da carcinoma del colon-retto metastatico;
- uno studio multicentrico di fase III, in doppio cieco con controllo placebo, sull'uso di AMG 386, un inibitore dell'angiogenesi, in associazione a paclitaxel e carboplatino come trattamento di prima linea su pazienti con carcinoma epiteliale ovarico, carcinoma peritoneale primario o cancro delle tube di Falloppio.

La figura seguente mostra il numero di pazienti arruolati nelle sperimentazioni cliniche (SC) e negli studi osservazionali (SO) a seconda del promotore (profit /no-profit). Nello specifico, nei trials clinici attivati fino al 31.12.2011 presso l'Istituto, sono stati arruolati complessivamente 11.085 pazienti, di cui 9.138 negli studi clinici no-profit e 1.947 negli studi clinici profit. In particolare, nel solo 2011, sono stati arruolati 3.905 pazienti, corrispondenti a circa il 35% del totale dei pazienti arruolati negli studi clinici attivati presso l'Istituto.

Pazienti arruolati	Sperimentazioni Cliniche		Studi Osservazionali		Totale
	No - profit	Profit	No - profit	Profit	
TOTALE	6.865	1.152	2.273	795	11.085
Solo nel 2011	1.624	322	1.435	524	3.905

Figura 54 - Pazienti arruolati e tipologia di promotore degli studi e delle sperimentazioni

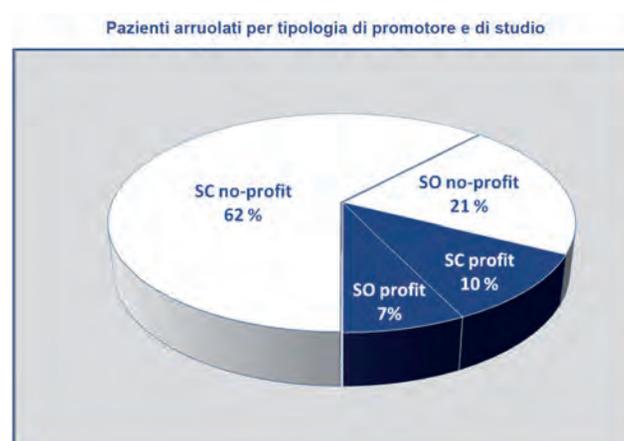


Figura - 55 Pazienti arruolati per tipologia di promotore e studio

La diffusione di ogni nuova scoperta è determinante per il progresso scientifico. Se un ricercatore produce una buona ricerca, l'articolo che ne descrive i risultati viene pubblicato su una rivista scientifica e servirà ad altri ricercatori per i loro studi.

Per questo motivo un secondo parametro fondamentale per valutare l'attività di ricerca è rappresentato dal numero di pubblicazioni scientifiche in riviste recensite, che rappresenta una validazione del lavoro effettuato, e dal relativo Impact Factor (IF), che è l'indice bibliometrico principalmente utilizzato per valutare la qualità della rivista in cui i lavori sono pubblicati.

Il valore dell'IF viene normalizzato dal Ministero della Salute, impiegando parametri che tengono conto della disciplina, del numero degli autori, della loro posizione.

L'attività di ricerca del 2011 ha portato alla pubblicazione di 163 articoli, con un IF normalizzato secondo i criteri ministeriali di 729 punti.

In particolare, l'IF normalizzato ha avuto un andamento crescente nel corso degli anni, passando dai 454 punti del 2008 fino a raggiungere 729 punti nel 2011.

Descrizione	2008	2009	2010	2011
IF normalizzato	454	619	722	729
Numero pubblicazioni	111	156	171	163

Figure 56 - Numero pubblicazioni e valore IF tra 2008 e 2011

Tale incremento testimonia soprattutto un aumento della qualità delle pubblicazioni; infatti, l'IF normalizzato medio per singola pubblicazione, è passato da 4,09 del 2008 a 4,47 del 2011 (+9.3%).

Infine, l'IF normalizzato medio per ricercatore attivo nel 2011 è stato di 6.25 punti.

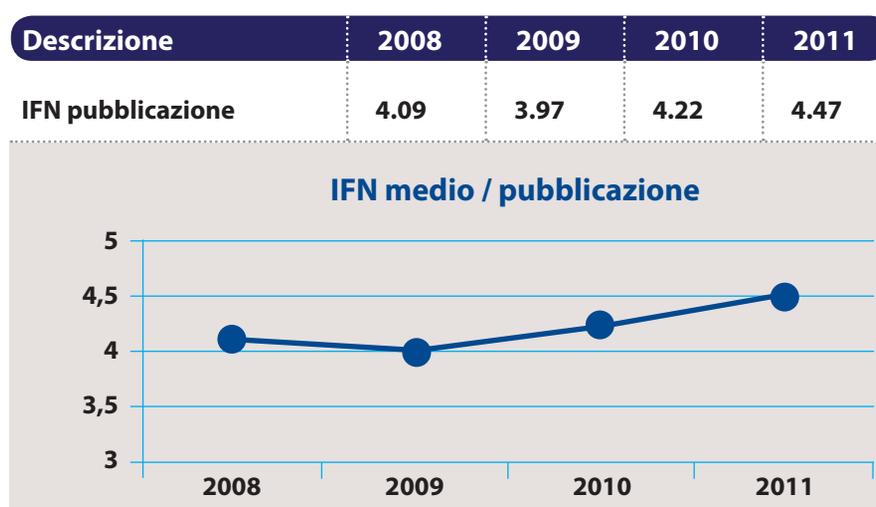


Figura 57 - IF medio per le pubblicazioni nel periodo 2008 - 2011

La quantità e la qualità delle ricerche pubblicate sono una conferma delle buone scelte compiute nell'impiego dei finanziamenti ricevuti.

Di seguito, sono descritti 16 articoli pubblicati nel 2011 nell'ambito di programmi di ricerca corrente e/o finalizzata (gli autori afferenti all'Istituto sono contrassegnati da un asterisco).

Impact Factor: 53,486

Rivista: The New England Journal of Medicine

Autori: Chapman PB, Hauschild A, Robert C, Haanen JB, Ascierto P*, Larkin J, Dummer R, Garbe C, Testori A, Maio M, Hogg D, Lorigan P, Lebbe C, Jouary T, Schadendorf D, Ribas A, O'Day SJ, Sosman JA, Kirkwood JM, Eggermont AM, Dreno B, Nolop K, Li J, Nelson B, Hou J, Lee RJ, Flaherty KT, McArthur GA; BRIM-3 Study Group.

Obiettivo principale dello studio:

è valutare il miglioramento del tasso di sopravvivenza in pazienti affetti da melanoma con mutazione BRAF V600E, trattati con vemurafenib. Lo studio ha mostrato una sopravvivenza globale a 6 mesi dell'84% dei pazienti trattati con vemurafenib rispetto al 64% del gruppo trattato con dacarbazine.

Pazienti arruolati: 675

Titolo: Improved survival with vemurafenib in melanoma with BRAF V600E mutation.

Impact Factor: 18,97

Rivista: J Clin Oncol

Autori: Nicola Maurea*, Carlo G Tocchetti*, Carmela Coppola*, Gianluca Ragone, Antonio Barbieri*, Domenica Rea*, Giuseppe Palma*, Marianna Gala*, Antonio Luciano*, Claudio Arra*, Claudia De Lorenzo*, RV Iaffaioli*

Titolo: The ErbB2-antibody 2C4 produces cardiac dysfunction in mice

Obiettivo principale dello studio:

Obiettivo di questo studio è quello di studiare i meccanismi di cardiotossicità di farmaci antagonisti del recettore ErbB-2 quali il Trastuzumab.

Impact Factor: 18,97

Rivista: J Clin Oncol

Autori: Pignata S, Scambia G, Ferrandina G, Savarese A, Sorio R, Breda E, Gebbia V, Musso P, Frigerio L, Del Medico P, Lombardi AV, Febbraro A, Scollo P, Ferro A, Tamperi S, Brandes A, Ravaioli A, Valerio MR, Aitini E, Natale D, Scaltriti L, Greggi S*, Pisano C*, Lorusso D*, Salutati V, Legge F, Di Maio M*, Morabito A*, Gallo C, Perrone F*.

Titolo: Carboplatin plus paclitaxel versus carboplatin plus pegylated liposomal doxorubicin as first-line treatment for patients with ovarian cancer: the MITO-2 randomized phase III trial

Obiettivo principale dello studio:

Valutare se la chemioterapia basata sull'associazione carboplatino/doxorubicina liposomiale pegilata (PLD) è più efficace rispetto alla chemioterapia standard.

Pazienti arruolati: 820

Lo studio dimostra che l'associazione carboplatino/ doxorubicina liposomiale pegilata (PLD) non è superiore allo standard, ma mostra un profilo di tossicità inferiore diverso, che potrebbe essere preferibile a seconda delle patologie concomitanti e in base alle preferenze della paziente.

Impact Factor: 17,764

Rivista: Lancet Oncol (Commento)

Autori: De Laurentiis M*.

Titolo: Optimum chemotherapy regimen for early breast cancer.

Il commento riguarda considerazioni circa l'approccio chemio terapeutico ottimale per il cancro al seno in fase iniziale. Le considerazioni vertono essenzialmente sull'uso di antracicline in pazienti a basso rischio, che provocherebbe a lungo termine tossicità. Tuttavia, l'autore ritiene che questa decisione è imprescindibile dal classico giudizio clinico, per una valutazione accurata del potenziale danno/beneficio

Impact Factor: 17,764

Rivista: Lancet Oncol (Corrispondenza)

Autori: Normanno N*, De Luca A*, Gallo M*, Lamura L*, Perrone F*.

Titolo: Zoledronic acid in early-stage breast cancer.

I ricercatori del nostro Istituto hanno suggerito, sulla base della loro esperienza, un possibile meccanismo di azione dell'acido zoledronico che ne spiegherebbe l'attività antitumorale emersa dai risultati dello studio ABC-SG-12. In particolare, l'acido zoledronico, riducendo la secrezione di fattori che promuovono la migrazione delle cellule tumorali, inibirebbe la migrazione delle cellule staminali mesenchimali nel tessuto osseo. Attualmente i ricercatori stanno studiando la capacità predittiva di risposta al trattamento con acido zoledronico di tali fattori nell'ambito dello studio clinico HOBOE nel tumore della mammella.

Impact Factor: 17,764

Rivista: Lancet Oncol

Autori: Regan MM, Neven P, Giobbie-Hurder A, Goldhirsch A, Ejlertsen B, Mauriac L, Forbes JF, Smith I, Láng I, Wardley A, Rabaglio M, Price KN, Gelber RD, Coates AS, Thürlimann B; BIG 1-98 Collaborative Group; International Breast Cancer Study Group (IBCSG)*
* Morabito A*

Titolo: Assessment of letrozole and tamoxifen alone and in sequence for postmenopausal women with steroid hormone receptor-positive breast cancer: the BIG 1-98 randomised clinical trial at 8.1 years median follow-up.

Obiettivo principale dello studio:

E' uno studio clinico randomizzato di fase III, circa l'utilizzo del letrozolo e tamoxifene somministrati da soli e in sequenza, per le donne in postmenopausa, con cancro al seno positivo per il recettore ormonale. Lo studio valuta che per le donne in postmenopausa con carcinoma mammario in fase iniziale e con recettore ormonale positivo, si ottiene una riduzione delle recidive del cancro al seno e della mortalità, somministrando letrozolo in monoterapia rispetto a monoterapia con tamoxifene. Trattamenti sequenziali che coinvolgono il tamoxifene e letrozolo non migliorano il risultato rispetto al letrozolo in monoterapia mentre potrebbe essere strategicamente utile nella valutazione del rischio di una singola paziente di recidiva e di trattamento della tollerabilità

Impact Factor: 14,697

Rivista: J Natl Cancer Inst

Autori: Lee CK, Friedlander M, Brown C, GebSKI VJ, Georgouloupoulos A, Vergote I, Pignata S*, Donadello N, Schmalfeldt B, Delva R, Mirza MR, Sauthier P, Pujade-Lauraine E, Lord SJ, Simes RJ.

Titolo: Early decline in cancer antigen 125 as a surrogate for progression-free survival in recurrent ovarian cancer.

Obiettivo principale dello studio:

Questo studio riguarda essenzialmente l'utilizzo del marcatore ca 125 come un surrogato per la valutazione della sopravvivenza libera da progressione nel carcinoma ovarico ricorrente.

Pazienti arruolati: 886**Impact Factor: 14,697**

Rivista: J Natl Cancer Inst

Autori: Melisi D*, Xia Q, Paradiso G, Ling J, Moccia T, Carbone C, Budillon A*, Abbruzzese JL, Chiao PJ.

Titolo: Modulation of pancreatic cancer chemoresistance by inhibition of TAK1.

Obiettivo principale dello studio:

I risultati di questo studio suggeriscono che il silenziamento genetico o l'inibizione dell'attività della TAK1 chinasi in vivo è un approccio terapeutico potenziale della reversione della chemioresistenza intrinseca del cancro pancreatico.

Impact Factor: 10,885

Rivista: Hepatology

Autori: Sangro B, Carpanese L, Cianni R, Golfieri R, Gasparini D, Ezziddin S, Paprottka PM, Fiore F*, Van Buskirk M, Bilbao JI, Ettorre GM, Salvatori R, Giampalma E, Geatti O, Wilhelm K, Hoffmann RT, Izzo F*, Iñarrairaegui M, Maini CL, Urigo C, Cappelli A, Vit A, Ahmadzadehfar H, Jakobs TF, Lastoria S*; European Network on Radioembolization with Yttrium-90 Resin Microspheres (ENRY).

Titolo: Survival after yttrium-90 resin microsphere radioembolization of hepatocellular carcinoma across Barcelona clinic liver cancer stages: a European evaluation.

E' stata condotta un'analisi multicentrica per valutare i fattori prognostici principali di sopravvivenza dopo radioembolizzazione con microsferi di resina marcata con ittrio-90, in pazienti con carcinoma epatocellulare, in otto centri europei. Questo studio ha provato in maniera evidente la significativa sopravvivenza ottenuta con radioembolizzazione.

Pazienti arruolati: 325

Impact Factor: 10,885

Rivista: Hepatology

Autori: Turati F, Edefonti V, Talamini R, Ferraroni M, Malvezzi M, Bravi F, Franceschi S, Montella M*, Polesel J, Zucchetto A, La Vecchia C, Negri E, Decarli A

Titolo: Family history of liver cancer and hepatocellular carcinoma.

Obiettivo principale dello studio:

Valutare se la chemioterapia basata sull'associazione carboplatino/doxorubicina liposomiale pegilata (PLD) è più efficace rispetto alla chemioterapia standard.

Impact Factor: 10,558

Rivista: Blood

Autori: Morabito F, De Filippi R, Laurenti L, Zirlik K, Recchia AG, Gentile M, Morelli E, Vigna E, Gigliotti V, Calemma R*, Amoroso B, Neri A, Cutrona G, Ferrarini M, Molica S, Del Poeta G, Tripodo C, Pinto A*.

Titolo: The cumulative amount of serum-free light chain is a strong prognosticator in chronic lymphocytic leukemia and hepatocellular carcinoma.

Obiettivo principale dello studio:

Questo studio verte essenzialmente sulla identificazione di fattori prognostici nella Leucemia Linfocitica Cronica (LLC). L'identificazione di pazienti a rischio di progressione della malattia in fase precoce è alla base della gestione della malattia. Lo studio condotto su 449 pazienti ha dimostrato che il valore cumulativo di siero privo di catene leggere è un fattore prognostico, forte, nella leucemia linfocitica cronica.

Impact Factor: 10,191

Rivista: Am J Respir Crit Care Med

Autori: Sorrentino R, Morello S, Forte G, Montinaro A, De Vita G, Luciano A*, Palma G*, Arra C*, Maiolino P*, Adcock IM, Pinto A.

Titolo: B cells contribute to the antitumor activity of CpG-oligodeoxynucleotide in a mouse model of metastatic lung carcinoma.

Questo protocollo sperimentale di ricerca, studia la capacità antitumorale dell'oligonucleotide CpG (1) in un modello murino di metastasi polmonare. Si è visto che la scarsa presenza di cellule B nel polmone agevola fortemente la localizzazione secondaria polmonare e che l'adoptive transfer di cellule B pre-attivate con CpG, induce un arresto della proliferazione ed un cambiamento del microambiente tumorale. Inoltre, è stato rilevato un aumento dell'apoptosi e una decrescita dei fattori immunosoppressivi nei topi trattati con cellule B-CpG attivate.

Conclusione dello studio: La pre-attivazione delle cellule B con CpG si candida quale terapia adiuvante nel trattamento immunologico da localizzazione polmonare secondaria.

Impact Factor: 8,843

Rivista: Eur Urol

Autori: Di Lorenzo G, Federico P, Buonerba C, Longo N, Carteni G, Autorino R, Perdonà S*, Ferro M, Rescigno P, D'Aniello C, Matano E, Altieri V, Palmieri G, Imbimbo C, De Placido S, Mirone V.

Titolo: Paclitaxel in pretreated metastatic penile cancer: final results of a phase 2 study.

L'obiettivo dello studio è quello di valutare l'efficacia di nuove linee di trattamento nel carcinoma squamoso del pene metastatico, refrattario a trattamenti di prima linea.

Lo studio dimostra che il Paclitaxel è moderatamente attivo e ben tollerato ma ulteriori studi con chemioterapici in monoterapia e/o in combinazione con il Paclitaxel devono ancora essere eseguiti per dimostrare l'efficacia terapeutica migliorando la risposta parziale ed il controllo di terapia.

Pazienti arruolati: 25

Impact Factor: 8,234

Rivista: Cancer Res

Autori: Avilla E, Guarino V, Visciano C, Liotti F, Svelto M, Krishnamoorthy G, Franco R*, Melillo RM.

Titolo: Activation of TYRO3/AXL tyrosine kinase receptors in thyroid cancer.

AXL e Tyro 3 sono recettori a tirosino chinasi indotti, dall'interazione di CXCL12/SDF-1 e il suo recettore CXCR4 in linee di cellule tumorali tiroidee. Inoltre è stato osservato un elevato livello di fosforilazione di AXL a causa dell'interazione con il suo ligando specifico GAS6. L'interazione induce un aumento della sopravvivenza delle cellule. Inoltre abbiamo dimostrato anche in una subset di carcinoma papilliferi l'elevata espressione di AXL e GAS6. Il nostro studio suggerisce che l'asse AXL/Gas6 possa essere un target terapeutico per una specifica classe di tumori tiroidei differenziati.

Impact Factor: 7,338

Rivista: Clin Cancer Res

Autori: Carbone C, Moccia T, Zhu C, Paradiso G, Budillon A*, Chiao PJ, Abbruzzese JL, Melisi D*.

Titolo: Anti-VEGF treatment-resistant pancreatic cancers secrete proinflammatory factors that contribute to malignant progression by inducing an EMT cell phenotype.

I risultati riportati in questo lavoro, identificano i fattori pro-infiammatori e marcatori EMT come potenziali biomarker per la selezione di pazienti con tumore al pancreas per la terapia antiangiogenica.

Impact Factor: 7,274

Rivista: J Pathol

Autori: Esposito F, Boscia F, Franco R*, Tornincasa M, Fusco A, Kitazawa S, Looijenga LH, Chieffi P.

In questo lavoro è stato studiato il ruolo PATZ1, un repressore trascrizionale, con un ruolo determinante nella gametogenesi maschile, la cui alterata localizzazione subcellulare è stata dimostrata strettamente correlata allo sviluppo tumorale. È stato dimostrato, inoltre, che ER β interagisce con PATZ1 nella linea primaria di cellule germinali TCAM1. In una serie di tumori germinali abbiamo dimostrato che la ridotta espressione o perdita di ER β si associa con la delocalizzazione di PATZ1 nei seminomi. Inoltre è stato dimostrato che il passaggio di PATZ1 dal citoplasma nel nucleo è regolato dall'aumento di cAMP, che determina un aumento dell'espressione di ER β . Questo effetto sembra, inoltre, essere contrastato dal trattamento delle cellule con l'anti-estrogeno ICI 182-780. Il lavoro sottolinea come la regolazione del pathway degli estrogeni, mediante il cofattore PATZ può favorire lo sviluppo di tumori germinali.

Figura 58 – Articoli pubblicati nel 2011

Le attività di ricerca sviluppate hanno, inoltre, permesso all'Istituto di depositare alcune domande di brevetto nazionale e/o internazionale sulla scorta di scoperte scientifiche realizzate dai vari ricercatori.

N.	Titolo	Inventore	Anno di deposito
1	PROTEIN COMPOUND CAPABLE OF INHIBITING TUMORAL	MANCINI ALDO	1993
2	PROTEIN COMPOUND CAPABLE OF INHIBITING TUMORAL GROWTH	MANCINI ALDO	1994
3	USO DELLA PROTEINA P1LSA PER LA PREPARAZIONE DI UN MEDICAMENTO DA UTILIZZARSI NELLA TERAPIA DI PATOLOGIE INDOTTE DA DANNI CELLULARI	MANCINI ALDO	1996
4	IMMUNOLOGICAL DIAGNOSTICS KIT AND METHOD FOR ITS USE	MANCINI ALDO	1996
5	PEPTIDI INIBITORI DELLA MOTILITA' CELLULARE	CARRIERO MARIA VINCENZA LAMBERTI MONICA PAVONE VINCENZO PELUSO GIANFRANCO	2004
6	PEPTIDI CICLICI CON ATTIVITA FARMACOLOGICA	CARRIERO MARIA VINCENZA DE ROSA MARIO PAVONE VINCENZO	2008
7	PENTAPEPTIDE E PROTEINE DI FUSIONE MODIFICATE CON ESSO	MANCINI ALDO	2008
8	PEPTIDIC AND NON PEPTIDIC LIGANDS FOR IMMUNODETECTION OF THE RECEPTOR FOR UROTENSIN	NOVELLINO ETTORE GRIECO PAOLO CARAGLIA MICHELE BUDILLON ALFREDO FRANCO RENATO ADDEO SANTOLO ROSARIO	2010
9	VIRUS-LIKE PARTICLES PRESENTING HIV-1 ENVELOPES, AND METHODS FOR MUCOSAL AND SUBLINGUAL IMMUNIZATION AGAINST HIV-1 USING THE SAME	BUONAGURO FRANCO MARIA BUONAGURO LUIGI TORNESELLO MARIA LINA	2010
10	PROCESSO BIOTECNOLOGICO ECO-COMPATIBILE PER L'ESTRAZIONE DI TRANS-RESVERATROLO DA SCARTI VEGETALI	BARBARISI MANLIO DI LAZZARO ANTONELLA IAFFAIOLI GENNARO DAVIDE ROSSO FRANCESCO	2010
11	MODIFIED HUMAN MANGANESE SUPEROXIDE DISMUTASE AND USES THEREOF	MANCINI ALDO	2010
12	METHOD FOR BIOMOLECULAR DETECTION OF HUMAN LIVER DISEASES COMPOSITIONS AND KITS USED IN SAID METHOD	BUONAGURO FRANCO MARIA BUONAGURO LUIGI TORNESELLO MARIA LINA IZZO FRANCESCO MARINCOLA FRANCESCO CASTELLO GIUSEPPE DE GIORGI VALERIA	2011
13	PEPTIDES AND THEIR USE AS CARRIERS INTO CANCER CELLS	MANCINI ALDO	2011
14	RADIOPROTECTIVE SOD SOLUBLE ISOFORM AND USES THEREOF	MANCINI ALDO	2011
15	CYCLIC PEPTIDES BINDING CXCR4 RECEPTOR AND RELATIVE MEDICAL AND DIAGNOSTIC USES	AMODEO PIETRO VITALE ROSAMARIA DE LUCA STEFANIA SCALA STEFANIA CASTELLO GIUSEPPE SIANI ALFREDO	2011

Figura 59- Brevetti depositati

Molto significativa ai fini della qualità della ricerca è stata anche per il 2011 la capacità dell'Istituto di inserirsi in rete con altri IRCCS, organismi internazionali e con strutture assistenziali operanti sul territorio. In particolare, l'Istituto ha partecipato attivamente a collaborazioni con i seguenti attori/ programmi:

- Alleanza Contro il Cancro (ACC): associazione senza scopo di lucro istituita nel 2002 per volontà del Ministero della Salute, il cui scopo è realizzare e gestire una rete di informazione e collaborazione tra gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico e privato ad indirizzo e/o interesse oncologico;
- BIBLIOSAN: il Sistema Bibliosan, di cui l'Istituto fa parte dal 2003, è promosso dal Ministero della Salute e si avvale della rete delle biblioteche degli Enti di ricerca biomedici italiani. A Bibliosan aderiscono le biblioteche degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS), dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dell'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro (ISPESL), dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR);
- la rete GARR per la medicina e il grid computing. L'Istituto è connesso alla rete telematica realizzata dal GARR, il Consorzio che si occupa di implementare e gestire la rete telematica della ricerca nel nostro Paese. Con simile strumento l'Istituto può contare su di una rete a banda larga per il trasferimento di file, archivio per la consultazione di informazioni da remoto;
- la Rete Nazionale delle Biobanche per l'Oncologia;
- la Teleradiologia: sistema di radiologia avanzato per l'accesso ai servizi di teleradiologia in Data Center in collaborazione con gli Istituti dei Tumori di Roma e di Milano.

L'Istituto, inoltre, aderisce alle seguenti reti internazionali e regionali:

- Organization of European Cancer Institutes (OECI);
- Union Intérrationale Contre le Cancer (UICC) ;
- European Economic Interest Grouping - Liaison Network for Cancer (EEIG LINC) dal 2004 in seguito alla fusione dei due organismi;
- European organization for research and treatment of cancer (EORTC);
- Alleanza degli Ospedali Italiani nel mondo (IPOCM);
- Rete Formativa della regione Campania;
- Scuole di specializzazione mediche universitarie:
 - Università degli Studi di Napoli "Federico II": Anatomia Patologica, Chirurgia Maxillo-Facciale, Chirurgia Toracica, Igiene e Medicina Preventiva, Oncologia;
 - Seconda Università di Napoli: Allergologia ed Immunologia Clinica, Biochimica e Chimica Clinica, Dermatologia e Venerologia, Ematologia, Endocrinologia, Malattie del Ricambio, Medicina Nucleare, Radioterapia;
- Rete Telematica (Telemedicina) della Regione Campania;
- Centri di Competenza (rete di eccellenza ad elevata valenza biotecnologia e traslazionale) della Regione Campania: Diagnostica e Farmaceutica Molecolare; Bio Tek Net (BioTecnologie applicate); Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione (ICT).

3.3.2 I risultati delle attività sanitarie

I pazienti si rivolgono all'Istituto su indicazione del proprio medico curante, su consiglio di medico specialista o su indicazione dei servizi territoriali distrettuali. Di norma, il primo contatto con l'Istituto avviene nel corso di una visita ambulatoriale. I pazienti che necessitano di approfondimenti diagnostici o terapie da effettuare in regime di degenza vengono prenotati per il ricovero in regime ordinario o Day-Hospital secondo diversi livelli di priorità definiti in relazione alla condizione clinica.

L'Istituto non svolge attività di Pronto Soccorso, e, pertanto, effettua, esclusivamente ricoveri programmati.

L'Ufficio Prenotazione e Accettazione Ricoveri gestisce le agende di prenotazione delle strutture di degenza e, sulla base delle indicazioni dei medici dell'Istituto che hanno proposto il ricovero, le prenotazioni vengono registrate secondo quattro livelli di priorità che ricalcano le tre classi di priorità indicate nella D.G.R. 170/2007:

- ricoveri indifferibili (pazienti affetti da malattia neoplastica che necessitano del primo trattamento medico o chirurgico in regime di ricovero programmato, nei tempi più brevi possibili);
- ricoveri differibili;
- ricoveri per trapianti di midollo;
- ricoveri programmati per controlli, follow up, cicli di chemioterapia, ed altro.

I posti letto attivi in istituto nel 2011 sono stati 232, di cui 190 ordinari e 42 di Day Hospital; sono stati effettuati 10.893 ricoveri ordinari (ricoveri che prevedono anche la possibilità di pernottamento) che hanno comportato 55.482 giornate di degenza, con una durata media della degenza di 5 giorni. Di essi, sempre per il 2011, il 36% sono stati di tipo Chirurgico e il 64% di tipo Medico.

In regime di Day Hospital (ricoveri che prevedono per i pazienti il ritorno a casa nello stesso giorno), sono stati effettuati 20.832 accessi, di cui 16.697 per l'effettuazione di terapie antineoplastiche, 3.368 per interventi chirurgici e 767 per endoscopie.

Del totale dei pazienti ricoverati, il 28,13% è risultato essere residente a Napoli, il 67,51% negli altri comuni campani, mentre il restante 3,18% di provenienza extra regionali e solo l'1,17% proveniente da paesi stranieri.

Tali dati, confrontati con quelli dell'anno 2010, permettono di rilevare, per i ricoveri ordinari, un incremento del 11,09% e del 13,6% rispetto al 2009; all'aumento dei ricoveri corrisponde un aumento della produttività di ciascun posto letto che nel 2011, mediamente, ha visto ruotare 59,4 degenti contro i 53 del 2010. Nel 2011 i posti letto sono

stati occupati da degenti per l'80 % dei giorni dell'anno

Per i ricoveri in Day Hospital si è osservato, invece, un aumento globale degli accessi del 1,81%, (di cui il 2,02% per accessi per terapie antineoplastiche e circa il 9% per accessi di endoscopia).

Restano per lo più invariati i ricoveri in Day Hospital per interventi chirurgici (Day Surgery).

I dati complessivi delle attività assistenziali effettuate nel corso del 2011 sono riportati nelle successive figure.

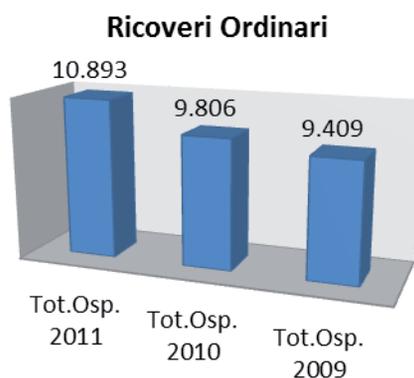


Figura 60 - Ricoveri ordinari tra 2009 e 2011

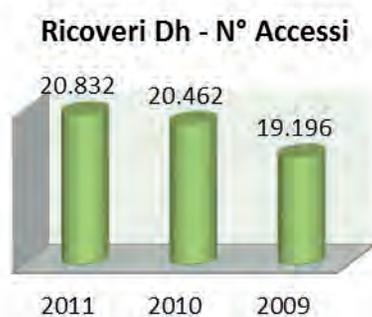


Figure 61 - Ricoveri in Day Hospital anni 2009 - 2010 - 2011



Figure 62 - Ricoveri in Day Surgery tra il 2009 e il 2011



Figure 63 - Zone di provenienza dei ricoverati

Questi dati, confrontati con l'anno precedente, mettono in evidenza quali strutture sono riuscite a migliorare la loro efficienza operativa, rispetto all'anno precedente. Con l'incremento dei ricoveri si è osservato anche un incremento del numero di interventi chirurgici eseguiti in regime di degenza ordinaria che sono passati da 3.578 nel 2008 a 3.923 nel 2011, con un incremento del 9,7%.

Nella figura che segue, che riporta alcuni indicatori di attività dettagliati per dipartimento ed unità operativa, si evidenzia come l'incremento di attività del 2011 rispetto al 2010 abbia interessato tutte le articolazioni organizzative dell'Istituto.

Istituto Nazionale Tumori di Napoli ricoveri ordinari - Indicatori di attività per dipartimento anno 2010-2011													
Dip. /U.O.	Dimessi			Deg. media		Peso medio		Distrib. % tipo Drg				Tasso utilizzazione posti letto	
	2010	2011	Δ %	2010	2011	2010	2011	Chir.	Chir.	Med.	Med.	2010	2011
Dip. Uro-Ginecologico	1.065	1071	0,56%	6,62	6,71	1,24	1,25	69,77	69,93	30,23	30,07	77,05	78,4
Chirurgia Ginecologica	312	301	-3,53%	9,33	9,53	1,45	1,39	84,62	82,72	15,38	17,28		
Chirurgia Urologica	490	505	3,06%	5,92	6,33	1,28	1,29	93,27	93,47	6,73	6,53		
Onc.Med. Uro-Ginec.	263	265	0,76%	4,72	4,21	0,93	1,01	8,37	10,57	91,63	89,43		
Dip. Melanoma, Tes. M., Mus. Sch. e T. C.	1.303	1352	3,76%	6,91	6,47	1,26	1,27	76,21	74,41	23,79	25,59	87,39	85,25
Chirurgia Oncologica Melanoma	573	601	4,89%	6,32	5,79	1,35	1,36	86,04	84,19	13,96	15,81		
Chirurgia Tiroide	142	128	-9,86%	6,31	6,27	0,97	1	89,44	93,75	10,56	6,25		
Maxillo Facciale-Orl	300	303	1,00%	8,83	9,12	1,26	1,24	75	75,91	25	24,09		
Chirurgia Muscolo-Scheletrica	149	154	3,36%	7,04	6,36	1,37	1,45	94,63	92,86	5,37	7,14		
Onc. Med. Cute	55	88	60,00%	4,36	3,3	1,03	1,11	10,91	1,14	89,09	98,86		
Onc. Med. Testa Collo	84	78	-7,14%	6,63	5,59	1,1	1,07	1,19	7,69	98,81	92,31		
Dip. di Senologia	1.878	2199	17,09%	5,45	4,36	1,01	0,96	48,14	38,93	51,86	61,07	88,13	82,3
Chirurgia Senologica	942	906	-3,82%	6,58	6,35	1	1	94,27	92,6	5,73	7,4		
Oncol. Med. Senologica	935	1.293	38,29%	4,3	2,97	1,01	0,94	1,71	1,31	98,29	98,69		
Dip. Entero-Proctologico	1.815	2269	25,01%	4,2	3,3	1,22	1,13	23,8	19,66	76,2	80,34	83,83	80,83
Chir. Addom. C	302	288	-4,64%	6,62	6,43	1,79	1,77	67,88	68,75	32,12	31,25		
Onc.Med. Sarcoma Ossa e P.M	221	270	22,17%	3,04	2,44	0,95	0,88	4,52	2,22	95,48	97,78		
Onc.Med. Addom. B	1.059	1.426	34,66%	2,99	2,11	0,93	0,89	1,89	1,33	98,11	98,67		
CHIR. COLON-RETTO	233	285	22,32%	7,7	6,93	2,04	1,94	84,55	78,25	15,45	21,75		
Dip. Esof-Gastro-Bilio-Pacreat	1.304	1370+E28	5,06%	5,59	5,07	1,45	1,49	25,38	26,5	74,62	73,5	79,67	76,93
Onc. Med. Addom. A	818	842	2,93%	4,43	4,08	1,03	1,06	1,34	1,07	98,66	98,93		
Chirurgia Epato-Biliare	305	333	9,18%	6,96	5,99	2,47	2,41	68,2	67,57	31,8	32,43		
Chir. Addom. D	80	98	22,50%	7,66	8,44	1,35	1,83	56,25	74,49	43,75	25,51		
Chir. Gastro-Pancr. e Carc. Perit.	99	97	-2,02%	9,32	7,06	1,94	1,7	67,68	57,73	32,32	42,27		
Dip. Toraco Polmonare	440	577	31,14%	10,17	9,2	1,62	1,51	37,95	34,32	62,05	65,68	94,29	89,37
Chirurgia Toracica	412	418	1,46%	10,27	10,3	1,65	1,58	39,32	44,26	60,68	55,74		
Onc. Med. Toraco polmonare	28	159	467,86%	8,61	6,31	1,25	1,3	17,86	8,18	82,14	91,82		
Dip. Anes. End. Card.-Ter. Ante Intens.	245	328	33,88%	8,11	7,83	1,17	1,34	26,53	32,01	73,47	67,99	67,05	51,22
Anest.Rianim. e Terap. Antalg.	245	281	14,69%	8,11	7	1,17	1,07	26,53	29,18	73,47	70,82		
Terapia Intensiva	-	47	-	-	12,74	-	2,94	-	48,94	-	51,06		
Dip. Ematologico	709	744	4,94%	8,16	8,27	2,26	2,12	23,7	18,41	76,3	81,59	88,91	96,02
Dip. Diagn.per Imm.- Rad. Intervent.	166	117	-29,52%	1,98	1,97	1,65	1,52	42,77	47,01	57,23	52,99	45,75	30,14
Dip. Diagn.per Imm.- Radioterapia	20	11	-45,00%	8,55	5,91	1,46	1,33	95	72,73	5	27,27	11,64	8,77
Dip. Diagn.per Imm.-Ter. Radiometab.	862	855	-0,81%	1,5	1,4	0,87	0,87	0	0	100	100	59,29	55,75
TOTALE	9.807	10893	11,07%	5,63	5,09	1,287	1,2492	39,7	36,01	60,3	63,99	80,6	79,11

Figura 64 - Ricoveri ordinari divisi per dipartimento

Di seguito, sono riportate le casistiche dei ricoveri ordinari e Day Hospital trattati nel 2011, distinti per DRG (Raggruppamento omogeneo di diagnosi) e ordinati in base alla loro numerosità.

N° DRG	CASEMIX RAGGRUPPATO PER DRG- RICOVERI ORDINARI				
	Descrizione	T	Num. dim	Deg. Media	% osp.
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	2.732	2,17	25,08
409	Radioterapia	M	824	1,43	7,56
203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	M	593	3,73	5,44
82	Neoplasie dell'apparato respiratorio	M	510	6,58	4,68
260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	C	373	6,6	3,42
408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	C	355	5,14	3,26
172	Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	M	249	4,32	2,29
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	M	231	5,84	2,12
403	Linfoma e leucemia non acuta con CC	M	216	8,23	1,98
239	Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	M	171	5,15	1,57
261	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	C	166	5,06	1,52
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	M	166	3,15	1,52
191	Interventi su pancreas, fegato e shunt con CC	C	150	7,73	1,38
463	Segni e sintomi con CC	M	148	6,56	1,36
402	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	C	138	5,45	1,27
290	Interventi sulla tiroide	C	123	6,52	1,13
310	Interventi per via transuretrale con CC	C	117	5,84	1,07
266	Triapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	C	111	6,31	1,02
258	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	C	110	7,35	1,01
173	Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	M	107	2,82	0,98
149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	C	106	7,42	0,97
311	Interventi per via transuretrale senza CC	C	100	4,22	0,92
75	Interventi maggiori sul torace	C	95	15,23	0,87
275	Neoplasie maligne della mammella senza CC	M	92	4,07	0,84
570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	C	85	10,27	0,78
353	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	C	77	13,53	0,71
540	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	C	75	10,03	0,69
77	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	C	69	7,25	0,63
259	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	C	68	6,38	0,62
274	Neoplasie maligne della mammella con CC	M	56	5,13	0,51

Legenda

- CC Complicanze
- T Tipologia prestazione di ricovero
- M Prestazione Medica
- C Prestazione Chirurgica

Figura 65 - Casistica dei ricoveri ordinari

N° DRG	CASEMIX RAGGRUPPATO PER DRG D.H.	T	N° dimessi	N° accessi
	Descrizione			
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	2297	15343
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	C	825	815
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	M	567	567
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	M	407	407
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	C	323	323
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	M	233	233
408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	C	228	228
347	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	M	218	218
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	C	128	128
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C	118	118
284	Malattie minori della pelle senza CC	M	95	95
350	Inflammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	M	93	93
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	M	89	164
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	M	87	532
319	Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	M	85	87
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	C	62	62
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	M	54	78
82	Neoplasie dell'apparato respiratorio	M	51	53
173	Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	M	51	51
183	Esosfagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	M	39	39
40	Interventi sulle strutture extracellulari eccetto l'orbita, età > 17 anni	C	36	36
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	C	36	36
403	Linfoma e leucemia non acuta con CC	M	32	312
363	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radiattivo per	C	30	30
265	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	C	28	28
55	Miscelanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	26	26
169	Interventi sulla bocca senza CC	C	23	23
402	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	C	23	65
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	M	19	19
73	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	M	14	14
216	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	C	13	13
229	Interventi su mano e polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	C	13	13
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	M	13	13
158	Interventi su ano e stoma senza CC	C	12	12
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella, senza CC	C	12	12
179	Malattie infiammatorie dell'intestino	M	11	11
185	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	M	10	10
6	Decompressione del tunnel carpale	C	9	9
77	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	C	9	9
260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	C	9	9

Legenda

- CC Complicanze
- T Tipologia prestazione di ricovero
- M Prestazione medica
- C Prestazione Chirurgica

Figura 66 - Casistica dei ricoveri in Day Hospital

Infine, la tabella seguente descrive il numero di prestazioni ambulatoriali erogate per l'utenza esterna, negli anni 2009-2011, distinte per dipartimenti.

ISTITUTO NAZIONALE TUMORI DI NAPOLI			
DIPARTIMENTI	2009	2010	2011
DIPARTIMENTO DI SENOLOGIA	0	0	0
S.C. DI ONC. CHIRURGIA SENOLOGICA	15.095	15.580	15.482
S.C. DI ONC. MEDICA SENOLOGICA	4.161	5.373	7.571
TOTALE DIPARTIMENTO SENOLOGIA	19.256	20.953	23.053
DIPARTIMENTO MELANOMA-MUSCOLO-SCHEL-TESTA-COLLO	0	0	0
S.C. DI ONC. MELANOMA-TESSUTI MOLLI	26.132	26.636	25.737
S.C.ONC. MEDICA	2.977	4.381	4.940
S.C. MAXILLO FACCIALE - ORL	2.132	2.332	2.327
TOTALE DIPARTIMENTO MELANOMA	31.241	33.349	33.004
DIPARTIMENTO TORACO-POLMONARE	0	0	0
S.C. DI ONCOLOGIA CHIR_TORACICA E PNEUMOL	3.216	3.409	3.362
S.C. ONC.MEDICA POLMONARE		962	1.055
TOTALE DIPARTIMENTO TORACO-POLMONARE	3.216	4.371	4.417
DIPARTIMENTO ESOFAGO-GASTRO-BILIO-PANCREATICO	0	0	0
S.C. DI CHIR.ONC. ADDOM. EPATO-BILIARE	2.633		655
S.C. DI CHIR.ONC. ADDOM. COLON-RETT	0	3.144	1.052
S.C. DI CHIR.ONC. ADDOM. GASTRO-PANCR	0		943
S.C. DI ONC. MEDICA ADDOMINALE	3.387	416	393
TOTALE DIPARTIMENTO ESOFAGO-GASTRO-BILIO-PANCREATICO	6.020	3.560	3.043
DIPARTIMENTO URO-GINECOLOGICO	0	0	0
AMBULATORIO DIPARTIMENTO URO-GINECOLOGICO	1.183	1.531	1.584
S.C. ONC. CHIRURGICA GINECOLOGICA	5.114	5.027	5.125
S.C. ONC. CHIRURGICA UROLOGIA	2.207	3.010	2.986
TOTALE DIPARTIMENTO URO-GIN	8.504	9.568	9.695
DIPARTIMENTO EMATOLOGICO	0	0	0
S.C. EMATOLOGIA ONC.	1.887	1.919	2.744
S.C. IMMUNOLOGIA ONC.	4297	83	33
S.C. MEDICINA TRASFUSIONALE	1.345	965	1.201
TOTALE DIPARTIMENTO EMATOLOGIA	7.529	2.967	3.978
AREA CRITICA	0	0	0
S.C. ANESTESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA ANTALGICA	3.718	3.561	3.557
S.C. CARDIOLOGIA	1.578	1.575	1.326
S.C. ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA E OPERATIVA	3.305	3.393	3.839
TOTALE DIPARTIMENTO ANESTESIA, ENDOSCOPIA, CARDIOLOGIA	8.601	8.529	8.722
AREA DI MEDICINA NUCLEARE E TERAPIA METABOLICA	0	0	0
S.C. MEDICINA NUCLEARE E TERAPIA METABOLICA	7.501	7.705	7.022
S.C. RADIODIAGNOSTICA	19.391	19.873	19.598
S.C. DI RADIOTERAPIA	15.316	20.670	23.303
TOTALE DIPARTIMENTO MEDICINA NUCLEARE	42.208	48.248	49.923
AREA DI ANATOMIA PATOLOGICA E CITOPATOLOGIA	0	0	0
S.C. ANATOMIA PATOLOGICA E CITOPATOLOGIA	9.950	8.720	8.287
S.C. MEDICINA DI LABORATORIO	75.937	58.750	67.839
TOTALE DIPARTIMENTO ANATOMIA PATOLOGICA	85.887	67.470	76.126
AREA FUNZIONALE QUALITA' DELLA VITA	0	0	0
FISIATRIA	8.059	3.583	5.073
PSICONCOLOGIA	0	3	78
DIETOLOGIA	210	326	331
TOTALE DIPARTIMENTO QUALITA' DELLA VITA	8.269	3.912	5.482
NEUROCHIRURGIA	180	259	255
TOTALE DIPARTIMENTI	220.911	203.186	217.698

Figura 67 – Prestazioni ambulatoriali, casistica per dipartimento

3.3.3 I risultati delle attività formative

Compito fondamentale dell'Istituto è quello di fornire un adeguato percorso formativo a tutti gli operatori della sanità interessati a vario titolo alla cura dei pazienti oncologici, come specificato con il Programma di Sviluppo di attività 2010-2012. L'Istituto, infatti, oltre ad assolvere in maniera diretta attraverso l'attività clinica e sanitaria alla ricerca e alla cura dei tumori, si propone anche di contribuire allo sviluppo e alla crescita di nuovi operatori sanitari con competenze specifiche in campo oncologico.

Oltre all'attività formativa di ECM (cfr. paragrafo 3.2.3 "Le attività formative di ECM (Educazione Continua in Medicina)") e alla formazione infermieristica (cfr. paragrafo 3.2.4 "La formazione del personale infermieristico"), nel 2011, l'Istituto ha attivato corsi di laurea, percorsi formativi post laurea, master e corsi di alta formazione.

3.3.3.1 I corsi di laurea dell'Istituto

Anche per l'anno 2011, l'Istituto è stato sede di formazione universitaria che ha riguardato un corso di laurea in Infermeristica (Seconda Università degli Studi di Napoli) e un corso di laurea in Tecniche di Laboratorio Biomedico (Università degli Studi di Napoli "Federico II"); ciò mantenendo sostanzialmente invariato, rispetto al 2010, l'accesso numerico degli studenti.

L'Istituto ha anche attivato convenzioni per l'espletamento del tirocinio che riguarda gli iscritti a master di I livello di alcune università telematiche, per la funzione di coordinamento sia dell'area infermieristica che tecnico sanitaria.

L'Istituto ha inoltre inteso promuovere i corsi di laurea per professioni di area sanitaria presso Istituti superiori di Avellino.

3.3.3.2 I percorsi formativi post-laurea

Nel corso del 2011, sono state avviate le procedure per la stipula di una convenzione con l'Università degli Studi di Napoli "Federico II" per individuare, presso il Servizio Infermieristico dell'Istituto, la sede del tirocinio per gli studenti del corso di laurea magistrale per le professioni tecnico-sanitarie ad indirizzo assistenziale (Tecniche di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare e igiene dentale).

Peraltro, nel 2011, la Direzione Scientifica ed il Servizio Infermieristico hanno approntato gli atti propedeutici a realizzare la stipula di convenzioni con le Università che intendono identificare l'Istituto quale sede per il tirocinio post-lauream rivolto ai neo laureati infermieri.

3.3.3.3 Master e Corsi di Alta Formazione

Di seguito, si citano i master e i corsi di alta specializzazione offerti dall'Istituto:

- Master Universitario di II livello in "Comunicazione in ambito sanitario" (Convenzione Quadro con l'Università degli Studi del Sannio).
- Master Universitario di II livello in "Cancro e Ambiente" (Convenzione Quadro con l'Università degli Studi del Sannio).
- Corso di Alta Formazione sul "Fascicolo Sanitario Elettronico in Italia", progettato dal Dipartimento di Scienze della Comunicazione dell'Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo", in collaborazione con l'Istituto, CUP 2000 e Assinter Italia. Il corso è stato svolto nelle prestigiose residenze di: Urbino, Collegio Internazionale, dal 21 al 26 marzo 2011; Napoli, Monastero della Collina dei Camaldoli, dall'11 al 15 aprile 2011.

3.3.4 Le azioni di dialogo con l'utenza

3.3.4.1 La soddisfazione degli utenti – Customer Satisfaction

L'Istituto, tramite la rilevazione della customer satisfaction, riconosce il principio che ciascun utente rappresenta un valore patrimoniale da difendere e valorizzare.

Conoscere le diverse tipologie del bisogno (soprattutto quelle legate all'individuo come persona) e le eventuali criticità connesse alla relazione utente/servizio, permette di avviare interventi finalizzati a favorire la presa in carico

globale del malato, trasformando il vecchio paradigma della dipendenza e della scarsa partecipazione in un nuovo rapporto ispirato al principio della parità e nel quale lo stile comunicativo e negoziale assume posizione rilevante.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha promosso, nel corso del 2011, la seconda rilevazione dell'indagine di customer satisfaction rivolta ai pazienti, già avviata nel 2010, con l'obiettivo di verificare il grado di soddisfazione e apprezzamento dei degenti. La ricerca si è svolta nell'arco di un trimestre ed ha coinvolto tutti i reparti di degenza dell'Istituto.

Si è scelto di utilizzare un questionario anonimo e strutturato, semplificato rispetto a quello dell'annualità precedente, e composto da tredici items elaborati per esplorare i vari aspetti del ricovero:

- valutazione del personale medico ed infermieristico: frequenza delle visite, professionalità, cortesia e disponibilità all'ascolto;
- valutazione dell'informazione e della comunicazione circa: la diagnosi della propria malattia, gli eventuali rischi legati alle cure e agli interventi chirurgici, le istruzioni ricevute sulla preparazione al ricovero, l'organizzazione del reparto (orari pasti, visite parenti, visite mediche, ecc.);
- valutazione dell'ospitalità: ambienti, servizi igienici, tranquillità e comfort, servizi vari (TV, bar, ludoteca, bancomat, ecc.);
- valutazione della privacy: rispetto della riservatezza del personale;
- valutazione complessiva dell'esperienza di ricovero: organizzazione ed efficienza, qualità delle cure ricevute.

Gli utenti sono stati invitati ad esprimere il loro giudizio attraverso una scala Likert bilanciata a quattro valori (pessimo, insoddisfacente, soddisfacente, ottimo).

In particolare, sono stati compilati volontariamente 481 questionari. Il campione degli utenti chiamati ad esprimersi risulta così composto:

- genere: 55% di uomini e 45% di donne;
- età: il 21% ha un'età superiore ai 70 anni, il 28% ha un'età compresa nella fascia 61-70 anni, il 25% si colloca in quella tra 51-60, il 12% ha tra i 41-50 anni, l'8% ha tra i 31-40 anni, il 6% ha meno di 30 anni;
- titolo di studio: il 32% dichiara di avere il diploma di scuola media superiore, il 28% quello di scuola media inferiore, il 22% possiede la licenza elementare, mentre i laureati sono il 15%;
- nel 58% dei casi si parla di nuovi utenti, mentre il restante 42% ha già avuto un'esperienza di ricovero presso l'Istituto.

Sesso	% intervistata
Uomini	55%
Donne	45%
Totale	100%

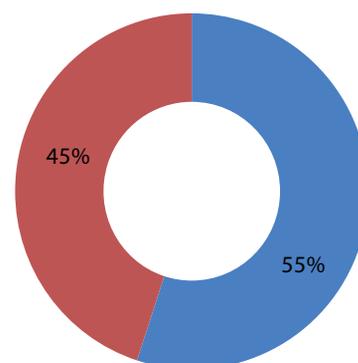


Figura 68 - Caratteristiche del campione considerato

Età	% intervistata
< 30	6%
31 - 40	8%
41 - 50	12%
51 - 60	25%
61 - 70	28%
> 71	21%
Totale	100%

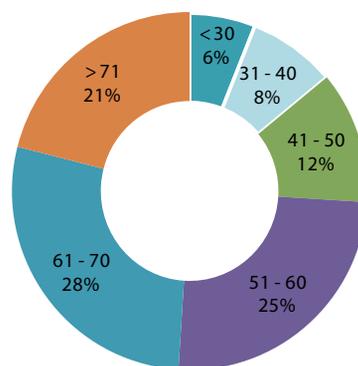


Figura 69 - Costituzione del campione per classi di età

Titolo di studio	% intervistata
Nessuno	3%
Scuola elementare	22%
Scuola media inferiore	28%
Scuola media superiore	32%
Laurea	15%
Totale	100%

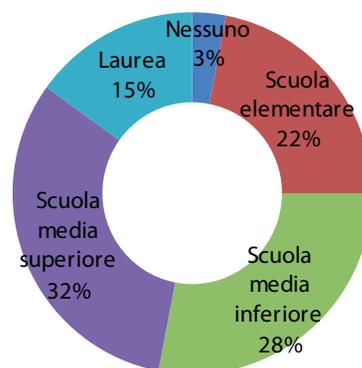


Figura 70 - Costituzione del campione per titolo di studio

Utenti	N. Intervistati in %
Nuovi	58%
Già ricoverati	42%
Totale	100%

Figura 71 - Costituzione del campione per categorie di utenti

I dati aggregati sul gradimento generale confermano i risultati ottenuti dalla rilevazione dell'anno precedente: i servizi ricevuti soddisfano il 92% dei pazienti distribuiti tra chi esprime un giudizio soddisfacente ed uno ottimo. La percentuale dei giudizi negativi è del 5%, un punto in meno rispetto al 2010, mentre cresce la percentuale di coloro non in grado di esprimere un giudizio (dal 2% al 3%).

Grado di soddisfazione generale	% intervistata	
	2010	2011
Ottimo	47%	46%
Soddisfacente	45%	46%
Insoddisfacente	5%	4%
Pessima	1%	1%
Non saprei	2%	3%
Totale	100%	100%

Figura 72 - Costituzione del campione per grado di soddisfazione

Dai giudizi espressi emerge che i più alti valori di gradimento si registrano per gli aspetti relativi al personale medico ed infermieristico e per la percezione della qualità delle cure: entrambe le dimensioni vengono giudicate ottime per il 57% degli intervistati e soddisfacenti per il 38%.

Le misure a tutela della privacy ricevono dall'utenza ottime valutazioni nel 42% dei casi e soddisfacenti nel 50% dei casi.

La media degli indicatori relativi alle informazioni ricevute sulla propria malattia e su quelle in merito al ricovero e l'organizzazione in reparto soddisfano il 91% degli intervistati che le valutano ottime per il 52% e soddisfacenti per il 39%, mentre il 7% insoddisfatto dichiara un giudizio negativo.

L'organizzazione è valutata ottima dal 36% del campione e soddisfacente dal 58% dello stesso, mentre risulta insoddisfacente solo per il 5% degli intervistati.

La media dei fattori legati all'ospitalità e quindi a tutti gli aspetti alberghieri e ai servizi connessi, esprime un giudizio ottimo nel 32% dei casi, soddisfacente nel 53%. Questo è anche il dato che registra il più alto grado d'insoddisfazione: il 9% dell'utenza li ritiene insoddisfacenti, il 2% pessimi e il 4% non si esprime in merito.

Grado di soddisfazione generale su aspetti di ricovero	Ospitalità	Persone	Informazioni	Privacy	Organizzazione	Qualità delle cure
Ottimo	32%	57%	52%	42%	36%	57%
Soddisfacente	53%	38%	39%	50%	58%	38%
Insoddisfacente	9%	3%	6%	3%	5%	1%
Pessimo	2%	1%	1%	2%	0%	0%
Non saprei	4%	1%	2%	3%	1%	4%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

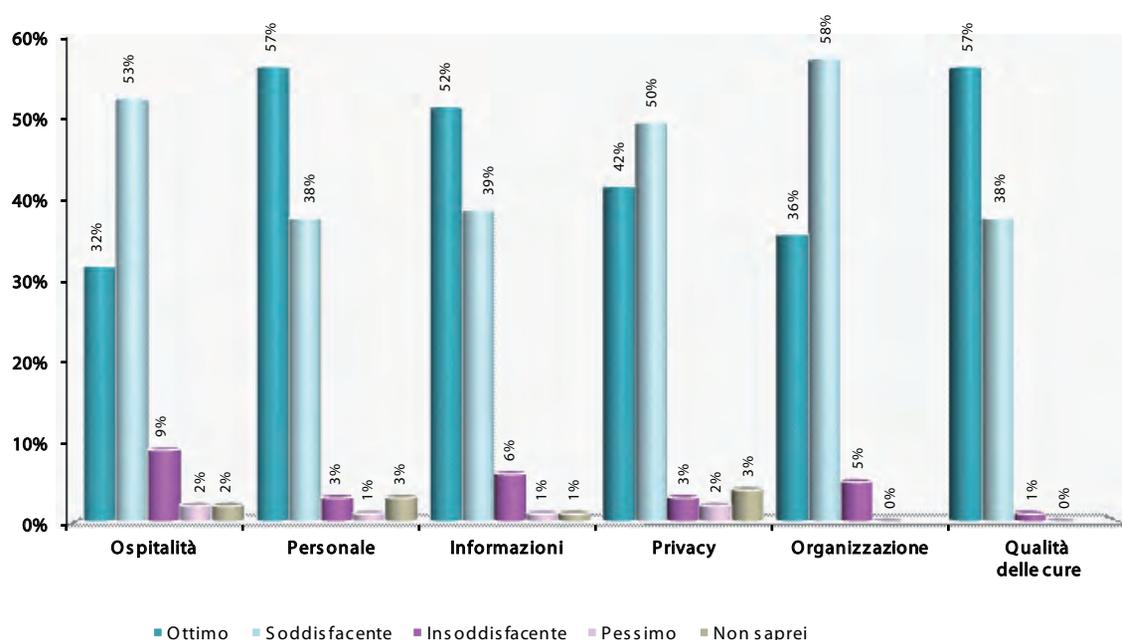


Figura 73 - Grado di soddisfazione per i diversi aspetti del ricovero

Complessivamente, questi dati ci offrono una rappresentazione positiva di tutti gli aspetti connessi all'esperienza di ricovero e cura e sottolineano come i dati positivi ottenuti dalla rilevazione svolta nell'anno 2010 sono stati riconfermati anche per il 2011. In altre parole, l'Istituto ha dimostrato di essere in grado di rispondere alle esigenze del paziente, offrendo con modalità soddisfacenti i vari servizi. Tuttavia, in un'ottica di miglioramento continuo, si ritiene necessario evidenziare anche le piccole percentuali d'insoddisfazione, per poter, a partire da queste, mettere in campo politiche e manovre che rendano l'Istituto e i servizi offerti ancora più adeguati alle esigenze e ai bisogni dei propri utenti.

Con riferimento alla comunità scientifica e ai discenti, l'Istituto, per il 2011, non ha avviato una procedura specifica per la rilevazione del consenso. Il percorso di coinvolgimento degli interlocutori messo in pratica nel 2011 appare migliorato rispetto al 2010, perché è riuscito a coinvolgere, anche con modalità interattive, uno spettro più ampio di categorie di stakeholder. Tuttavia non può considerarsi un processo concluso. Obiettivo per il prossimo Bilancio Sociale, infatti, è quello di coinvolgere in procedure di valutazione specifiche un numero ancora maggiore di interlocutori.

Per la rilevazione del consenso della comunità scientifica e dei discenti, l'Istituto ha predisposto un questionario di rilevazione, che viene allegato al presente documento e che avvierà una rilevazione successiva alla pubblicazione del documento, di cui l'Istituto si impegna a rendere conto nel bilancio sociale 2012.

3.3.4.2 *L'indagine sul dolore*

Le strategie di lotta al dolore vedono da sempre l'Istituto impegnato non soltanto nella realizzazione dei più efficaci protocolli farmacologici e di intervento multidisciplinare, ma anche nella sensibilizzazione culturale tra il personale sanitario, i medici di famiglia, le istituzioni e, non da ultimi, i cittadini-utenti.

L'approvazione della legge n. 38 del marzo 2010 ("Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alle terapie del dolore") rappresenta una pietra miliare nella lotta alla sofferenza, benché la sua applicazione sia un percorso certamente non agevole né rapido e le conoscenze a tal riguardo, da parte dei cittadini e di una parte degli operatori sanitari, non siano ancora sufficientemente diffuse.

Il 12 ottobre 2011 è stato consegnato ai cittadini – utenti dell'Istituto un breve questionario finalizzato alla rilevazione della conoscenza della legge 38/10, dell'incidenza del dolore, nonché del livello di informazione sulle diverse modalità di trattamento delle sindromi algiche.

Il questionario, composto da 14 domande, alcune a risposta multipla ed altre a risposta aperta, è stato realizzato a cura della SSD Terapia Antalgica, della SC Oncologia Medica del DPT Addome e del Servizio Infermieristico, che si è anche fatto carico della consegna e del ritiro dei questionari attraverso la collaborazione degli studenti del corso di laurea in Infermieristica afferenti al polo didattico dell'Istituto.

Al questionario hanno risposto 346 persone, prevalentemente di sesso femminile (65,2%) e di cultura medio – alta.

Da una prima analisi, è risultato che nonostante il dolore sia un'esperienza diffusa e correlata ad un peggioramento della qualità di vita e dell'assetto psicoemotivo, la conoscenza è ancora scarsa riguardo le molteplici possibilità terapeutiche e molecole analgesiche oggi a disposizione determinando un'amplificazione dei timori legati a possibili effetti collaterali della terapia farmacologica.

Le risposte inerenti la legge 38/10 hanno fatto rilevare una scarsa e/o approssimativa conoscenza.

I dati analitici dell'indagine sono stati presentati il 24 maggio 2012, in occasione dell'XI Giornata Nazionale del Sollevo, e saranno ampiamente descritti nel documento di Bilancio Sociale 2012.

3.3.4.3 *Gestione delle segnalazioni - Funzione di pubblica tutela*

Il sistema di gestione delle segnalazioni è una modalità attiva di comunicazione con i cittadini che valorizza un approccio di ascolto sistematico e strutturato dell'utenza da parte dell'organizzazione. Questo al fine di garantire un riscontro sulle proprie attività.

Dal punto di vista dell'organizzazione, il sistema di gestione delle segnalazioni ha due principali obiettivi:

- avere una modalità atta a rilevare e rispondere alle situazioni di disagio e insoddisfazione espresse dal singolo utente ed evidenziare punti di eccellenza;
- contribuire a orientare le decisioni aziendali relative al miglioramento dei servizi tramite l'analisi delle informazioni acquisite.

Il sistema di gestione delle segnalazioni permette ai cittadini di contribuire al miglioramento della gestione dei servizi, di avere la possibilità di interagire con l'Istituto, di poter esprimere il proprio parere rafforzando, in questo modo, la convinzione di essere a tutti gli effetti un interlocutore e pertanto di "poter contare".

Questa metodologia di ascolto e dialogo con gli utenti è stata consolidata nel 2010 con un regolamento di Pubblica Tutela ed una nuova scheda per le segnalazioni dell'utenza. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico riceve segnalazioni e ne garantisce l'istruttoria e la trasmissione alla Direzione Sanitaria Aziendale, in vista di future decisioni in merito al superamento di eventuali disservizi.

L'analisi si basa su una classificazione che raggruppa in categorie tematiche tutti gli aspetti che possono essere oggetto di segnalazione:

- aspetti relativi all'organizzazione;
- tempi d'attesa;
- umanizzazione e aspetti relazionali;
- professionalità del personale;
- aspetti strutturali e ambientali;

- aspetti economici.

Occorre sottolineare che ogni segnalazione viene classificata in base ad indicatori di qualità, ma resta comunque uno strumento "spontaneo" che non garantisce, universalmente, la rappresentatività del dato.

Le segnalazioni pervenute all'Ufficio Relazioni con il Pubblico nel corso del 2011 sono: nel 48% dei casi reclami, nel 27% elogi e nel 25% suggerimenti.

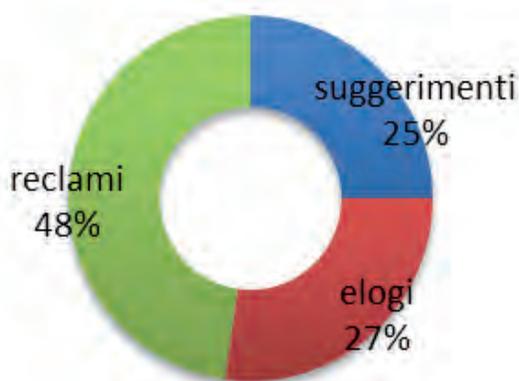


Figura 74 - Tipologia delle segnalazioni

I suggerimenti provenienti dall'utenza propongono prevalentemente: modalità alternative di prenotazione e accettazione, il pagamento del ticket contestualmente all'accettazione e la riduzione di tempi d'attesa connessa all'apertura pomeridiana di alcuni ambulatori, il miglioramento della segnaletica.

I reclami riguardano principalmente le problematiche inerenti alle modalità di accettazione e pagamento del ticket presso gli ambulatori dell'edificio Day-Hospital. E' opportuno evidenziare però, che tale modalità è notevolmente migliorata grazie all'installazione di ulteriori due casse automatiche per il pagamento del ticket rispetto alle sole due precedenti e alla copertura giornaliera dei quattro sportelli dell'accettazione da parte di un service esterno.

Il maggior numero di elogi, invece, è stato rivolto all'umanità e alla disponibilità del personale medico ed infermieristico; dato confermato anche dagli elogi rivolti alle relative capacità professionali.

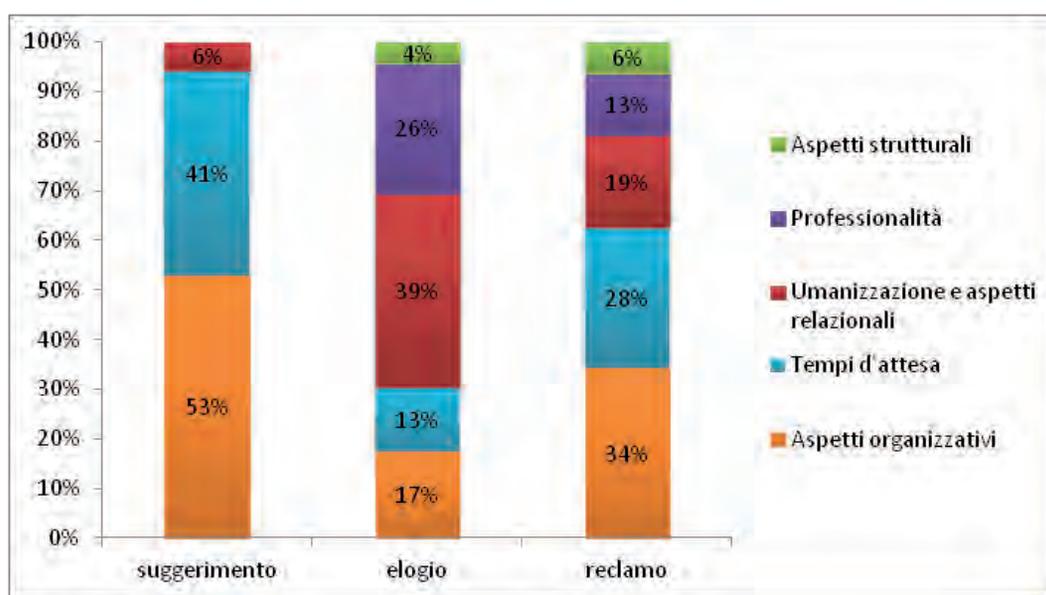


Figura 75 - Tipologia di segnalazioni per categoria.

3.3.4.4 Strumenti di dialogo e comunicazione

L'Istituto riconosce la comunicazione come elemento funzionale e strategico per il miglioramento continuo della qualità del servizio offerto.

Gli interventi necessari ad una efficace comunicazione istituzionale, esterna ed interna, hanno l'obiettivo di garantire, agli utenti ed in generale a tutti gli stakeholder, il coinvolgimento e l'effettiva partecipazione alle attività dell'Istituto.

Di seguito, sono elencati i principali strumenti di dialogo e di comunicazione che l'Istituto ha adoperato nel corso del 2011.

- Sito web aziendale www.istitutotumori.na.it: il pieno sviluppo del nuovo portale istituzionale nato nel 2010 si è realizzato nel corso del 2011. Nel corso dell'anno, il numero delle visite al sito raggiunge 117.780, di cui 70.212 visitatori unici. In media ogni visitatore naviga circa in 6 pagine. La durata media di ogni visita è di circa 4 minuti.

Statistiche	
Visite	117.780
Visitatori	70.212
Media pagine visitate	5,58
Durata media di una visita	04'.15"

Figura 76 - Statistiche del sito internet istituzionale

Il grafico successivo mostra che il 73% delle visite provengono dalla città di Napoli, ma è significativo anche il dato relativo a Roma e Milano rispettivamente pari al 9% e al 5%.

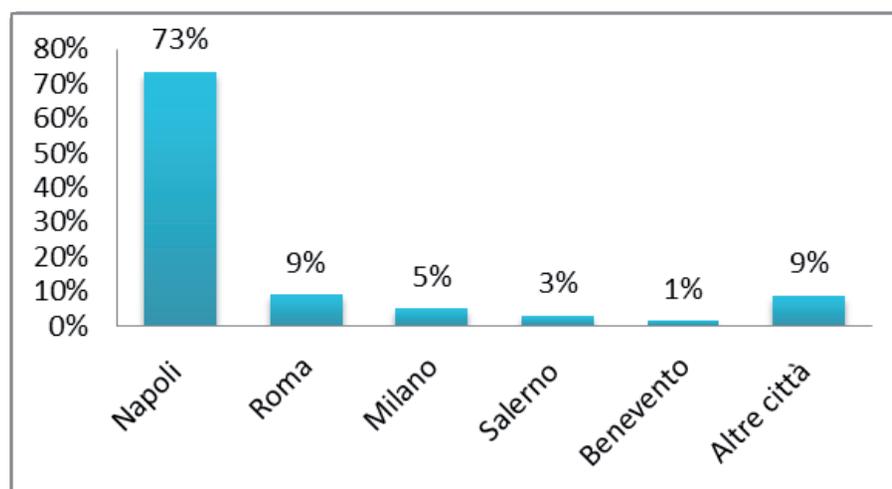


Figura 77 - Città di provenienza delle visite

- **Posta elettronica aziendale:** l'e-mail di tutti i medici dell'Istituto è resa pubblica sul sito aziendale nella sezione "Trova Medico". Un canale molto utilizzato è l'indirizzo dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico: urp@istitutotumori.na.it, attraverso il quale l'utenza può interloquire in maniera semplice e immediata.
- **Posta elettronica certificata:** la PEC aziendale è in linea con il DPR n. 68 dell'11 febbraio 2005, ha validità giuridica e viene utilizzata per le comunicazioni che hanno bisogno delle ricevute di invio e di consegna per identificare con certezza il mittente.
- **FORUM P. A. 2011 di Roma:** al quale l'Istituto ha partecipato per la prima volta nel 2011. L'evento ha rappresentato un'importante occasione di informazione, formazione e benchmarking.

3.4 Le associazioni

L'Istituto ha instaurato uno stretto e quotidiano rapporto con associazioni di volontariato che, in modi e con qualifiche diverse, svolgono un importante ruolo di assistenza al degente; queste rappresentano un valore aggiunto per l'Istituto perché offrono la possibilità di concedere servizi che altrimenti non sarebbero stati erogati.

In occasione della stesura del documento del Bilancio Sociale del 2011, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha coinvolto le associazioni che operano attivamente presso l'Istituto, inserendole all'interno di un social network aziendale.

Lo scopo è stato quello di attivare le risorse associative, convogliandole in un luogo in cui sia possibile condividere e scambiare le varie esperienze attraverso un valido strumento in grado di veicolare, in modo significativo ed in tempo reale, ogni sorta di messaggio.

Le Associazioni che, in conformità a specifici protocolli di intesa e a determinate delibere del Direttore Generale, operano all'interno dell'Istituto sono le seguenti:



Figura 78 - Associazioni che nel 2011 hanno operato in collaborazione con l'Istituto



Cittadinanza Attiva – Rete per il Tribunale per i Diritti del Malato

Cittadinanzattiva nasce nel 1980 per tutelare e promuovere i diritti dei cittadini che si rivolgono ai servizi sanitari e assistenziali sia nazionali che internazionali. Una delle iniziative più importanti di questa associazione è il "Tribunale per i diritti del malato", una rete di cittadini, volontari, che promuove politiche tese al miglioramento della qualità e dell'umanità dei servizi sanitari, mirando a rimuovere tutti gli ostacoli burocratici che spesso aggravano le sofferenze dei malati. L'attività concreta consiste nella segnalazione, che avviene tramite l'Ufficio di Relazioni con il Pubblico, di disservizi e reclami; ma anche nel monitoraggio delle procedure correttive messe in atto dall'Istituto. La collaborazione con l'Istituto è attiva dal 2010.



Lega Italiana per la Lotta ai Tumori

La LILT, Medaglia d'Oro al Merito della Sanità Pubblica, Iscritta al Registro Regionale delle Associazioni di Promozione Sociale, è impegnata in azioni di volontariato rispondendo a principi di complementarità e non di competitività. La sezione provinciale di Napoli, che ha sede nello stesso Istituto, opera sulla base di apposita convenzione adottata con Deliberazione del Direttore Generale n. 992/2010.

Lo slogan che da sempre caratterizza la LILT "prevenire è vivere" scandisce l'impegno della Lega nella lotta al cancro. Un impegno che si concretizza nella prevenzione primaria e secondaria, nella realizzazione di specifiche campagne di promozione della salute volte alla sensibilizzazione dei cittadini.

Oltre al compito istituzionale della prevenzione, la Lega opera con attività di sostegno al paziente oncologico:

dall'accompagnamento alle terapie, all'assistenza domiciliare medico-infermieristica.

La LILT è anche attiva nel campo della ricerca; ha, infatti, molteplici progetti in corso e eroga borse di studio rivolte a giovani ricercatori.

Nel corso del 2011, i volontari della LILT hanno partecipato attivamente alla rilevazione della Customer satisfaction dell'utenza con la distribuzione e la raccolta dei questionari. I volontari hanno partecipato ad una giornata di formazione che ha riguardato diverse tematiche: dalla comunicazione interpersonale alle modalità di somministrazione, dalle misure da adottare alla tutela della privacy.

All'interno della LILT opera l'Associazione "Donna Come Prima", sorta con l'intento di riunire le donne operate al seno e mettere a loro disposizione esperienze vissute per un tranquillo prosieguo della vita ed un sereno reinserimento nella famiglia e nella società.



Insieme per La Vita

Associazione strettamente legata alle attività svolte dalla LILT, nel 2011 ha avviato all'interno dell'Istituto un progetto dal titolo "Salute, un diritto senza frontiere". Il progetto, di durata biennale, ha l'obiettivo di facilitare l'accesso delle persone immigrate ai servizi sociosanitari pubblici; mira, quindi, a rimuovere gli ostacoli che possono derivare dalle differenti culture di provenienza. L'attività del focal point presente in Istituto è articolata su quattro tipologie d'intervento: informazione e orientamento all'interno della struttura, mediazione linguistica per popolazioni russe (bielorusse e ucraina) e rumene, disbrigo di pratiche amministrative, sostegno psico-sociale rivolto ai malati di nazioni straniere.



Associazione Volontari Ospedalieri (Avo)

L'associazione, che opera nell'Istituto già dal 2010, svolge attività molto semplici che vanno dall'affettuosa presenza al cortese ascolto delle domande, dai piccoli aiuti nei movimenti alla compagnia nelle notti insonni. L'unico scopo che si prefiggono i volontari di questa associazione è tenere il malato lontano dal mondo delle sue preoccupazioni e dal suo inevitabile senso di solitudine.

Si sottolinea, infine, che l'Istituto ha stipulato, nel corso del 2011, una Convenzione con la Associazione di Volontariato AVEP ONLUS, che ha come obiettivo primario il finanziamento da parte dell'Associazione di un programma di assistenza domiciliare integrata per i pazienti dell'U.O.C. di Ematologia Oncologica dell'Istituto. Questo programma consiste nella prestazione domiciliare di servizi e strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere e di salute del malato affetto da patologie ematologiche. Il programma ha previsto anche assistenza morale, finalizzata a fornire un valido aiuto per lottare contro la sofferenza, l'isolamento e la noia, nonché assistenza psicologica qualificata e psico-oncologica, sia per i pazienti che per i loro parenti.

3.5 I Fornitori

Per l'erogazione delle proprie prestazioni e per il raggiungimento dei propri fini istituzionali, l'Istituto necessita di approvvigionarsi di beni e servizi da utilizzare nei propri processi produttivi. Le fonti normative che disciplinano le procedure di acquisto di beni e servizi sono costituite dalle direttive comunitarie in materia di appalti (2004/17/CE e 2004/18/CE), dalla normativa nazionale (D.Lgs n. 163 del 2006 "Codice dei Contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture", D.P.R. n. 207 del 2010 - "Regolamento di esecuzione del Codice"), dalla normativa regionale in materia e dalla regolamentazione interna.

Le procedure di acquisto assicurano pari condizioni ai fornitori e garantiscono la massima pubblicità e la più ampia concorrenzialità, conformemente a quanto stabilito dal diritto comunitario.

L'attività di contrattazione è oggetto di adeguata programmazione nel rispetto degli obiettivi di carattere sanitario ed economico aziendali e avviene nel rispetto dei principi di: coerenza con il sistema di budget, trasparenza, massima concorrenzialità e massima partecipazione, perseguendo costantemente l'obiettivo di efficacia, efficienza ed economicità per l'Istituto.

In molti casi, le procedure di fornitura e quindi di scelta del fornitore non vengono avviate direttamente dall'Istituto, bensì si ricorre alla procedura di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi posta in essere da So.Re.Sa. S.p.A. (Società Regionale per la Sanità) e da CONSIP.

Gli obiettivi che si è posto l'Istituto per l'anno 2011 sono volti a velocizzare la tempistica relativa alla trattazione delle fasi istruttorie propedeutiche alla predisposizione degli atti amministrativi e si sono realizzati attraverso la predisposizione di molteplici atti che hanno consentito di procedere ad una puntuale pianificazione e riprogrammazione delle forniture dei beni e servizi, al fine di assicurare gli approvvigionamenti essenziali al funzionamento dell'istituto.

Da non tralasciare l'attività programmata ed espletata per l'aggiornamento tecnologico dell'Istituto, con la quale, a seguito di procedure aperte, si sono acquisite dotazioni tecnologiche innovative: tra queste si ricordano la Brachiterapia e il Frammentografo (delibera 710 - Dipartimento Senologia), il TC-Simulator (Delibera n. 865/11 - Radioterapia), il CyberKnife (delibera n. 892/11 - Radioterapia), lo SPECT TC (Deliberazione n. 1036/11 - Medicina Nucleare), dotazioni che hanno contribuito a quotare in rialzo la notorietà dell'Istituto non solo in ambito regionale ma anche in ambito nazionale.

L'Istituto partecipa al servizio sanitario regionale della Regione Campania che si trova in stato di rientro dal debito sanitario. Al fine di attuare il piano di rientro del debito, la Regione Campania ha sviluppato un piano dei pagamenti, emanando il DCA n. 12/2011 e ss.mm.ii. che prevede una serie di procedure finalizzate alla transazione e certificazione dei crediti vantati dagli operatori del Servizio Sanitario Regionale campano, con la conseguente possibilità di cedere i suddetti crediti a banche e intermediari finanziari.

Lo scopo è quello di effettuare il pagamento diretto da parte della Regione alle banche e agli intermediari finanziari riconosciuti dalla legislazione vigente, laddove l'azienda sanitaria non sia in grado di effettuarlo, riservando a tale scopo le risorse finanziarie destinate alla Sanità, aggiuntive rispetto alla rimessa statale mensile per la spesa sanitaria corrente.

Si sottolinea, a riguardo, che l'Istituto è stato in grado di ripristinare l'ordinato e regolare svolgimento dei pagamenti ai creditori, in modo da ottenere sensibili economie nei costi e la riconduzione dei tempi di pagamento dei diversi creditori del SSR a livelli fisiologici (tra 90 e 180 gg). Inoltre, l'Istituto assicura che in generale gli uffici competenti aziendali provvedono alla immediata registrazione contabile delle fatture passive (istituendo, a tal fine, forme di gestione accentrata di ricezione delle fatture) ed alla verifica e liquidazione delle fatture passive nello stretto tempo tecnico necessario nelle diverse fattispecie.

In particolare, le relazioni con i fornitori, inizialmente compromesse per la generale situazione dei debiti delle aziende sanitarie, hanno ricevuto un intenso intervento di rivisitazione alla luce delle iniziative di ristrutturazione effettuate.

Per le ragioni su esposte, con riferimento ai fornitori, l'Istituto ha raggiunto come risultato principale quello di aver contribuito a rispettare gli obiettivi di razionalizzazione della spesa e di pagamento. Alla luce di quanto detto, la misura del consenso dei fornitori risiede nella effettiva capacità che l'Istituto ha avuto nella gestione dei propri debiti e nel progettare e rispettare i termini di pagamento.

3.5.1 I fornitori diretti

In esecuzione del provvedimento n. 818 del 24.09.2010 l'Istituto ha inteso procedere alla costituzione dell'Albo Fornitori relativo al periodo 01.01.2011 - 31.12.2013 distinto per categorie merceologiche inerenti a beni, servizi e lavori. I fornitori interessati all'inserimento nell'Albo devono:

- registrare il proprio profilo all'indirizzo internet <http://piattaforma.alfor.it/intpascale/>, all'interno del quale sono specificate le istruzioni da seguire per la registrazione e per la visualizzazione delle singole categorie merceologiche;
- far pervenire, a mezzo raccomandata all'indirizzo "I.N.T. Fondazione G. Pascale, via Mariano Semmola 80131 Napoli", un plico contenente la domanda che dovrà riportare all'esterno la dicitura "Domanda di inserimento nell'Albo Fornitori 2011-2013". La domanda deve essere corredata dalla documentazione richiesta all'art. 2 del Regolamento dell'Albo Fornitori.



Piattaforma Internet
per la gestione on-line
dell'albo fornitori



Fondazione G. Pascale

Albo fornitori dell'Ente:

Nome ente:	INTPASCALE
Indirizzo:	Via Mariano Semmola
CAP - Città - Pv	80131-Napoli-NA
Servizio:	GestioneBenIEservizi
Tel:	0815903294

Login

Password

Il fornitore dovrà semplicemente registrarsi con le categorie merceologiche interessate e controllare il proprio stato di qualificazione, effettuare modifiche ai propri dati e, se necessario, aggiungerne di nuovi.

CLASSI MERCEOLOGICHE	DESCRIZIONE
[1.] 01	GRUPPO ALIMENTARI
[2.] 02	GRUPPO ARTICOLI PER PULIZIA
[3.] 03	GRUPPO CANCELLERIA
[4.] 04	GRUPPO STAMPATI
[5.] 05	GRUPPO IGIENICI
[6.] 06	GRUPPO OLIO COMBUSTIBILE E LUBRIFICANTE
[7.] 07	GRUPPO LIBRI E RIVISTE
[8.] 08	GRUPPO MATERIALE RADIOLOGICO
[9.] 09	GRUPPO MATERIALE FOTOGRAFICO
[10.] 10	GRUPPO FARMACI E PRESIDII SANITARI
[11.] 11	GRUPPO MATERIALE PER LABORATORI
[12.] 12	GRUPPO GAS
[13.] 13	GRUPPO MATERIALE PER STABULARIO
[14.] 14	GRUPPO MATERIALE PER MANUTENZIONE
[15.] 15	GRUPPO MATERIALE DI PLASTICA
[16.] 16	GRUPPO DIVISE ED INDUMENTI DI LAVORO
[17.] 17	GRUPPO BIANCHERIA ED EFFETTI LETTERECCI
[18.] 18	VESTIARIO MONOUSO
[19.] 19	ARREDO ED ATTREZZATURE PER UFFICIO
[20.] 20	ATTREZZATURE SANITARIE
[21.] 21	GRUPPO ATTREZZATURE PER LABORATORI
[22.] 22	APPARECCHIATURE ELETTROMECCANICHE
[23.] 23	SERVIZIO E RACCOLTA RIFIUTI RADIOATTIVI E SPECIALI
[24.] 24	SERVIZI LETTURA APPARATI DOSIMETRICI
[25.]	
[26.] 26	MANUTENZIONE APPARECCHIATURE CLINICHE E SCIENTIFICHE
[27.] 27	MANUTENZIONE ELEVATORI
[28.] 28	MANUTENZIONE IMPIANTI TECNOLOGICI
[29.] 29	MANUTENZIONE IMPIANTI RISTORAZIONE E LAVANDERIA
[30.] 30	SERVIZI DERATTIZZAZIONE DEMUSCALIZZAZIONE E DISTRUZIONE PARASSITI
[31.] 31	SERVIZIO DI PREVENZIONE INCENDI e RICARICA ESTINTORI
[32.] 32	GESTIONI ESTERNE
[33.] 33	SERVIZIO SOSTITUZIONI SORGENTI RADIOATTIVE
[34.] 34	NOLEGGI
[35.] 35	CONVENZIONI
[36.] 36	PUBBLICAZIONI
[37.] 37	AUTOMEZZI
[38.] 38	ASSICURAZIONE ISTITUTO
[39.] 39	LAVORI
[40.] 40	BANCA BIOLOGICA
[41.] 41	CONDUZIONE MANUTENZIONE IMPIANTI GAS MEDICALI
[42.] 42	IMMOBILI
[43.] 43	TERRENI
[44.] 44	LAVORO INTERINALE
[45.] 45	IMMOBILIZZAZIONE IMMATERIALI
[46.] TRANS	TRANSITO

Si ricorda all'utente che i dati sociali (Partita IVA, C.C.I.A.A., stato patrimoniale ecc.) di ogni Azienda vengono costantemente monitorati tramite il servizio **CERVED** e che, in caso di discordanze o false dichiarazioni, provvederemo a cancellare l'utenza che non corrisponde.

Figura 79 – La piattaforma fornitori (vedi <http://piattaforma.alfor.it/intpascale>)

L'obiettivo generale è quello di definire un elenco di fornitori qualificati, tramite il quale poter individuare i soggetti da invitare alle singole procedure di affidamento, in economia o comunque sotto la soglia comunitaria, al fine di assicurare i principi di trasparenza, rotazione e parità di trattamento previsti dal Codice dei Contratti. L'Istituto garantisce procedure di aggiudicazione concorrenziali anche per affidamenti sotto soglia. La scelta del contraente (qualificato) avviene secondo il criterio del prezzo più basso (art. 82 del D.Lgs. 163/2006) o dell'offerta economicamente più vantaggiosa (miglior rapporto prezzo/qualità ai sensi dell'art. 83 del D.Lgs. 163/2006).

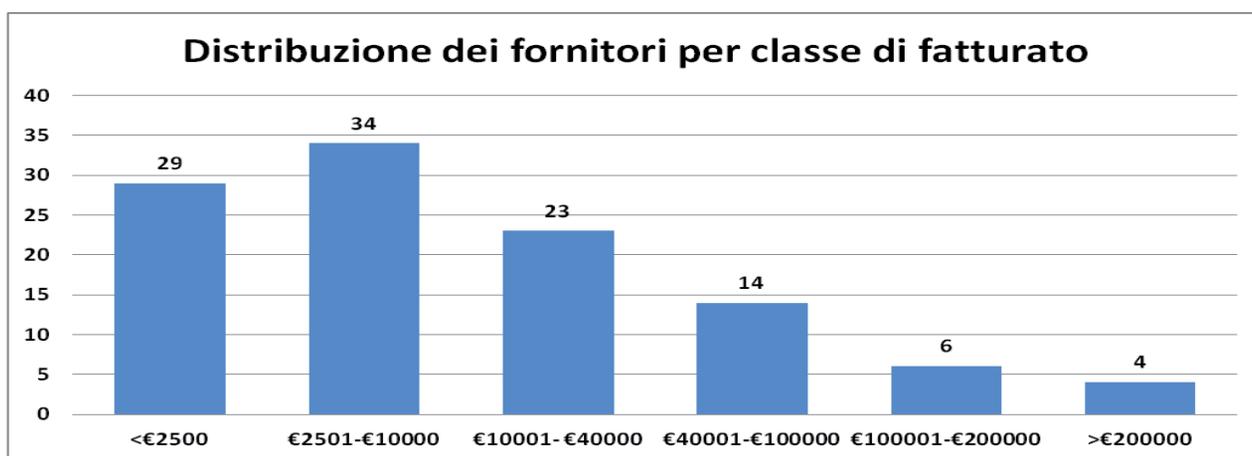


Figura 80 – Distribuzione dei fornitori della categoria “Materiali Diagnostici e Prodotti Chimici” per ordinativo

Nel grafico su riportato è rappresentata, a titolo esemplificativo, la distribuzione per classe di ordinativi del numero totale di fornitori (che è pari a 110) della classe merceologica “Materiali per Laboratori” (categoria “Materiali Diagnostici e Prodotti Chimici”: alcoli, mezzi di contrasto, materiale di laboratorio per il CROM, per l’assistenza, per la ricerca corrente e per la ricerca finalizzata).

La categoria “Materiali Diagnostici e Prodotti Chimici” presenta, rispetto alle altre, il più alto numero di fornitori coinvolti, questo perché esistono diverse specifiche tecniche che caratterizzano i singoli prodotti.

La distribuzione evidenzia che ben il 78% del totale dei fornitori rientra nelle classi di ordinativo inferiori a €/000 40, importo limite al di sotto del quale, ai sensi dell’art. 125 comma 11 del D.Lgs. 163/2006 (cd. Codice degli Appalti), è consentito “l’affidamento diretto da parte del responsabile del procedimento”.

Il 20% rientra, invece, nella fascia di ordinativo tra €/000 40 e €/000 200, fascia che prevede che “l’affidamento mediante cottimo fiduciario avviene nel rispetto dei principi di trasparenza, rotazione, parità di trattamento, previa consultazione di almeno cinque operatori economici, se sussistono in tale numero soggetti idonei, individuati sulla base di indagini di mercato ovvero tramite elenchi di operatori economici predisposti dalla stazione appaltante”. Solo il 4% dei fornitori di tali beni, rientra nella classe di ordinato superiore a €/000 200 che rappresenta l’attuale importo - soglia dei contratti pubblici di rilevanza comunitaria.

3.5.1.1 I vantaggi immediati connessi all’Albo Fornitori per l’Istituto

I fornitori sono selezionati secondo un processo di qualificazione che prevede l’analisi dei dati economici/finanziari, tecnico-professionali ed organizzativi.

Per l’Istituto, i vantaggi principali sono rappresentati dalla gestione diretta delle iscrizioni e dei dati dei fornitori, con relativa assunzione di responsabilità delle informazioni e lavoro di iscrizione a carico diretto dei “candidati”; dalla classificazione merceologica del fornitore su due o tre livelli con informazioni specifiche per classe merceologica (linea/categoria/sottocategoria); dalla possibilità di esportare in un file i dati dei fornitori selezionati.

L’Albo rappresenta, dunque, un archivio unico e dinamico nel quale reperire tutte le informazioni sui fornitori, potenziali e attivi, rendendole accessibili, a livello aziendale, a tutti i punti ordinanti. In questo modo, l’Albo contribuisce ad una efficace gestione del rischio nella fornitura, offrendo la possibilità di raccogliere e di mettere a disposizione dei decisori, informazioni e valutazioni strutturate e formali. Consente, in pratica, di trasferire la conoscenza dei singoli in un sistema condiviso e di aumentare, grazie alla sostanziale omogeneità delle procedure aziendali di gestione dei fornitori, l’efficienza globale del processo.

3.5.1.2 I vantaggi immediati connessi all’Albo Fornitori per i Fornitori

L’istituzione dell’Albo consente di migliorare la collaborazione tra l’Istituto e i fornitori. Questi ultimi, infatti, sono agevolati nel processo di richiesta di inserimento nell’Albo attraverso un meccanismo di auto-candidatura che avviene on line o, comunque, attraverso un percorso guidato e strutturato. In questo modo, i fornitori possono beneficiare di un sistema di supporto per mantenere i requisiti di qualificazione (ad esempio certificazioni con validità a scadenza),

possono aggiornare autonomamente informazioni e documenti forniti in fase di qualificazione, e, infine, possono evitare di replicare la produzione di documentazione comune a più processi di qualificazione o di gara.

3.5.1.3 I vantaggi "a regime" connessi all'Albo Fornitori

L'istituzione di un Albo Fornitori rappresenta uno dei primi passi verso l'implementazione di un sistema di e-Procurement, un processo che può determinare particolari vantaggi nel settore della sanità.

La gestione a regime dell'Albo potrà, infatti, portare alla realizzazione di importanti obiettivi quali:

- il miglioramento della conoscenza del mercato dei fornitori, soprattutto a livello territoriale aziendale, per categoria merceologica e secondo la specifica classificazione e codificazione dei prodotti;
- la standardizzazione e razionalizzazione della spesa per alcune tipologie di beni e servizi;
- la riduzione della spesa per specifiche categorie merceologiche, ferma restando la qualità dei prodotti forniti, ciò anche mediante l'utilizzo più dinamico del mercato di fornitura;
- l'estensione del mercato di riferimento per le varie categorie di beni e servizi;
- la realizzazione, attraverso l'implementazione di tale servizio in forma telematica, di un sistema di intermediazione digitale, che funzioni da struttura di supporto alle attività negoziali di compravendita di beni e servizi tra l'Istituto e le imprese e le organizzazioni operanti nel proprio territorio. Questo consentirà, parallelamente, di promuovere un sistema di qualificazione e di accreditamento dei fornitori ("elenco fornitori accreditati"), stimolando il mercato delle forniture di beni e servizi necessari all'Istituto, che così diventa più aperto, trasparente e competitivo.

I benefici attesi possono essere così sintetizzati:

- miglioramento dei processi di comunicazione delle informazioni dirette ai diversi soggetti operanti sul territorio aziendale (imprese, utenti);
- aumento della qualità dei processi e del livello di integrazione tra i vari attori del sistema, con incremento della competitività;
- aumento dell'efficacia e dell'efficienza dei processi di acquisto con progressivo aumento del valore che l'Istituto può produrre per i cittadini e le imprese;
- garanzia di massima trasparenza, sia nelle procedure di qualificazione dei soggetti, che possono essere invitati a partecipare alle procedure di affidamento per acquisto di beni servizi, sia nei lavori tesi a soddisfare le esigenze organizzative e di funzionamento dell'Istituto.

A tale riorganizzazione si affianca la necessità di disporre dei seguenti servizi telematici:

- servizio di registrazione utenti/imprese;
- servizio on line di qualificazione e di accreditamento dei fornitori (elenco fornitori aziendali accreditati) comprensivo della valutazione delle rispettive performance;
- servizio di gestione, di codificazione e di classificazione dei prodotti per categoria merceologica.

Tale architettura rientra nell'ambito di applicazione delle linee guida nazionali in materia di digitalizzazione della Pubblica Amministrazione, le quali prevedono che l'efficienza interna delle singole Amministrazioni deve essere conseguita secondo un piano strategico che si fonda sui seguenti principi:

- incremento della percentuale degli acquisti per beni e servizi tramite e-Procurement;
- diffusione dell'uso della firma elettronica;
- realizzazione di servizi informatici di base e trasversali (protocollo informatico, posta elettronica certificata, gestione documentale, ecc.);
- estensione della posta elettronica nell'ambito dell'Amministrazione e dei rapporti tra la stessa e i privati.

L'utilizzo dei mezzi telematici consente, inoltre, di favorire e di sfruttare l'ampliamento dei margini di autonomia manageriale che l'evoluzione del contesto normativo di riferimento propone, passando da una gestione tradizionale

dei processi caratterizzata da una serie di attività amministrative e di modesto contenuto ad una gestione evoluta attraverso la quale si governano le relazioni che legano l'Istituto ai fornitori. Un percorso "culturale" che determina un nuovo modello di gestione della relazione con i fornitori e, in generale, con tutti gli stakeholder.

3.5.2 La centrale acquisti regionale

La So.Re.Sa. S.p.A. costituisce uno strumento che la Regione Campania utilizza per realizzare azioni strategiche finalizzate alla razionalizzazione della spesa sanitaria regionale.

La Regione Campania, socio unico, ha affidato a So.Re.Sa. sia il ruolo di centrale acquisti dei prodotti destinati alle aziende del sistema sanitario regionale, che la realizzazione del ripiano del debito maturato negli anni passati.

Per la sua natura di ente strumentale, So.Re.Sa. opera esclusivamente nell'interesse del socio pubblico e delle aziende del sistema sanitario regionale ed è sottoposta dalla Regione a un controllo analogo a quello esercitato sui propri servizi, pertanto:

- la Società redige periodicamente un budget preventivo che viene sottoposto alla Regione per l'approvazione;
- la Regione esercita poteri di vigilanza e di controllo sul bilancio e determina le linee di indirizzo strategiche e di politica aziendale, oltre a nominare gli organi di vertice della Società;
- il Socio Unico partecipa alla vita della Società, verificando il raggiungimento degli obiettivi assegnati, l'attuazione delle strategie e l'organizzazione della stessa.

La L.R. n. 4 del 15 marzo 2011 (Disposizione per la formazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011-2013 della Regione Campania) ha definito la So.Re.Sa. "centrale unica di acquisto, titolare in via esclusiva delle funzioni di acquisto e fornitura dei beni e attrezzature sanitarie e dei servizi non sanitari delle ASL e delle AO".

Pertanto la Regione ha ampliato gli ambiti di competenza di So.Re.Sa. in materia di centralizzazione degli acquisti, affidandole l'esclusività delle funzioni di acquisto non solo dei beni e delle attrezzature sanitarie (come già stabilito dall'art. 2 della L.R. n. 24 del 29 dicembre 2005 e dalle DDGRC 515/07 e 1452/07), ma anche dei servizi non sanitari. La medesima L.R. ha, inoltre, sottolineato che «è comunque fatta salva, previa autorizzazione della So.Re.Sa., la possibilità delle ASL e delle AO di stipulare contratti di acquisto e di fornitura dei beni e delle attrezzature sanitarie nonché dei servizi non sanitari, entro i parametri di prezzo e qualità adottati dalla So.Re.Sa».

So.Re.Sa. ha dunque l'ulteriore funzione di autorizzare le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere nell'acquisto di beni e attrezzature sanitarie e di servizi non sanitari. In tale ottica, So.Re.Sa. ha il compito di provvedere a fornire, qualora ricorrano specifiche condizioni, apposita autorizzazione alle singole Aziende Sanitarie per l'espletamento di autonome procedure d'acquisto.

Le suddette condizioni si riferiscono a ragioni di urgenza non imputabili alle singole Aziende Sanitarie, alla necessità di dover acquisire beni e servizi rispetto ai quali So.Re.Sa. non abbia già individuato l'operatore economico o avviato apposite procedure di selezione o, ancora, a ragioni legate alla impossibilità di aderire ad una convenzione Consip.

3.6 La Pubblica Amministrazione e gli altri Enti e Istituzioni

L'Istituto si è voluto soffermare sui rapporti con la Regione ed i Ministeri vigilanti, la cui interlocuzione avviene nella partecipazione al processo istituzionale di programmazione e rendicontazione e con riferimento alle procedure di interazione ed alla partecipazione ai tavoli tecnici istituiti per la gestione del Piano di Rientro.

I documenti formali di comunicazione con la Regione (Protocollo d'intesa, documenti di programmazione e bilancio, ecc.) e con i Ministeri vigilanti (relazione attività formative e di ricerca e relazioni tecniche di monitoraggio sul Piano di rientro) rappresentano le modalità istituzionalizzate di coinvolgimento di tali interlocutori nel processo di programmazione, gestione e rendicontazione dell'Istituto.

In particolare, in relazione al Protocollo d'Intesa sottoscritto con la Regione Campania, l'Istituto ha posto in essere un progetto innovativo di riorganizzazione destinato ad incidere sulle problematiche relative allo sviluppo della ricer-

ca, attraverso una solida integrazione tra attività sperimentali e cliniche. Gli obiettivi raggiunti dalla riorganizzazione sono stati:

- esaltazione dell'attività di ricerca intesa come strumento di definizione ed implementazione di nuovi modelli assistenziali;
- qualificazione e umanizzazione dell'assistenza;
- contenimento della spesa farmaceutica;
- aggiornamento e formazione delle diverse figure professionali impegnate nel settore oncologico nella Regione Campania.

Inoltre, si segnala che l'Istituto ha tracciato una relazione programmatica per il triennio 2010-2012 con l'intento di definire le linee di indirizzo della attività da svolgersi in un'ottica di miglioramento continuo degli standard qualitativi dell'attività assistenziale nell'ambito della programmazione sanitaria regionale.

Per quanto riguarda la rilevazione del consenso degli altri istituti di ricerca pubblici e delle università, l'Istituto, nell'impegno di sviluppare interventi di ricognizione specifici nel processo di Bilancio Sociale 2012, rimanda allo strumento di questionario di rilevazione allegato al presente documento.

Merita menzionare che, per il 2011, l'attività dell'Istituto di potenziamento di partnership con le Università è stata intensa. Tra i vari atti, si ricordano:

- Convenzione con il Dipartimento di Ingegneria dell'Università del Sannio, per accelerare l'obiettivo programmatico dell'Istituto, finalizzato alla verifica e alla manutenzione del patrimonio edilizio, infrastrutturale ed impiantistico, per riqualificarlo e di renderlo pienamente rispondente alle normative vigenti in materia di sicurezza, igiene dei lavoratori e degli assistiti, mirando al contenimento dei consumi energetici e alla sicurezza strutturale;
- Convenzione quadro con l'Università degli Studi del Sannio, che ha disciplinato la collaborazione su attività di interesse comune, riguardanti, in particolare, la ricerca scientifica, l'alta formazione, l'innovazione e il trasferimento tecnologico, grazie alla quale l'Istituto può dare avvio a nuove attività progettuali che consentono, tra l'altro, l'accesso ai finanziamenti previsti da programmi locali, regionali, nazionali e comunitari;
- Costituzione di associazione temporanea di scopo tra l'Istituto e l'Università degli Studi del Sannio per la realizzazione del comune Progetto di Formazione ed Innovazione per l'occupazione denominato "Specialista dell'innovazione nell'ambito della sicurezza, della contabilità e del controllo di gestione in campo sanitario", nell'ambito del Programma Formazione e Innovazione per l'Occupazione FxO, approvato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Ulteriore importante accordo di collaborazione con un ente pubblico è quello instaurato, nel 2011, con il reparto di UOC di Radioterapia P.O. Ascalesi della ASL Napoli 1 Centro, resosi necessario in seguito ai lavori di ammodernamento del reparto omonimo dell'Istituto. Questi lavori, che hanno destato preoccupazione nella comunità dei pazienti che temevano una riduzione degli interventi possibili, hanno riguardato l'installazione di un nuovo acceleratore lineare, di un Tc simulatore e del Cyber Knife. L'accordo con l'Ascalesi, che rappresenta la dimostrazione del forte senso di responsabilità condiviso da tutte le strutture sanitarie del sistema regionale, ha previsto una collaborazione stretta tra le due strutture e il relativo personale, garantendo alle pazienti operate di cancro della mammella il trattamento radiante in modalità ottimali e nel rispetto dei protocolli di cura.

3.7 L'Ambiente

Strettamente connesso alle problematiche oncologiche è il rapporto con l'ambiente, per cui il tema della responsabilità ambientale è divenuto nel corso degli anni di vitale importanza per l'Istituto. Proprio a partire da questa posizione l'Istituto, nel corso del 2011, ha messo in campo specifiche norme comportamentali che hanno l'obiettivo di tutelare la natura.

L'Istituto ha inoltre attivato un master di II livello intitolato "Ambiente e Cancro", che rappresenta un'esperienza uni-

ca in una regione come la Campania, nella quale il fenomeno dell'inquinamento ambientale assume un'importanza notevole. L'obiettivo del corso ha interessato l'accrescimento delle competenze e la qualificazione delle figure professionali impegnate nelle agenzie di protezione ambientale e sanitaria, migliorando la loro abilità nell'individuazione dei rischi genotossici e tumorigenici.

3.7.1 La gestione dei rifiuti ospedalieri

L'Istituto consuma risorse e produce rifiuti che necessitano di essere gestiti. Oggi, in tema di gestioni dei rifiuti, le leggi nazionali e regionali sono molto stringenti ed obbligano ad operare con estremo senso civico e rigore, nel rispetto sia dell'ambiente che della qualità della vita. L'Istituto non si limita alla puntuale applicazione delle leggi ma promuove da anni un impegno concreto al fine di garantire un ambiente migliore, sano e naturale.

Quest'impegno si basa sull'applicazione di alcune regole che devono essere seguite da tutti gli operatori dell'Istituto, quali:

- operare raccolta differenziata dei rifiuti sanitari;
- ottimizzare la differenziazione tra i rifiuti sanitari pericolosi e non pericolosi;
- utilizzare tecnologie di trattamento di rifiuti sanitari tendenti a favorire il recupero di materia e di energia;
- evitare l'eliminazione di prodotti ancora utilizzabili;
- avere sotto controllo la data di scadenza dei prodotti in utilizzo;
- fare un uso corretto e razionale del monouso;
- acquisire tecnologie pulite;
- ridurre la produzione di rifiuti a rischio infettivo.

3.7.2 Il risparmio energetico

L'Istituto nel rispetto delle normative nazionali e comunitarie si impegna a mettere in pratica politiche per il risparmio energetico.

Nel 2011, nell'ambito del "Programma Operativo Interregionale Energie Rinnovabili e Risparmio Energetico 2007-2013", l'Istituto ha ottenuto il finanziamento di un importante progetto, elaborato dalla S.C. Progettazione e Manutenzione Impianti, per la realizzazione di un impianto di cogenerazione e di riqualificazione ed efficientamento energetico della struttura edilizia dell'edificio Day Hospital.

In particolare, tale riqualificazione si inserisce in un piano di interventi strutturali già individuati dall'Istituto per il biennio 2011-2012 e che vengono di seguito riassunti:

- Efficientamento degli impianti di climatizzazione;
- Realizzazione di un impianto di trigenerazione;
- Realizzazione di un gruppo frigorifero ad altissima efficienza anche con utilizzo di sonde geotermiche verticali per la condensazione;
- Costruzione di un impianto solare termico per la produzione di circa 1/3 del fabbisogno energetico usato per la preparazione di acqua calda sanitaria;
- Installazione di due caldaie a condensazione per la produzione del fluido termovettore caldo a 60°C;
- Adozione di pompe di circolazione a portata variabile;
- Potenziamento della coibentazione per le tubazioni dei circuiti primari (dalla centrale alle sottocentrali);
- Adozione di un sistema di supervisione e controllo degli impianti.

Gli interventi appaltati, una volta ultimati nel 2013, produrranno un miglioramento di efficienza energetica, la cui efficacia sarà apprezzabile mediante la valutazione della quantità di energia primaria equivalente risparmiata (TEP/anno – Tonnellate Equivalenti di petrolio/anno) rispetto alle soluzioni impiantistiche esistenti.

Globalmente, le proposte afferenti l'efficientamento energetico del complesso ospedaliero, che comprende i si-

stemi riepilogati nella tabella seguente, consentono di realizzare un risparmio energetico totale di circa 623 TEP/anno; tale razionalizzazione energetica determina una riduzione di CO2 immessa in atmosfera di circa 1486 t/anno.

Interventi promossi	Risparmio di energia primaria in TEP/anno	Riduzione delle emissioni di CO2 in tonn/anno
Trigenerazione	450	1078
Adozione di gruppo frigorifero con compressori centrifughi e condensato con sonde geotermiche	69	166
Solare termico	28	67
Adozione di elettropompe a portata variabile	20	44
Sostituzione dei generatori di vapore con caldaie a condensazione	46	107
Riqualficazione della coibentazione dei circuiti principali	10	24
TOTALE	623	1486

Figura 81 – Effetti del risparmio energetico

È da rilevare che il risparmio economico conseguibile, oltre ad essere direttamente legato al risparmio di energia e quindi dei costi di gestione dell'impianto (si prevede un risparmio di circa il 30-40% degli attuali costi), offre la possibilità di accedere a tariffe più convenienti delle fonti primarie, quali ad esempio la tariffa agevolata per il metano grazie alla presenza del cogeneratore, consentendo un rientro medio del capitale investito per gli interventi sicuramente entro 5-6 anni di gestione.

3.8 Contenzioso e litigiosità

A partire dal maggio 2010, l'Istituto gestisce in regime di auto assicurazione gli eventi dannosi; questo è possibile grazie alla costituzione di un fondo rischi dedicato, che si alimenta con le risorse economiche stimate occorrenti al pagamento del premio RCT/O (circa €/000 100 al mese).

Il fondo rischi per la gestione in auto assicurazione delle richieste risarcitorie intervenute nel periodo 01.05.2000 - 31.12.2011 ha raggiunto una consistenza di €/000 1.800, con riserve appostate per un importo di €/000 926,7 e danni risarciti per un importo complessivo di €/000 9.

Nel suddetto periodo sono pervenute complessivamente 32 richieste di risarcimento danni e 7 di esse sono state prese in carico. Per 5 delle restanti richieste di risarcimento sono state promosse azioni giudiziarie tuttora pendenti, mentre 20 richieste di risarcimento sono allo stato senza seguito.

Nel corso dell'anno 2011, sono pervenute e gestite in auto assicurazione 20 nuove richieste di risarcimento danni (di queste 13 sono riconducibili a colpa professionale). Le richieste definite nel 2011 sono state 3 (con un danno risarcito complessivo di €/000 0,7); delle restanti 17 richieste: per 2 di esse sono state promosse azioni giudiziarie tuttora pendenti, mentre 15 sono alla data del 31.12.2011 senza seguito.

La gestione in auto assicurazione è affidata all'U.O.C. "Affari Legali" che si avvale per l'istruttoria medico-legale della collaborazione della Direzione Sanitaria e dei medici dipendenti dell'Istituto.

La gestione diretta degli eventi dannosi (a partire dalla fase della segnalazione del danno fino all'eventuale procedimento giudiziario) e l'interessamento attivo delle funzioni e dei soggetti a vario titolo coinvolti, si traduce in una gestione attenta e consapevole delle risorse e in un risparmio evidente di spesa.

Tenuto conto dell'attività svolta e delle prestazioni erogate dall'Istituto, non si evidenziano eventi di particolare impatto negativo. I dati riferiti alle richieste di risarcimento danni sono assolutamente fisiologici e non testimoniano particolari criticità.

Peraltro, la soluzione gestionale adottata dall'Istituto è il risultato di una analisi approfondita dell'organizzazione e dei rischi, nonché dell'avvio di iniziative di risk management volte alla piena comprensione, prevenzione e riduzione degli eventi dannosi.

Per quanto riguarda i procedimenti giudiziari pendenti, alla data del 31.12.2011 (esclusi quelli di esecuzione e di fatto perenti – n. 50) sono 180.

Nell'anno 2011 sono state istruite 45 nuove cause, tutte affidate al patrocinio dell'avvocatura interna.

La natura del contenzioso dell'anno 2011 può essere così distinta:

- 15 cause con dipendenti;
- 8 cause con fornitori di beni e servizi;
- 12 cause di risarcimento danni (di cui 10 relative a colpa professionale medica);
- 10 cause di diversa natura.

Nell'anno 2011, sono intervenute pronunce decisorie (sentenze/ordinanze/decreti) e bonari componimenti per ben 58 procedimenti (in alcuni casi le pronunce hanno riguardato cause riunite e con pluralità di parti) e 22 decreti di perenzione (di cui 20 TAR e 2 Consiglio di Stato).

Con riferimento invece alle somme vincolate presso l'istituto cassiere/tesoriere, a seguito di pignoramenti, alla data del 31.12.2011 l'importo globale ancora indisponibile è pari ad €/000 119 (comprensivo di sorta capitale, interessi e spese legali, maggiorati del 50%) così ulteriormente ridottosi rispetto al dato dell'01.01.2011 che era di €/000 629.

L'Istituto ha svolto istruttorie dedicate, finalizzate alla prevenzione e alla bonaria definizione dei decreti ingiuntivi, al fine di evitare l'instaurarsi e/o la progressione di procedure di esecuzione coattiva e l'aggravio di spese legali ed interessi.

Naturalmente la riduzione delle procedure di ingiunzione è anche dovuta al divieto di iniziare e proseguire (per gli enti ed aziende delle regioni assoggettate a procedure e piani di rientro dal debito) il procedimento di esecuzione coattiva.

Obiettivi di Miglioramento



Il Bilancio Sociale dell'Istituto in linea con le linee guida stabilite dal "Gruppo di Studio sul Bilancio Sociale", presenta come quarta ed ultima parte una sezione interamente dedicata all'enunciazione degli obiettivi di miglioramento da raggiungere negli anni a venire.

A tale fine, è sicuramente necessario sottolineare come la continua crescita dell'Istituto presenti uno scenario in divenire, specie per quanto riguarda gli obiettivi futuri da perseguire e le politiche atte a realizzarli.



oraggio



solidità ietà



sos egno

Obiettivi di Miglioramento

Il Bilancio Sociale dell'Istituto in linea con le linee guida stabilite dal "Gruppo di Studio sul Bilancio Sociale", presenta come quarta ed ultima parte una sezione interamente dedicata all'enunciazione degli obiettivi di miglioramento da raggiungere negli anni a venire.

A tale fine, è sicuramente necessario sottolineare come la continua crescita dell'Istituto presenti uno scenario in divenire, specie per quanto riguarda gli obiettivi futuri da perseguire e le politiche atte a realizzarli.

4.1 Spunti di Miglioramento

Per l'anno 2012, l'Istituto si è posto l'obiettivo di continuare a migliorare la propria attività, sia dal punto di vista del servizio offerto al cittadino sia dal punto di vista dei programmi, delle ricerche avviate e della formazione; tutto ciò in linea con gli obiettivi nazionali e regionali.

Le linee più significative di questo progressivo miglioramento, già avviato negli anni passati ma che costituisce stimolo e traguardo in divenire, possono essere così schematizzati:

- **Efficienza:** sia nel campo dell'erogazione dei servizi sanitari e assistenziali, che nel campo della ricerca. In particolare, da un lato, si intende proseguire lungo l'iter di definizione e standardizzazione dei percorsi assistenziali intraospedalieri (PAI) clinico organizzativi avviati nel 2011, al fine di migliorare i processi operativi e organizzativi e, dall'altro, si persegue l'obiettivo di avviare l'implementazione delle procedure amministrativo-contabili standard definite dalla Regione Campania (Decreto n. 60 del 4 agosto 2011) anche al fine di pervenire alla definizione di un adeguato sistema di contabilità gestionale. Tali azioni devono essere condotte in concomitanza e parallelamente ad una riduzione della spesa, delle risorse e del tempo impiegato.
- **Qualità dei servizi e della ricerca:** miglioramento delle procedure di stakeholder reporting e di customer satisfaction; ampliamento delle offerte formative ed ECM; implementazione della rete di strumenti di dialogo e comunicazione che possa facilitare gli stakeholder nel quotidiano rapporto che intrattengono con l'Istituto; incremento e miglioramento dell'attività di ricerca, sia in termini di pubblicazioni che di attività di divulgazione e informazione.
- **Innovatività:** acquisizione delle più moderne apparecchiature biomedicali; miglioramento dell'informatizzazione delle procedure sanitarie, amministrative e scientifiche; potenziamento e diffusione dello strumento informatico di social network sia per le attività di ricerca sia per quelle sanitarie e amministrative e, comunque, di coinvolgimento degli stakeholder a tutti i livelli; maggiore coinvolgimento all'interno della comunità scientifica nazionale ed internazionale. In questo ambito, è ricompreso anche lo sforzo dell'Istituto per promuovere una migliore presa in carico degli assistiti attraverso la sperimentazione di nuovi modelli dell'assistenza infermieristica; infatti, come già precedentemente esposto, è interesse preminente la strutturazione di una gestione dell'assistenza, soprattutto infermieristica, che possa coniugare le esigenze di una maggiore individualizzazione della cura con quelle della sicurezza del paziente e del gradimento del personale.



Figure 82 - Obiettivi di miglioramento



4.2 Verso il bilancio sociale 2012

L'Istituto in ogni sua attività cerca di ottimizzare il proprio operato e, nello specifico, individua obiettivi di miglioramento che interessano sia l'attività istituzionale sia la relativa rendicontazione economica e sociale.

Per quanto riguarda la realizzazione del Bilancio Sociale 2012, l'Istituto si impegna a ricercare nuove tecniche di ascolto degli stakeholder dirette a ottenere un più completo quadro del consenso sulla propria attività e sulla qualità percepita.

Merita menzionare che la realizzazione di una struttura di Bilancio Sociale che risponda in maniera adeguata alle caratteristiche di un Istituto Oncologico quale l'INT "Fondazione Pascale" è un processo che si sviluppa e si completa nel corso degli anni, attraverso un meccanismo di miglioramento graduale e continuativo. Forte dell'esperienza maturata con la stesura del Bilancio Sociale 2010 e consapevole che il presente documento rappresenta un passo ulteriore ma non sufficiente di un percorso pluriennale, l'Istituto ha già avviato le attività di elaborazione del Bilancio Sociale 2012. In particolare, l'Istituto è impegnato nel potenziare i meccanismi di rilevazione del consenso, modulandoli su un numero maggiore di categorie di stakeholder. Per questo l'Istituto partirà dai questionari di gradimento, allegati al presente documento, la cui raccolta cercherà di stimolare puntualmente, strutturando una procedura attenta che consenta una partecipazione più significativa rispetto al 2010, ed impegnandosi a riportarne le risultanze nella prossima edizione del Bilancio Sociale.

L'augurio è che il documento del 2012 costituisca una evoluzione rispetto al presente, più in linea con le attese crescenti dei propri interlocutori e con contenuti che vadano anche al di là dello standard di riferimento.

Per questo, l'Istituto intende migliorare i propri sistemi amministrativo-contabili e di gestione per assicurare livelli di accountability elevati e l'incremento della qualità delle informazioni rilevate e rappresentate. In questa direzione andranno gli interventi di implementazione delle innovazioni normative previste sul ciclo della performance, sui temi dell'armonizzazione contabile e sulla trasparenza.

Infine, si vuole confermare la volontà di coinvolgere valutatori esterni terzi ed indipendenti nella valutazione dell'adeguatezza del processo interno di rendicontazione sociale e, in definitiva, del processo di crescita interna.

Questionario di Gradimento

TIPOLOGIA DI LETTORE <input type="checkbox"/> Cittadino <input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Fornitore <input type="checkbox"/> Ente pubblico o privato <input type="checkbox"/> Associazione <input type="checkbox"/> Regione Campania <input type="checkbox"/> Ministero della salute <input type="checkbox"/> Struttura convenzionata	ETÀ DEL LETTORE <input type="checkbox"/> 0 - 25 <input type="checkbox"/> 26 - 35 <input type="checkbox"/> 36 - 45 <input type="checkbox"/> 46- 55 <input type="checkbox"/> 56 - 65 <input type="checkbox"/> oltre 65
RESIDENZA DEL LETTORE <input type="checkbox"/> Napoli <input type="checkbox"/> Provincia di Napoli <input type="checkbox"/> Altra provincia <input type="checkbox"/> Altra regione <input type="checkbox"/> Altro _____	PROFESSIONE DEL LETTORE <input type="checkbox"/> Casalinga, <input type="checkbox"/> Imprenditore\trice, <input type="checkbox"/> Insegnante, <input type="checkbox"/> Libero professionista, <input type="checkbox"/> Pensionato\ta, <input type="checkbox"/> Studente, <input type="checkbox"/> Disoccupato\ta, <input type="checkbox"/> Altro _____
AREA DI ATTIVITÀ <input type="checkbox"/> Sanità <input type="checkbox"/> Ambiente <input type="checkbox"/> Commercio <input type="checkbox"/> Sociale <input type="checkbox"/> Altro _____	COME È VENUTO A CONOSCENZA DEL DOCUMENTO? <input type="checkbox"/> Evento di presentazione del documento <input type="checkbox"/> Copia cartacea <input type="checkbox"/> Sito internet <input type="checkbox"/> Altro _____
COME VALUTA LA QUALITÀ DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL BILANCIO SOCIALE 2011? Chiarezza espositiva: <input type="checkbox"/> bassa <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buona <input type="checkbox"/> ottima Rilevanza delle informazioni: <input type="checkbox"/> bassa <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buona <input type="checkbox"/> ottima Completezza: <input type="checkbox"/> bassa <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buona <input type="checkbox"/> ottima	
RITIENE CHE IL BILANCIO SOCIALE SIA UN DOCUMENTO UTILE PER CONOSCERE L'ATTIVITÀ DELL'ISTITUTO? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
RITIENE CHE DOVREBBE CONTENERE ALTRE INFORMAZIONI? <input type="checkbox"/> Sì. Quali sono? _____ <input type="checkbox"/> No	
QUALE PARTE HA TROVATO PIÙ INTERESSANTE? <input type="checkbox"/> La prima "identità dell'azienda" <input type="checkbox"/> La seconda "creazione e distribuzione del valore aggiunto" <input type="checkbox"/> La terza "relazione sociale" <input type="checkbox"/> La quarta "obiettivi di miglioramento" <input type="checkbox"/> Altro (grafica, ecc.) _____	

COME È STATO IL SUO GRADIMENTO COMPLESSIVO?

- basso
- sufficiente
- buono
- ottimo

QUALI SUGGERIMENTI DAREBBE PER LA PROSSIMA EDIZIONE DEL BILANCIO SOCIALE?

ATTRAVERSO LA LETTURA DEL DOCUMENTO HA AVUTO MODO DI CONOSCERE ALCUNE ATTIVITÀ DELL'ISTITUTO CHE NON CONOSCEVA?

- Sì. Quali sono? _____
- No

COME VALUTA LE ATTIVITÀ DELL'ISTITUTO?

- insufficienti
- sufficienti
- buone
- ottime

QUALI SUGGERIMENTI DAREBBE PER IL MIGLIORAMENTO DELLE ATTIVITÀ?

Nel ringraziarLa per la sua collaborazione, La informiamo che il presente questionario potrà essere trasmesso nelle seguenti modalità:

- Compilazione on – line sul sito dell'Istituto: www.istitutotumori.na.it
- Consegna a mano presso l'URP dell'Istituto nell'apposita urna;
- Invio per posta ordinaria – indirizzo: via Mariano Semmola 80131 Napoli.



una mano alla ricerca



Prodotto realizzato impiegando carta Freeliffe Vellum Fedrigoni certificata FSC Mixed Sources COC-000010