



ISTITUTO NAZIONALE TUMORI
IRCCS - Fondazione Pascale



*Bilancio Sociale
duemiladodici*

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 1.4.2.1 | Il modello organizzativo: organi di gestione, indirizzo e controllo | 38 |
| 1.4.3 | <i>Il CROM (Centro Ricerche Oncologico di Mercogliano)</i> | 44 |
| 1. | PARTE SECONDA - CREAZIONE E DISTRIBUZIONE DEL VALORE AGGIUNTO | 46 |
| 2.1 | LE FONTI FINANZIARIE | 46 |
| 2.1.1 | <i>Il Protocollo di intesa con la Regione Campania</i> | 47 |
| 2.1.2 | <i>Altre tipologie di finanziamento</i> | 47 |
| 2.1.2.1 | La ricerca corrente | 48 |
| 2.1.2.2 | La ricerca finalizzata | 49 |
| 2.1.2.3 | Sperimentazioni cliniche e studi osservazionali | 51 |
| 2.1.3 | <i>Il 5 x mille</i> | 60 |
| 2.1.4 | <i>I contributi in conto capitale</i> | 61 |
| 2.1.5 | <i>Contribuzione generale da donazioni e erogazioni liberali</i> | 61 |
| 2.2 | IL BILANCIO DELL'ISTITUTO | 61 |
| 2.2.1 | <i>La situazione patrimoniale</i> | 61 |
| 2.2.1.1 | Lo stato patrimoniale attivo | 61 |
| 2.2.1.2 | Lo stato patrimoniale passivo | 65 |
| 2.2.1.3 | Il prospetto informativo sul patrimonio | 67 |
| 2.2.2 | <i>La situazione economica</i> | 69 |
| 2.2.2.1 | Il conto economico previsionale | 69 |
| 2.2.2.2 | Il conto economico consuntivo | 72 |
| 2.3 | IL CONTO ECONOMICO 2012 A VALORE AGGIUNTO | 74 |
| 2.4 | I PRIMI RISULTATI DEL PROGETTO DI "CONTROLLO DI GESTIONE" | 77 |
| 1. | PARTE TERZA - LA RELAZIONE SOCIALE | 85 |
| 3.1 | IL PROCESSO DI STAKEHOLDER REPORTING | 85 |
| 3.2 | IL CAPITALE UMANO DELL'ISTITUTO | 86 |
| 3.2.1 | <i>La consistenza e le caratteristiche del personale</i> | 86 |
| 3.2.2 | <i>L'organizzazione del lavoro</i> | 88 |
| 3.2.3 | <i>Le attività formative di ECM (Educazione Continua in Medicina)</i> | 88 |
| 3.2.4 | <i>La valutazione del personale</i> | 90 |
| 3.2.5 | <i>Sistemi di remunerazione, incentivazione e valorizzazione</i> | 91 |
| 3.2.6 | <i>Le attività sociali e i riconoscimenti</i> | 91 |
| 3.2.7 | <i>L'attività libero professionale dell'Istituto</i> | 92 |
| 3.2.8 | <i>Il livello di soddisfazione dei dipendenti</i> | 92 |
| 3.2.9 | <i>La sicurezza e la salute del personale</i> | 93 |
| 3.3 | GLI UTENTI DELL'ISTITUTO | 95 |
| 3.3.1 | <i>I risultati delle attività di ricerca</i> | 95 |

INDICE

| | |
|--|-----------|
| PRESENTAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE..... | 1 |
| PRESENTAZIONE DEL DIRETTORE SCIENTIFICO | 2 |
| PRESENTAZIONE DEL DIRETTORE SANITARIO | 3 |
| PRESENTAZIONE AL LETTORE | 4 |
| IL PERCORSO DI REVISIONE DEL BILANCIO SOCIALE | 5 |
| IL DOCUMENTO BILANCIO SOCIALE E IL GRUPPO DI LAVORO | 6 |
| NOTA METODOLOGICA | 7 |
| GUIDA ALLA LETTURA DEL DOCUMENTO..... | 10 |
| 1. PARTE PRIMA - L' IDENTITA' DELL'AZIENDA | 12 |
| 1.1 MISSION AZIENDALE, VALORI DI RIFERIMENTO E LINEE STRATEGICHE..... | 12 |
| 1.1.1 <i>Mission Aziendale</i> | 12 |
| 1.1.2 <i>Valori di riferimento</i> | 13 |
| 1.1.3 <i>Obiettivi Strategici, Piano della Performance</i> | 14 |
| 1.1.4 <i>Gli obiettivi assegnati al Direttore Generale</i> | 18 |
| 1.1.4.1 Il raggiungimento degli obiettivi assegnati al Direttore Generale..... | 19 |
| 1.1.5 <i>Il raggiungimento degli obiettivi assegnati alle unita' operative</i> | 19 |
| 1.1.5.1 Area Amministrativa: le attività poste in essere | 20 |
| 1.1.5.1 Area Sanitaria: le attività poste in essere | 23 |
| 1.1.5.1 Area Scientifica: le attività poste in essere | 24 |
| 1.2 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO..... | 28 |
| 1.2.1 <i>Il contesto normativo</i> | 28 |
| 1.2.2 <i>Il contesto sociale e demografico</i> | 29 |
| 1.2.3 <i>Il contesto economico</i> | 30 |
| 1.3 GLI ELEMENTI QUALIFICANTI DELL'ISTITUTO PASCALE | 31 |
| 1.3.1 <i>La storia dell'istituto e la sua collocazione territoriale</i> | 31 |
| 1.3.2 <i>Le linee di attività dell'Istituto</i> | 31 |
| 1.3.3 <i>Il personale dell'Istituto</i> | 33 |
| 1.3.4 <i>Gli stakeholder</i> | 34 |
| 1.4 ASSETTO ISTITUZIONALE, DI GOVERNO E ORGANIZZATIVO | 35 |
| 1.4.1 <i>I soggetti vigilanti nazionali e regionali</i> | 35 |
| 1.4.1.1 I ministeri competenti | 35 |
| 1.4.1.2 La regione Campania | 36 |
| 1.4.2 <i>Assetto istituzionale e governance</i> | 37 |

| | | |
|--------------|--|------------|
| 3.3.2 | <i>I risultati dell'attività sanitaria</i> | 106 |
| 3.3.2.1 | Tempi di attesa | 123 |
| 3.3.2.2 | Prestazioni ambulatoriali..... | 124 |
| 3.3.2.3 | I risultati dei percorsi assistenziali 2010 - 2012..... | 126 |
| 3.3.3 | <i>I risultati delle attività formative</i> | 127 |
| 3.3.3.1 | La formazione del personale infermieristico | 127 |
| 3.3.3.2 | I corso di Laurea dell'Istituto | 128 |
| 3.3.3.3 | I percorsi formativi Post-Laurea..... | 128 |
| 3.3.3.4 | Master e corso di formazione..... | 129 |
| 3.3.4 | LE AZIONI DI DIALOGO CON L'UTENZA | 130 |
| 3.3.4.1 | La soddisfazione degli utenti - Customer satisfaction | 130 |
| 3.3.4.2 | Come cambia il vissuto di malattia dal confronto di due indagini condotte nel 2003 e nel 2012..... | 138 |
| 3.3.4.3 | PROGETTO PRIMARY NURSING | 141 |
| 3.3.4.4 | Strumenti di dialogo e comunicazione | 143 |
| 3.4 | LE ASSOCIAZIONI | 145 |
| 3.5 | I FORNITORI | 149 |
| 3.5.1 | <i>I FORNITORI DIRETTI</i> | 150 |
| 3.5.2 | <i>Gli Acquisti sul Market-place Consip</i> | 151 |
| 3.5.3 | <i>La centrale di committenza regionale</i> | 152 |
| 3.6 | LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E GLI ALTRI ENTI E ISTITUZIONI I | 153 |
| 3.7 | LA COLLETTIVITA' E L'AMBIENTE | 154 |
| 3.7.1 | <i>La gestione dei rifiuti ospedalieri</i> | 154 |
| 3.7.2 | <i>Il risparmio energetico</i> | 156 |
| 3.8 | CONTENZIOSO E LITIGIOSITÀ | 158 |
| 3.9 | LA TUTELA DELLE PRIVACY | 161 |
| 4. | PARTE QUARTA - OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO | 162 |
| 4.1 | SPUNTI DI MIGLIORAMENTO | 162 |
| 4.2 | VERSO IL BILANCIO SOCIALE 2013 | 163 |
| | QUESTIONARIO DI GRADIMENTO | 164 |

PRESENTAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

L'Istituto Nazionale Tumori "Fondazione Pascale" (di seguito anche INT o Istituto) ha il piacere di presentare il suo terzo bilancio sociale e quindi condividere con tutti i propri *stakeholders* i risultati delle attività poste in essere nell'annualità 2012.

La redazione del documento di bilancio sociale nasce da una sempre maggiore esigenza di rendicontazione dei risultati conseguiti, non solo in chiave meramente economica, ma soprattutto proiettata in un'ottica di carattere sociale, ambientale ed etico. La cura e l'attenzione al paziente, l'impegno e gli investimenti per il miglioramento del livello tecnologico delle attrezzature e degli impianti, il miglioramento della qualità delle prestazioni erogate, la sana e corretta gestione della spesa nel rispetto del principio dell'economicità rappresentano elementi essenziali e di orgoglio per l'Istituto. Da ciò l'esigenza di raccontare per il terzo anno consecutivo, con la massima trasparenza non solo le nuove iniziative intraprese, ma anche i risultati conseguiti derivanti da progetti già avviati in periodi precedenti al fine di sviluppare al massimo la "mission" del nostro Istituto consistente nel garantire sempre più l'eccellenza nel campo della prevenzione, diagnosi e cura delle patologie tumorali.

Dalla lettura del bilancio sociale 2012 sarà possibile valutare inoltre l'evoluzione che nel corso del triennio 2010-2012 ha registrato l'Istituto, comparando le informazioni contenute in tale documento con quelle delle annualità precedenti: informazioni che rendiamo disponibili per il terzo anno in modo sistematico e tempestivo, a tutti i nostri *stakeholders* ai quali sicuramente non sfuggirà l'elevato grado di attenzione e considerazione che riserviamo nella gestione giornaliera di tutte le nostre attività.

Sicuri della sempre maggiore condivisione e interiorizzazione di tale strumento da parte di dipendenti, pazienti e interlocutori d'eccellenza, il nostro costante impegno è di migliorare sempre più, oggi e nel futuro, la qualità delle nostre prestazioni, la soddisfazione di tutti gli *stakeholders* per diffondere la speranza di guarigione di tutti i malati di cancro.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Tonino Pedicini

PRESENTAZIONE DEL DIRETTORE SCIENTIFICO

Il 2012 è stato un anno di importanti cambiamenti per la Direzione Scientifica dell'Istituto.

Nel mese di Marzo, mi sono insediato come Direttore Scientifico, raccogliendo l'eredità del compianto Prof. Aldo Vecchione. Devo dire che con mio grande piacere ho trovato un Istituto scientificamente molto produttivo e ricco di talenti entusiasti.

La mia filosofia è stata improntata alla necessità di lavorare in perfetta sinergia con gli altri organi direttivi dell'Istituto, la Direzione Generale in primis, quella Sanitaria e quella Amministrativa. Inoltre ho trovato nel CIV un organo sempre ricettivo all'introduzione di innovazioni e nel Comitato Tecnico-Scientifico un forum per importanti discussioni. Nel corso del 2012 ho provveduto ad avviare una serie di nuove attività dirette ad aumentare il livello di comunicazione scientifica interna, valorizzare i risultati della ricerca ed inoltre rendere l'Istituto sempre più competitivo nella acquisizione di risorse finanziarie in supporto ai suoi progetti. Nello specifico, ho istituito il Comitato Seminari, il Grant Office, ed un Ufficio di Trasferimento Tecnologico (UTT), quest'ultimo con lo scopo di stimolare e incentivare le attività legate alla valorizzazione economica dei risultati della ricerca ed al trasferimento tecnologico.

Per quanto riguarda la produzione scientifica il 2012 è stato caratterizzato da un risultato eccezionale: i nostri ricercatori hanno pubblicato più di 250 lavori scientifici, con un *impact factor* grezzo totale maggiore di 1.000 punti, ed un incremento rispetto all'anno precedente di circa il 30% . Inoltre l'Istituto ha dimostrato rispetto all'anno precedente un'aumentata capacità di attrarre finanziamenti per la ricerca.

Ringrazio quindi tutti i nostri ricercatori per l'impegno dimostrato. Allo stesso modo, grazie anche al supporto costante del nostro Comitato Etico Indipendente, il numero delle sperimentazioni cliniche si è mantenuto elevato confermando il trend in crescita soprattutto degli studi di fase I / II che è destinato ad aumentare ulteriormente nei prossimi anni in seguito alla realizzazione nel 2013 di un'area dedicata a tale tipo di sperimentazione.

Migliorare la qualità e la produttività della nostra ricerca è un obiettivo fondamentale, così come, in un mondo sempre più competitivo, sfruttare tutte le opportunità che ci vengono date per inserire l'Istituto in reti collaborative con altri Istituti Oncologici. Da qui la mia costante attenzione alle reti oncologiche nazionali ed internazionali ed alla partecipazione alle reti infrastrutturali europee.

IL DIRETTORE SCIENTIFICO

Prof. Gennaro Ciliberto

PRESENTAZIONE DEL DIRETTORE SANITARIO

Per chi si occupa dell'organizzazione e della direzione sanitaria dell'Istituto il Bilancio Sociale rappresenta una utile occasione per illustrare, a tutti gli interlocutori interessati, i risultati raggiunti, nell'anno precedente nelle attività assistenziali comunicando ai cittadini, in maniera comprensibile e trasparente, per quali e quante attività sono state utilizzate le risorse del bilancio dell'Istituto.

I risultati raggiunti confermano la forte integrazione dell'Istituto tumori di Napoli nel contesto del servizio sanitario regionale quale centro di riferimento principale per la diagnosi e cura delle malattie neoplastiche con il più elevato numero di pazienti trattati per tumore maligno. Anche nel 2012 si è confermato il trend in crescita dei volumi delle prestazioni, confermando l'andamento dell'ultimo quadriennio, accompagnato dall'ulteriore miglioramento dei principali indicatori di efficienza. In particolare nel corso del 2012 è stato dedicato molto impegno nella definizione, standardizzazione ed applicazione di percorsi assistenziali diagnostico terapeutici per le più frequenti patologie trattate basati sulle migliori pratiche.

Ogni giorno transitano in Istituto una moltitudine di cittadini. Nel 2012 l'affluenza ha fatto registrare, mediamente, per ciascuna giornata, la presenza di: 160 pazienti ricoverati in regime ordinario, 85 in day hospital, 550 utenti hanno ricevuto prestazioni ambulatoriali, per un totale di 800 presenti ogni giorno.

Questi risultati sono stati resi possibili da strutture e tecnologie che in questi anni sono state rinnovate e potenziate ma, soprattutto, grazie alle persone che vi lavorano ed alla loro competenza, generosità, e sensibilità che rappresentano la prima e più grande risorsa dell'Istituto. Tutti insieme: ricercatori, medici, personale infermieristico e tutti coloro che a vario titolo lavorano al suo interno offrono un contributo determinante, ciascuno per la propria parte, per offrire ad ogni persona che entra in Istituto la massima attenzione.

L'obiettivo ambizioso che ci poniamo è quello di fornire ai cittadini che si rivolgono al nostro Istituto servizi sempre più efficaci, personalizzati ed efficienti. In questi anni si è operato per incrementare la capacità di offerta al fine di rispondere alla domanda dei cittadini per contrastare le malattie neoplastiche, aumentando il numero di guarigioni e contribuendo a prolungare la sopravvivenza di tanti. Comunque la nostra capacità di risposta come per ogni struttura ha un limite e solo la sinergia, l'integrazione e la cooperazione fra tutte le strutture e i servizi impegnati nella diagnosi e cura delle malattie oncologiche, in rete tra loro, rappresenta il modello più adeguato per rispondere con efficacia alle esigenze di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie oncologiche.

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Sergio Lodato

PRESENTAZIONE AL LETTORE

Caro lettore,

è il terzo anno che l'Istituto presenta il suo Bilancio Sociale: strumento di rendicontazione annuale che non si sofferma solo ed esclusivamente su informazioni di mera natura contabile ma che pone attenzione principalmente sull'impatto sociale che le attività poste in essere hanno su tutti gli *stakeholders*; ossia tutti gli interlocutori potenzialmente interessati, siano essi privati cittadini o soggetti istituzionali, associazioni di volontariato o portatori di interessi collettivi, dipendenti dell'Istituto o fornitori di beni e servizi.

Anche quest'anno il bilancio sociale permetterà al lettore di valutare i risultati dell'attività dell'Istituto nella loro dimensione sociale, ambientale ed etica a completamento delle informazioni di natura contabile fornite dal bilancio d'esercizio che per alcuni elementi "principali" è anche oggetto di analisi del documento.

La sistematicità della redazione del bilancio sociale, giunto oramai alla sua terza edizione, dà al lettore un'idea precisa dell'evoluzione dell'organizzazione. In questo terzo anno si è cercato di rafforzare ancora di più il processo di condivisione che interessa gli *stakeholder*, processo iniziato nel 2010, intensificatosi nel 2011 e consolidatosi nel 2012 rafforzando la **legittimazione sociale** dell'Istituto sia al proprio interno sia verso gli interlocutori esterni al fine di diffondere la formazione di una **cultura condivisa**

Il nostro bilancio sociale fornisce in modo completo **informazioni rilevanti** inerenti gli aspetti gestionali e sociali evidenziando il grado di significatività che essi acquisiscono nell'ambito del macroprocesso organizzativo.

L'ambizioso obiettivo che ci poniamo è, come ogni anno, quello di garantire ancora una volta la trasparenza delle nostre azioni e dei risultati conseguiti in modo tale da consentire a tutti gli *stakeholder* di valutare in modo oggettivo le *performance* raggiunte dal nostro Istituto rispetto alla sua *mission*, di valutare la qualità dei nostri servizi e delle nostre attività svincolando il giudizio da dati di sola natura contabile, con la speranza che tutti gli *stakeholder* possano apprezzare i nostri sforzi e i risultati raggiunti.

L'utilizzo di un linguaggio semplice e chiaro, cerca di rendere il documento di facile lettura e comprensibile a tutti coloro che vi siano interessati con la speranza di ampliarne sempre più la cerchia e di ricevere tutti i *feedback* utili a stimolare il progressivo miglioramento dei nostri servizi.

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

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. ssa Loredana Cici

IL DOCUMENTO BILANCIO SOCIALE E IL GRUPPO DI LAVORO

La redazione del bilancio sociale è il prodotto di una serie di incontri periodici tra diversi gruppi di lavoro, ciascuno espressione di una diversa unità organizzativa. Le sessioni di lavoro hanno avuto ad oggetto inizialmente la ricognizione di dati rilevanti e in seguito l'analisi e la rielaborazione dei dati acquisiti.

Il tutto è stato coordinato dagli organi della Direzione Aziendale.

IL GRUPPO DI LAVORO

Tonino Pedicini, Gennaro Ciliberto, Sergio Lodato, Loredana Cici, Nicola Normanno, Giuseppe Castello, Valentina Belli, Domenico Bisogni, Daniela De Felice, Gianfranco De Feo, Patrizia Di Cintio, Vincenza Farinari, Luigia Infante, Carmine Mariano, Carmela Nacarlo, Carla Napoli, Fausto Piccolo, Elisa Regina, Virginia Rossi, Sergio Russo, Giuseppina Russoniello, Roberto Samarelli, Pasquale Violetti.

Figura 2 – Gruppo di Lavoro e di governo del processo di rendicontazione sociale

NOTA METODOLOGICA

La definizione dei contenuti del Bilancio Sociale 2012 è il risultato di un articolato processo, coordinato dalla Direzione Aziendale e fortemente partecipato dalle varie configurazioni della struttura organizzativa dell'Istituto.

Il processo di coinvolgimento è stato realizzato attraverso la definizione di una struttura organizzativa di progetto, articolata come illustrato nella figura seguente:

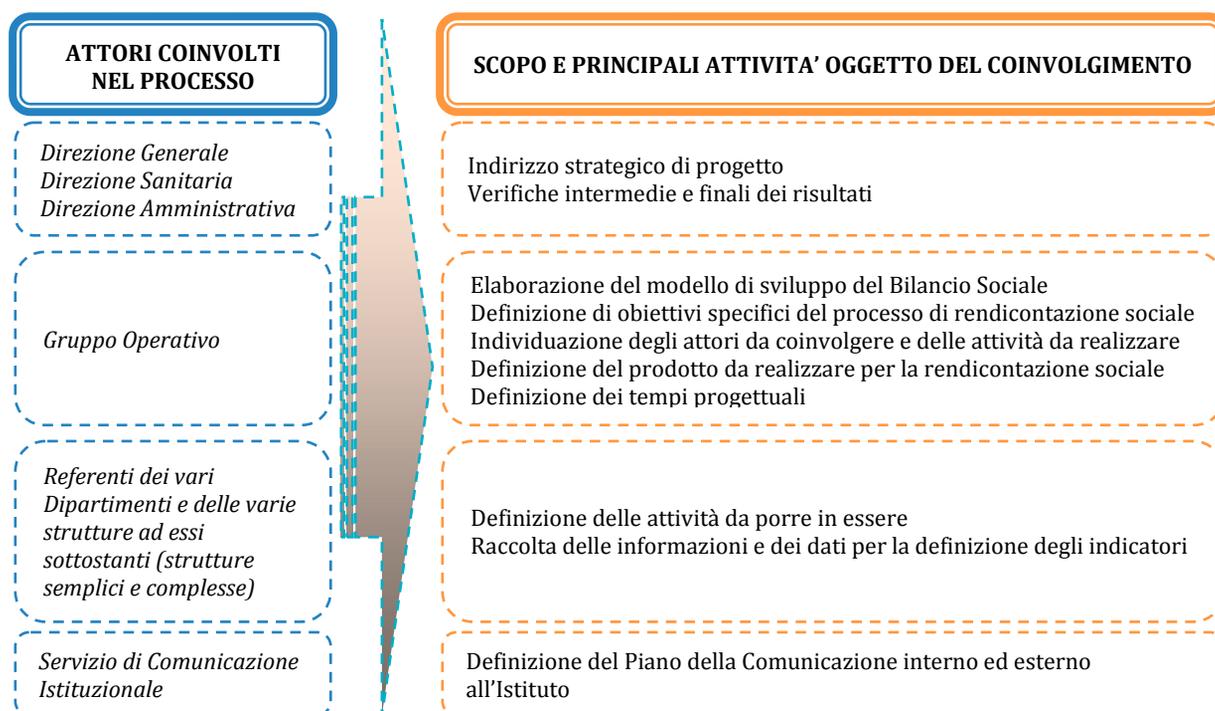


Figura 3 - Struttura organizzativa del progetto di Bilancio Sociale

Il Bilancio Sociale 2012 è stato redatto applicando metodologie e strumenti già collaudati nel corso delle precedenti edizioni, in conformità ai contenuti delle linee guida "Principi di redazione del Bilancio Sociale" definite nel 2001 dal GBS Gruppo di Studio per il Bilancio Sociale.

In continuità con le metodologie già applicate per la redazione del bilancio sociale 2011, i riferimenti normativi e dottrinali che si pongono alla base 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

Scopo principale è 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

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 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.

Responsabilità sociale delle imprese: un contributo delle imprese allo sviluppo sostenibile



D.Lgs n°150/2009- Riforma Brunetta

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)

In base alle 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

Figura 4 – Riferimenti normativi e dottrinali

In ordine ai contenuti e alle modalità di redazione del documento di Bilancio Sociale 2012 ci si riferisce all'impianto ed alla struttura previsti dal GBS in:

**• LA RENDICONTAZIONE SOCIALE
NEL SETTORE PUBBLICO**

Standard definito dal GBS

definisce le linee guida principali
alla base del processo di
rendicontazione sociale delle
amministrazioni pubbliche



**• LA RENDICONTAZIONE SOCIALE
DELLE AZIENDE SANITARIE**

Documento di Ricerca n° 9

definisce i contenuti minimi del
Bilancio Sociale di un'Azienda
Sanitaria



Figura 5 – Riferimenti impianto e struttura del Bilancio Sociale redatti dal GBS

GUIDA ALLA LETTURA DEL DOCUMENTO

L'Istituto per il terzo anno rinnova il suo impegno nell'espone e descrivere le strategie nonché i processi posti in essere nel corso del 2012 finalizzati a migliorare ed accrescere il valore aggiunto prodotto.

Il Bilancio Sociale 2012, redatto in base agli standard proposti a livello nazionale dal Gruppo Bilancio Sociale, si articola in tre diverse sezioni, così come previsto dalle linee guida integrate di una ulteriore sezione aggiuntiva nella quale sono illustrati gli obiettivi di miglioramento che si intendono porre in essere e che comunque avranno impatto in termini programmatici, gestionali e di rendicontazione.



Figura 6 - Struttura del Bilancio Sociale

L'**identità aziendale** (*prima sezione*) descrive l'assetto istituzionale dell'Istituto, la missione, i valori etici di riferimento e il suo disegno strategico. Permette al lettore di cogliere quali sono i nostri principi e i nostri valori, e come questi sono stati applicati all'interno dell'Istituto formulando sugli stessi un proprio giudizio. Inoltre la semplice esposizione dei concetti cardine permettono di capire il nostro orientamento valoriale, i principi etici e i codici deontologici che si pongono alla base delle nostre scelte strategiche. Infine dopo un'attenta analisi del contesto di riferimento, il lettore potrà approfondire il livello di evoluzione che la *governance* ha subito nel tempo.

La **produzione e distribuzione del valore aggiunto** (*seconda sezione*) rappresenta il principale collegamento di relazione con il bilancio di esercizio e lo scopo cardine è quello di rendere evidente l'effetto sia in termini economici, sia in termini di prestazioni di servizi, che l'attività svolta nell'Istituto ha prodotto a favore delle principali categorie di *stakeholder*. Dopo una prima parte dedicata alle principali fonti di finanziamento si rappresenta la Situazione Patrimoniale, il Prospetto informativo sul Patrimonio e il Conto economico consuntivo dell'Istituto, che riclassificato secondo il criterio del Valore Aggiunto ha permesso di quantificare quanta ricchezza è stata prodotta e come la stessa è stata distribuita ai suoi *stakeholder*.

La **relazione sociale** (*terza sezione*) espone sinteticamente i risultati ottenuti in relazione agli impegni, ai programmi e agli effetti sui singoli *stakeholder* (*processo di stakeholder reporting*). Pone particolare attenzione

sulle principali categorie di *stakeholder*: il capitale umano, gli utenti dell'istituto, le associazioni, i fornitori, le amministrazioni pubbliche e l'ambiente.

Gli **obiettivi di miglioramento** (*sezione aggiuntiva o quarta sezione*) introducono i propositi di miglioramento nonché le linee evolutive che riguarderanno la stesura del Bilancio Sociale 2013.

Come per le edizioni scorse, anche per la redazione del presente bilancio sociale ci si è basati su principi cardine quali:



Figura 7 –Principi di redazione del Bilancio Sociale

1. PARTE PRIMA - L' IDENTITA' DELL'AZIENDA



L'Istituto, fondato nel 1933 ad opera del Senatore Giovanni Pascale, è un istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), ente di rilevanza nazionale dotato di autonomia e personalità giuridica, che secondo standard di eccellenza, persegue 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.

Esso è rappresenta l'ente di maggior rilievo del Mezzogiorno ed è individuato anche centro di riferimento sia per la rete oncologica regionale che nazionale.

1.1 MISSION AZIENDALE, VALORI DI RIFERIMENTO E LINEE STRATEGICHE

1.1.1 MISSION AZIENDALE

La *mission* dell'Istituto consiste nella prevenzione, diagnosi e cura dei tumori e nella ricerca sul cancro. L'Istituto rappresenta per i cittadini una risposta ai propri bisogni di salute sia dal punto di vista del recupero che dal punto di vista del mantenimento. Caratteristica principale che si pone alla base della *mission* dell'Istituto è la sua capacità, e quindi degli operatori interni, di trasferire i risultati della ricerca e dell'innovazione nell'attività clinica quotidiana; infatti i progetti di ricerca sono fortemente orientati in senso traslazionale, presupponendo un continuo scambio di informazioni tra laboratorio e attività clinica.

La centralità del paziente all'interno del percorso sanitario, quindi un'adeguata e completa capacità di ascolto dei bisogni specifici di salute espressi dalla comunità, sono un principio di riferimento per le scelte strategiche dell'istituto.

Obiettivo dell'Istituto è quello di raggiungere l'eccellenza in campo di prevenzione, diagnosi e cura della patologie tumorali, sia attraverso la ricerca clinica sia attraverso all'innovazione tecnologica e gestionale.

1.1.2 VALORI DI RIFERIMENTO

L'istituto pone alla base delle sue attività di ricerca e cura della patologie tumorali i seguenti valori di riferimento:



Figura 8 – Valori di riferimento

Ai suddetti valori di riferimento, l'Istituto nel continuo processo di rivisitazione del proprio ruolo e delle proprie funzioni, ha integrato il "rispetto" quale principio comportamentale aziendale, ciò in quanto i servizi di assistenza sanitaria e di ricerca erogati a favore dei cittadini-utenti identificano persone umane e le relative famiglie, che a loro volta sono portatrici di storie, valori e profili di dignità. In tale ottica, seppur l'Istituto abbia maturato già da qualche anno l'obiettivo di migliorare e dettagliare sempre più i livelli di rendicontazione sociale e il concetto di trasparenza verso gli *stakeholder*, esso intende comunque promuovere la cultura della *privacy*.

L'ambiente sanitario si pone come uno dei settori più delicati tra quelli chiamati a misurarsi con le complesse problematiche applicative poste dalla normativa della *privacy* che diventa elemento fondante nel processo di miglioramento della qualità della prestazione sanitaria erogata.

Solo una nuova cultura che valuti la *privacy* come un valore comune a tutti coloro che operano all'interno del sistema "Istituto" può garantire effettività alle previsioni di legge e alla tutela della dignità dell'assistito in ogni momento del suo percorso assistenziale. In tale ottica si è posta la decisione del management aziendale che ha provveduto già negli anni scorsi all'adozione di uno specifico "Regolamento sulla *privacy*" la cui corretta applicazione non può che garantire la dignità degli assistiti.

1.1.3 OBIETTIVI STRATEGICI, PIANO DELLA PERFORMANCE

I valori aziendali esposti in precedenza si rispecchiano negli obiettivi strategici dell'Istituto redatti dal Consiglio di Indirizzo e Verifica (CIV) che nel momento in cui si è insediato ha individuato le priorità per il triennio 2011 - 2013. Tali priorità sono state riconfermate nell'esercizio 2012 con Deliberazione del Direttore Generale n. 926 del 21 novembre 2012. Con la suddetta deliberazione, in attuazione dell'art. 10 del D.Lgs. n. 150/2009, è stato approvato il Piano della Performance per l'anno 2012 contenente gli obiettivi operativi relativi allo stesso anno che sono stati assegnati ai Direttori dei Dipartimenti e ai Dirigenti delle Direzioni Aziendali, in linea con gli obiettivi strategici approvati con delibera n. 94 del 16 febbraio 2012.

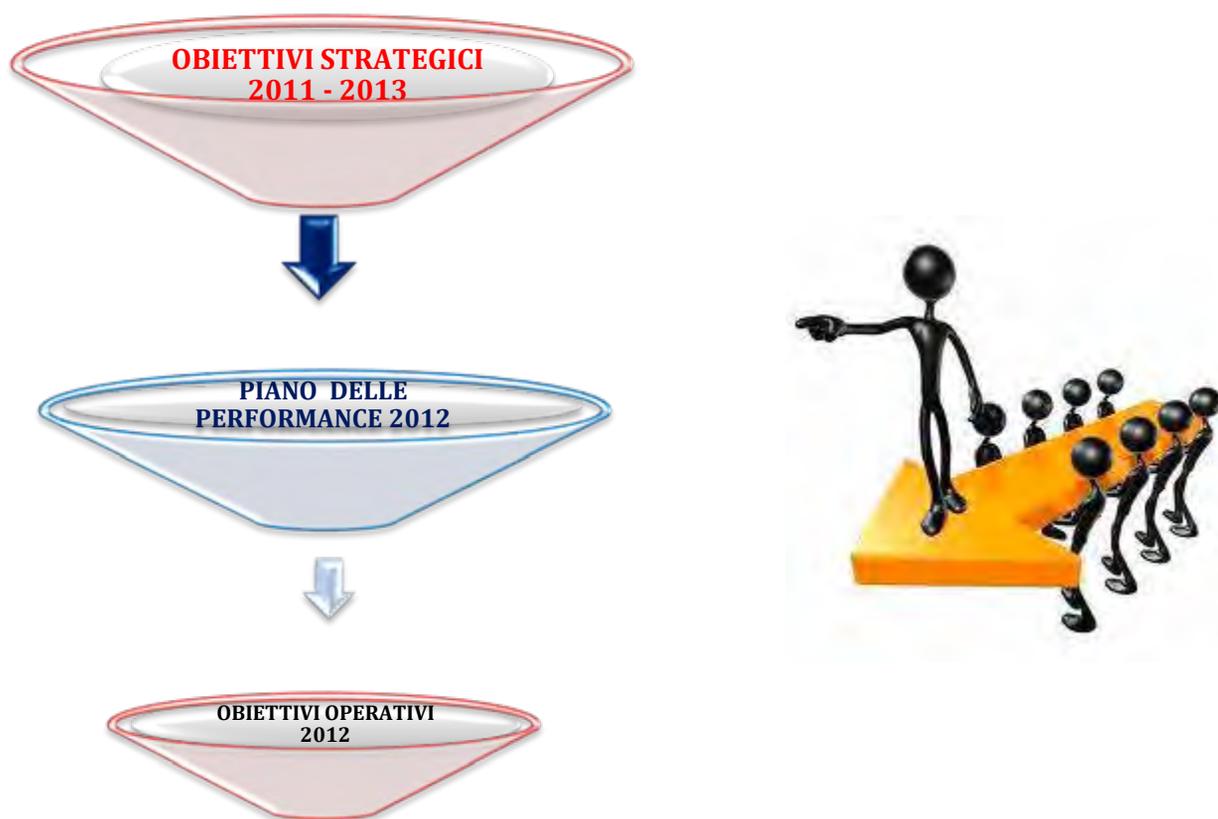


Figura 9 – Il processo di definizione degli obiettivi operativi

Gli **obiettivi strategici** più rilevanti, individuati dal CIV per il triennio 2011 – 2013 sono 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.

Il ***Piano delle Performance***, adottato ai sensi degli art. 10 e 15 del D.Lgs. 150/2009, è un documento programmatico che sulla base dell'analisi del contesto interno ed esterno di riferimento e delle relative scelte strategiche effettuate, definisce gli obiettivi strategici che l'istituto intende perseguire, in coerenza con le risorse assegnate, esplicitando gli indicatori e i valori attesi.

Con esso l'Istituto ha dato avvio al ciclo di gestione della *performance* ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 150/2009, ossia un ciclo di programmazione e controllo dell'attività dell'istituto che, dopo aver assegnato gli obiettivi, collegati con le risorse disponibili, consente di:

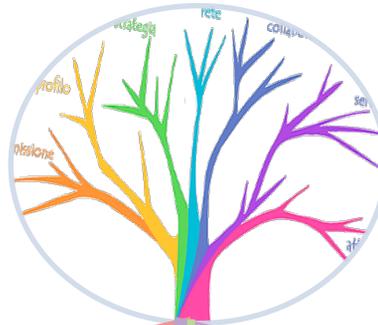
- monitorare il perseguimento degli stessi, attivando eventuali interventi correttivi in corso di esercizio;
- misurare, valutare (e premiare) la *performance*;
- rendicontare i risultati.

Gli obiettivi strategici precedentemente illustrati sono stati declinati in obiettivi operativi su un orizzonte temporale di breve periodo, destinati ad orientare l'attività delle strutture organizzative, e il grado di raggiungimento degli stessi rappresenta il parametro di valutazione del personale della struttura organizzativa.

Per il 2012, il Piano delle Performance è stato adottato in via sperimentale, nelle more dell'emanazione di direttive regionali più dettagliate in tema di ciclo di gestione della performance e di adeguamento ai principi del D.Lgs. 150/2009.

Con l'adozione del Piano delle Performance l'Istituto ha provveduto a definire il cosiddetto "albero della performance", strumento di rappresentazione strategica che nel rappresentare le tre aree strategiche individuate dall'Istituto, evidenzia le interconnessioni tra la *mission*, gli obiettivi strategici e quelli operativi. Di seguito si riporta, a titolo esemplificativo, sia l'albero delle performance sia il modello di assegnazione degli obiettivi operativi alle varie strutture per l'esercizio 2012.

Mandato Istituzionale
 Effettuare ricerca, 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, secondo standard di eccellenza.



Mission
 Rappresentare un polo di riferimento regionale per il ricovero, la cura, la ricerca e la formazione nel campo oncologico e per l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari.

Area strategica 1

Area Amministrativa

Obiettivo strategico:
 Potenziare l'efficienza e l'informatizzazione delle procedure amministrative



- 1.1 Definire un modello di conto economico gestionale compatibile con l'attuale sistema informativo amministrativo
- 1.2 Realizzare almeno il 50 % degli eventi ECM inseriti nel PFA 2012
- 1.3 Avviare l'implementazione della procedura standard «Ciclo Cespiti» (Decreto del Comm. ad Acta della Regione Campania n. 60/2011)
- 1.4
- 1.5

Area strategica 2

Area Sanitaria

Obiettivo strategico:
 Migliorare le procedure operative al fine di aumentare l'efficienza e la qualità dei percorsi assistenziali ed organizzativi



- 2.1 Implementare misure di prevenzione e protezione per la gestione della sicurezza al CROM mediante informazione e formazione ai lavoratori e predisposizione del Piano di emergenza e primo soccorso
- 2.2 Progettare ed effettuare un corso di formazione ex art. 37 D.Lgs. n. 81/08 per i 40 neoassunti all'Istituto Pascale nell'anno 2012 secondo il programma previsto nell'Accordo Stato Regioni del 21/12/2011
- 2.3

Area strategica 3

Area Scientifica

Obiettivo strategico
 Qualificare la ricerca scientifica



- 3.1 Migliorare il processo di censimento del numero dei lavori pubblicati
- 3.2 Migliorare il monitoraggio dei progetti di ricerca corrente e di ricerca finalizzata
- 3.3 Migliorare il monitoraggio degli studi clinici
- 3.4 Gestire con accuratezza la redazione e la trasmissione dei rapporti sullo stato di avanzamento della Ricerca
- 3.5

Figura 10 – Albero della Performance (esemplificazione)

Una volta definito l'albero delle performance, l'Istituto ha provveduto ad attribuire, alle strutture delle tre aree strategiche sopra indicate, gli obiettivi operativi secondo lo schema di seguito riportato nel quale sono stati indicati gli obiettivi da raggiungere, gli indicatori per la misurazione del loro raggiungimento nonché il target atteso.

Obiettivo Strategico 1. Potenziare l'efficienza e l'informatizzazione delle procedure amministrative

| Obiettivo operativo | | | Indicatore | Risultato Atteso |
|---------------------|--------------------------|--|---|--|
| Numero | Assegnazione | Descrizione | | |
| 1.1. | DIREZIONE AMMINISTRATIVA | Definire un modello di conto economico gestionale compatibile con l'attuale sistema informativo amministrativo | Relazione con descrizione del modello di conto economico gestionale | Modello di conto economico gestionale |
| 1.2 | DIREZIONE AMMINISTRATIVA | Realizzare almeno il 50 % degli eventi ECM inseriti nel Piano Formativo Aziendale 2012 | N. progetti realizzati PFA 2012/Totale progetti previsti PFA 2012 | > = 50 % |
| 1.3 | DIP. AMM. | Avviare l'implementazione della procedura standard "Ciclo Cespiti" definita con Decreto del Commissario ad Acta della Regione Campania n. 60 del 4 agosto 2011 | Relazione sul processo di implementazione della procedura | Progetto di adeguamento della procedura standard con definizione del percorso di implementazione |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Figura 11 – Tavola assegnazione obiettivi operativi (esemplificazione)

1.1.4 GLI OBIETTIVI ASSEGNATI AL DIRETTORE GENERALE

Il CIV, ha ritenuto opportuno assegnare al Direttore Generale degli obiettivi strategici connessi all'attività dello stesso, che sono stati oggetto di valutazione a fine esercizio. In tale ottica il CIV, per l'esercizio 2012, ha assegnato al Direttore Generale gli obiettivi di seguito riportati, distinguendoli in "**obiettivi di mandato annuale**" ed "**obiettivi di espansione**". I primi sono utilizzati per la valutazione annuale della performance: il raggiungimento del 75% è la soglia minima per la valutazione positiva. I secondi, se conseguiti al 100%, possono determinare l'erogazione della premialità, che viene corrisposta in maniera direttamente proporzionale alla percentuale raggiunta dagli obiettivi di mandato.

Per il 2012, per quanto riguarda gli **obiettivi di mandato annuale** il CIV ha ritenuto di assegnare:

- punti 60/100 all'equilibrio di bilancio annuale;
- punti 10/100 a ciascun obiettivo dei 4 di seguito riportati:
 - ✓ inserimento delle Attività Formative dell'Istituto nel sistema informativo ospedaliero (procedure gestionali clinico-diagnostico-terapeutiche e amministrative)
 - ✓ progressivo rinnovamento delle attrezzature tecnologiche nei settori: della diagnostica per immagini, della radioterapia, della medicina nucleare, della endoscopia, della chirurgia oncologica, della oncologia medica e della diagnostica molecolare;
 - ✓ riduzione dei tempi di attesa media attraverso la definizione e l'adozione di linee-guida e dei percorsi assistenziali;

- ✓ avvio delle procedure per il potenziamento tecnologico e strutturale della Biobanca Istituzionale.
- ✓ creazione di un Social Network per i ricercatori .

Per quanto riguarda gli **obiettivi di espansione** per il 2012, il CIV ha ritenuto di assegnare punti 20/100 a ciascun obiettivo dei 5 di seguito riportati:

- elaborazione ed adozione del nuovo regolamento per gli studi clinici;
- creazione di un organismo comune (“grant office”) per la gestione amministrativa dei progetti di ricerca finalizzato all’aumento della capacità competitiva per finanziamenti esterni;
- avvio delle procedure per l’accreditamento europeo – OECl;
- avvio delle procedure di gara per la ristrutturazione della Palazzina Scientifica e del Laboratorio di Patologia Clinica;
- approvazione del regolamento dell’attività brevettuale dell’Istituto e valorizzazione dei prodotti.

1.1.4.1 IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI ASSEGNATI AL DIRETTORE GENERALE

Il direttore generale ha posto in essere tutte le attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi strategici, che gli sono stati assegnati dal CIV.

Gli obiettivi sono stati integralmente raggiunti e il Direttore Generale ha relazionato mediante delibere raccolte a tal fine e contenenti sia le azioni poste in essere sia i risultati raggiunti dallo stesso.

1.1.5 IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI ASSEGNATI ALLE UNITA’ OPERATIVE

Di seguito si riportano le attività avviate dalle tre aree strategiche aziendali, finalizzate al raggiungimento degli obiettivi strategici, declinati per il 2012 in obiettivi operativi attribuiti alle strutture operative.



1.1.5.1 AREA AMMINISTRATIVA: LE ATTIVITÀ POSTE IN ESSERE

Obiettivo Operativo 1.1 – Definire un modello di conto economico gestionale compatibile con l'attuale sistema informativo - amministrativo.

Nel corso dell'anno 2012, l'Istituto ha avviato un progetto per la ricognizione degli attuali processi amministrativi e contabili finalizzata alla definizione di un sistema di contabilità gestionale, con particolare riguardo alla realizzazione del nuovo Piano dei Centri di Costo e all'individuazione del relativo fabbisogno informativo.

Tale progetto si basa sulle linee guida regionali in materia di contabilità emanate con il decreto commissariale n. 14/2009 per l'implementazione di corretti procedimenti contabili e gestionali.

Nella prima fase, si è progettato e sperimentato nell'ambito dell'Istituto un sistema "a costi diretti" per l'attribuzione dei costi ai centri di costo. La seconda fase del progetto consentirà di individuare i criteri per definire le tipologie di costi da ribaltare e i criteri di ribaltamento.

Inoltre, si è definito un **modello di conto economico gestionale** che consente di fornire uno strumento manageriale ad ogni responsabile di struttura per monitorare e gestire i costi e i ricavi di diretta responsabilità. Esso rappresenta una prima tipologia di report aziendale per centro di responsabilità applicabile alla singola struttura che, successivamente, può essere aggregato ai diversi livelli organizzativi dell'Istituto, come definiti nel Piano dei Centri di Costo. Tale sistema di aggregazione progressiva dei dati consente di pervenire ad un unico modello di conto economico gestionale che evidenzia i costi e i ricavi dell'intero Istituto, quale somma delle voci di costo e ricavo delle singole strutture (centri di responsabilità).

Infine, la costruzione graduale del margine netto, quale differenza tra ricavi e costi di gestione, attraverso due risultati parziali, quali il primo margine operativo, che rileva la differenza tra ricavi e costi diretti, e il secondo margine operativo, che sottrae al primo risultato anche i costi indiretti, consente di evidenziare le aree di gestione di diretta responsabilità dei singoli dirigenti.

Obiettivo Operativo 1.2 – Realizzare almeno il 50% degli eventi ECM inseriti nel piano Formativo Aziendale.

In qualità di Provider ECM (Educazione Continua in Medicina) a livello nazionale, l'Istituto ha realizzato nel 2012, presso le proprie aule dedicate alla formazione, n. 39 eventi formativi ECM, che, in coerenza con gli obiettivi formativi ECM definiti dalla Commissione Nazionale per la formazione Continua in Medicina, con gli obiettivi formativi ECM individuati dalla regione Campania e con gli obiettivi strategici aziendali, sono stati orientati a migliorare negli operatori sanitari le specifiche competenze nell'ambito delle malattie neoplastiche tanto nella fase preventiva diagnostica che in quella di cura.

Tra le attività svolte, che hanno pienamente raggiunto l'obiettivo proposto (necessario al mantenimento della qualità di Provider ECM nazionale) è stato incluso un progetto formativo in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Per il dettaglio delle attività ECM realizzate e dei crediti assegnati a ciascuno dei corsi svolti si rinvia al paragrafo 3.2.3.

Obiettivo Operativo 1.10 – Completare il processo di certificazione di qualità per l'attività di progettazione e manutenzione degli impianti e degli edifici dell'Istituto e definire le procedure di verifica di conformità.

A conclusione di un e lungo e complesso percorso di gestione delle procedure, guidato e verificato dagli ispettori dell'ente certificatore presso gli uffici tecnici dell'Istituto, in data 25 luglio 2012 l'Ente certificatore TUV Italia ha rilasciato il certificato di qualità N° 50 100 11 372 che attesta la conformità alle norme UNI EN ISO 9001:2008 del sistema di qualità dell'I.R.C.C.S. G. Pascale per le seguenti attività: progettazione, direzione lavori e collaudi edili e impiantistici, gestione delle manutenzioni degli edifici ed impianti dell'Istituto, gestione delle procedure d'appalto lavori e servizi e verifica dei progetti.

Con la certificazione è stata approvata anche la procedura di Gestione di verifica della progettazione contenuta nel Manuale di Qualità messo a punto e applicato dalla struttura tecnica dell'Istituto.

Tale risultato, reso possibile anche dal progressivo processo di informatizzazione, comporta la sorveglianza e il controllo periodico da parte dell'Ente certificatore, che di volta in volta attesterà la conformità del sistema di qualità, anche a fronte delle azioni migliorative individuate in applicazione del sistema stesso.

Obiettivo Operativo 1.12 – Gestire il contenzioso giudiziario senza incarichi all'esterno

Anche se l'indicatore per il raggiungimento dell'obiettivo era stato individuato nell'affidamento all'esterno di un numero di incarichi non superiore al 10% del numero totale degli incarichi, tutto il contenzioso che ha coinvolto l'Istituto - incardinato innanzi al T.A.R., al Tribunale ordinario in funzione di giudice del lavoro e della previdenza, al Giudice di Pace, alla Commissione tributaria, alla Corte d'Appello, al Consiglio di Stato o alla Corte di Cassazione - è stato gestito interamente con incarichi affidati agli avvocati interni.

L'Istituto si pone dunque al di fuori di una prassi ancora largamente diffusa tra le aziende sanitarie - e certamente legata ad un contesto sociale connotato da forte tendenza alla litigiosità, che genera un contenzioso la cui mole risulta difficile da gestire - di ricorrere all'affidamento di incarichi a professionisti esterni, con i conseguenti oneri per l'azienda stessa.

Per i dettagli relativi alle attività svolte in ordine al contenzioso che ha visto coinvolto l'Ente, sia qualitativi (natura del contenzioso ed esito dello stesso) che quantitativi (numero di udienze e di accessi agli uffici giudiziari), si rinvia al paragrafo 3.8. (Contenzioso e litigiosità).

Obiettivo Operativo 1.13 – Implementare un sistema di monitoraggio della normativa nazionale e regionale e di segnalazione agli uffici interessati.

Alla S.C. Affari legali è stato affidato il compito di monitorare l’emanazione di atti normativi emanati a livello statale e regionale, al fine di supportare gli uffici dell’Istituto nell’aggiornamento delle normative di settore reso sempre più arduo dall’accelerazione della produzione normativa, legata anche alla necessità di dare risposte organizzative, procedurali e finanziarie alla congiuntura economico sociale del Paese e alla necessità di ridurre progressivamente il disavanzo finanziario nel settore sanitario in particolare.

L’ufficio incaricato ha intrapreso dunque una attività di monitoraggio e analisi delle nuove disposizioni di legge e regolamentari, al fine di individuare quelle che hanno un impatto sulle attività, sull’organizzazione e sulla spesa dell’Istituto, segnalandole prontamente agli uffici interessati.

Tali informative, trasmesse attraverso la posta elettronica istituzionale, contengono, oltre alle norme che si intende segnalare, anche commenti in ordine alle tempistiche previste per l’applicazione delle stesse e al coordinamento con altre disposizioni.

Il sistema avviato consentirà nel corso del 2013 di creare un’area nel sito web istituzionale in cui siano reperibili i testi normativi vigenti, opportunamente indicizzati e costantemente aggiornati, quale utile riferimento per i diversi settori di attività che coinvolgono gli operatori dell’Istituto.

1.1.5.1 AREA SANITARIA: LE ATTIVITÀ POSTE IN ESSERE

Obiettivo Operativo 2.5 – Proseguire le attività di definizione e standardizzazione dei percorsi assistenziali intraospedalieri (PAI) clinico organizzativi avviati nel 2011 finalizzati all'integrazione tra tutte le discipline e i profili professionali coinvolti nel processo di diagnosi, cura e assistenza orientati alla appropriatezza, alla tempestività di erogazione ed alla presa in carico del paziente (Percorsi individuati nella delibera n. 936 del 7.11.2011)

Il piano oncologico nazionale 2010-2012 indica, tra gli obiettivi per l'ottimizzazione dell'assistenza ai pazienti oncologici, lo sviluppo e la diffusione dei percorsi diagnostico terapeuti. Lo scopo delle attività d'individuazione di percorsi assistenziali consiste sia nel migliorare i processi operativi identificando e rimuovendo eventuali sprechi sia nell'integrare competenze e continuità assistenziale. Obiettivo principale del progetto è stato quello di **definire, attivare e monitorare uno o più percorsi assistenziali**.

A tal fine l'Istituto ha selezionato le patologie, di seguito riportate, per le quali predisporre un percorso assistenziale in ragione della prevalenza di ricoveri erogati nel 2010: tumore mammario, linfomi, tumore polmonare, tumore del colon retto, tumore della prostata e melanoma.

Il progetto di predisposizione di tali percorsi è caratterizzato dalle seguenti fasi:

- costituzione di un gruppo di lavoro con caratteristiche multidisciplinari e multi professionale;
- ricerca nella letteratura scientifica della patologia al fine di estrarre le raccomandazioni applicabili nella propria realtà;
- analisi dei contributi dei componenti il gruppo di lavoro, revisione delle cartelle cliniche e definizione della sequenza delle fasi clinico organizzative per poi ricostruire dettagliatamente il processo assistenziale di un paziente tipo, includendo quando possibile anche i dati di natura economica;
- analisi dei punti critici del processo e degli scostamenti rispetto alle raccomandazioni della letteratura scientifica mediante l'implementazione di un sistema informativo per il monitoraggio dei percorsi;
- implementazione di un sistema informativo per monitorare i percorsi;
- stesura provvisoria del percorso che è stato declinato in:
 - ✓ definizione delle macrofasi ottimali del nuovo processo;
 - ✓ identificazione dell'*outcome* atteso;
 - ✓ definizione delle attività in funzione delle categorie dell'assistenza;
 - ✓ organizzazione delle diverse prestazioni in intervalli di tempo definiti;
 - ✓ costruzione di un *flow-chart* per ciascuno dei sei percorsi;
- identificazione degli indicatori di tipo clinico-assistenziale, organizzativo gestionale ed economici per monitorare la coerenza tra il percorso e gli esiti;
- monitoraggio continuo degli indicatori e interventi correttivi.

L'Istituto ha introdotto il LLS (Lean Six Sigma), approccio innovativo ed efficace, finalizzato a raggiungere l'eccellenza da punto di vista dell'operatività. L'analisi statistica insieme agli strumenti atti all'eliminazione degli sprechi e alla riduzione dei tempi permetterà all'Istituto di distinguere le attività a valore aggiunto che effettivamente contribuiscono a soddisfare i bisogni del cliente e per le quali lo stesso è disposto a pagare, dalle attività a non valore aggiunto che rappresentano un costo e pertanto vanno identificate e possibilmente eliminate.

I vantaggi attesi dai suddetti percorsi diagnostici possono essere individuati nei seguenti:

- appropriatezza clinica, organizzativa gestionale e promozione della continuità assistenziale;
- ottimizzazione delle risorse, riduzione di sprechi e riduzione dei tempi di attesa;
- maggiore garanzia ed equità;

1.1.5.1 AREA SCIENTIFICA: LE ATTIVITÀ POSTE IN ESSERE

Obiettivo Operativo 3.2 – Migliorare il monitoraggio dei progetti di ricerca corrente e di ricerca finalizzata

Obiettivo Operativo 3.4 – Gestire con accuratezza la redazione e

trasmissione dei rapporti sullo stato di avanzamento della Ricerca

Obiettivo Operativo 3.5 – Gestire i rapporti con il Ministero della Salute per la gestione e rendicontazione della ricerca corrente e finalizzata

E' stato avviato un progetto di tipologia organizzativo/gestionale dal titolo: "Realizzazione di un sistema informatico volto a valutare, attraverso l'individuazione di un set di indicatori, le performance delle attività di ricerca", il cui obiettivo principale è l'elaborazione di **una piattaforma informatica per la gestione, il controllo, la rendicontazione e la storicizzazione delle attività di ricerca** dell'Istituto, finalizzata alla valutazione della efficacia - efficienza - costo della produzione scientifica, che consenta di:

- misurare in tempo reale la performance dei gruppi di ricerca per poter apportare eventuali correttivi;
- uniformare i risultati della valutazione, selezionare i programmi di ricerca e allocare le risorse (umane, tecnologiche e finanziarie) attraverso un sistema di premialità/opportunità;
- centralizzare in un unico sistema, tutti i data base degli ultimi 5 anni (Pubblicazioni, trial, brevetti, finanziamenti, linee guida, etc.);
- definire e attribuire obiettivi raggiungibili, quantificabili e sostenibili, a Dipartimenti, Strutture, Ricercatori.

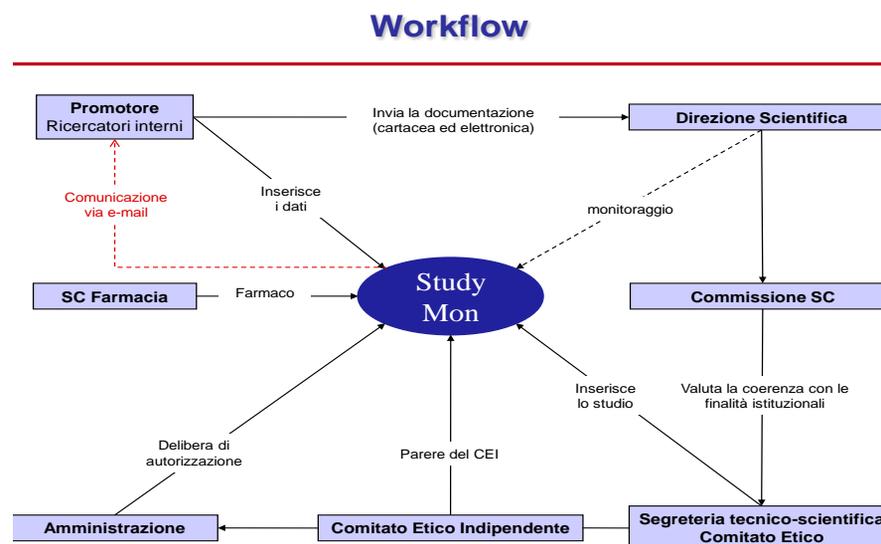
Questo sistema consentirà di mettere a fuoco gli aspetti nevralgici delle performance della ricerca istituzionale, quali:

- capacità di gestire risorse umane, tecnologiche e finanziarie;
- qualità e rilevanza della produzione scientifica;
- competitività;
- attrazione di risorse;
- formazione.

È stato avviato un progetto di Ricerca Corrente dal titolo: “Creazione di un sistema telematico per la gestione degli studi clinici attivati presso l’Istituto”, il cui scopo principale è quello di:

- creare un **database centralizzato contenente le informazioni relative a tutte le sperimentazioni cliniche e a tutti gli studi osservazionali** svolti in Istituto, al fine di valutarne il trend qualitativo e quantitativo;
- creare un network tra tutti gli operatori dell’Istituto coinvolti nella conduzione e gestione degli studi clinici (promotori, ricercatori interni, Direzione Scientifica, Comitato Etico, ecc);
- supportare l’armonizzazione e la semplificazione delle procedure, migliorare la trasparenza e l’efficienza nel processo di valutazione e monitoraggio degli studi, attraverso la dematerializzazione dei processi documentali e la standardizzazione dei flussi informativi;
- effettuare analisi descrittive e produrre rapporti periodici sugli studi condotti in Istituto.

A tal riguardo, nel corso del 2012 è stata creata una piattaforma tecnologica *web-based* (StudyMon) per la gestione integrata delle diverse attività legate alla ricerca clinica al fine di armonizzare le procedure migliorando l’efficienza del sistema. Tale piattaforma è operativa ed è accessibile soltanto via intranet all’indirizzo: <http://10.103.22>. Di seguito si riporta il *workflow* relativo alla piattaforma StudyMon.



E' stato istituito il **Comitato Seminari**, con lo scopo di accrescere lo scambio di informazioni scientifiche all' interno dell' Istituto e la sua visibilità all'esterno. Il gruppo organizza ogni mese due appuntamenti; un Seminario Scientifico ad invito, con un relatore esterno nazionale e/o internazionale; un Data-Club di aggiornamento interno con presentazione di attività e progetti in corso.

Nel corso del 2012 sono state ospitate personalità di spicco nazionale ed internazionale; inoltre,, ogni anno è prevista una "Annual Lecture", e per il 2013 ha accettato il nostro invito il Prof. Harold Zur Hausen, premio Nobel per la Medicina 2008.

Link: <http://www.istitutotumori.na.it/RicercaScientifica/ComitatoSeminari.html>

Con Delibera del Direttore Generale n. 579/2012 che ha approvato il regolamento brevetti dell'Istituto, è stato istituito l'**Ufficio di Trasferimento Tecnologico (UTT)**. Nella propria attività, inoltre, si avvale del supporto della **Commissione Tecnica Brevetti (CTB)**, che ha compiti consultivi e fornisce pareri obbligatori e/o facoltativi in merito alle potenzialità economiche dell'invenzione brevettabile ed alle modalità di sfruttamento economico della medesima.

L'UTT ha lo scopo di stimolare e incentivare le attività legate alla valorizzazione economica dei risultati della ricerca ed al trasferimento tecnologico, e quello di accrescere il valore dell'attività di ricerca dell'Istituto, facilitandone la brevettazione dei risultati, ricercando collaborazioni nazionali ed internazionali sia con istituzioni pubbliche che private.

Le attività principali dell'UTT si configurano nel:

- supporto ai ricercatori nelle proposte di cessione dei diritti di brevetto al Pascale, fungendo da interfaccia tra inventore/i, Commissione Tecnica Brevetti e le Società esterne di brevettazione;
- ottimizzazione del processo di monitoraggio e archiviazione relativi all'attività brevettuale del Pascale, organizzando e gestendo il database brevetti;
- coadiuvare i vari attori in tutto il procedimento documentale derivante dalla richiesta di brevetto alla fase di deposito;
- fornire informazioni su iniziative regionali, nazionali, comunitarie e internazionali inerenti l'innovazione e il trasferimento tecnologico;
- favorire attività di networking e sviluppo di partenariato con istituzioni ed enti pubblici e privati.

Link: <http://www.istitutotumori.na.it/RicercaScientifica/TrasferimentoTecnologico.html>

Obiettivo Operativo 3.12 - Incrementare il numero di progetti di ricerca corrente, di ricerca finalizzata e studi clinici

E' stato istituito il *Grant Office*, la cui *mission* è quella di dare impulso alla partecipazione dei ricercatori dell'Istituto ai bandi di finanziamento regionali, nazionali, europei ed internazionali, offrendo un supporto informativo e di orientamento. Inoltre, il Grant Office si occupa di predisporre procedure armonizzate per il coordinamento delle proposte progettuali dei ricercatori e clinici dell'Istituto, in modo da rappresentare il punto di raccolta centrale di tutte le richieste di *grant applications*.

A cadenza mensile il *Grant Office* realizza un bollettino informativo (GrantsForResearch) basato sul monitoraggio sistematico di fonti d'informazione ufficiali circa le opportunità di finanziamento riguardanti la ricerca scientifica e l'innovazione tecnologica.

Le principali attività ad esso attribuite sono:

- *scouting* e disseminazione dei bandi di finanziamento;
- supporto nell'identificazione delle possibilità di partecipazione alle *calls* aperte;
- promozione della partecipazione dell'Istituto ai programmi di ricerca e sviluppo finanziati da enti nazionali ed internazionali;
- attività di networking e sviluppo di partenariato con enti e istituzioni pubblici e privati.

Link: <http://www.istitutotumori.na.it/RicercaScientifica/GrantOffice.html>

Obiettivo Operativo 3.2 - Migliorare il monitoraggio dei progetti di ricerca corrente e di ricerca finalizzata
Obiettivo Operativo 3.3 - Migliorare il monitoraggio degli studi clinici

- ❖ Approvazione ed introduzione della modulistica standard per il *Material Transfer Agreement* e *Confidential Disclosure Agreement* necessaria per la regolamentazione degli accordi di ricerca;
- ❖ Aggiornamento del Regolamento sulle sperimentazioni cliniche, con l'introduzione, per gli studi clinici non profit, della procedura di anticipo del pagamento dell'assicurazione, con fondi dell'Istituto, al momento della sottoscrizione del contratto di supporto economico. Ciò ha apportato una riduzione della tempistica di sottoscrizione della delibera di autorizzazione, con tempi complessivi di circa 30 giorni dalla data di valutazione del Comitato Etico, agevolando in questo modo notevolmente l'attivazione di studi clinici.

- ❖ Approvazione del Nuovo Regolamento della BioBanca Istituzionale, comprensivo di modulistica, allo scopo di una migliore collaborazione, nell'ambito della Rete Nazionale delle Biobanche Oncologiche a cui partecipa l'Istituto. Inoltre, nel 2012 è stato adottato specifico provvedimento che prevede lo stanziamento di € 500.000,00 per il potenziamento tecnologico e strutturale della BioBanca Istituzionale.

Link: <http://www.istitutotumori.na.it/RicercaScientifica/Biobanca.html>

- ❖ Approvazione del regolamento che disciplina le procedure di rimborso per il personale che partecipa a convegni, congressi, manifestazioni, aggiornamenti limitatamente alle linee di Ricerca e quant'altro funzionale alla conduzione dei progetti di ricerca..

1.2 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

1.2.1 IL CONTESTO NORMATIVO

L'Istituto, per l'annualità 2012, come già per gli esercizi precedenti, ha continuato a sviluppare le sue attività contribuendo comunque al processo di risanamento del comparto sanitario della Regione Campania e al raggiungimento degli obiettivi delineati dal Piano di Rientro, adottato dalla Regione con DGRC 460/2007.

L'attuale contesto normativo, finalizzato al risanamento dei conti della sanità si interseca con una serie di ulteriori normative a carattere nazionale, regionale, ma anche norme emanate dal Commissario ad Acta. Di seguito si rappresentano le principali normative che impattano sull'attività corrente dell'Istituto e che ne disciplinano le attività nonché l'inquadramento giuridico:

| RIFERIMENTI NORMATIVI | DESCRIZIONE |
|--|--|
| D.Lgs. n. 288/2003 | Riordino della disciplina degli IRCCS a norma dell'art. 42, comma 1, della L. 16 gennaio 2003, n. 3. |
| Accordo Stato-Regioni del 1 luglio 2004 | Atto di Intesa recante: "organizzazione, gestione e funzionamento degli IRCCS non trasformati in Fondazioni" di cui all'art. 5 del D.Lgs. n. 288/2003 e dell'art. 8 comma 6 della L. n. 131/2003. |
| D.P.R. n. 42/2007 | Regolamento recante disposizioni in materia di direttori scientifici degli IRCCS. |
| D.P.R. n. 213/2001 | Regolamento di semplificazione del procedimento per il finanziamento della ricerca corrente e finalizzata svolta dagli IRCCS con personalità giuridica di diritto pubblico e privato. |
| DM della Salute del 23 settembre 2010 | <i>Conferma del carattere scientifico dell'IRCCS Fondazione "Giovanni Pascale" di Napoli.</i> |
| D.Lgs. 502/1992 | <i>Riordino della disciplina in materia sanitaria</i> |
| L.R. n. 32/1994 | <i>D.Lgs. n.502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, riordine del SSR.</i> |
| D.Lgs. 229/1999 | <i>Norme per la razionalizzazione del SSN a norma dell'art. 1 della L. n. 419/1998.</i> |
| DGRC n. 255/2010 | <i>Protocollo d'Intesa tra la Regione Campania e l'IRCCS "Fondazione Pascale".</i> |
| D.Lgs. 150/2009 | |
| L.R. n. 1/2012 | Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2012 e pluriennale 2012 - 2014 della Regione Campania (Legge Finanziaria regionale 2012). |
| L.R. n. 19/2012 | Istituzione del Registro Tumori di popolazione della Regione Campania. |
| Decreto Commissariale n° 19/2012 | Accreditamento Istituzionale definitivo ai sensi della L.R. 23/2011. |
| L.R. n. 15/2012 | Misure per la semplificazione, il potenziamento e la modernizzazione del sistema integrato del welfare regionale e dei servizi per la non autosufficienza. |
| Decreto Commissariale n. 126/2012 | Adempimenti di cui all'art. 15, comma 13, lett. a) del dl n.95/2012, convertito dalla legge 135/2012, nonché dall'art. 17, comma 1, lettera a) del d.l. n.98/2011, convertito dalla l.111/2011, come modificato dalla lettera b) del comma 13 dell'art. 15 del dl 95/2012 - Spending Review. |

Figura 12 - Normativa di riferimento

In tale quadro normativo nazionale, si collocano anche gli altri IRCCS a carattere pubblico dislocati sul territorio nazionale come di seguito illustrato.

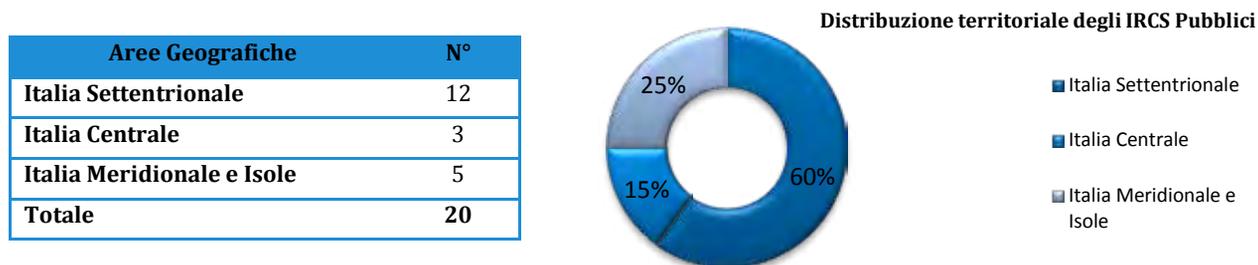


Figura 13 – Distribuzione territoriale IRCCS pubblici (fonte: sito web Ministero Salute)

1.2.2 IL CONTESTO SOCIALE E DEMOGRAFICO

L'Istituto si colloca in un contesto regionale che vede la presenza di oltre 5,7 mln di abitanti. La Regione Campania, si estende su di una superficie pari a ca. 13.592 kmq, e rispetto alle altre regioni italiane si posiziona al 2° posto, per numero di abitanti; presentando una densità abitativa media pari a ca. 424 ab/kmq. Ciò evidenzia una dimensione demografica elevata, valore che trova basso riscontro nei valori della capacità produttiva interna.

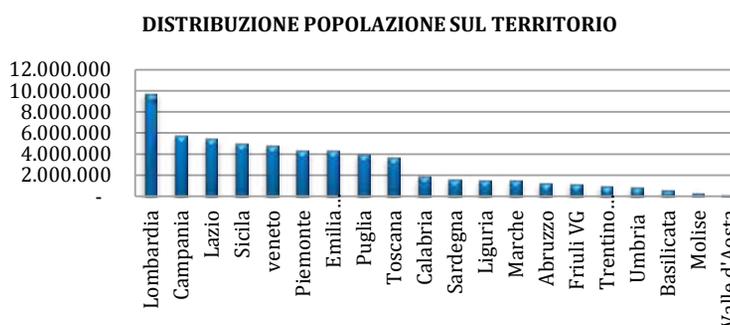


Figura 14 – Distribuzione popolazione per Regione

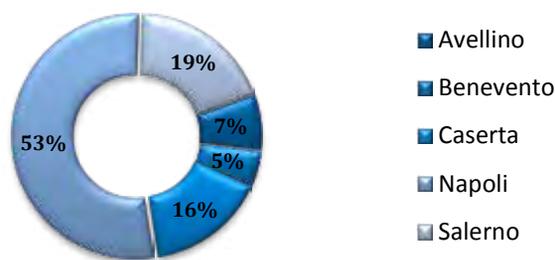
Da considerare che la Regione è caratterizzata da notevoli differenze sulla distribuzione degli abitanti sul territorio, infatti si passa da una densità abitativa elevatissima per la provincia Napoli pari a ca. 2.605 ab/kmq, ad un valore a pari a ca. 342 ab/kmq per Caserta, sino ad arrivare a ca. 137 ab/kmq per la Provincia di Benevento.

| Province | Fasce di età | | | Totale |
|---------------|----------------|------------------|----------------|------------------|
| | 0-14 | 15-64 | >65 | |
| Avellino | 58.649 | 284.384 | 85.822 | 428.855 |
| Benevento | 38.599 | 186.007 | 59.954 | 284.560 |
| Caserta | 151.281 | 614.694 | 139.213 | 905.188 |
| Napoli | 521.456 | 2.063.526 | 468.265 | 3.053.247 |
| Salerno | 159.128 | 732.511 | 200.935 | 1.092.574 |
| Totale | 929.113 | 3.881.122 | 954.189 | 5.764.424 |
| % | 16,1% | 67,3% | 16,6% | 100,0% |

Figura 15 – Ripartizione popolazione per fasce di età

Da un'analisi della distribuzione della popolazione per provincia emerge che la maggior parte della popolazione è residente nelle province di Napoli e Salerno e rappresenta ca. il 71% della popolazione complessiva regionale. La maggior parte della popolazione

DISTRIBUZIONE POPOLAZIONE PER PROVINCIA



(ca. il 67,3%) rientra nella fascia di età compresa tra 15 e 64 anni, mentre ai due estremi si colloca la popolazione rientrante nelle fasce di età fino a 14 anni e maggiore di 65 anni, rispettivamente per il 16,1% e il 16,6%.

Figura 16 – Ripartizione popolazione per Provincia

La provincia di Napoli, che rappresenta il bacino di riferimento principale dell'Istituto, si colloca al primo posto nella graduatoria regionale per numerosità delle famiglie (1.090.066) con un incremento, rispetto all'anno precedente pari a ca. lo 0,98% e un numero di componenti medi di ca 2,8; valori che, anche a livello nazionale, classificano la città tra le più numerose.

Da un'analisi demografica inoltre emerge un indice d'invecchiamento (rapporto tra numero di ultra sessantacinquenni e numero dei giovani fino ai 14 anni) pari a 102. Non più incoraggiante è il valore che nel 2012 assume l'indice di dipendenza strutturale (misura il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni) che per la Campania si attesta a 49. Per il 2012, quindi la Campania ha visto la presenza di 49 individui a carico, ogni 100 che lavorano.

1.2.3 IL CONTESTO ECONOMICO

La Campania è una delle Regioni meridionali che contribuisce insieme alle altre alla formazione del reddito agricolo nazionale. Al reddito agricolo si affianca il reddito prodotto dalle aree industrializzate dislocate su varie zone della Regione.

Come le altre regioni italiane che hanno vissuto un periodo di recessione economica, anche la Campania ha risentito di tale criticità, comportando lo scioglimento e/o liquidazione di migliaia di imprese; infatti da un'analisi prodotta dalla Camera di Commercio è emerso che le imprese iscritte al 31 dicembre 2012 sono ca. 561mila, nonostante che nel corso del 2012 oltre 48mila imprese sono state interessate da procedure di scioglimento, liquidazione e procedure concorsuali.

Tra le imprese che hanno cessato la propria attività, circa il 40% appartiene al settore del Commercio mentre tra le nuove iscritte, le imprese giovanili rappresentano ca. il 47% del totale delle nuove imprese campane.

Tra il 2007 e il 2012 le società di capitali attive sono aumentate ad un tasso annuo del 4,7% e nel 2012 tale tipologia di società risulta essere superiore di quasi 5 punti percentuali, in linea con i valori medi nazionali, ma superiore alla crescita rilevata nelle altre regioni meridionali.

Tuttavia solo il 69% delle imprese iscritte nel 2009 risulta ancora in attività per il 2012.

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, nonché in un percorso finalizzato alla garanzia dei LEA a tutti i cittadini residenti.

Alla stregua di quanto descritto è evidente il difficile contesto demografico, sociale ed economico in cui si trova ad operare l'Istituto, le cui attività e servizi rappresentano comunque un elevato valore aggiunto per i suoi *stakeholder*, ancor più se si considera l'attuale situazione, seppur migliore rispetto agli anni precedenti, in cui versa ancora il SSR.

1.3 GLI ELEMENTI QUALIFICANTI DELL'ISTITUTO PASCALE

1.3.1 LA STORIA DELL'ISTITUTO E LA SUA COLLOCAZIONE TERRITORIALE

Nella zona collinare di Napoli, quartiere Rione Alto, sorge L'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori "Fondazione Giovanni Pascale" ovvero il principale IRCCS a carattere "oncologico" del mezzogiorno, nonché centro di riferimento per la rete oncologica nazionale e regionale.

L'Istituto, fondato dal Senatore Giovanni Pascale, nasce con il R.D. 19.10.1933, e la sua formalizzazione avviene nell'anno successivo con R. D. del 27.12.1934 con il quale veniva approvato anche il relativo statuto.

Nel 1940 con apposito decreto del Ministero degli Interni, l'Istituto otteneva il riconoscimento di "Istituzione a carattere scientifico" ai sensi e per gli effetti del D. R. 30.9.1938 n. 1631.

Con il D.P.R. del 21 gennaio 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, il quale riformula il nuovo statuto dell'Istituto che viene reso esecutivo con decreto del Ministero della Sanità n. 51 del 4 febbraio 1984.

L'attività di ricerca innovativa prevalentemente clinica e la ricerca applicata nel campo biomedico e nel campo dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari rappresentano solo alcune della attività poste in essere dall'Istituto, infatti al suo interno sono stati sviluppati percorsi diagnostici multidisciplinari per la realizzazione di programmi di cura integrati e coordinati tra le diverse professionalità dell'Istituto al fine di fornire al paziente un'assistenza moderna e completa coerentemente con la *mission* aziendale.

1.3.2 LE LINEE DI ATTIVITÀ DELL'ISTITUTO

ATTIVITÀ ASSISTENZIALE E DI RICOVERO



L'Istituto, eroga prestazioni di ricovero, cura e ricerca nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari. Inoltre l'Istituto può proporre l'erogazione di prestazioni innovative per le quali non sono ancora disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia, esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione autorizzati dal Ministero della Salute e/o dalla Regione. Inoltre svolge attività ambulatoriali rivolte all'inquadramento della malattia neoplastica. Tali attività permettono all'Istituto di impegnarsi nell'assicurare l'erogazione

di prestazioni specialistiche in campo oncologico, di diagnostica strumentale e di laboratorio, di medicina, chirurgia e riabilitazione.

ATTIVITA' DI RICERCA



Negli IRCCS la ricerca e l'assistenza rappresentano entrambe il fine istituzionale, pertanto la ricerca riveste un ruolo paritario a quello della assistenza. Le principali tematiche intorno alle quali si sviluppa la ricerca pre-clinica e clinica dell'Istituto sono: Prevenzione e Fattori di Rischio nella Patologia Neoplastica, Marcatori Tumoriali e Procedure Diagnostiche Innovative, Trattamenti Integrati in Oncologia, Strategie Terapeutiche Innovative nella Malattia Avanzata. L'attività di ricerca svolta sul malato viene espletata nel pieno rispetto della personalità del paziente, e sempre con il consenso informato suo o di chi ne eserciti la potestà secondo gli indirizzi del Comitato Etico dell'Istituto ed in conformità alla normativa vigente in sperimentazioni cliniche.

ATTIVITÀ PER CONTO TERZI E ATTIVITA' STRUMENTALI



L'Istituto svolge prestazioni per conto terzi nell'ambito delle sue strutture senza alcun pregiudizio del livello qualitativo dell'attività assistenziale e di ricerca prevista. Inoltre l'Istituto può esercitare attività diverse da quelle istituzionali purchè compatibili con le finalità di cui al D.Lgs. 288/2003.

Inoltre può stipulare accordi e convenzioni, costituire e/o partecipare a consorzi e società di persone o di capitali con soggetti pubblici e privati scelti nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria.

ATTIVITÀ DI SUPPORTO TECNICO ED OPERATIVO IN MATERIA DI RICERCA SANITARIA



L'Istituto nell'ambito delle patologie oncologiche è ente di supporto tecnico ed operativo della Regione, sia per le attività assistenziali che di ricerca in campo oncologico. Provvede alla valutazione di richieste regionali nella predisposizione di progetti di ricerca, di formazione e specializzazione, coordina progetti regionali di ricerca oncologica, sottopone alla Regione i percorsi diagnostico-terapeutici al fine della loro applicazione su base regionale, coordina e supporta le attività istituzionali dei registri Tumori delle Aziende Sanitarie della Regione.

ATTIVITA' DIDATTICA E DI FORMAZIONE



L'Istituto svolge attività didattica e di formazione del personale dedicato a vario titolo all'assistenza dei pazienti oncologici.

Sviluppa attività didattiche per la formazione permanente del personale, anche di livello universitario, post-universitario e specialistico. Offre pacchetti formativi dedicati che consentono l'aggiornamento e la formazione anche degli operatori sanitari dei distretti. Il know-how raggiunto dall'Istituto è messo a disposizione della didattica nei corsi di laurea nei diversi livelli, nonché per aggiornamenti continui post-laurea e specialistici.

1.3.3 IL PERSONALE DELL'ISTITUTO

Il personale dell'Istituto ha sviluppato una forte attenzione al paziente sia negli aspetti dell'accoglienza che negli aspetti clinici; le attività svolte sono improntate alle buone pratiche cliniche e orientate agli aspetti della ricerca più avanzata.

I buoni risultati ottenuti dall'Istituto in termini di rapporto operatore-paziente sono imputabili sia all'impegno profuso quotidianamente dal personale che agisce con entusiasmo e passione, sia all'attenzione posta dagli Organi Direzionali sulla gestione dell'operatività quotidiana. L'organico di cui si avvale l'Istituto e che permette il raggiungimento degli eccellenti risultati sia nel campo sanitario che nel campo della ricerca è di seguito rappresentato.

| TIPOLOGIA PERSONALE | N. UNITA' AL 31/12/2012 (a) | N. UNITA' AL 31/12/2011 (b) | $\Delta = a - b$ |
|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------|
| RUOLO SANITARIO | 669 | 663 | 6 |
| Dirigenza | 249 | 249 | - |
| Comparto | 420 | 414 | 6 |
| RUOLO PROFESSIONALE | 4 | 4 | - |
| Dirigenza | 4 | 4 | - |
| Comparto | - | - | - |
| RUOLO TECNICO | 21 | 22 | -1 |
| Dirigenza | 2 | 2 | 0 |
| Comparto | 19 | 20 | -1 |
| RUOLO AMMINISTRATIVO | 83 | 78 | 5 |
| Dirigenza | 15 | 15 | 0 |
| Comparto | 68 | 63 | 5 |
| TOTALE | 777 | 767 | 10 |
| di cui DIRIGENTI | 270 | 270 | 0 |
| di cui COMPARTO | 507 | 497 | 10 |

Le risorse umane operanti nell'Istituto al 31 dicembre 2012 sono pari a 777 unità, valore leggermente crescente rispetto al 2011 nel quale risultavano presenti n. 767 unità di personale.

Nel complesso, per il 2012, l'Istituto conta 270 dirigenti e 507 unità di personale di comparto. La maggior parte delle unità di personale sia dirigenziali che di comparto sono collocate nel ruolo sanitario, che pone in essere le necessarie attività che rendono l'Istituto un'eccellenza sia regionale che nazionale.

Figura 17 - Variazione del personale tra il 2011 e il 2012

1.3.4 GLI STAKEHOLDER



L'Istituto, che già nelle annualità precedenti ha individuato le varie categorie di *stakeholder*, anche per il 2012 ha manifestato costante attenzione al monitoraggio delle attività a valore aggiunto nonché l'impatto delle stesse sulle diverse categorie di portatori di interessi.

Oltre all'impatto che le attività possano avere sui diversi *stakeholder*, l'Istituto, ha valutato anche l'influenza che le diverse categorie di *stakeholder* potessero avere sullo stesso.

A tal fine si è proceduto a classificare i portatori di interessi in primari e secondari.

Figura 18 - Mappa degli Stakeholder

L'Istituto non potrebbe sopravvivere senza la partecipazione di alcuni gruppi d'interesse, vale a dire gli stakeholder primari individuati di seguito:

- **pazienti**: che rappresentano la causa dell'esistenza dell'Istituto;
- **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;
- **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;
- **Regione Campania**, ente che definisce le linee di programmazione sanitaria e che, insieme al Ministero della Salute, provvede al finanziamento dell'Istituto.

Gli *stakeholder secondari* invece sono coloro che influenzano o sono influenzati dall'Istituto, ma non sono essenziali per la sua sopravvivenza. In base a questa definizione, rientrano in tale categoria:

- **associazioni/organizzazioni** senza scopo di lucro, che investono nella cura del malato oncologico e nella ricerca contro il cancro;
- **università**, (regionali ed extraregionali) con le quali l'Istituto avvia percorsi formativi sia a livello universitario che post-universitario (master di II livello);
- **collettività** (rappresentata dal territorio di appartenenza) nei confronti della quale l'Istituto è impegnato nel migliorare la gestione dei rifiuti pericolosi e a ridurre le 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;
- **altri enti pubblici**.

1.4 ASSETTO ISTITUZIONALE, DI GOVERNO E ORGANIZZATIVO

1.4.1 I SOGGETTI VIGILANTI NAZIONALI E REGIONALI

1.4.1.1 I MINISTERI COMPETENTI



Il "Ministero della Salute" e il "Ministero dell'Economia e delle Finanze", sono portatori di interessi primari dell'Istituto e svolgono un ruolo fondamentale nel percorso di sviluppo delle attività sanitarie e di ricerca.

Il **Ministero della Salute** ha il compito di valutare il riconoscimento del carattere scientifico dell'Istituto e quindi di stabilire se esso è o meno qualificabile come IRCCS e conseguentemente se ha o meno diritto a finanziamenti statali finalizzati alle attività di ricerca. Laddove il Ministero non riscontra elementi che impattano negativamente sul riconoscimento del carattere scientifico, provvede ad individuare e finanziare le varie tipologie di progetti a destinazione vincolata, sui quali svolge anche un ruolo di coordinatore e vigilanza al fine di verificare la coerenza con i programmi nazionali e internazionali. Inoltre, ruolo fondamentale del Ministero è sia la nomina del Direttore Scientifico degli IRCCS (sentito il Presidente della Regione), sia la vigilanza sulla corretta erogazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

Il **Ministero dell'Economia e delle Finanze**, svolge funzioni di vigilanza e monitoraggio sull'andamento della spesa sanitaria. In particolare per la Regione Campania, attualmente ancora in Piano di Rientro dal disavanzo sanitario, le cui azioni per il 2012 sono state delineate nel "Programma Operativo 2011 - 2012" (di seguito anche P.O.) presentato ai ministeri competenti, il Ministero procede:



- alla preventiva approvazione dei provvedimenti predisposti dalla Regione in attuazione delle azioni delineate del Programma Operativo 2011 - 2012;
- al coordinamento dei nuclei che devono essere realizzati nelle singole Regioni e che devono avere funzioni di supporto tecnico;
- al monitoraggio dell'attuazione dei provvedimenti e dell'impatto delle azioni poste in essere dalla Regione, e conseguentemente dalle singole Aziende Sanitarie, nel rispetto degli impegni assunti nel Programma Operativo 2011 - 2012.

1.4.1.2 LA REGIONE CAMPANIA



La Regione si occupa della programmazione, dell'erogazione della spesa e del controllo sull'attività di assistenza, e partecipa alla definizione dell'organizzazione della ricerca nei limiti delle direttive/indicazioni ministeriali.

Alla Regione compete la nomina del Direttore Generale, del Consiglio di Indirizzo e Verifica e del Collegio dei Sindaci.

Tra le principali funzioni che spettano alla Regione Campania, titolare del sistema sanitario regionale di cui fa parte l'Istituto, rientrano le seguenti:

- redazione il piano sanitario regionale, in linea con gli obiettivi del piano sanitario nazionale;
- fissazione degli obiettivi di spesa annuale entro i quali devono attenersi le aziende sanitarie;
- ripartizione dei Fondi Sanitari Regionali sulle varie aziende sanitarie;
- attribuzione dei fondi destinati ai cd. "progetti obiettivo";
- monitoraggio trimestrale dei conti delle aziende sanitarie e verifica finale sul bilancio d'esercizio;
- individuazione delle manovre finalizzate al risanamento del debito e alla correzione di potenziali errori;
- valutazione delle attività sviluppate dal management aziendale, necessarie alla valutazione dello stesso;
- definizione delle politiche inerenti la rete ospedaliera e la rete territoriale.

In attuazione dei Programmi Operativi 2011 - 2012, la Regione Campania procede alla definizione delle azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi programmati, ponendo in essere le seguenti azioni/attività:

- monitoraggio sullo stato di attuazione delle azioni da parte delle singole aziende sanitarie al fine di verificare il rispetto dei crono programmi di attuazione dei P.O.;
- analisi degli scostamenti tra attività attese/pianificate e individuazione di potenziali azioni correttive;
- individuazione di eventuali interventi aggiuntivi a fronte delle potenziali necessità che dovessero emergere nel corso delle attività.

1.4.2 ASSETTO ISTITUZIONALE E GOVERNANCE

Di seguito viene descritto l'Assetto istituzionale ed organizzativo dell'Istituto, che con decorrenza 2011 è stato oggetto di riorganizzazione strutturale ispirata al modello dei "Comprehensive Cancer Center" statunitensi, quali "Centri di Eccellenza in Oncologia (CEO)"

La *governance* dell'Istituto, intesa come processo di definizione delle politiche e delle decisioni non è caratterizzata dall'imposizione gerarchica, bensì dall'interazione di una molteplicità di attori e si basa su principi di trasparenza, responsabilità, negoziazione, controllo, coordinamento e coerenza.

Di seguito si riporta la configurazione organizzativa dell'Istituto, vigente a seguito della suddetta riorganizzazione strutturale, che ha interessato in modo particolare le Strutture Complesse.

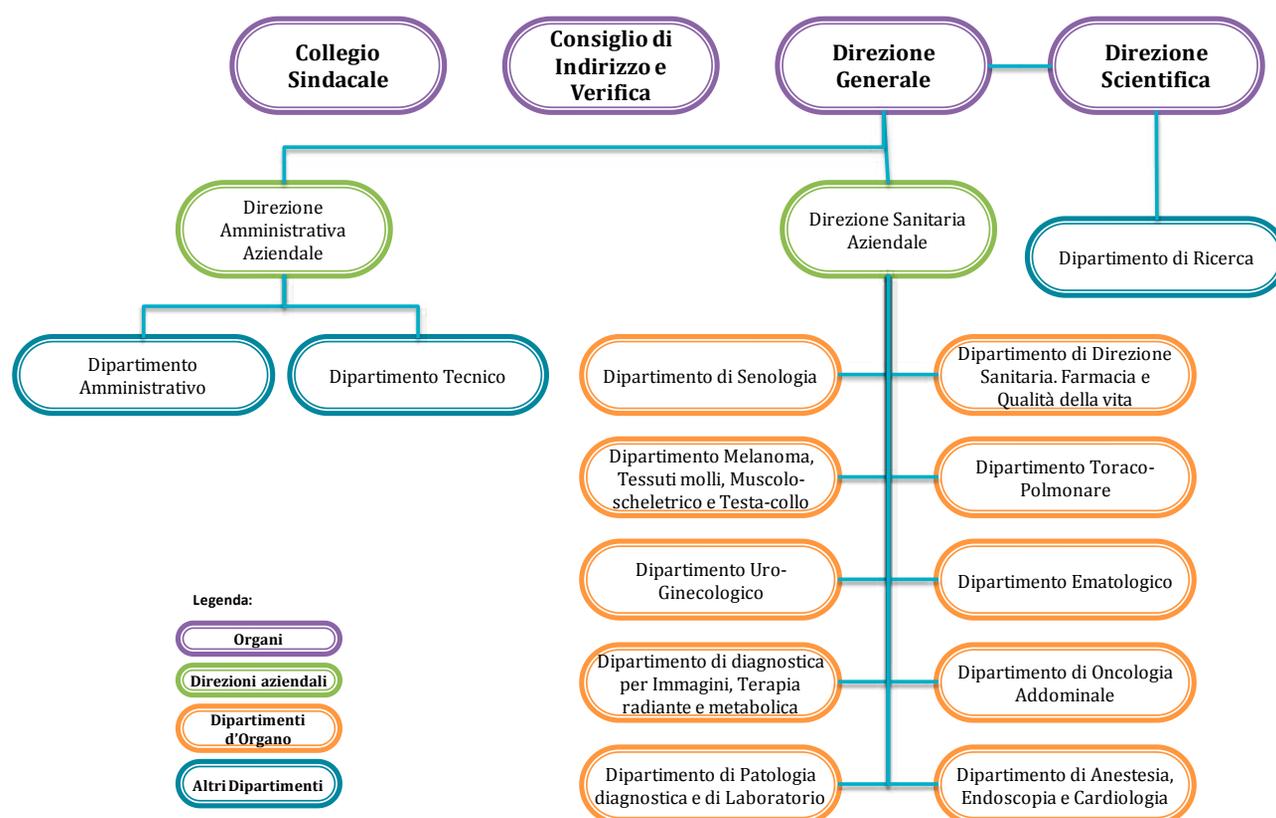


Figura 19 – Organigramma dell'Istituto

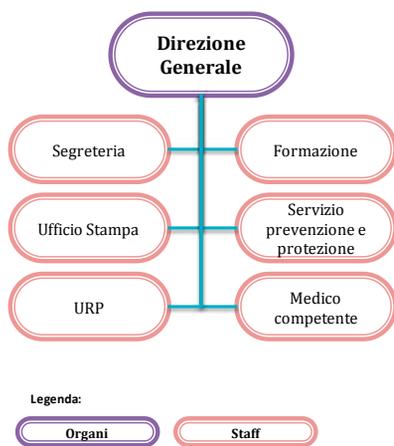


Figura 20 – Direzione Generale

La **DIREZIONE GENERALE**, è supportata nella propria attività dalle seguenti funzioni in staff: formazione, servizio prevenzione e protezione, medico competente, segreteria, addetto stampa e Ufficio Relazioni con il Pubblico.

1.4.2.1 IL MODELLO ORGANIZZATIVO: ORGANI DI GESTIONE, INDIRIZZO E CONTROLLO

Il Direttore Generale: Dott. Tonino Pedicini

Nominato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale nel 2009 e riconfermato nel corso del 2011, è il legale rappresentante dell'Istituto ed esercita tutti i poteri inerenti, la gestione complessiva dell'Ente, per un periodo non inferiore ai tre anni e non superiore ai cinque. Stipula con il Direttore Scientifico (nominato dal Ministero della Salute, sentito il Presidente della Regione Campania) un contratto di lavoro di durata quinquennale. Si

avvale della collaborazione di un Direttore Amministrativo e di un Direttore Sanitario direttamente individuati. Inoltre ha il compito di assicurare la coerenza degli atti di gestione con gli indirizzi proposti dal Consiglio di Indirizzo e Verifica e comunque in linea con la programmazione sanitaria sia a livello regionale sia a livello nazionale.

La **DIREZIONE SANITARIA** aziendale è articolata in 9 dipartimenti d'organo, un dipartimento di Direzione Sanitaria, Farmacia e Qualità di vita, ed è inoltre supportata dall'ufficio amministrativo e dal servizio infermieristico, nonché dalla SSD Farmaco Economia.

Direttore sanitario: Dott. Sergio Lodato

Nominato con disposizione del Direttore Generale nel 2010, da cui dipende direttamente, si occupa del coordinamento di tutte le attività clinico-assistenziali e cura gli aspetti igienico sanitari e organizzativi nel rispetto della vigente normativa. Coordina le attività dei Dipartimenti, partecipa al management aziendale e concorre al processo di programmazione sanitaria dell'Istituto, congiuntamente alla Direzione Scientifica e alla Direzione Amministrativa.

Di seguito si riporta il dettaglio delle unità organizzative afferenti ai singoli dipartimenti assistenziali.

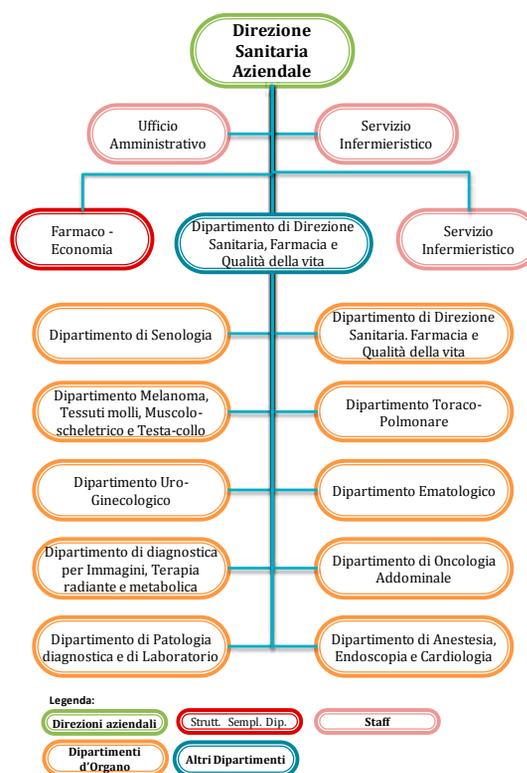


Figura 21- Direzione Sanitaria Aziendale

| DIPARTIMENTI ASSISTENZIALI | UNITA' ORGANIZZATIVE |
|---|---|
| DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA SENOLOGICA | <ul style="list-style-type: none"> Chirurgia senologica Oncologia medica senologica Terapia medica preoperatoria Senologia preventiva |
| DIPARTIMENTO ONCOLOGIA DEL MELANOMA-TESSUTI MOLLI-TESTA COLLO -MUSCOLO SCHELETRICO | <ul style="list-style-type: none"> Chirurgia del melanoma e dei tessuti molli Chirurgia maxillo-facciale e ORL Oncologia medica e terapie innovative Chirurgia oncologica muscolo scheletrica Chirurgia oncologica della tiroide Oncologia medica testa collo Oncologia medica sarcomi e tessuti molli |
| DIPARTIMENTO ONCOLOGIA URO-GINECOLOGICA | <ul style="list-style-type: none"> Oncologia medica sarcomi ossa e tessuti molli Urologia oncologica Ginecologia oncologica Oncologia medica uro-ginecologica |
| DIPARTIMENTO ONCOLOGIA ADDOMINALE | <ul style="list-style-type: none"> Chirurgia Oncologica Addominale ad indirizzo generale Chirurgia Oncologica Addominale ad indirizzo Colo-rettale Chirurgia Oncologica Addominale ad indirizzo Epato - biliare Chirurgia gastro pancreatica e carcinosi peritoneale Oncologia medica addominale |
| DIPARTIMENTO ONCOLOGIA TORACO-POLMONARE | <ul style="list-style-type: none"> Chirurgia toraco-polmonare Oncologia medica polmonare Pneumologia |

| | |
|---|---|
| DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGIA | <ul style="list-style-type: none"> • Ematologia oncologica • Medicina trasfusionale |
| DIPARTIMENTO DI ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE - CARDIOLOGIA- ENDOSCOPIA | <ul style="list-style-type: none"> • Anestesiologia • Terapia Intensiva • Terapia antalgica • Impianti e gestione dei C.V.C. • Cardiologia • Endoscopia |
| DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA DIAGNOSTICA E DI LABORATORIO | <ul style="list-style-type: none"> • Anatomia patologica • Citopatologia • Medicina di laboratorio |
| DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - MEDICINA NUCLEARE - TERAPIA METABOLICA E RADIANTE | <ul style="list-style-type: none"> • Radiodiagnostica degenze • Radiodiagnostica Ambulatoriale e DH • Radiologia Interventistica • Medicina nucleare e terapia metabolica • Radioterapia • Fisica sanitaria |
| DIPARTIMENTO DI DIREZIONE SANITARIA - FARMACIA - QUALITÀ DELLA VITA | <ul style="list-style-type: none"> • Direzione Medica di Presidio • Farmacia • Dietologia • Psico oncologia • Riabilitazione |

Figura 22 – Dipartimenti Assistenziali e Unità organizzative

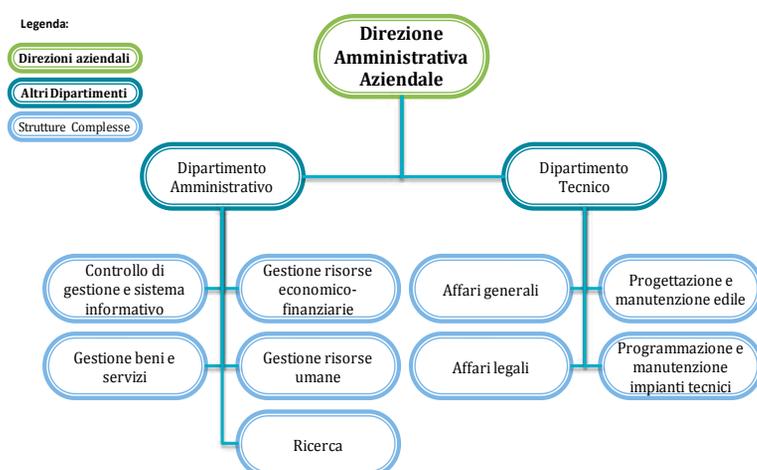


Figura 23 – Direzione Amministrativa

La DIREZIONE AMMINISTRATIVA opera con la collaborazione del Dipartimento Amministrativo e del Dipartimento Tecnico a loro volta organizzati rispettivamente in 5 e 4 strutture complesse.

Direttore Amministrativo: Dott.ssa Loredana Cici

Nominato con disposizione del Direttore Generale nel 2010, svolge i compiti previsti dal D.Lgs 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni, nonché dalla normativa regionale in materia. E' nominato dal Direttore Generale, contribuisce all'ordinario funzionamento di tutte le strutture dell'Ente ed opera con la collaborazione del Dipartimento Amministrativo e del Dipartimento Tecnico. Inoltre è parte del management aziendale che provvede a definire gli indirizzi strategici dell'Istituto.

La **DIREZIONE SCIENTIFICA** rappresenta negli IRCCS 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 dalla struttura semplice dipartimentale di Epidemiologia. E' articolata in 5 strutture complesse e 2 strutture semplici. Inoltre gestisce la Biblioteca "Ciro Manzo", i corsi di Laurea in infermieristica e per tecnico di laboratorio biomedico. Rientrano tra le attività principali della Direzione Scientifica le seguenti:

- identificare le linee di ricerca pre-clinica e clinica in grado di esperire le finalità dell'Istituto e gli indirizzi del Ministero della Salute;
- coordinare e verificare le linee di ricerca corrente;
- approvare i singoli progetti di ricerca ed i relativi budget;
- coordinare i progetti di ricerca finalizzata finanziati dal Ministero della Salute;
- coordinare collaborazioni e convenzioni tra l'Istituto ed altri IRCCS, Ministeri, Enti Pubblici e Privati di ricerca, ASL;
- coordinare collaborazioni scientifiche nazionali ed internazionali;
- elaborare e procedere alla stesura di relazioni sulle attività clinico-scientifiche dell'Istituto;
- quantificare la produttività scientifica mediante il calcolo dell'*Impact Factor*(IF);
- coordinare sperimentazioni cliniche e studi multicentrici;
- coordinare le attività inerenti la *Site Visit* per la conferma del carattere scientifico dell'Istituto;
- curare i rapporti con il Ministero della Salute.

Il Direttore Scientifico: Prof. Gennaro Ciliberto

Nominato con Decreto del Ministero della Salute, nel corso del 2012, è responsabile dell'attività di ricerca sperimentale e clinica dell'Istituto. Coordina e promuove le azioni da porre in essere, gestisce il budget assegnato dopo averlo concordato annualmente con il Direttore Generale e lo attribuisce in base agli indirizzi dati dal Consiglio di Indirizzo e Verifica. Presiede il Comitato Tecnico Scientifico ed esprime obbligatoriamente parere in merito agli atti concernenti le attività scientifiche delineate dal Direttore Generale. Partecipa inoltre, insieme agli altri Direttori Scientifici degli IRCCS, alle riunioni periodiche organizzate dal Ministero della Salute

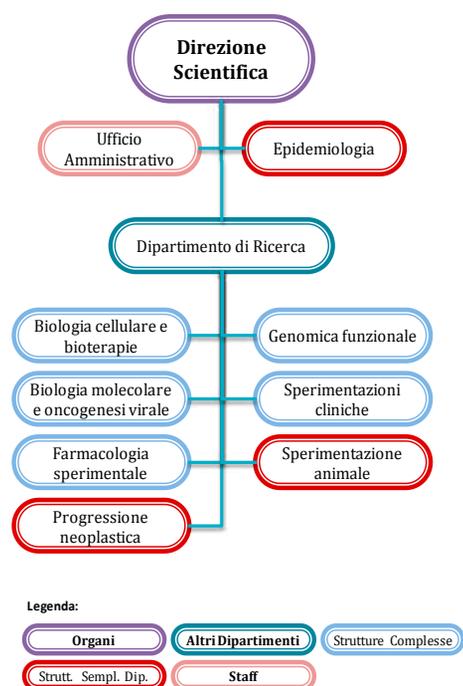


Figura 24 – Direzione scientifica

Il **CONSIGLIO DI INDIRIZZO E VERIFICA** è un organo composto da 5 membri, viene nominato dalla Giunta Regionale che individua, altresì, il componente cui attribuire le funzioni di Presidente.

Attualmente è composto dal Prof. Gaetano Lombardi (Presidente), il Dott. Bruno Amato, la Prof.ssa Gabriella Fabbrocini e il Dott. Gaetano Sicuranza.

Rientrano tra i compiti principali:

- la definizione degli indirizzi strategici dell'Istituto, l'approvazione dei programmi annuali e pluriennali di attività nonché la verifica della relativa attuazione;
- l'esprimere il parere preventivo obbligatorio al Direttore Generale sul bilancio preventivo e consuntivo, 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 ed associazioni;
- la nomina dei componenti del Comitato Tecnico-Scientifico, su proposta del Direttore Scientifico;
- le funzioni di Verifica sulle attività dell'Istituto e sui risultati raggiunti rispetto agli indirizzi ed agli obiettivi predeterminati.

Il **COLLEGIO SINDACALE** è composto da cinque membri designati dalla Giunta Regionale su proposta dell'Assessore regionale alla Sanità, scelti ai sensi della L.R. n. 24/2005.

Attualmente è composto dal Dott. Roberto Trivellini (Presidente), il Dott. Paolo Volgare, il Dott. Gianfranco De Rosa, la Dott.ssa Olga Peluso, il Dott. Raffaele Bruno.

Il collegio dura in carica tre anni ed esercita le funzioni e le attività previste dal comma 6 dell'articolo 4 del D.Lgs. n. 288/03, tra cui:

- la verifica economico-amministrativo e contabile dell'attività dell'Istituto;
- la vigilanza circa l'osservanza delle normative da parte dell'Istituto;
- l'accertamento della regolare rilevazione contabile degli accadimenti gestionali e della conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili;
- la verifica del rispetto degli obiettivi di spesa definiti a livello regionale.

Il **COMITATO TECNICO SCIENTIFICO** è composto da membri di diritto e da membri rappresentativi dei dirigenti dei settori clinici e di ricerca, del personale delle professioni sanitarie.

Attualmente è composto dal Prof. Gennaro Ciliberto (Presidente), il Dott. Sergio Lodato, il Dott. Nicola Mozzillo, il Dott. Nicola Normanno, il Dott. Sandro Pignata, il Dott. Gerardo Botti, il Dott. Antonio Avallone, la Dott.ssa Virginia Rossi, il Prof. Roberto Di Lauro, il Prof. Franco Corcione, la Dott.ssa Paola Del Prete.

E' nominato dal Direttore Generale e resta in carica per un quinquennio; svolge funzioni consultive e di supporto tecnico-scientifico all'attività scientifica; formula pareri consultivi e proposte sui programmi e sugli obiettivi scientifici e di ricerca, nonché in via preventiva sulle singole iniziative a carattere scientifico.

Si considera validamente costituito con la presenza della metà più uno degli aventi diritto e decide a maggioranza dei presenti.

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

Attualmente vi fanno parte il Prof. Francesco Paolo Casavola (Presidente), il Dott. Bruno Daniele, il Prof. Andrea Renda, il Prof. Ruggiero Nigro, il Dott. Angelo Castaldo, il Dott. Antonio Febbraro, il Dott. Salvatore Panico, il Prof. Giuseppe Cirino, il Prof. Luigi Palmieri, Padre Francesco Roca O.P. designato dalla Curia Arcivescovile della Diocesi di Napoli, il Prof. Domenico De Simone, il Prof. Marco Ivaldo, la Prof.ssa Rosalba Tufano.

I *componenti ex officio* sono rappresentati dal Prof. Gennaro Ciliberto (Direttore Scientifico), il Dott. Sergio Lodato (Direttore Sanitario Aziendale) e la Dott.ssa Piera Maiolino (Direttore FF Servizio di Farmacia).

Tra le principali attività provvede a:

- valutare il profilo etico dei programmi di sperimentazione scientifica e terapeutica avviati nell'Istituto;
- fornire pareri sulle questioni a esso sottoposte dal Direttore Generale, dal Direttore Scientifico o dal Consiglio di Indirizzo e Verifica;
- formulare proposte sulle materie di propria competenza.

L'**ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE (OIV)** istituito a decorrere dal 1 gennaio 2011, ai sensi del Decreto Lgs. n. 150/09.

Attualmente l'OIV è composto dalla Prof.ssa Maria Triassi (Presidente), l'Avv. Antonio Nardone.

Tra i principali compiti, provvede a:

- monitorare il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;
- comunicare 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 (CIVIT);
- proporre, sulla base del Sistema di misurazione e valutazione della performance, 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 CIVIT;
- verificare i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

Il **COMITATO UNICO DI GARANZIA**, costituito con Deliberazione del Direttore Generale n. 967 del 19 novembre 2012, è un organismo che propone un ulteriore rafforzamento delle misure tese a garantire la tutela delle pari opportunità e del benessere lavorativo.

E' composto in modo paritetico da dipendenti dell'amministrazione e dalle organizzazioni sindacali più rappresentative a livello di ente.

Esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica nell'ambito delle competenze allo stesso demandate dalla legge, al fine di contribuire ad un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e all'assenza di ogni discriminazione, attraverso la promozione della cultura delle pari opportunità di genere e le pari opportunità per tutti. Si occupa della promozione del rispetto della dignità della persona, prevenendo e contrastando ogni forma di discriminazioni dovute non soltanto al genere, ma anche all'età, alla disabilità, all'origine etnica, alla lingua, alla razza e all'orientamento sessuale.

1.4.3 IL CROM (CENTRO RICERCHE ONCOLOGICO DI MERCOGLIANO)



Il CROM è il centro per lo svolgimento delle attività di ricerca sulle malattie neoplastiche con particolare attenzione ai nuovi farmaci antitumorali e alle strategie innovative per la prevenzione, la diagnosi e la terapia dei tumori umani. La sua gestione è affidata all'Istituto (deliberazione n. 1630 del 13/10/2006 della Regione Campania) ed opera in base ad una convenzione sottoscritta nel 2006 regolante i rapporti tra Regione Campania, Provincia di Avellino e IRCCS Pascale.

Svolge attività di:

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

Il CROM 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. Offre, inoltre un'ampia gamma di servizi formativi con sale conferenza, aule multimediali attrezzate e laboratori didattici.

Di seguito, si riporta la rappresentazione della struttura organizzativa del Centro e i relativi responsabili.

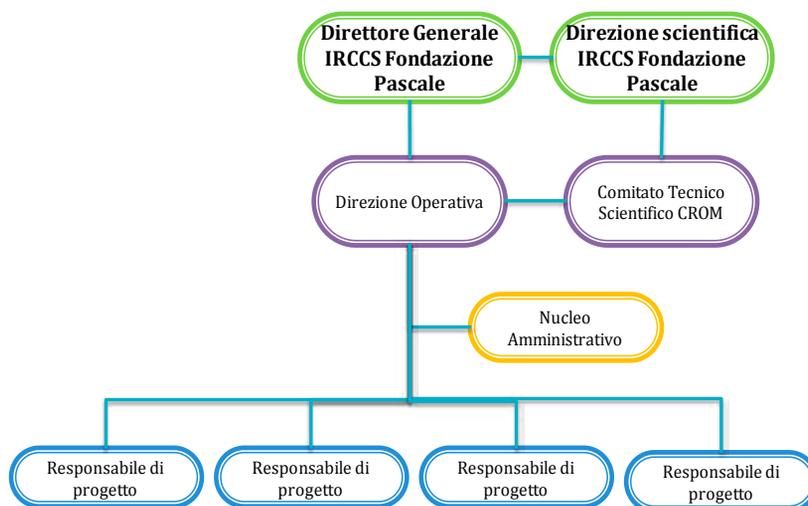


Figura 25 – Struttura Organizzativa del CROM

- *Direttore Generale:* Dr. Tonino Pedicini
- *Direttore Operativo:* Prof. Giuseppe Castello
- *Direttore Scientifico:* Prof. Gennaro Ciliberto
- *Comitato Tecnico Scientifico*, presieduto dal Prof. Antonio Giordano, e composto da: Dr. Gary Stein, Prof. Junia V Melo, Prof. Giuseppe Colucci, Prof. Vittorio Colantuoni.

Il CROM, inoltre, collabora con IRCCS, Università, Aziende Ospedaliere ed ASL, Enti di Ricerca, Aziende ed altri Enti.

2. PARTE SECONDA - CREAZIONE E DISTRIBUZIONE DEL VALORE AGGIUNTO



La dimensione economica dell'Istituto si differenzia notevolmente da quella di un'azienda di produzione la cui attività è destinata al mercato. Ciò è dovuto sia alla natura profondamente diversa, la cui attività non è mirata al raggiungimento di un utile bensì al soddisfacimento del bisogno di salute della collettività di riferimento, sia ai differenti meccanismi di formazione dei componenti positivi di reddito. L'Istituto, infatti, non può contare su ricavi provenienti dalla vendita di beni o/e servizi, bensì sui trasferimenti dalla Regione e dai Ministeri.

L'Istituto redige il proprio bilancio di esercizio in rispondenza alle norme del Codice Civile, in conformità ai principi contabili e alla vigente normativa, ma anche nel rispetto delle disposizioni delineate dall'Assessorato alla Sanità della Regione Campania.

Il Bilancio di Esercizio si compone di:

- Stato Patrimoniale (attivo e passivo);
- Conto Economico;
- Nota Integrativa e Allegati

Nel seguito ci si sofferma sia sui dati economico-patrimoniali sia sul valore aggiunto che le attività dell'Istituto riescono a generare per i propri stakeholder.

Al fine di meglio comprendere come dal punto di vista economico-patrimoniale sia variata l'attività dell'Istituto, tra un esercizio ed un altro, si mettono a confronto i dati dell'esercizio 2011 con quelli del 2012. Tale confronto, permette di comprendere anche, in che misura, l'Istituto con l'erogazione delle proprie attività, sia stato in grado di produrre ricchezza e quindi valore aggiunto, a sua volta distribuito tra le diverse categorie di stakeholder. Nel seguito, saranno inoltre illustrate le diverse modalità di finanziamento dell'Istituto.

2.1 LE FONTI FINANZIARIE

L'Istituto per lo svolgimento delle sue attività, utilizza fonti finanziarie, di diversa provenienza: sia derivanti dal protocollo d'intesa con la Regione, che dai vari Ministeri. Inoltre concorrono a finanziare l'Istituto anche le quote di privati.

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 nel triennio, in base al ruolo che esso svolge - IRCCS di diritto pubblico – all'interno del Sistema Sanitario Regionale. Per consentire all'Istituto di svolgere il suo ruolo istituzionale, (e quindi di raggiungere gli obiettivi di assistenza e di ricerca, tra i quali sono compresi anche gli ulteriori obiettivi di sviluppo organizzativo e clinico-assistenziale definiti in linea con gli indirizzi del PON 2010 – 2012), i finanziamenti assicurati dalla regione per l'annualità 2012 sono stati i seguenti:

| DESCRIZIONE - €/000 | 2012 (a) | 2011 (b) | Δ |
|--|---------------|---------------|---|
| <i>Erogazione di prestazioni di ricovero e cura e di quelle specialistiche ambulatoriali</i> | 80.000 | 80.000 | - |
| <i>Attività di ricerca assistenziale applicata</i> | 10.000 | 10.000 | - |
| <i>Attività di ricerca traslazionale</i> | 6.000 | 6.000 | - |
| Totale | 96.000 | 96.000 | - |



Figura 26 – Composizione finanziamento Protocollo di Intesa con la Regione

Il finanziamento per il triennio 2011 – 2012, nella varie annualità, non ha subito variazioni, pertanto si è attestato sugli stessi livelli.

2.1.2 ALTRE TIPOLOGIE DI FINANZIAMENTO

Oltre ai finanziamenti derivanti dal Protocollo di Intesa stipulato con la Regione Campania, l'Istituto si avvale di altre fonti di finanziamento destinate alle attività di Ricerca, quali:

- altri finanziamenti pubblici:
 - ✓ Ministero della Salute (Ricerca Corrente, Ricerca Finalizzata, Conto Capitale);
 - ✓ Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR);
 - ✓ Regione Campania;
 - ✓ Programma Operativo Nazionale (PON);
 - ✓ Unione Europea (UE);
 - ✓ Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA);
 - ✓ Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC);
- finanziamenti privati:
 - ✓ Aziende Farmaceutiche;
 - ✓ Donazioni ed erogazioni liberali.

Si evidenzia che le attività di ricerca di seguito descritte sono state attuate anche con il supporto di professionalità esterne a contratto. A tal fine, attraverso procedure ad evidenza pubblica ed utilizzando solo ed esclusivamente fondi destinati alla ricerca, l'Istituto ha stipulato nel corso del 2012 circa 180 contratti di collaborazione.

2.1.2.1 LA RICERCA CORRENTE

Il programma di Ricerca Corrente, sviluppato nell'Istituto, è attuato attraverso progetti istituzionali con una durata triennale, e comunque nel rispetto degli indirizzi delineati a livello nazionale dal programma di ricerca sanitaria (D.Lgs n. 229/1999, art.12 bis, c. 5).

La Ricerca Corrente, svolta presso l'Istituto e finanziata sulla base di programmi pluriennali predefiniti dal Ministero della Salute, si sviluppa in tutte quelle attività di ricerca scientifica dirette ad accrescere anche nel corso del tempo, le conoscenze fondamentali in settori specifici della biomedicina e della sanità pubblica.

Le attività di Ricerca Corrente dell'Istituto sono organizzate nelle seguenti macroaree che raggruppano progetti clinici e traslazionali su base tematica, come rappresentato nella figura che segue.

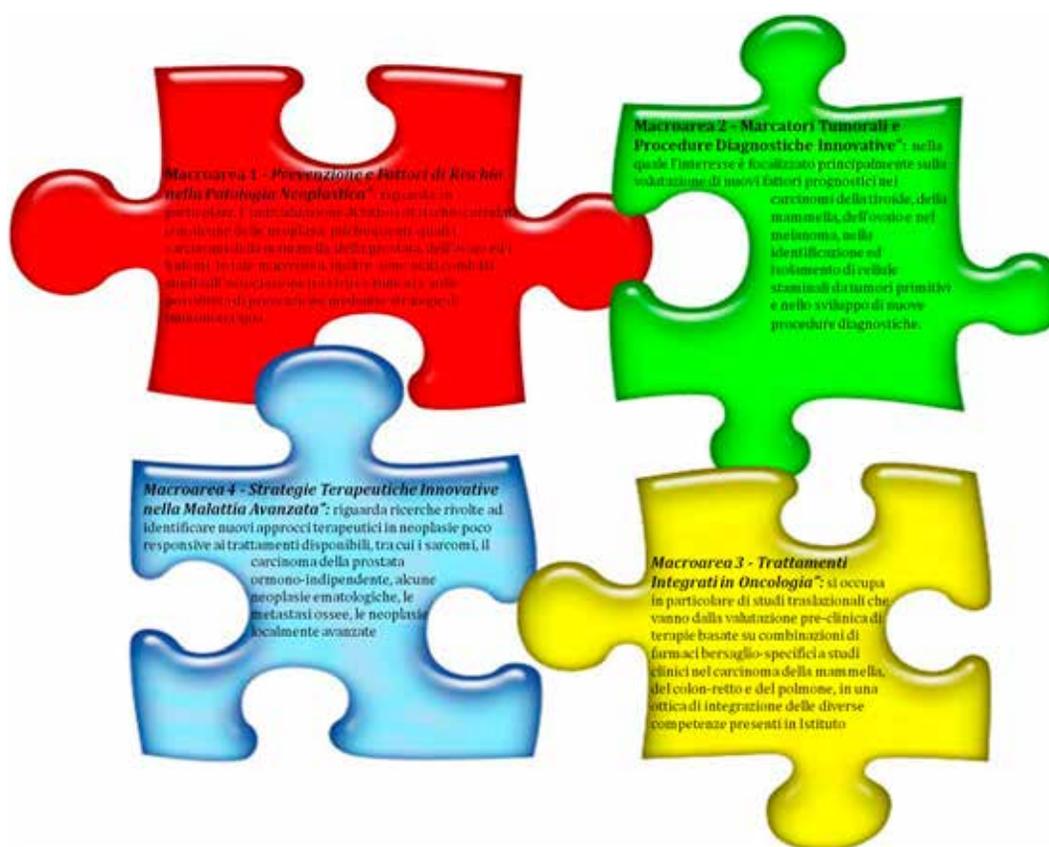


Figura 27 – Macroaree di attività della Ricerca Corrente

L'attività di ricerca è svolta 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 della vigente normativa in materia di sperimentazioni cliniche.

Le somme ricevute e spese destinate alle attività di Ricerca Corrente per l'esercizio 2012 sono state pari a € /000 3.082.

2.1.2.2 LA RICERCA FINALIZZATA

La Ricerca Finalizzata è attuata attraverso specifici progetti ed è diretta al raggiungimento di particolari e prioritari obiettivi biomedici e sanitari. 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 fonti di finanziamento a sostegno delle attività di ricerca finalizzata, la cui durata nella maggior parte dei casi è pluriennale, sono erogate da vari Enti di seguito riportati:

- Ministero della Salute;
- Istituto Superiore di Sanità;

- MIUR (es bandi PON per Regioni della Convergenza, cluster, ecc.);
- Comunità Europea (es bandi Healt, programma quadro FP VII);
- Regione Campania;
- Soggetti privati;
- Associazioni/Fondazioni (es AIRC, TELETHON, ecc.);
- Altri enti.

Nel corso del 2012 le attività di ricerca finalizzata hanno riguardato sia progetti iniziati 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, l'ente finanziatore, 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.

FONTI FINANZIARIE DESTINATE ALLA RICERCA FINALIZZATA

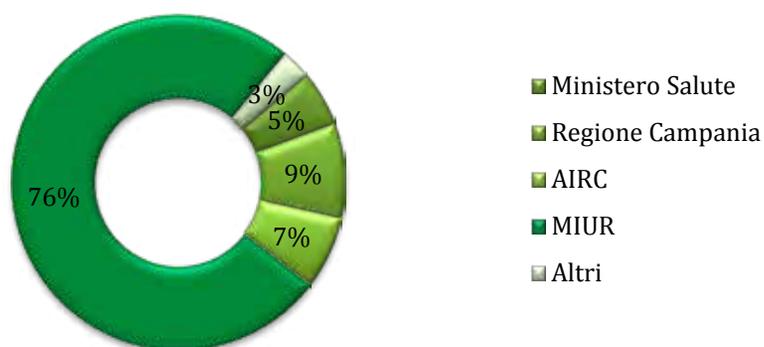


Figura 28 – Distribuzione dei finanziamenti destinati alla ricerca finalizzata

| ANNO DI AVVIO DEI PROGETTI €/000 | DURATA MEDIA (ANNI) | ENTE FINANZIATORE | QUOTA COMPETENZA 2012 (a= b+c) | di cui: DESTINATA ALLE UNITÀ INTERNE DELL'ISTITUTO (a) | di cui: DESTINATA ALLE UNITÀ ESTERNE (c) |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------------------|--|--|
| 2009 | 3 | Ministero Salute | 16 | 16 | - |
| 2009 | 3 | Ministero Salute | 173 | 98 | 75 |
| 2009 | 3 | Regione Campania | 62 | 62 | - |
| 2009 | 3 | Regione Campania | 116 | 116 | - |
| 2009 | 3 | Regione Campania | 67 | 67 | - |
| 2010 | 3 | Ministero Salute | 7 | 7 | - |
| 2011 | 3 | Ministero Salute | 153 | 153 | - |

| ANNO DI AVVIO DEI PROGETTI €/000 | DURATA MEDIA (ANNI) | ENTE FINANZIATORE | QUOTA COMPETENZA 2012 (a= b+c) | di cui: DESTINATA ALLE UNITÀ INTERNE DELL'ISTITUTO (a) | di cui: DESTINATA ALLE UNITÀ ESTERNE (c) |
|--|---------------------|---------------------|-----------------------------------|---|---|
| 2012 | 1 | | | | |
| 2012 | 1 | | | | |
| 2012 | 1 | AIRC | 450 | 450 | - |
| 2012 | 1 | | | | |
| 2012 | 1 | | | | |
| 2012 | 3 | MIUR | 4.800 | 4.800 | - |
| 2012 | 3 | Regione Campania | 347 | 347 | - |
| 2012 | 3 | ISS | 7 | 7 | - |
| 2012 | 4 | MIUR | 75 | 60 | 15 |
| 2012 | 1 | Fondazione Melanoma | 20 | 20 | - |
| 2012 | 1 | Fondazione Melanoma | 20 | 20 | - |
| 2012 | 1 | Novartis | 6 | 6 | - |
| 2012 | 1 | Roche | 24 | 24 | - |
| 2012 | 1 | AMGEN | 38 | 38 | - |
| 2012 | 1 | Famiglia Renna | 18 | 18 | - |
| 2012 | 1 | Janssen Cilag | 50 | 50 | - |
| Totale progetti finanziati = 24 | | | 6.449 | 6.359 | 90 |

Figura 29 - Dettaglio Progetti di ricerca finalizzata in corso

2.1.2.3 SPERIMENTAZIONI CLINICHE E STUDI OSSERVAZIONALI

Presso l'Istituto sono 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'autorizzazione in commercio). Sia le sperimentazioni cliniche che gli studi osservazionali possono essere promossi dall'Istituto, da altri soggetti pubblici (studi "no-profit") oppure da Aziende Farmaceutiche (studi "profit"). Gli studi "no-profit", in alcuni casi, possono essere "supportati" economicamente sia da Enti pubblici che da privati. In entrambi i casi l'Istituto, con cadenza semestrale, procede al monitoraggio delle attività svolte e del numero di pazienti arruolati.

Di seguito si riporta un'analisi dei 271 studi clinici (profit e no-profit) attivati, per anno, dall'Istituto nel periodo 2007 - 2012.

| ANNO | SPERIMENTAZIONI CLINICHE | | | | STUDI OSSERVAZIONALI | | | | TOTALE |
|---------------|--------------------------|------------------|-----------|-------------------|----------------------|-----------|----------|-----------|------------|
| | No-Profit | | Profit | | No-Profit | | Profit | | |
| | Prom | Part | Coor | Part | Prom | Part | Coor | Part | |
| 2007 | 2 | 4 ^(a) | - | 12 | - | 3 | - | 5 | 26/27 |
| 2008 | 6 | 3 | 4 | 9 | 1 | 3 | - | 4 | 40/40 |
| 2009 | 5 | 5 | 3 | 21 | 5 | 5 | - | 5 | 49/49 |
| 2010 | 2 | 13 | 2 | 20 ^(b) | 4 | 7 | - | 1 | 49/50 |
| 2011* | 9 | 4 | 3 | 28 ^(c) | 9 | 2 | 1 | 8 | 64/68 |
| 2012** | 2 | 8 | 2 | 13 | 3 | 12 | - | 3 | 43/59 |
| Totale | 26 | 37 | 14 | 113 | 22 | 32 | 1 | 26 | 271 |

Prom = l'INT è promotore di uno studio;
Coor = l'INT è coordinatore di uno studio;
Part = l'INT è centro partecipante di uno studio;
(a) 1 SC (Reg. CEI 02/07) non ha mai presentato i chiarimenti richiesti dal CEI;
(b) 1 SC (Reg. CEI 19/10) è stata ritirata dal promotore dopo valutazione positiva del CEI;
(c) 1 SC (Reg. CEI 17/11) è stata ritirata dal promotore dopo valutazione positiva del CEI;
** 2 SC e 1 SO non hanno ancora ottenuto la delibera di autorizzazione al 31/12/2012;*
***12 SC e 4 SO non hanno ancora ottenuto la delibera di autorizzazione al 31/12/2012.*

Figura 30 – Studi clinici profit e no-profit (2007 – 2012)

I finanziamenti destinati alle sperimentazioni cliniche e agli studi osservazionali, sia profit che non, sono di seguito rappresentati.

DISTRIBUZIONE FINANZIAMENTI

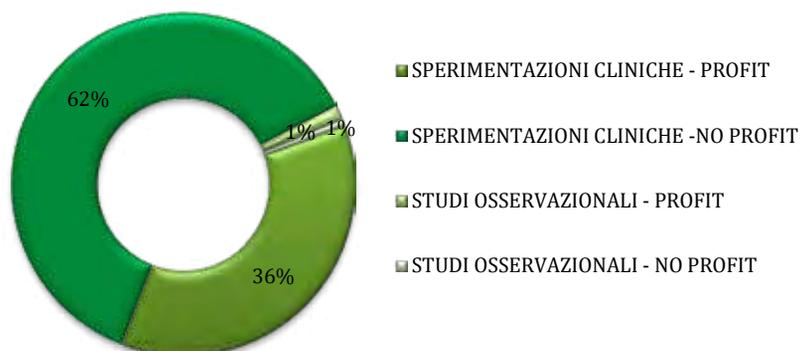


Figura 31 – Distribuzione finanziamenti per sperimentazioni cliniche e studi osservazionali

Inoltre di seguito si illustrano in dettaglio tutte le sperimentazioni cliniche e gli studi osservazionali, sia profit che non, avviati nel corso del 2012.

| SPERIMENTAZIONI CLINICHE PROFIT - ANNO 2012 | | | | | | | | | |
|---|---|------------------|---|------------------------------------|-----------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--|
| REG CEI | TITOLO | RESPONSABILE | SPONSOR | PARERE CEI | DELIBERA | CONTRIBUTO PER PAZIENTE €/000 | N. PZ PREVISTI PER IL CENTRO | IMPORTO PRESUNTO DERIVANTE €/000 | |
| 2/12 | 1200.125 - LUX-LUNG 8 - STUDIO RANDOMIZZATO, IN APERTO, DI FASE III, CON AFATINIB VERSO ERLOTINIB IN PAZIENTI CON CARCINOMA SQUAMOSO DEL POLMONE IN STADIO AVANZATO, COME TERAPIA DI SECONDA LINEA DOPO CHEMIOTERAPIA DI PRIMA LINEA A BASE DI PLATINO | A. MORABITO | STUDIO MULTICENTRICO PROMOSSO BOEHRINGER ING. | FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 22.02.2012 | N. 319 del 16.04.2012 | 3,4 | 4 | 13,6 | |
| 4/12 | ICARUS - D7913L00138 - STUDIO DI FASE II IN APERTO, MULTICENTRICO, A SINGOLO BRACCIO PER INDAGARE L'EFFICACIA, LA SICUREZZA E LA TOLLERABILITÀ DI GEFITINIB 250 MG (IRESSA™) COME TRATTAMENTO RI-SFIDA IN PAZIENTI CHE HANNO TUMORE AL POLMONE NON A PICCOLE CELLULE (NSCLC) LOCALMENTE AVANZATO O METASTATICO POSITIVO ALLA MUTAZIONE DEL RECEPTORE DEL FATTORE DI CRESCITA EPIDERMICO (EGFR) E CHE HANNO PRECEDENTEMENTE RISPOSTO AL GEFITINIB E RICEVUTO SUCCESSIVA CHEMIOTERAPIA O ALTRA TERAPIA ANTICANCRO AD ECCESSIONE DI INIBITORI TIROSIN CHINASICI DI EGFR. | A. MORABITO | STUDIO MULTICENTRICO PROMOSSO ASTRAZENECA | FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 21.03.2012 | N. 413 del 11.05.2012 | 2,0 | 3 | 6,1 | |
| 6/12 | ML25514 - TRIGGER - STUDIO DI FASE II IN APERTO SUL TRATTAMENTO CON ERLOTINIB (TARCEVA) IN PAZIENTI CON CARCINOMA POLMONARE NON A PICCOLE CELLULE LOCALMENTE AVANZATO O METASTATICO CHE PRESENTANO MUTAZIONI ATTIVANTI NEL DOMINIO TIROSIN-CHINASICO DEL RECEPTORE DEL FATTORE DI CRESCITA EPIDERMICO (EGFR) | A. MORABITO | STUDIO MULTICENTRICO SPONSOR ROCHE | FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 21.03.2012 | N. 391 del 10.05.2012 | 3,0 | 5 | 15,0 | |
| 7/12 | MO28048 - SafeHer - STUDIO DI FASE III PROSPETTICO A DUE COORTI NON RANDOMIZZATO MULTICENTRICO INTERNAZIONALE IN APERTO VOLTO A VALUTARE LA SICUREZZA DI TRASTUZUMAB PER VIA SOTTOCUTANEA IN SOMMINISTRAZIONE ASSISTITA E AUTO-SOMMINISTRAZIONE COME TERAPIA ADIUVANTE IN PAZIENTI AFFETTI DA TUMORE MAMMARIO IN FASE INIZIALE HER-2 POSITIVO OPERABILE. | M. DE LAURENTIIS | STUDIO MULTICENTRICO SPONSOR ROCHE | FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 21.03.2012 | N. 385 del 10.05.2012 | 4,5 | 6 | 27,0 | |
| 8/12 | AAA-III-01 - STUDIO MULTICENTRICO DI FASE III, STRATIFICATO, RANDOMIZZATO, IN APERTO, A GRUPPI PARALLELI, VERSO TRATTAMENTO DI CONTROLLO, PER CONFRONTARE IL TRATTAMENTO CON 177LU-DOTA0-TYR3-OCTREOTATE VERSO OCTREOTIDE LAR IN PAZIENTI CON TUMORE CARCINOIDE DELL'INTESTINO MEDIO, INOPERABILE, PROGRESSIVO E CON POSITIVITA' PER I RECEPTORI DELLA SOMATOSTATINA. | LASTORIA | STUDIO MULTICENTRICO SPONSOR PIERREL RESEARCH | FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 21.03.2012 | N. 448 del 24.05.2012 | 16,0 | 4 | 64,0 | |
| 9/12 | CA184-169 - STUDIO DI FASE III, RANDOMIZZATO, IN DOPPIO CIECO CON IPLIMUMAB SOMMINISTRATO ALLA DOSE DI 3 MG/KG VS 10 MG/KG IN PAZIENTI CON MELANOMA NON RESECABILE O METASTATICO PRECEDENTEMENTE TRATTATO O NON TRATTATO. | P. ASCIERTO | STUDIO MULTICENTRICO SPONSOR BRISTOL | FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 21.03.2012 | N. 336 del 17.04.2012 | 8,4 | 8 | 66,8 | |

| SPERIMENTAZIONI CLINICHE PROFIT - ANNO 2012 | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------|---|------------------------------------|-----------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|--|
| REG CEI | TITOLO | RESPONSABILE | SPONSOR | PARERE CEI | DELIBERA | CONTRIBUTO PER PAZIENTE €/'000 | N. PZ PREVISTI PER IL CENTRO | IMPORTO PRESUNTO DERIVANTE €/'000 | |
| 10/12 | MM-398-07-03-01 - STUDIO RANDOMIZZATO, IN APERTO, DI FASE 3, DI CONFRONTO TRA MM-398 E 5-FLUOROURACILE CON LEUCOVORINA NEI PAZIENTI CON CARCINOMA PANCREATICO METASTATICO. | R.V. IAFFAIOLI | STUDIO MULTICENTRICO SPONSOR QUINTILES | FAVOREVOLE SEDUTA DEL 18.04.2012 | N. 446 del 24.05.2012 | 11,2 | 6 | 67,0 | |
| 11/12 | D4200C00097 - STUDIO INTERNAZIONALE, RANDOMIZZATO, IN DOPPIO CIECO, A DUE BRACCI PER LA VALUTAZIONE DELLA SICUREZZA E DELL'EFFICACIA DI VANDETANIB 150 E 300 MG/GIORNO IN PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA MIDOLLARE DELLA TIROIDE LOCALMENTE AVANZATO O METASTATICO NON RESECABILE, CON MALATTIA IN PROGRESSIONE O SINTOMATICA | F. CAPONIGRO | STUDIO MULTICENTRICO SPONSOR ASTRAZENECA (CRO:QUINTILES) | FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 18.04.2012 | N. 445 del 24.05.2012 | 12,7 | 4 | 50,7 | |
| 14/12 | CRAD001YIC04 - STUDIO IN APERTO, MULTICENTRICO, DI ACCESSO ALLARGATO PER DONNE IN POST-MENOPAUSA CON CARCINOMA MAMMARIO POSITIVO PER IL RECIETTORE DEGLI ESTROGENI LOCALMENTE AVANZATO O METASTATICO CHE SONO PROGREDITE A SEGUITO DI UNA PRECEDENTE TERAPIA ENDOCRINA, PER STUDIARE IL TRATTAMENTO CON EVEROLIMUS (RAD001) IN COMBINAZIONE CON EXEMESTANE | M. DE LAURENTIS | STUDIO MULTICENTRICO SPONSOR NOVARTIS (CRO:OPIS) | FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 30.05.2012 | N. 564 del 27.06.2012 | 2,8 | 5 | 14,0 | |
| 16/12 | TH-CR-406/SARC021 - STUDIO DI FASE 3 RANDOMIZZATO, MULTICENTRICO, IN APERTO, VOLTO A CONFRONTARE TH-302 IN TERAPIA COMBINATA CON DOXORUBICINA RISPETTO A DOXORUBICINA IN MONOTERAPIA IN SOGGETTI CON SARCOMA DEI TESSUTI MOLLI LOCALMENTE AVANZATO NON ASPORTABILE CHIRURGICAMENTE O METASTATICO | G.APICE | STUDIO MULTICENTRICO SPONSOR THRESHOLD PHARMACEUTICALS (CRO: PAREXEL) | FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 29.06.2012 | N. 720 del 21.08.2012 | 6,5 | 10 | 65,2 | |
| 18/12 | AFLBC06097 - STUDIO MULTICENTRICO, A SINGOLO BRACCIO, IN APERTO PER VALUTARE LA SICUREZZA E LA QUALITA' DELLA VITA (RELATIVAMENTE ALLO STATO DI SALUTE) CORRELATI AD AFLIBERCEPT IN PAZIENTI AFFETTI DA TUMORE DEL COLON-RETTO METASTATICO (MCRC), PRECEDENTEMENTE TRATTATI CON UN REGIME TERAPEUTICO CONTENENTE OXALIPLATINO | R.V. IAFFAIOLI | STUDIO MULTICENTRICO SPONSOR PROMOSSO SANOFI GROUPE (FR) (CRO:SANOFI AVENTIS SPA) | FAVOREVOLE SEDUTA DEL 18.07.2012 | N. 780 del 26.09.2012 | 0,3 | 6 | 1,8 | |
| 20/12 | CBKM120F2302 - STUDIO RANDOMIZZATO, IN DOPPIO CIECO, CONTROLLATO VERSUS PLACEBO, DI FASE III, CON BKM120 IN ASSOCIAZIONE A FULVESTRANT IN PAZIENTI IN POST-MENOPAUSA CON CARCINOMA MAMMARIO POSITIVO PER I RECIETTORI ORMONALI HER2 NEGATIVO LOCALMENTE AVANZATO O METASTATICO CHE HA PRESENTATO PROGRESSIONE DURANTE O DOPO TERAPIA CON INIBITORI DELL'AROMATASI | M. DE LAURENTIS | STUDIO MULTICENTRICO SPONSOR NOVARTIS (CRO:OPIS) | FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 18.07.2012 | N. 778 del 26.09.2012 | 11,1 | 4 | 44,4 | |
| 21/12 | MEK116513 - STUDIO DI FASE III RANDOMIZZATO, IN APERTO, DI CONFRONTO TRA L'ASSOCIAZIONE DELL'INIBITORE DI BRAF DABRAFENIB E L'INIBITORE DI MEK TRAMETINIB VERSO L'INIBITORE DI BRAF VEMURAFENIB IN SOGGETTI AFFETTI DA | P. ASCIERTO | STUDIO MULTICENTRICO SPONSOR GSK spa | FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 29.06.2012 | N. 781 del 26.09.2012 | 11,3 | 4 | 45,3 | |

| SPERIMENTAZIONI CLINICHE PROFIT - ANNO 2012 | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|---|-----------------------------------|-----------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|--|
| REG CEI | TITOLO | RESPONSABILE | SPONSOR | PARERE CEI | DELIBERA | CONTRIBUTO PER PAZIENTE €/'000 | N. PZ PREVISTI PER IL CENTRO | IMPORTO PRESUNTO DERIVANTE €/'000 | |
| | MELANOMA CUTANEO METASTATICO NON RESECCABILE (STADIO IIIC) O METASTATICO (STADIO IV) POSITIVO PER LA MUTAZIONE BRAF V600E/K. | | | | | | | | |
| 25/12 | LF-PB/11/04 - A RANDOMIZED, DOUBLE BLIND, DOUBLE-DUMMY, PLACEBO-CONTROLLED, PARALLEL-GROUP STUDY TO EVALUATE THE EFFICACY OF LF-PB 10 MG, 20 MG AND 30 MG TO TREAT LYMPHORRHEA POST AXILLARY DISSECTION IN BREAST CANCER | M. DE LAURENTIIS | STUDIO MULTICENTRICO SPONSOR CHEMI SPA | FAVOREVOLE- SEDUTA DEL 17.09.2012 | N.19 del 09/01/2013 | 5,7 | 10 | 57,1 | |
| 26/12 | BRF114144 - STUDIO DI ROLLOVER PER FORNIRE UNA TERAPIA CONTINUATIVA CON GSK2118436 A SOGGETTI CON TUMORI POSITIVI ALLA MUTAZIONE DI BRAF | P. ASCIERTO | STUDIO MULTICENTRICO SPONSOR GSK spa | FAVOREVOLE- SEDUTA DEL 17.09.2012 | N.169 del 22/02/2013 | 3,0 | 10 | 29,5 | |
| 27/12 | G027826 - STUDIO DI FASE III, RANDOMIZZATO, IN DOPPIO CIECO, CONTROLLATO CON PLACEBO DELLA TERAPIA ADIUVANTE CON VEMURAFENIB (R05185426) IN PAZIENTI CON MELANOMA CUTANEO BRAF-MUTANTE, RESECCATO CHIRURGICAMENTE, AD ALTO RISCHIO DI RECIDIVA | P. ASCIERTO | STUDIO MULTICENTRICO SPONSOR ROCHE | FAVOREVOLE- SEDUTA DEL 17.09.2012 | N. 930 del 29.11.2012 | 11,8 | 5 | 58,9 | |
| 29/12 | TAKEDA - SYSTEMS BIOLOGY FOR PREDICTIVE BIOMARKERS OF RESPONSIVENESS TO CANCER IMMUNOTHERAPY" (MILLENNIUM/TAKEDA GRANT NR. X23002) | L. BUONAGURIO | STUDIO MULTICENTRICO SPONSOR TAKEDA | FAVOREVOLE- SEDUTA DEL 22.10.2012 | N. 953 del 10.12.2012 | 85,3 | 30 | 85,3 | |
| 34/12 | MK3475-002 - STUDIO RANDOMIZZATO DI FASE II CHE CONFRONTA MK-3475 RISPETTO ALLA CHEMIOTERAPIA NEI PAZIENTI AFFETTI DA MELANOMA AVANZATO. | P. ASCIERTO | STUDIO MULTICENTRICO SPONSOR MSD | FAVOREVOLE- SEDUTA DEL 26.11.2012 | N.92 del 28/01/2013 | 20,6 | 7 | 144,5 | |
| 35/12 | M022097 - STUDIO IN APERTO, RANDOMIZZATO, DI FASE IIIB, PER VALUTARE EFFICACIA E SICUREZZA DELLO STANDARD DI TRATTAMENTO +/- IL TRATTAMENTO CONTINUATIVO CON BEVACIZUMAB DOPO LA PROGRESSIONE DELLA MALATTIA (PROGRESSION OF DISEASE, PD), IN PAZIENTI CON TUMORE POLMONARE NON A PICCOLE CELLULE (NON-SMALL CELL LUNG CANCER, NSCLC), NON-SQUAMOSO, IN STADIO AVANZATO, DOPO IL TRATTAMENTO DI PRIMA (1) LINEA CON BEVACIZUMAB PIU' UNA CHEMIOTERAPIA CONTENENTE UNA DOPPETTA A BASE DI PLATINO | A. MORABITO | STUDIO MULTICENTRICO SPONSOR Roche (CRO: Quintiles) | FAVOREVOLE- SEDUTA DEL 26.11.2012 | N.168 del 22/02/2013 | 4,0 | 5 | 20,0 | |
| 36/12 | G028141 - STUDIO DI FASE III, IN DOPPIO CIECO, CONTROLLATO CON PLACEBO DI VEMURAFENIB RISPETTO A VEMURAFENIB PLUS GDC-0973 IN PAZIENTI POSITIVI ALLA MUTAZIONE DI BRAFV600 NON TRATTATI PRECEDENTEMENTE, CON MELANOMA METASTATICO O LOCALMENTE AVANZATO NON RESECCABILE | P. ASCIERTO | STUDIO MULTICENTRICO SPONSOR Roche (CRO: Quintiles) | FAVOREVOLE- SEDUTA DEL 19.12.2012 | N.114 del 01/02/2013 | 9,6 | 1 | 9,6 | |
| 37/12 | 212082-PCR3011 - STUDIO COMPARATIVO, RANDOMIZZATO, IN DOPPIO CIECO SU ZYTIGA (ABIRATERONE ACETATO) PIU' PREDNISONO A BASSO DOSAGGIO PIU' TERAPIA ANDROGENO-SOPPRESSIVA (ADT) RISPETTO A SOLA ADT, IN SOGGETTI CON | G. FACCHINI | STUDIO MULTICENTRICO SPONSOR JANSSEN-CILAG (CRO: LB | FAVOREVOLE- SEDUTA DEL 19.12.2012 | N.172 del 25/02/2013 | 7,5 | 3 | 22,4 | |

| SPERIMENTAZIONI CLINICHE PROFIT - ANNO 2012 | | | | | | | | | |
|---|---|----------------|------------------------------------|------------------------------------|----------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--|
| REG CEI | TITOLO | RESPONSABILE | SPONSOR | PARERE CEI | DELIBERA | CONTRIBUTO PER PAZIENTE €/000 | N. PZ PREVISTI PER IL CENTRO | IMPORTO PRESUNTO DERIVANTE €/000 | |
| | DIAGNOSI RECENTE DI CARCINOMA PROSTATICO METASTATICO NAIVE AL TRATTAMENTO ORMONALE (MHNPC), AD ALTO RISCHIO | | RESEARCH) | | | | | | |
| 39/12 | 20070622 -STUDIO MULTICENTRICO DI FASE III, RANDOMIZZATO, IN DOPPIO CIECO, CONTROLLATO VERSO PLACEBO, CON RILOTUMUMAB (AMG 102) IN COMBINAZIONE CON EPIRUBICINA, CISPLATINO E CAPECTABINA (ECX) COME TERAPIA DI PRIMA LINEA NELL'ADENOCARCINOMA GASTRICO O DELLA GIUNZIONE GASTROESOFAGEA IN STADIO AVANZATO MET-POSITIVO | R.V. IAFFAIOLI | STUDIO MULTICENTRICO SPONSOR AMGEN | FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 19.12.2012 | N.90 del 28/01/2013 | 9,4 | 3 | 28,3 | |
| 43/12 | CA209-037 - STUDIO CLINICO DI FASE III, RANDOMIZZATO, IN APERTO, DI BMS-936558 VERSUS TERAPIA A DISCREZIONE DELLO SPERIMENTATORE IN SOGGETTI AFFETTI DA MELANOMA IN STADIO AVANZATO (NON OPERABILE O METASTATICO) IN PROGRESSIONE DOPO TRATTAMENTO CON ANTI-CTLA-4 | P. ASCIERTO | STUDIO MULTICENTRICO SPONSOR BMS | FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 23.01.2013 | N.158 del 22/02/2013 | 12,2 | 4 | 48,9 | |
| 45/12 | CA209-066 - STUDIO DI FASE 3, RANDOMIZZATO, IN DOPPIO CIECO, CON LA MOLECOLA BMS-936558 VERSO DACARBAZINA, IN SOGGETTI CON MELANOMA METASTATICO O NON OPERABILE NON PRECEDENTEMENTE TRATTATI. | P. ASCIERTO | STUDIO MULTICENTRICO SPONSOR BMS | FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 23.01.2013 | N.206 del 04/03/2013 | 19,9 | 5 | 99,4 | |
| | | | | | | | TOTALE | 1.084,9 | |

Figura 32 – Dettaglio sperimentazioni cliniche PROFIT – anno 2012

| SPERIMENTAZIONI CLINICHE NO-PROFIT - ANNO 2012 | | | | | | | | | |
|--|---|-------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--|
| REG CEI | TITOLO | RESPONSABILE | SPONSOR | PARERE CEI | DELIBERA | CONTRIBUTO PER PAZIENTE €/000 | N. PZ PREVISTI PER IL CENTRO | IMPORTO PRESUNTO DERIVANTE €/000 | |
| 1/12 | MILES-4 - STUDIO MULTICENTRICO RANDOMIZZATO DI FASE III, CON DISEGNO FATTORIALE, DI VALUTAZIONE DELLA EFFICACIA DI PEMETREXED VS. GEMCITABINA, E DELLA EFFICACIA DELLA AGGIUNTA DEL CISPLATINO NEL TRATTAMENTO DEI PAZIENTI ANZIANI CON CARCINOMA POLMONARE NON A PICCOLE CELLULE, AD ISTOTIPO NON SQUAMOSO, IN FASE AVANZATA | M. DI MAIO | STUDIO MULTICENTRICO NO-PROFIT | FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 22.02.2012 | N. 521 del 14.06.2012 | 100,0 | 550 PZ. COMPLESSIVI | 100,0 | |
| 22/12 | MITO-16 MaNGO-OV2 - STUDIO MULTICENTRICO IN PAZIENTI AFFETTE DA CARCINOMA OVARICO STADIO III-IV TRATTATE CON CARBOPLATINO-PACLITAXEL E BEVACIZUMAB IN PRIMA LINEA: VALUTAZIONE DI MARCATORI PROGNOSTICI CLINICI E BIOLOGICI. (A MULTICENTER STUDY IN PATIENTS WITH STAGE III-IV EPITHELIAL OVARIAN CANCER TREATED WITH CARBOPLATIN/PACLITAXEL WITH BEVACIZUMAB: CLINICAL AND BIOLOGICAL PROGNOSTIC FACTORS) | PERRONE - PIGNATA | STUDIO MULTICENTRICO NO-PROFIT | FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 18.07.2012 | N. 774 del 24.09.2012 | 335,0 | 400 PZ. COMPLESSIVI | 335,0 | |
| 41/12 | MITO-16b/MANGO-OV2b/ENGOT-OV17 - STUDIO MULTICENTRICO RANDOMIZZATO DI FASE III CON CHEMIOTERAPIA DI SECONDA LINEA COMBINATA O MENO CON BEVACIZUMAB IN PAZIENTI AFFETTE DA CARCINOMA OVARICO STADIO III-IV CON MALATTIA PLATINO-SENSIBILE PRETRATTATA CON BEVACIZUMAB | PERRONE - PIGNATA | STUDIO MULTICENTRICO NO-PROFIT | FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 19.12.2012 | N.207 del 04/03/2013 | 1.400,0 | 400 PZ. COMPLESSIVI | 1.400,0 | |
| | | | | | | | TOTALE | 1.835,0 | |

Figura 33 - Dettaglio sperimentazioni cliniche No PROFIT - anno 2012

| PROTOCOLLI OSSERVAZIONALI NO-PROFIT - ANNO 2012 | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------|--|---|-----------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--|
| REG CEI | TITOLO | RESPONSABILE | SPONSOR | PARERE CEI | DELIBERA | CONTRIBUTO PER PAZIENTE €/000 | N. PZ PREVISTI PER IL CENTRO | IMPORTO PRESUNTO DERIVANTE €/000 | |
| 13/12 OSS | LATTE - LONG-TERM ANASTROZOLE VERSUS TAMOXIFEN TREATMENT EFFECTS - FOLLOW-UP A LUNGO TERMINE DI PAZIENTI ATAC | M. DE LAURENTIS | STUDIO MULTICENTRICO OSSERVAZIONALE NO-PROFIT INT NAPOLI | PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 29.06.2012 | N. 762 del 18.09.2012 | 0,2 | 18 | 4,5 | |
| 8/12 OSS | ELIOS - I TUMORI NEUROENDOCRINI: VALUTAZIONE DELLA RISPOSTA AL TRATTAMENTO CON ANALOGHI DELLA SOMATOSTATINA ALLA LUCE DELLE NUOVE LINEE GUIDA WHO 2010 | S. TAFUTO | STUDIO MULTICENTRICO OSSERVAZIONALE NO-PROFIT | PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 30.05.2012 | N. 611 del 12.07.2012 | 0,2 | 50 | 12,4 | |
| | | | | | | | TOTALE | 16,9 | |

Figura 34 - Dettaglio studi osservazionali NO PROFIT - anno 2012

| PROTOCOLLI OSSERVAZIONALI PROFIT - ANNO 2012 | | | | | | | | | |
|--|---|--------------|--|---|-----------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--|
| REG CEI | TITOLO | RESPONSABILE | SPONSOR | PARERE CEI | DELIBERA | CONTRIBUTO PER PAZIENTE €/000 | N. PZ PREVISTI PER IL CENTRO | IMPORTO PRESUNTO DERIVANTE €/000 | |
| 5/12 OSS | 13273 - GRIP- STUDIO DI COORTE FARMACOEPIDEMIOLOGICO, PROSPETTICO, NON RANDOMIZZATO, IN APERTO E MULTICENTRICO, VOLTO A VALUTARE, IN BASE A INFORMAZIONI CLINICHE E ISTOPATOLOGICHE SPECIFICHE AI FINI DIAGNOSTICI, L'ENTITÀ DEL RISCHIO POTENZIALE DI SVILUPPARE UNA FIBROSI SISTEMICA NEFROGENICA (NSF) IN SEGUITO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI GADOVIST IN PAZIENTI AFFETTI DA INSUFFICIENZA RENALE MODERATA O GRAVE | A. PETRILLO | STUDIO MULTICENTRICO OSSERVAZIONALE PROFIT PROMOSSO BAYER HEALTHCARE | PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 21.03.2012 | N. 493 del 05.06.2012 | 1,2 | 25 | 30,0 | |
| 10/12 OSS | STELLA - SORAFENIB TREATMENT MODALITIES FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA PATIENTS IN ITALY | F. IZZO | STUDIO MULTICENTRICO OSSERVAZIONALE PROFIT PROMOSSO BAYER SPA | PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 29.06.2012 | N. 748 del 13.09.2012 | 1,0 | 5 | 5,0 | |
| 14/12 OSS | VEG115232 - A PROSPECTIVE OBSERVATIONAL STUDY OF REAL WORLD TREATMENT PATTERNS AND TREATMENT OUTCOMES IN PATIENTS WITH ADVANCED OR METASTATIC RENAL CELL CARCINOMA RECEIVING PAZOPANIB | G. FACCHINI | STUDIO MULTICENTRICO OSSERVAZIONALE PROFIT PROMOSSO GSK | PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 18.07.2012 | N. 778 del 26.09.2012 | 0,9 | 4 | 3,5 | |
| 22/12 OSS | YONDELIS - ET-D-020-12 (Y-IMAGE) - UNO STUDIO NON-INTERVENTISTICO, MULTICENTRICO, PROSPETTICO PER ESAMINARE GLI ESITI TERAPEUTICI COME VALUTATI NELLA NORMALE PRATICA CLINICA IN PAZIENTI CON SARCOMA DEI TESSUTI MOLLI IN STADIO AVANZATO, TRATTATI CON TRABECTEDINA IN BASE AL RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO (SUMMARY OF PRODUCT CHARACTERISTICS, SMP) | G. APICE | STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO NON INTERVENTISTICO SPONSOR PHARMAMAR S.A. | PARERE FAVOREVOLE - SEDUTA DEL 26.11.2012 | N.15 del 09.01.2013 | 1,1 | 2 | 2,2 | |
| | | | | | | | TOTALE | 40,8 | |

Figura 35 - Dettaglio studi osservazionali PROFIT - anno 2012

2.1.3 IL 5 X MILLE

L'Istituto, in seguito alla legge finanziaria 2006, che ha previsto la destinazione del 5 per mille dell'imposta sul reddito delle persone fisiche a sostegno di enti che svolgono attività socialmente rilevanti, è stato inserito nell'elenco dei possibili destinatari dello stesso, in quanto ente di ricerca sanitaria.

I fondi provenienti dal 5 per mille sono 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 s'intendono realizzare, nonché fornire specifico rendiconto sull'utilizzazione degli stessi, nel rispetto di quanto stabilito dalle direttive ministeriali.

L'Istituto ha ricevuto, come finanziamento della ricerca sanitaria derivante dal 5 per mille, gli importi (€/000) riportati nella tabella che segue:

| ANNUALITA' | QUOTA 5 ⁰ /00 DI COMPETENZA €/000 | SOMME INCASSATE €/000 |
|------------|--|--------------------------|
| 2006 | 1.193 | 1193 |
| 2007 | 952 | 952 |
| 2008 | 797 | 797 |
| 2009 | 638 | 638 |
| 2010 | 613 | 613 |
| 2011 | - | - |
| 2012 | - | - |

Figura 36 - Finanziamenti derivanti dal 5 per mille articolati per annualità

Relativamente all'esercizio 2011 e 2012 non è ancora pervenuta la comunicazione del Ministero della Salute di quanto spettante.

Le somme di cui sopra sono state destinate ai seguenti progetti:

- **quota 2006:** è stato acquisto un tomografo a risonanza magnetica da 3.0 Tesla (procedura in corso);
- **quota 2007:** è stata destinata ai seguenti:
 - ✓ DCE-MRI a 3 Tesla: uso del Tamoxifene per la riduzione dei falsi positivi nello studio dei tumori mammari;
 - ✓ valutazione comparativa del ruolo diagnostico e prognostico della risonanza magnetica morfologica e funzionale da 3T nei pazienti con sospetto di tumore prostatico, attraverso la valutazione combinata di: MRS (Magnetic Resonance Spectroscopy), DCE (Dynamic Contrast Magnetic Resonance maging), DVVI-MRI (Diffusion Weighted Magnetic Resonance);
 - ✓ MRI con tomografo da 3T: Tracking e mapping del "Chemo-brain" post - chemioterapia;
- **quota 2008:** è stata destinata al cofinanziamento dell' Officina Farmaceutica Produzione Radiofarmaci INT Pascale (in corso di realizzazione);

- **quota 2009:** è stata destinata al conferimento di contratti di collaborazione per progetti approvati dalla Direzione Generale;

2.1.4 I CONTRIBUTI IN CONTO CAPITALE

Il Ministero della Salute, in sede di ripartizione del fondo della Ricerca Sanitaria, individua le risorse finanziarie da investire nell'acquisto di strumenti ed apparecchiature per la Ricerca, finalizzate al potenziamento del parco tecnologico dell'Istituto e direttamente applicabili a pazienti. L'assegnazione dei fondi è correlata alla valutazione di appositi progetti di ricerca ai quali le apparecchiature risultano funzionali.

I progetti devono essere di ricerca collaborativa (di rete) di tipo traslazionale con una immediata e certa ricaduta sul S.S.N. E' requisito inderogabile, l'integrazione dell'apparecchiatura sul territorio al fine di consentire economie di scala; in concreto, deve prevalere la logica di rete al fine di rendere disponibili queste innovazioni al maggior numero di strutture e di cittadini. A tal fine, per l'Accordo Stato-Regioni, le Regioni di competenza territoriale, finanziano il costo dell'apparecchiatura per il 50%, il Ministero della Salute, pertanto, si farà carico del restante 50% del valore della sola apparecchiatura.

Per l'annualità 2012 il contributo in conto capitale ammonta ad €/000 1.270 relativo al progetto: ***“Utilizzo di una piattaforma robotizzata e altamente innovativa per la rapida valutazione della chemiosensibilità ex vivo di tumori solidi con l'obiettivo di identificare il trattamento più efficace e personalizzare la terapia nelle fasi avanzate della malattia alle esigenze dei singoli pazienti”.***

2.1.5 CONTRIBUZIONE GENERALE DA DONAZIONI E EROGAZIONI LIBERALI

Per il 2012, i contributi provenienti da donazioni ed erogazioni liberali ammontano ad €/000 412, i cui maggiori finanziatori sono rappresentati da famiglie ed imprese.

2.2 IL BILANCIO 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 2012, confrontate con quelle del 2011.

Lo schema di bilancio utilizzato, rispetta quanto stabilito dal Decreto Interministeriale 20 marzo 2013 "Modifica degli schemi dello Stato patrimoniale, del Conto economico e della Nota Integrativa delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale", pubblicato in SO n.30 alla GU-SG n.88 del 15 aprile 2013.

STATO PATRIMONIALE CONSUNTIVO – ATTIVO

| DESCRIZIONE - €/000 | VALORI AL 31.12.2012 (a) | VALORI AL 31.12.2011 (b) | Δ 2012 - 2011 (c=a-b) | Δ% 2012 - 2011 (d=c/b) | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------|--------------|
| A) IMMOBILIZZAZIONI | | | | | | |
| I Immobilizzazioni immateriali | 3.921 | 5.130 | -1.209 | -23,6% | | |
| 1) Costi di Impianto e di ampliamento | - | - | - | - | | |
| 2) Costi di ricerca e sviluppo | 58 | 87 | -29 | -33,6% | | |
| 3) Diritti di brevetto e di utilizzazione delle opere dell'ingegno | 296 | 224 | 72 | 32,3% | | |
| 4) Immobilizzazioni immateriali in corso e acconti | 50 | 1.141 | -1.091 | -95,6% | | |
| 5) Altre immobilizzazioni immateriali | 3.517 | 3.678 | -161 | -4,4% | | |
| II Immobilizzazioni materiali | 48.861 | 39.100 | 9.761 | 25,0% | | |
| 1) Terreni | 1 | 1 | 0 | 14,6% | | |
| <i>a) Terreni disponibili</i> | | | - | - | | |
| <i>b) Terreni indisponibili</i> | 1 | 1 | 0 | 14,6% | | |
| 2) Fabbricati | 13.586 | 7.381 | 6.205 | 84,1% | | |
| <i>a) Fabbricati non strumentali (disponibili)</i> | | | - | - | | |
| <i>b) Fabbricati strumentali (indisponibili)</i> | 13.586 | 7.381 | 6.205 | 84,1% | | |
| 3) Impianti e macchinari | 9.181 | 693 | 8.488 | 1224,8% | | |
| 4) Attrezzature sanitarie e scientifiche | 11.124 | 10.568 | 556 | 5,3% | | |
| 5) Mobili e arredi | 1.763 | 1.409 | 354 | 25,1% | | |
| 6) Automezzi | 10 | 17 | -7 | -40,9% | | |
| 7) Oggetti d'arte | - | - | - | - | | |
| 8) Altre immobilizzazioni materiali | 531 | 438 | 93 | 21,3% | | |
| 9) Immobilizzazioni materiali in corso e acconti | 12.664 | 18.593 | -5.929 | -31,9% | | |
| | Entro 12 mesi | Oltre 12 mesi | | | | |
| III Immobilizzazioni finanziarie (con separata indicazione, per ciascuna voce dei crediti, degli importi esigibili entro l'esercizio successivo) | - | - | 100 | 96 | 4 | 4,2% |
| 1) Crediti finanziari | - | - | - | - | - | - |
| <i>a) Crediti finanziari v/Stato</i> | | | - | - | - | - |
| <i>b) Crediti finanziari v/Regione</i> | | | - | - | - | - |
| <i>c) Crediti finanziari v/partecipate</i> | | | - | - | - | - |
| <i>d) Crediti finanziari v/altri</i> | | | - | - | - | - |
| 2) Titoli | 100 | 96 | 4 | 4,2% | | |
| <i>a) Partecipazioni</i> | 100 | 96 | 4 | 4,2% | | |
| <i>b) Altri titoli</i> | | | - | - | | |
| Totale A) | 52.882 | 44.326 | 8.556 | 19,3% | | |
| B) ATTIVO CIRCOLANTE | | | | | | |
| I Rimanenze | 2.415 | 2.283 | 132 | 5,8% | | |
| 1) Rimanenze beni sanitari | 2.275 | 2.148 | 127 | 5,9% | | |
| 2) Rimanenze beni non sanitari | 140 | 135 | 5 | 3,7% | | |
| 3) Acconti per acquisti beni sanitari | | | - | - | | |
| 4) Acconti per acquisti beni non sanitari | | | - | - | | |
| | Entro 12 mesi | Oltre 12 mesi | | | | |
| II Crediti (con separata indicazione, per ciascuna voce, degli importi esigibili oltre l'esercizio successivo) | 100.982 | 11.500 | 112.482 | 83.797 | 28.685 | 34,2% |
| 1) Crediti v/Stato | 3.152 | - | 3.152 | 1.535 | 1.617 | 105,3% |
| <i>a) Crediti v/Stato parte corrente</i> | - | - | - | - | - | - |
| 1) Crediti v/Stato per spesa corrente e acconti | - | - | - | - | - | - |

| | | | | | | |
|--|--------|--------|----------------|----------------|---------------|--------------|
| 2) Crediti v/Stato - altro | - | - | - | - | - | - |
| b) Crediti v/Stato investimenti | 1.987 | - | 1.987 | 387 | 1.600 | 413,4% |
| c) Crediti v/Stato per ricerca | 1.165 | - | 1.165 | 1.148 | 17 | 1,5% |
| 1) Cred. v/Minist. della Salute per ricerca corrente | 1.064 | . | 1.064 | 1.047 | 17 | 1,6% |
| 2) Cred. v/Minist. della Salute per ricerca finalizz. | 101 | - | 101 | 101 | - | 0,0% |
| 3) Cred. v/Stato per ricerca - altre Amministr.az. | - | - | - | - | - | - |
| 4) Crediti v/Stato - investimenti per ricerca | - | - | - | - | - | - |
| d) Crediti v/Prefetture | - | - | - | - | - | - |
| 2) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma | 88.697 | 11.500 | 100.197 | 74.725 | 25.472 | 34,1% |
| a) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma - parte corrente | 70.414 | - | 70.414 | 73.488 | -3.074 | -4,2% |
| 1) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente | 70.385 | - | 70.385 | 73.457 | -3.072 | -4,2% |
| a) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario ordinario corrente | 61.239 | - | 61.239 | 64.253 | -3.014 | -4,7% |
| b) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente LEA | - | - | - | - | - | - |
| c) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente extra LEA | - | - | - | - | - | - |
| d) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente - altro | 9.146 | - | 9.146 | 9.204 | -58 | -0,6% |
| 2) Crediti v/Reg. o Prov. Auton. Per ricerca | 29 | - | 29 | 31 | -2 | -6,5% |
| b) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma - patrimonio netto | 18.283 | 11.500 | 29.783 | 1.237 | 28.546 | 2307,7% |
| 1) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento per investimenti | 18.283 | 11.500 | 29.783 | 1.237 | 28.546 | 2307,7% |
| 2) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per incremento fondo di dotazione | - | - | - | - | - | - |
| 3) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ripiano perdite | - | - | - | - | - | - |
| 4) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ricostituzione risorse da investimenti esercizi precedenti | - | - | - | - | - | - |
| 3) Crediti v/Comuni | - | - | - | - | - | - |
| 4) Crediti v/aziende sanitarie pubbliche e acconto quota FSR da distribuire | 1.130 | - | 1.130 | 1.331 | -201 | -15,1% |
| a) Crediti v/aziende sanitarie pubbliche della Regione | 1.119 | - | 1.119 | 1.320 | -201 | -15,2% |
| b) Crediti v/aziende sanitarie pubbliche fuori Regione | 11 | - | 11 | 11 | - | 0,0% |
| 5) Crediti v/società partecipate e/o enti dipendenti della Regione | - | - | - | - | - | - |
| 6) Crediti v/Erario | 12 | - | 12 | 23 | -11 | -47,8% |
| 7) Crediti v/altri | 7.991 | - | 7.991 | 6.183 | 1.808 | 29,2% |
| III Attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni | | | - | - | - | - |
| 1) Partecipazioni che non costituiscono immobilizzazioni | | | - | - | - | - |
| 2) Altri titoli che non costituiscono immobilizzazioni | | | - | - | - | - |
| IV Disponibilità liquide | | | 21.654 | 19.180 | 2.474 | 12,9% |
| 1) Cassa | | | 82 | 80 | 2 | 2,5% |
| 2) Istituto Tesoriere | | | 21.563 | 19.094 | 2.469 | 12,9% |
| 3) Tesoreria Unica | | | - | - | - | - |
| 4) Conto corrente postale | | | 9 | 6 | 3 | 50,0% |
| Totale B) | | | 136.551 | 105.260 | 31.291 | 29,7% |

| C) RATEI E RISCONTI ATTIVI | | | | |
|---------------------------------------|----------------|----------------|---------------|---------------|
| I Ratei attivi | | | - | - |
| II Risconti attivi | 0,346 | 16 | -16 | -97,8% |
| Totale C) | 0,346 | 16 | -16 | -97,8% |
| TOTALE ATTIVO (A+B+C) | | | | |
| | 189.433 | 149.602 | 39.831 | 26,6% |
| D) CONTI D'ORDINE | | | | |
| 1) Canoni di leasing ancora da pagare | - | - | - | - |
| 2) Depositi cauzionali | - | - | - | - |
| 3) Beni in comodato | - | - | - | - |
| 4) Altri conti d'ordine | - | - | - | - |
| Totale D) | - | - | - | - |

Figura 37 - 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 2012, le risultanze dell'inventario dei beni acquisiti negli anni precedenti ed esistenti al 31.12.2011. Risulta, rispetto al 2011 un incremento netto di €/000 8.555 (19,30%);
- il valore dell'*attivo circolante*, presenta un incremento rispetto al 2011 di €/000 31.291 (29,7%). In particolare il magazzino presenta una variazione positiva di €/000 133, dovuta ad un incremento delle scorte sanitarie e di quelle non sanitarie. Rispetto al 2011 i crediti evidenziano un incremento netto di €/000 28.685 (34,20%) dovuti principalmente ai crediti verso Regione o Provincia Autonoma che si sono incrementati di €/000 25.472 (34,1%),
- le *disponibilità liquide* rispetto all'esercizio 2011 risultano aumentate di €/000 2.473 (12,90%).

Il grafico che segue riporta l'andamento delle principali voci dello stato patrimoniale attivo mettendo a confronto le risultanze del 2012 con quelle del 2011.

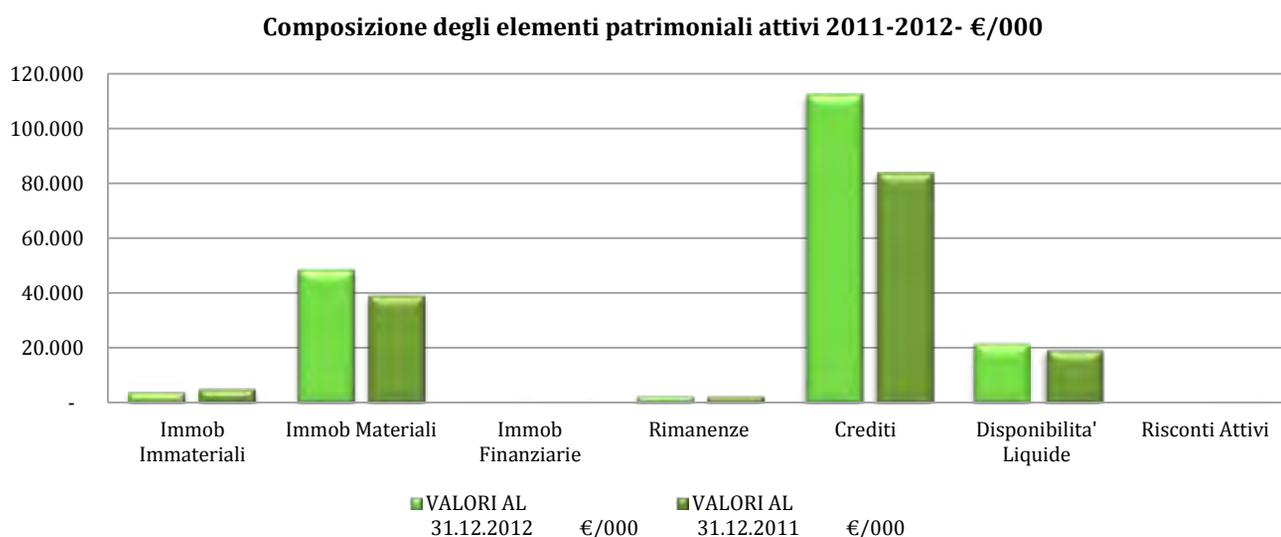


Figura 38 - Composizione degli elementi patrimoniali attivi 2011 e 2012

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 verificarne l'andamento per le varie voci patrimoniali passive, permettendo di individuare quali dovrebbero essere gli interventi correttivi da effettuare.

Di seguito, si riportano le risultanze patrimoniali passive 2012 confrontate con quelle del 2011.

Si rappresenta che lo schema di bilancio utilizzato, rispetta quanto stabilito dal Decreto Interministeriale 20 marzo 2013 "Modifica degli schemi dello Stato patrimoniale, del Conto economico e della Nota Integrativa delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale", pubblicato in SO n.30 alla GU-SG n.88 del 15 aprile 2013.

| STATO PATRIMONIALE CONSUNTIVO - PASSIVO | | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| DESCRIZIONE - €/000 | VALORI AL 31.12.2012 (a) | VALORI AL 31.12.2011 (b) | Δ 2012 - 2011 (c=a-b) | Δ% 2012 - 2011 (d=c/b) |
| A) PATRIMONIO NETTO | | | | |
| I Fondo di dotazione | 16.225 | 5.551 | 10.674 | 192,3% |
| II Finanziamenti per investimenti | 47.526 | 17.404 | 30.122 | 173,1% |
| 1) Finanziamenti per beni di prima dotazione | - | - | - | - |
| 2) Finanziamenti da Stato per investimenti | 9.411 | 8.686 | 725 | 8,3% |
| a) Finanziamenti da Stato ex art. 20 Legge 67/88 | - | - | - | - |
| b) Finanziamenti da Stato per ricerca | - | - | - | - |
| c) Finanziamenti da Stato - altro | 9.411 | 8.686 | 725 | 8,3% |
| 3) Finanziamenti da Regione per investimenti | 38.115 | 8.718 | 29.397 | 337,2% |
| 4) Finanziamenti da altri soggetti pubblici per investimenti | - | - | - | - |
| 5) Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in conto esercizio | - | - | - | - |
| III Riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimenti | 306 | 320 | -14 | -4,4% |
| IV Altre riserve | 9.672 | - | 9.672 | - |
| V Contributi per ripiano perdite | - | - | - | - |
| VI Utili (perdite) portati a nuovo | -1.394 | -15.307 | -16.701 | -109,1% |
| VII Utile (perdita) dell'esercizio | 202 | 5.040 | -4.838 | -96,0% |
| Totale A) | 72.537 | 43.622 | 28.915 | 66,3% |
| B) FONDI PER RISCHI ED ONERI | | | | |
| 1) Fondi per imposte, anche differite | - | - | - | - |
| 2) Fondi per rischi | 7.732 | 9.726 | -1.994 | -20,5% |
| 3) Fondi da distribuire | - | - | - | - |
| 4) Quota inutilizzata contributi di parte corrente vincolati | 20.791 | - | 20.791 | - |
| 5) Altri fondi oneri | 3.087 | 2.952 | 135 | 4,6% |
| Totale B) | 31.610 | 12.678 | 18.932 | 149,3% |
| C) TRATTAMENTO FINE RAPPORTO | | | | |
| 1) Premi operosità | - | - | - | - |
| 2) TFR personale dipendente | - | - | - | - |
| Totale C) | - | - | - | - |

| - | | | | | | |
|--|------------------|------------------|----------------|----------------|---------------|--------------|
| D) DEBITI (con separata indicazione, per ciascuna voce, degli importi esigibili oltre l'esercizio successivo) | | | | | | |
| | Entro 12 mesi | Oltre 12 mesi | | | | |
| 1) Mutui passivi | - | - | - | - | - | - |
| 2) Debiti v/Stato | - | - | - | - | - | - |
| 3) Debiti v/Regione o Provincia Autonoma | 770 | - | 770 | 4.123 | -3.353 | -81,3% |
| 4) Debiti v/Comuni | - | - | - | - | - | - |
| 5) Debiti v/aziende sanitarie pubbliche | 50 | - | 50 | 52 | -2 | -3,8% |
| a) Debiti v/aziende sanitarie pubbliche della Regione per spesa corrente e mobilità | - | - | - | - | - | - |
| b) Debiti v/aziende sanitarie pubbliche della Regione per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente LEA | - | - | - | - | - | - |
| c) Debiti v/aziende sanitarie pubbliche della Regione per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente extra LEA | - | - | - | - | - | - |
| d) Debiti v/aziende sanitarie pubbliche della Regione per altre prestazioni | 50 | - | 50 | 52 | -2 | -3,8% |
| e) Debiti v/aziende sanitarie pubbliche della Regione per versamenti a patrimonio netto | - | - | - | - | - | - |
| f) Debiti v/aziende sanitarie pubbliche fuori Regione | - | - | - | - | - | - |
| 6) Debiti v/società partecipate e/o enti dipendenti della Regione | - | - | - | - | - | - |
| 7) Debiti v/fornitori | 59.362 | 5.873 | 65.235 | 51.647 | 13.588 | 26,3% |
| 8) Debiti v/Istituto Tesoriere | 0,026 | - | 0,026 | 0,469 | 0,44 | -94,5% |
| 9) Debiti tributari | 2.150 | - | 2.150 | 1.520 | 630 | 41,4% |
| 10) Debiti v/altri finanziatori | - | - | - | - | - | - |
| 11) Debiti v/istituti previdenziali, assistenziali e sicurezza sociale | 2.206 | - | 2.206 | 2.072 | 134 | 6,5% |
| 12) Debiti v/altri | 6.066 | - | 6.066 | 5.389 | 677 | 12,6% |
| Totale D) | 70.604 | 5.873 | 76.477 | 64.803 | 11.674 | 18,0% |
| E) RATEI E RISCONTI PASSIVI | | | | | | |
| 1) Ratei passivi | - | - | - | - | - | - |
| 2) Risconti passivi | - | - | 8.810 | 28.499 | -19.689 | -69,1% |
| Totale E) | - | - | 8.810 | 28.499 | -19.689 | -69,1% |
| TOTALE PASSIVO E PATRIMONIO NETTO (A+B+C+D+E) | | | 189.434 | 149.602 | 39.832 | 26,6% |
| F) CONTI D'ORDINE | | | | | | |
| 1) Canoni di leasing ancora da pagare | - | - | 2.306 | 3.109 | -803 | -25,8% |
| 2) Depositi cauzionali | - | - | - | - | - | - |
| 3) Beni in comodato | - | - | - | - | - | - |
| 4) Altri conti d'ordine | - | - | - | - | - | - |
| Totale F) | - | - | 2.306 | 3.109 | -803 | -25,8% |

Figura 39 - Stato patrimoniale consuntivo – Passivo

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

- il *patrimonio netto* risente dei benefici del processo di autofinanziamento già iniziato nel 2007, incrementandosi dunque, rispetto al 2011 di €/000 28.915 (66,3%) a causa soprattutto della rilevazione dei contributi ex art. 20 della L.67/88 – II fase pari a circa (€/000 20.500) e dei contributi regionali finalizzati al Centro di Ricerche Oncologiche di Mercogliano (€/000 8.380). Per effetto del processo di autofinanziamento e in conformità ai principi e a quanto deliberato dal Management Strategico dell'Istituto, si è provveduto a girocontare dalla Riserva "Utili portati a nuovo" al "Fondo di Dotazione" quella parte di utili di esercizi precedenti (€/000 10.674) che hanno finanziato alcuni progetti strategici di investimento, per i quali è stato

già ricevuto il corrispondente fatturato. Per la parte residua degli utili, si è provveduto correttamente a girocontare la somma (€/000 9.672) dalla Riserva “*Utili portati a nuovo*” alla voce “*Riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimenti*”;

- il *fondo rischi ed oneri* presenta rispetto al 2011 un incremento netto pari a €/000 11.673 (18,01%). Va evidenziato il giroconto a ricavi (€/000 2.962) di fondi ritenuti eccedenti rispetto al bisogno, a seguito di una puntuale valutazione del rischio di soccombenza nel contenzioso con il personale dipendente e nel contenzioso civile in genere. Con specifico riferimento al Fondo per quote inutilizzate di contributi di parte corrente, che nel 2011 non presentava alcun valore, nel 2012 risulta essere pari a €/000 20.791;
- i *debiti* evidenziano rispetto al 2011 un incremento di €/000 14.104 (21,78 %) per lo più dovuto all’aumento dell’esposizione debitoria commerciale, frutto anche del processo di aggiornamento tecnologico e della conseguente crescita delle dimensioni aziendali;
- i *ratei e risconti passivi* mostrano un decremento rispetto all’esercizio precedente di €/000 19.689 (69,09%) dovuto soprattutto al giroconto effettuato al “Fondo per quote inutilizzate contributi di parte corrente”, in applicazione delle disposizioni di cui al D.Lgs. 118/2011.

Di seguito si riporta l’andamento delle principali voci dello stato patrimoniale passivo, mettendo a confronto le risultanze del 2012 con quelle del 2011.

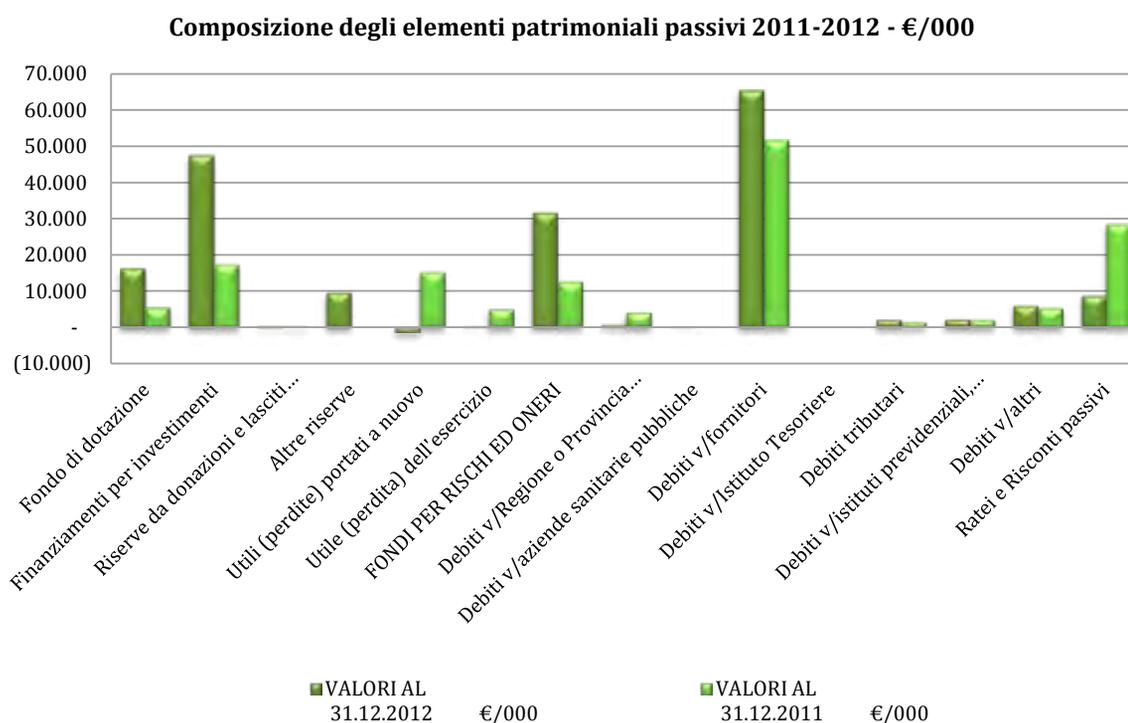


Figura 40 - Composizione degli elementi patrimoniali passivi 2011 e 2012

2.2.1.3 IL PROSPETTO INFORMATIVO SUL PATRIMONIO

L’Istituto pone in essere una politica patrimoniale orientata ad assicurare la congruità della dotazione patrimoniale con gli obiettivi sanitari e scientifici, e con la missione attribuita allo stesso dalla vigente normativa. Di seguito si riporta il prospetto informativo sul patrimonio dell’Istituto:

| DESCRIZIONE - €/000 | 2012 | 2011 | 2010 | 2009 |
|---|--------|--------|--------|--------|
| A) INVENTARIO DEI BENI | | | | |
| • Beni di terzi | 3.517 | 3.678 | 3.887 | 4.096 |
| • Beni patrimoniali indisponibili | 13.586 | 7.380 | 6.775 | 6.730 |
| • Beni del patrimonio disponibile | 22.609 | 13.126 | 12.522 | 12.798 |
| B) VALORI DI PARTICOLARI CATEGORIE DI BENI | | | | |
| • I titoli, le partecipazioni e gli strumenti finanziari innovativi | 100 | 96 | 96 | 96 |
| • Le immobilizzazioni immateriali (brevetti, know-how, etc.) | 354 | 311 | 231 | 122 |
| • Le immobilizzazioni in corso | 12.714 | 19.734 | 13.669 | 9.892 |
| C) ALTRI VALORI DEL PATRIMONIO | | | | |
| • Patrimonio utilizzato da terzi per attività non istituzionale | - | - | - | - |
| • Beni di maggior pregio artistico-storico | - | - | - | - |
| • Patrimonio netto | 72.537 | 43.622 | 40.502 | 39.196 |
| D) IMPEGNI ED ALTRI VALORI | | | | |
| • Debiti a medio/lungo termine (fondi per rischi e oneri) | 31.610 | 12.678 | 11.444 | 12.950 |
| • Debiti a breve (scadenza entro i 12 mesi) | 70.604 | 64.804 | 60.012 | 67.313 |
| • Debiti fuori bilancio da riconoscere | - | - | - | - |
| • Altri impegni | 2.306 | 3.109 | - | - |
| • Ammortamento di beni | 8.522 | 4.202 | 4.258 | 3.891 |
| • Gestione finanziaria | 1 | 4 | 76 | 204 |

Figura 41 – Prospetto informativo sul patrimonio e su altri beni e impegni

Tale prospetto informativo sul patrimonio, ben evidenzia quello che è il processo di aggiornamento tecnologico in essere in questi anni nell'Istituto; processo in parte autofinanziato con gli utili degli esercizi degli anni precedenti (2007-2011) che si concretizza in un sensibile incremento del valore dei cespiti e in un altrettanto sensibile incremento del valore dell' *equity*.

Da un punto di vista dell'esposizione debitoria a breve, la stessa viene di conseguenza incrementata, anche se in misura meno che proporzionale rispetto agli impieghi sia di parte capitale che di parte corrente, grazie ad una puntuale e costante attività di pagamento dei fornitori.

Per quanto concerne, poi, i fondi per rischi ed oneri, il notevole incremento è esclusivamente legato all'incremento del fondo per quote inutilizzate di contributi di parte corrente, movimentato in entrata nel 2012 con un giroconto dai risconti passivi in ossequio alle nuove disposizione contabili introdotta dal D.Lgs 118/2011.

Il valore degli ammortamenti è pressoché raddoppiato in conseguenza del citato incremento delle acquisizioni e in conseguenza dell'applicazione delle nuove aliquote previste dal D.Lgs 118/2011 e dalla L.228 del 24/12/2012 (Legge di Stabilità anno 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 (2012), si riporta per singola voce di costo e di ricavo, la capacità di previsione rispetto all'andamento effettivo della gestione.

| CONTO ECONOMICO ESERCIZIO 2012 - PREVISIONALE E CONSUNTIVO | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--|
| DESCRIZIONE - €/000 | VALORI DA PREVISIONI (a) | VALORI DA CONSUNTIVO (b) | Δ CONS - PREV (c=b-a) | LIVELLO COPERT. DELLE PREVISIONI (%=c/b) |
| A) Valore della produzione | | | | |
| A.1) Contributi in c/esercizio | 105.907 | 103.538 | (2.369) | -2,29% |
| A.2) Proventi e ricavi diversi | 11.082 | 15.413 | 4.331 | 28,10% |
| A.3) Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche | 860 | 1.204 | 344 | 28,57% |
| A.4) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket) | 1.650 | 1.522 | (128) | -8,41% |
| A.5) Costi capitalizzati | 5.670 | 2.691 | (2.979) | -110,70% |
| Totale valore della produzione (A) | 125.169 | 124.368 | (801) | -0,64% |
| B) Costi della produzione | | | | |
| B.1) Acquisti di beni | 37.793 | 36.436 | (1.357) | -3,72% |
| B.2) Acquisti di servizi | 17.815 | 18.492 | 677 | 3,66% |
| B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata) | 3.567 | 3.421 | (146) | -4,27% |
| B.4) Godimento di beni di terzi | 1.622 | 1.573 | (49) | -3,12% |
| B.5) Personale del ruolo sanitario | 44.840 | 43.409 | (1.431) | -3,30% |
| B.6) Personale del ruolo professionale | 454 | 397 | (57) | -14,36% |
| B.7) Personale del ruolo tecnico | 1.841 | 1.364 | (477) | -34,97% |
| B.8) Personale del ruolo amministrativo | 3.751 | 3.646 | (105) | -2,88% |
| B.9) Oneri diversi di gestione | 1.291 | 1.145 | (146) | -12,75% |
| B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali | 652 | 337 | (315) | -93,47% |
| Totale Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali | 6.431 | 8.187 | 1.756 | 21,45% |
| B.11) Ammortamento dei fabbricati | 530 | 575 | 45 | 7,83% |
| B.12) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali | 5.901 | 7.612 | 1.711 | 22,48% |
| B.13) Svalutazione dei crediti | - | - | - | 0,00% |
| B.14) Variazione delle rimanenze | - | (134) | (134) | 100,00% |
| B.15) Accantonamenti tipici dell'esercizio | 1.102 | 3.413 | 2.311 | 67,71% |
| Totale costi della produzione (B) | 121.159 | 121.686 | 527 | 0,43% |
| C) Proventi e oneri finanziari | | | | |
| C.1) Interessi attivi | - | - | - | - |
| C.2) Altri proventi | - | - | - | - |
| C.3) Interessi passivi | - | - | - | - |
| C.4) Altri oneri | 5.000 | 1 | (4.999) | -499900,00% |
| Totale proventi e oneri finanziari (C) | (5.000) | (1) | 4.999 | -499900,00% |
| 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 | - | 1.614 | 1.614 | 1 |
| E.2) Oneri straordinari | - | 231 | 231 | 100,00% |

| | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|----------------|
| Totale proventi e oneri straordinari (E) | - | 1.383 | 1.383 | 100,00% |
| Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E) | 4.004 | 4.064 | 60 | 1,48% |
| Imposte e tasse | | | | |
| Y.1) IRAP | | 3.851 | 3.851 | 100,00% |
| Y.2) IRES | | 11 | 11 | 100,00% |
| Totale imposte e tasse | 3.996 | 3.862 | (134) | -3,47% |
| RISULTATO DI ESERCIZIO | 8 | 202 | 194 | 96,04% |

Figura 42 - Conto economico esercizio 2012 – previsionale e consuntivo

Si evidenzia che fondamento delle previsioni è stato il protocollo d'intesa stipulato in data 26/03/2010 tra la Regione Campania e l'Istituto per il triennio 2010-2012.

L'attenzione è dunque focalizzata sull'anno 2012, essendo gli anni 2013 e 2014 stati ritenuti più o meno in linea con il 2012 stesso, al netto di un tasso inflattivo medio previsto nella misura del 1,5 % annuo. Per il 2013 e 2014, si è assunta ad ipotesi la prorogatio del citato protocollo.

Anche per il 2012, è stata prevista la realizzazione dell'utile di (€/000 8) al netto di Irap e Ires, e per conseguenza:

- un valore della produzione pari a €/000 125.169, che risulta incrementato di circa il 3% (€/000 4.160) rispetto a €/000 121.008 del preconsuntivo 2011;
- da costi operativi pari a €/000 121.159, dove si evince che il costo del lavoro (€/000 50.886) incide per il 42% sul totale dei costi operativi e per il 41% sul valore della produzione. Rispetto al consuntivo 2010 (€/000 48.653) e al preconsuntivo 2011 (€/000 48.952) l'incremento è legato al piano di assunzioni dell'Istituto in coerenza con il nuovo piano organizzativo dello stesso, che vede nei Dipartimenti d'Organo la novità e la caratterizzazione più significative;
- da una gestione finanziaria negativa pari a €/000 5 e da una gestione fiscale pari a €/000 3.996. Dall'analisi dei dati sopra riportati, emerge come la realizzazione dell'utile sia 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.

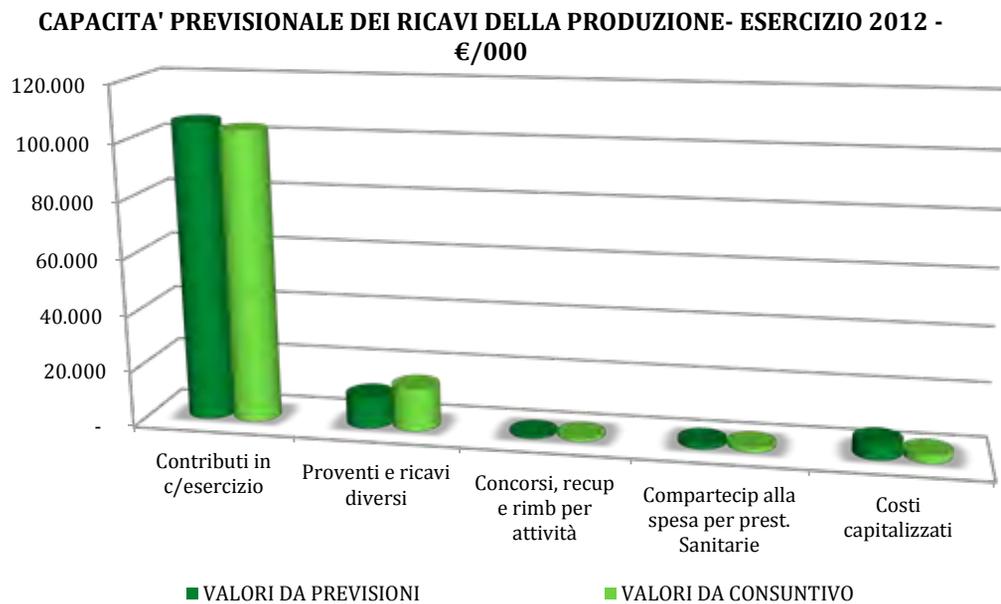


Figura 43 - Capacità previsionale dei ricavi della produzione (Esercizio 2012)

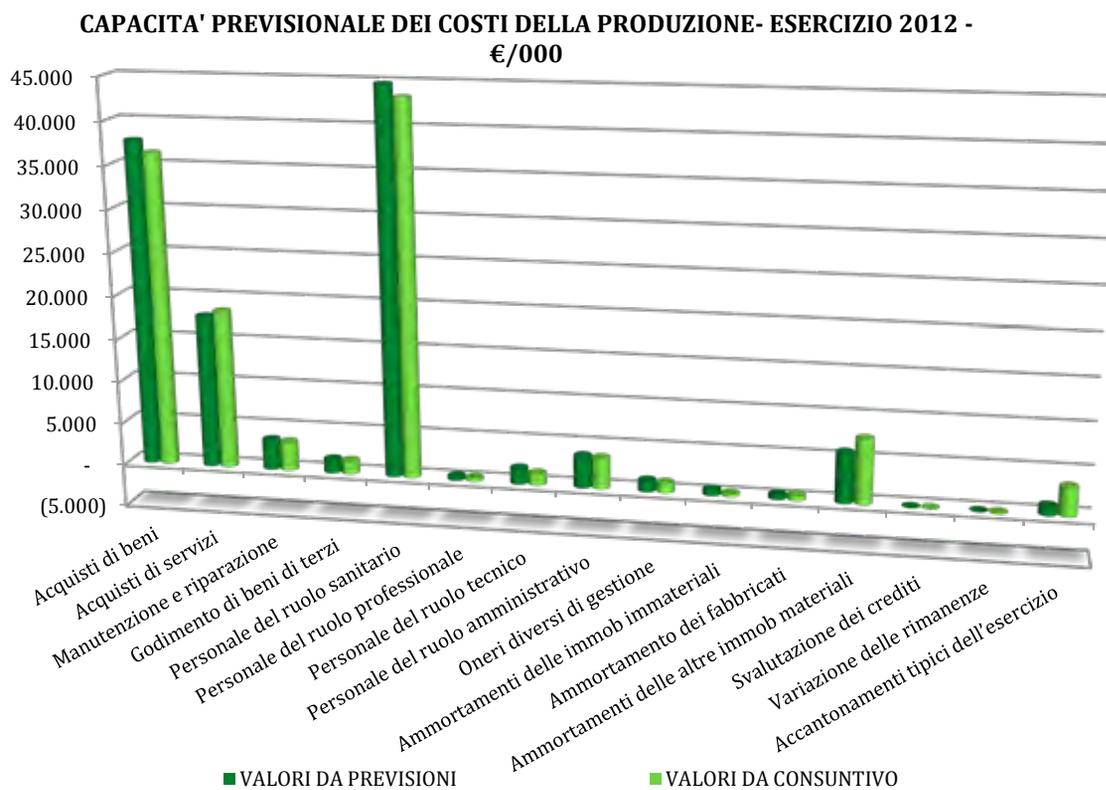


Figura 44 - Capacità previsionale dei costi della produzione (Esercizio 2012)

2.2.2.2 IL CONTO ECONOMICO CONSUNTIVO

Prima di passare all'esame analitico delle singole componenti economiche del reddito, va evidenziato che il Decreto interministeriale del 15 giugno 2012 – GU n. 159 del 10 luglio 2012 e il Decreto interministeriale del 20 marzo 2013 – GU n. 88 del 15 aprile 2013, attuazione del D.Lgs 118/2011, hanno previsto, tra l'altro, l'utilizzazione di nuovi criteri di riclassifica di alcune voci economiche e patrimoniali del bilancio di esercizio. Al fine dunque di rendere efficace e leggibile la comparazione rispetto al consuntivo 2011, si è operata la riclassificazione dei conti economici interessati.

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 2012 e l'esercizio 2011.

| CONTO ECONOMICO D'ESERCIZIO CONSUNTIVO | | | | |
|--|---|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| DESCRIZIONE - €/000 | VALORI AL 31.12.2012 (a) | VALORI AL 31.12.2011 (b) | Δ 2012 - 2011 (c=a-b) | Δ% 2011 - 2010 (d=c/b) |
| A) Valore della produzione | | | | |
| A.1) Contributi in c/esercizio | 103.538 | 102.950 | 588 | 0,57% |
| A.2) Utilizzo fondi per quote inut.te | 190 | | 190 | 0,00% |
| A.3) Ricavi per prestazioni sanitarie | 12.383 | 11.523 | 860 | 7,46% |
| A.4) Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche | 1.204 | 767 | 437 | 56,98% |
| A.5) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket) | 1.522 | 1.450 | 72 | 4,97% |
| A.6) Quota contributi in c/capitale | 2.499 | 2.586 | (87) | -3,36% |
| A.7) Altri ricavi e proventi | 3.030 | 109 | 2.921 | 2679,82% |
| Totale valore della produzione (A) | 124.366 | 119.385 | 4.981 | 4,17% |
| B) Costi della produzione | | | | |
| B.1) Acquisti di beni | 36.436 | 35.807 | 629 | 1,76% |
| B.2) Acquisti di servizi | 18.492 | 16.920 | 1.572 | 9,29% |
| B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata) | 3.421 | 3.020 | 401 | 13,28% |
| B.4) Godimento di beni di terzi | 1.573 | 1.487 | 86 | 5,78% |
| B.5) Personale del ruolo sanitario | 43.409 | 42.993 | 416 | 0,97% |
| B.6) Personale del ruolo professionale | 397 | 425 | (28) | -6,59% |
| B.7) Personale del ruolo tecnico | 1.364 | 1.547 | (183) | -11,83% |
| B.8) Personale del ruolo amministrativo | 3.646 | 3.369 | 277 | 8,22% |
| B.9) Oneri diversi di gestione | 1.145 | 1.238 | (93) | -7,51% |
| B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali | 337 | 334 | 3 | 0,90% |
| Totale Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali | 8187 | 3868 | 4319 | 1 |
| B.11) Ammortamento dei fabbricati | 575 | 269 | 306 | 113,75% |
| B.12) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali | 7.612 | 3.599 | 4.013 | 111,50% |
| B.13) Svalutazione dei crediti | - | 458 | (458) | |
| B.14) Variazione delle rimanenze | (134) | (489) | 355 | -72,60% |
| B.15) Accantonamenti tipici dell'esercizio | 3.413 | 2.448 | 965 | 39,42% |
| Totale costi della produzione (B) | 121.686 | 113.425 | 8.261 | 7,28% |
| C) Proventi e oneri finanziari | | | | |
| C.1) Interessi attivi | - | - | - | 0,00% |

| | | | | |
|--|--------------|--------------|----------------|----------------|
| C.2) Altri proventi | - | - | - | 0,00% |
| C.3) Interessi passivi | - | - | - | 0,00% |
| C.4) Altri oneri | 1 | 4 | (3) | -75,00% |
| Totale proventi e oneri finanziari (C) | (1) | (4) | 3 | -75,00% |
| 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 | 1.614 | 5.083 | (3.469) | -68,25% |
| E.2) Oneri straordinari | 231 | 2.225 | (1.994) | -89,62% |
| Totale proventi e oneri straordinari (E) | 1.383 | 2.858 | (1.475) | -51,61% |
| Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E) | 4.064 | 8.815 | (4.751) | -53,90% |
| Imposte e tasse | | | | |
| Y.1) IRAP | 3.851 | 3.764 | 87 | 2,31% |
| Y.2) IRES | 11 | 11 | - | 0,00% |
| Totale imposte e tasse | 3.862 | 3.775 | 87 | 2,30% |
| RISULTATO DI ESERCIZIO | 202 | 5040 | -4838 | -95,99% |

Figura 45 - Conto economico d'esercizio consuntivo (2011-2012)

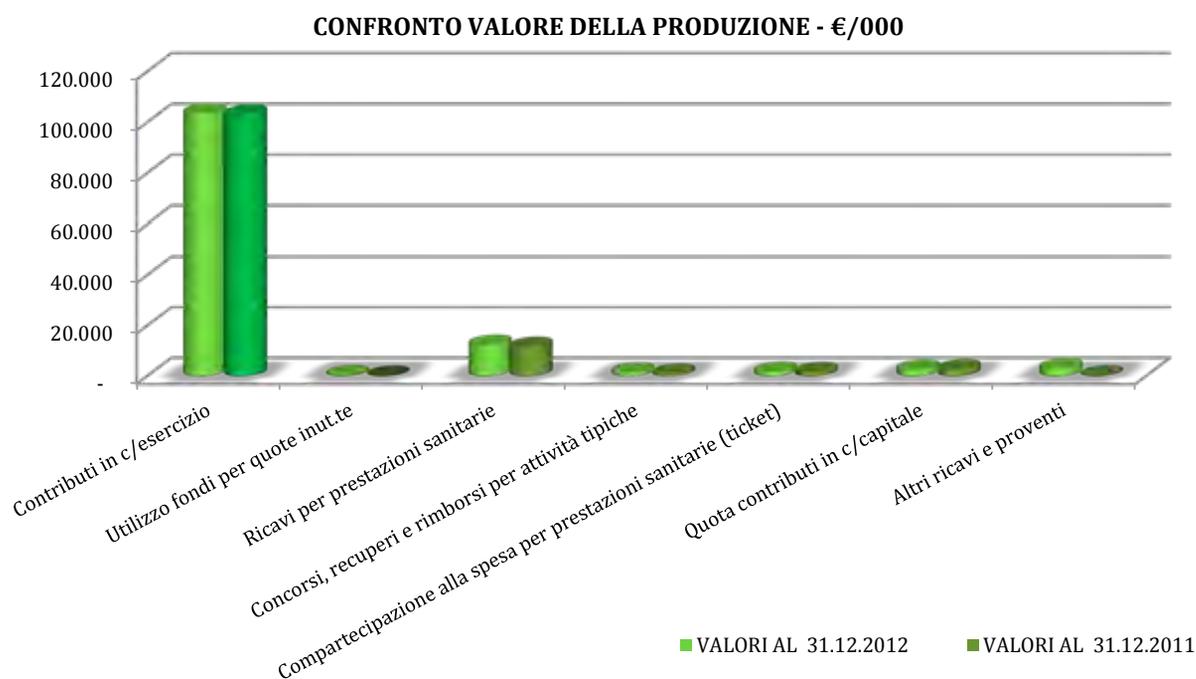


Figura 46 - Confronto Valore della Produzione (2011 - 2012)

Dall'analisi del grafico sopra riportato, si evince che la distribuzione del valore della produzione nell'esercizio 2012 ha subito un incremento rispetto all'esercizio 2011. 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 47 - Confronto Costi della Produzione (2011-2012)

2.3 IL CONTO ECONOMICO 2012 A VALORE AGGIUNTO

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

Il processo di calcolo riclassifica i dati del conto economico, in modo da evidenziare la produzione e la successiva distribuzione del valore aggiunto agli *stakeholders* di riferimento.

Il concetto di Valore Aggiunto in questo ambito, identifica l'insieme di quelle risorse o grandezze o differenze economiche, con le quali è possibile remunerare i singoli fattori produttivi quali componenti fondamentali della produzione del sistema aziendale sanitario.

Si tratta di una grandezza che, in realtà, permette valutazioni anche sulle scelte di esternalizzazione effettuate dalle aziende, o meglio sul livello di attività che esse ritengono di sviluppare al proprio interno e perciò sulla capacità dell'azienda di remunerare i fattori produttivi direttamente gestiti.

Essa si presta dunque, anche a valutazioni di come ciascuna azienda sanitaria pubblica possa ricercare il mix più congruente di fattori produttivi interni ed esterni per raggiungere l'equilibrio economico e come questo mix possa variare nel tempo.¹

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.

¹ Associazione Nazionale per la ricerca scientifica sul Bilancio Sociale – Documento di Ricerca N. 9

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 31.12.2012 (a) | VALORI AL 31.12.2011 (b) | Δ 2012-2011 (c=a.b) | Δ 2012- 2011 (d=c/b) |
| A) Valore della produzione | 124.244 | 119.839 | 4.405 | 4% |
| 1. Entrate da trasferimenti per la produzione delle prestazioni e/o servizi | 103.538 | 102.950 | 588 | 1% |
| 3. Ricavi/proventi delle vendite di prestazioni e/o servizi | 13.905 | 12.974 | 931 | 7% |
| 5. Variazione delle rimanenze | 133 | 489 | -356 | -73% |
| 7. Altri ricavi/proventi | 4.169 | 840 | 3.329 | 396% |
| 8. Altre entrate/contributi di pertinenza | 2.499 | 2.586 | -87 | -3% |
| B) Costi della produzione sanitaria | 54.921 | 53.975 | 946 | 2% |
| 12. Costo di acquisto di merci | 36.436 | 35.807 | 629 | 2% |
| 13. Costi per servizi | 15.403 | 14.233 | 1.170 | 8% |
| 14. Godimento di beni di terzi | 1.573 | 1.487 | 86 | 6% |
| 15. Accantonamenti per rischi | 1.200 | 1.984 | -784 | -40% |
| 16. Altri accantonamenti | 309 | 464 | -155 | -33% |
| VALORE AGGIUNTO CARATTERISTICO LORDO | 69.323 | 65.864 | 3.459 | 5% |
| 18. +/- Saldo Gestione Accessoria | 58 | 5 | 53 | 1060% |
| Ricavi accessory | 65 | 36 | 29 | 81% |
| Costi accessory | 7 | 31 | -24 | -77% |
| 19. +/- Saldo Componenti straordinari | 1.383 | 2.400 | -1.017 | -42% |
| Ricavi straordinari | 1.614 | 5.083 | -3.469 | -68% |
| Costi straordinari | 231 | 2.683 | -2.452 | -91% |
| VALORE AGGIUNTO GLOBALE LORDO | 70.764 | 68.269 | 2.495 | 4% |
| Ammortamenti della gestione | 8.522 | 4.202 | 4.320 | 103% |
| Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali | 337 | 334 | 3 | 1% |
| Ammortamento dei fabbricati | 573 | 269 | 304 | 113% |
| Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali | 7.612 | 3.599 | 4.013 | 112% |
| VALORE AGGIUNTO GLOBALE NETTO | 62.242 | 64.067 | -1.825 | -3% |

Figura 48 - Determinazione del valore aggiunto (differenza rispetto al 2011)

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 sia aumentato. 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 2012 rispetto al 2011, in ragione della maggiore incidenza in termini di costi della gestione accessoria e straordinaria rispetto all'anno precedente.

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 d'intervento. Si tratta della riclassificazione 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 31.12.2012 (a) | VALORI AL 31.12.2011 (b) | Δ 2012- 2011 (c=a.b) | Δ 2012- 2011 (d=c/b) |
| A) Remunerazione delle risorse umane | 57.844 | 54.903 | 2.941 | 5% |
| 1. Organi di governo | 833 | 892 | -59 | -7% |
| 2. Personale non dipendente | 4.245 | 3.649 | 596 | 16% |
| 3. Personale dipendente | 52.766 | 50.362 | 2.404 | 5% |
| B) Remunerazione della Pubblica Amministrazione | 4.169 | 4.090 | 79 | 2% |
| 5. Imposte dirette/Imposte Indirette | 4.168 | 4.090 | 78 | 2% |
| Imposta IRES | 11 | 11 | 0 | 0% |
| Imposta IRAP | 3.851 | 3.764 | 87 | 2% |
| Altre Imposte e tasse | 306 | 315 | -9 | -3% |
| C) Remunerazione del capitale di credito | 1 | 4 | -3 | -75% |
| 7. Oneri per capitali a breve termine | 1 | 4 | -3 | -75% |
| 8. Oneri per capitali a medio e lungo termine | 0 | 0 | 0 | 0% |
| D) Remunerazione dell'Azienda | 202 | 5.040 | -4.838 | -96% |
| 10. Altri accantonamenti (Utile di esercizio) | 202 | 5.040 | -4.838 | -96% |
| E) Liberalità esterne | 26 | 30 | -4 | -13% |
| Contributi ad associazioni di volontariato | 26 | 30 | -4 | -13% |
| VALORE AGGIUNTO GLOBALE NETTO | 62.242 | 64.067 | -1.825 | -3% |

Figura 49 - Distribuzione del valore aggiunto (differenza rispetto al 2011)

Di seguito si rappresenta graficamente la distribuzione del valore aggiunto nelle due annualità (2012 e 2011)

DISTRIBUZIONE DEL VALORE AGGIUNTO - ESERCIZIO 2012

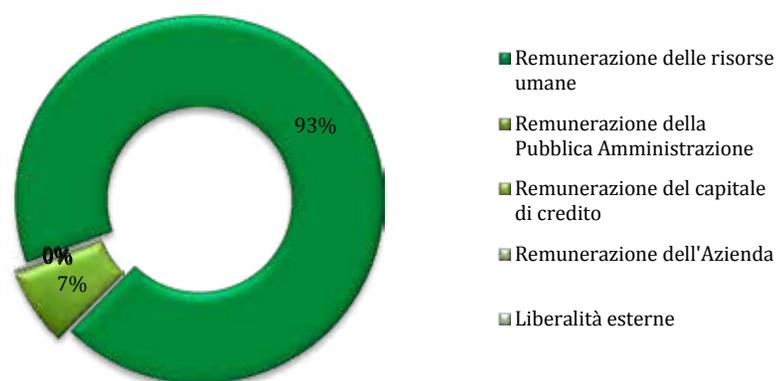


Figura 50 – Distribuzione VA 2012

DISTRIBUZIONE DEL VALORE AGGIUNTO - ESERCIZIO 2011

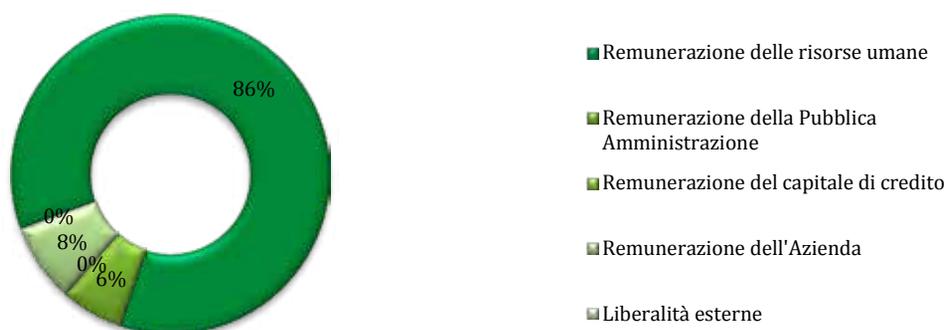


Figura 51 – Distribuzione VA 2011

2.4 I PRIMI RISULTATI DEL PROGETTO DI “CONTROLLO DI GESTIONE”

Di seguito si riportano le risorse assorbite da specifiche aree di attività dell’Istituto nel biennio 2011-2012.

I dati di costo sono il risultato di un riadattamento di quelli originati dal sistema di contabilità analitica in fase di implementazione nell’ambito del Progetto Co.Ge.Pa. (Controllo di Gestione Fondazione Pascale) e fanno riferimento ai soli costi diretti imputati in modo univoco alle unità organizzative afferenti alle aree individuate, senza alcuna allocazione delle componenti economiche positive. L’attribuzione dei costi di funzionamento è avvenuta tenendo conto del vigente piano di centri di costo nell’attesa che venga adottato e implementato un nuovo piano in fase di rifinitura.

Le aree sono state determinate aggregando i centri di costo in base alla funzione aziendale (attività clinica e di ricerca, attività direzionale e di funzionamento) evidenziando, al contempo, l’assorbimento di risorse di ambiti gestionali particolarmente rilevanti, quali il Centro Ricerche Oncologiche di Mercogliano (CROM) e l’attività di dispensazione territoriale esterna di medicinali ad alto costo. Per quanto riguarda l’impiego di questa classe di

prodotti, come ulteriore elaborazione, il lavoro esplicita anche la distribuzione del consumo in house di farmaci oncologici in regime di ricovero ordinario e day hospital.

Le aree, i centri di afferenza e la distribuzione dei costi per categorie di fattori produttivi sono illustrati nella figura 52. Si rileva che la ripartizione delle risorse operata riflette, in ogni caso, il conto gestionale o economico elaborato per ciascun centro di costo dell'Istituto, al fine di poter sempre risalire al dato analitico. Pertanto, guardando al dato disaggregato, a titolo esemplificativo, il consumo di materiali sanitari rilevato per la Direzione Amministrativa nel proprio conto gestionale è ovviamente pari a zero. Restando sempre nell'ambito dell'approccio metodologico alla relazione, alla quota di costo dell'area dipartimentale pura è stato aggiunto il costo delle risorse imputato ai centri di supporto sanitario poliambulatori DH e chemioterapia DH, intramoenia e centrale ossigeno in quanto decisamente più legati all'attività sanitaria che a quella direzionale e di funzionamento in senso stretto. Discorso a parte merita il "contenitore" centro di costi diversi: data l'eterogeneità delle imputazioni effettuate dall'attuale sistema informativo, i costi confluiti nel biennio di riferimento al centro sono stati ripartiti tra le due aree principali di intervento direzionale-funzionamento e dipartimentale. Più precisamente, i costi per acquisto di beni sanitari e di servizi sanitari sono stati ricondotti all'area dipartimentale, tutti gli altri invece all'area direzionale e di funzionamento. Appare ovvio che nel momento in cui si volesse rappresentare la distribuzione di questi costi tra i diversi dipartimenti ovvero tra le differenti direzioni aziendali, l'operazione non avrebbe successo trattandosi di costi comuni, al pari dei poliambulatori e chemioterapia DH, intramoenia e centrale ossigeno.

| Aree di intervento | Descrizione | Distribuzione delle risorse |
|--|--|--|
| Direzionale e di funzionamento | Centri di costo afferenti a: <ul style="list-style-type: none"> ● Direzione generale, amministrativa, scientifica e sanitaria; ● Dipartimento amministrativo e tecnico; ● Consiglio di indirizzo e verifica; ● Altri centri di funzionamento (lavanderia, guardiana, pulizia, comitato etico, OIV, collegio sindacale, assistenza religiosa). Costi del centro di costo "costi diversi" (tra gli altri, riscaldamento, utenze e telefonia, smaltimento rifiuti, premi assicurativi, canoni di noleggio, imposte e tasse diverse da Irap e Ires). | Acquisti di beni sanitari: <ul style="list-style-type: none"> ● farmaci, galenici ed emoderivati; ● materiali diagnostici; ● presidi chirurgici e materiali di consumo sanitario; ● altri beni sanitari. Acquisti di beni non sanitari. Acquisti di servizi sanitari: <ul style="list-style-type: none"> ● servizi e prestazioni sanitarie da pubblico; ● compartecipazione ALPI; ● consulenze, collaborazioni e prestazioni san. e socio-san.; ● altri costi per servizi sanitari. Acquisti di servizi non sanitari <ul style="list-style-type: none"> ● servizi non sanitari; ● formazione, consulenze, collab. e prest. non sanitarie; Manutenzione e riparazioni. Affitti, canoni di noleggio e leasing. Costi del personale: <ul style="list-style-type: none"> ● dirigente ruolo medico; ● dirigente ruolo sanitario non medico; ● comparto ruolo sanitario; ● dirigente ruolo professionale; ● comparto ruolo professionale; ● dirigente ruolo tecnico; |
| Dipartimentale clinica e di ricerca | <u>Centri di costo afferenti a dipartimento:</u> <ul style="list-style-type: none"> - ricerca; - direzione sanitaria, farmacia e qualità di vita; - diagnostica per immagini, terapia radiante e metabolica - patologia diagnostica e di laboratorio; - anestesia, endoscopia e cardiologia; - oncologia addominale - melanoma tessuti molli, muscolo scheletrico e testa-collo; - toraco-polmonare; - senologia; - ematologico; - uro-ginecologico. I costi di funzionamento dei centri di supporto sanitario poliambulatori DH e chemioterapia DH, intramoenia, centrale ossigeno, quota per acquisto di beni e servizi sanitari imputati al centro di costi diversi. | |
| Ricerca CROM | Tutti centri di afferenza al CROM | |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • comparto ruolo tecnico; • dirigente ruolo amministrativo • comparto ruolo amministrativo. Altri costi di gestione. Ammortamenti. |
| Erogazione sul territorio e consumo in house di farmaci oncologici | Centri di costo afferenti all'area dipartimentale del presente rapporto, poliambulatorio DH e chemioterapia DH, utenza servita per ASL di appartenenza. Acquisto di farmaci oncologici |

Figura 52 - Aree principali di intervento per gli stakeholder

La figura illustra l'andamento dei costi della produzione imputati alle aree di rendicontazione dell'Istituto nel periodo di osservazione 2011-2012.

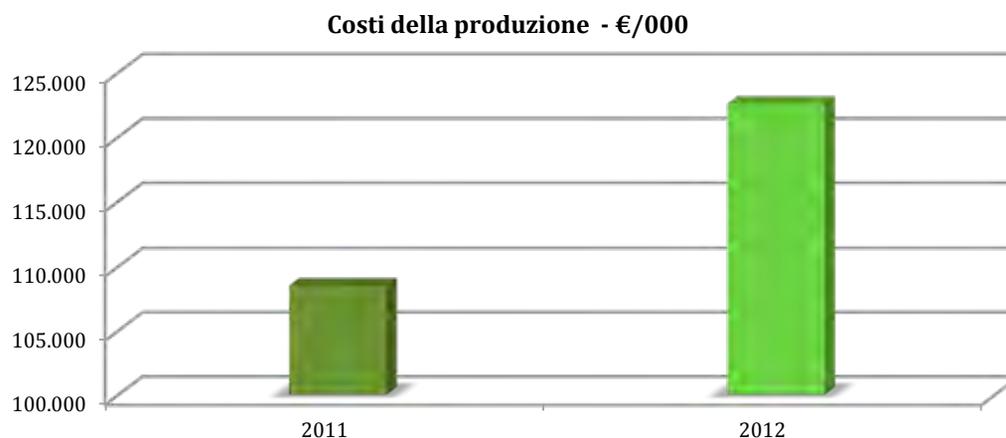


Figura 53 - Costi della produzione

La destinazione delle risorse per aree gestionali nelle due annualità è di seguito riportato. Si osserva un incremento dei costi diretti totali tra un'annualità e l'altra che comporta la modifica della composizione del costo di ciascuna area sul totale. In ogni caso, appare evidente come la maggior parte delle risorse sia stata assorbita dall'area dipartimentale (circa il 75%) e dall'area direzionale e di funzionamento (pari all'incirca al 20% nel 2012), mentre il centro di ricerca oncologiche del CROM si presenta come l'area a minor assorbimento di risorse (solo 1,65%).

Destinazione delle risorse per aree gestionali €/000

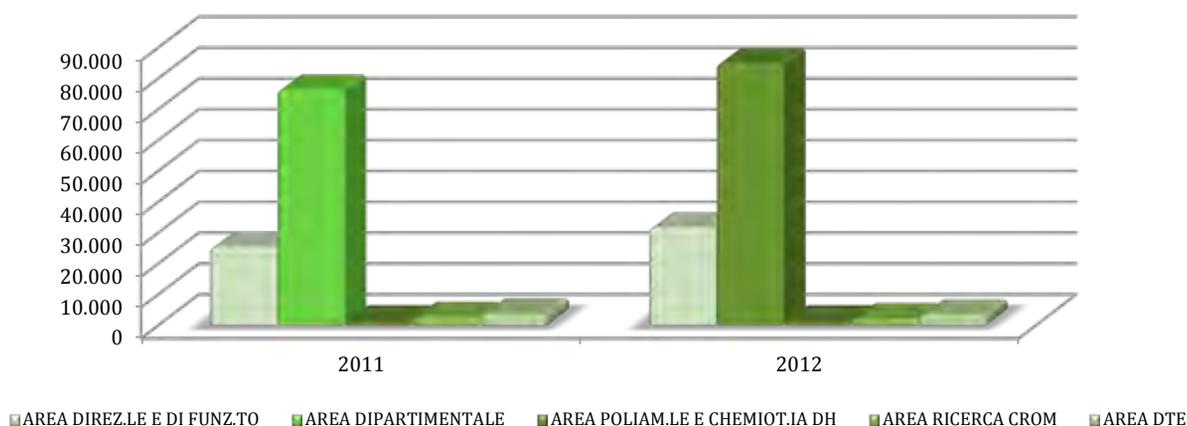


Figura 54 - Destinazione delle risorse per aree gestionali

Iniziando dal trend dell'area direzionale e di funzionamento, la Figura seguente pone in evidenza che il grosso dell'incremento di costi evidenziato nell'istogramma in Figura 54 è ascrivibile a un incremento generalizzato dei costi per servizi non sanitari tra cui risaltano, tra gli altri, quelli per servizi di pulizia (€/000 144), di assistenza informatica (€/000 133), smaltimento rifiuti (€/000 329), riscaldamento ed elettricità (insieme, circa €/000 330), nonché ad un aumento dei canoni di noleggio (il cui importo è stato quasi interamente trasferito dal contenitore di costi comuni «costi diversi») saliti a circa 1,5 milioni. Stabile il dato del personale, mentre aumenta sensibilmente l'incidenza degli altri costi di gestione e degli ammortamenti (relativamente alla movimentazione degli ammortamenti cfr. con paragrafo 2.2.1.3). In termini percentuali, i servizi non sanitari rappresentano in media il 43% del costo di funzionamento dell'area, mentre il personale pesa mediamente il 31%..

Trend distribuzione delle risorse area direzionale e di funzionamento - €/000

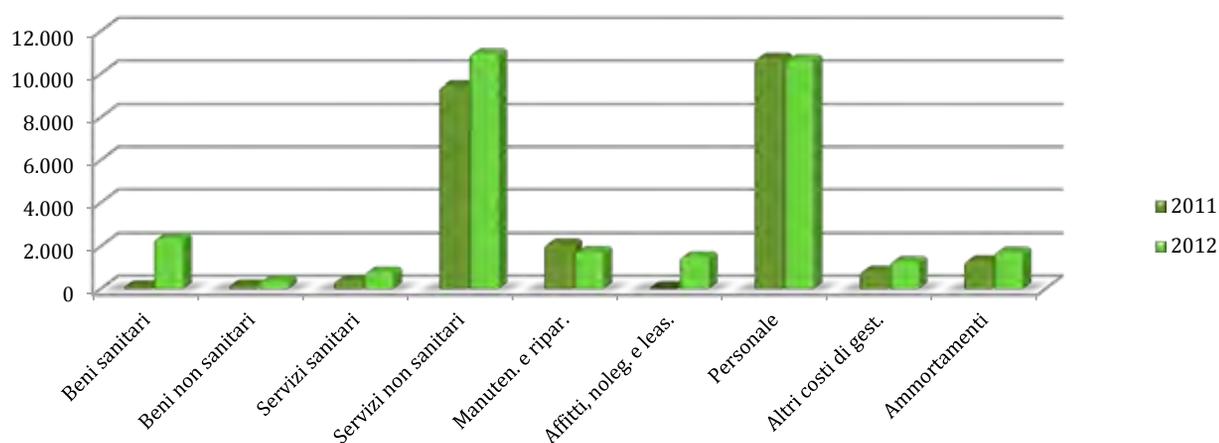


Figura 55 - Trend distribuzione delle risorse area direzionale e di funzionamento

L'andamento dei costi per l'area dipartimentale mostra un incremento dell'acquisto di beni sanitari variamente distribuito tra prodotti farmaceutici (circa €/000 1.335), materiali diagnostici, presidi chirurgici e materiali di consumo sanitari (€/000 924) e ammortamenti (circa 5,2 milioni di euro). Per quanto riguarda l'incremento del consumo di prodotti farmaceutici, è il caso di ricordare che l'aumento è essenzialmente dovuto a uno spostamento del conto acceso ai radiodiagnostici (prima ricompreso nel conto materiali diagnostici, lastre, RX, mezzi di contrasto per RX, carte ECG, ECG, etc.) appunto nei prodotti farmaceutici. Assieme ai beni sanitari, il personale rappresenta il principale fattore produttivo impiegato dall'area, rispettivamente all'incirca il 36% e il 51% del totale dei costi dell'area in esame, mentre nel 2011 quest'ultimo era più elevato e pari grosso modo al 56,5%. Anche per questo ambito si precisa che, sebbene il costo del personale nel 2012 sia rimasto sostanzialmente invariato (+240.000€ rispetto al precedente periodo), il miglioramento è solo il frutto dell'incremento degli altri aggregati di costo. In altre parole, il peso del personale si riduce poiché aumenta quello dei servizi sanitari e, in particolar modo, accresce il peso dei beni sanitari e degli ammortamenti, che insieme finiscono per spingere in su il costo totale dell'intera area.

Trend distribuzione delle risorse area dipartimentale - €/000

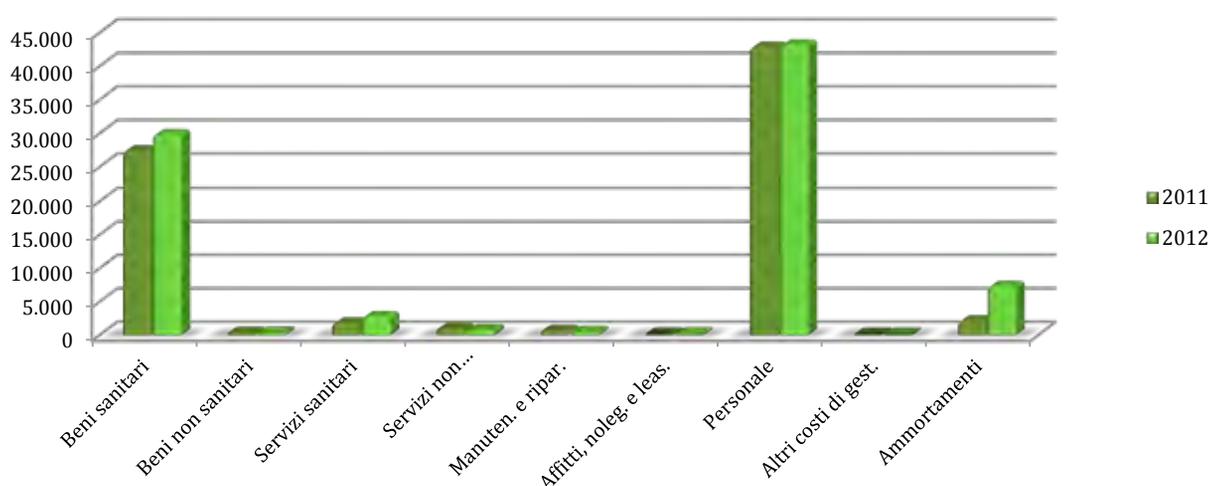


Figura 56 - Trend distribuzione delle risorse area dipartimentale

Per l'area di Ricerca CROM (Figura 57) i dati elaborati riferiscono un costo globale di funzionamento allineato al 2011 (solo €/000 29 in meno) risultato di un mix di incrementi e riduzioni: alla contrazione, tra gli altri più evidente, dei costi per beni sanitari, manutenzioni e riparazioni e degli altri costi di gestione, si contrappone il balzo in avanti del valore dei servizi non sanitari e degli ammortamenti collegabile, per quanto riguarda i servizi non sanitari, a spese di riscaldamento quasi raddoppiate e all'incremento dei costi di energia elettrica e di vigilanza. Si pone all'attenzione che il centro di ricerca impiega solo personale a contratto (sanitario e non).

Trend distribuzione delle risorse area di ricerca CROM - €/000

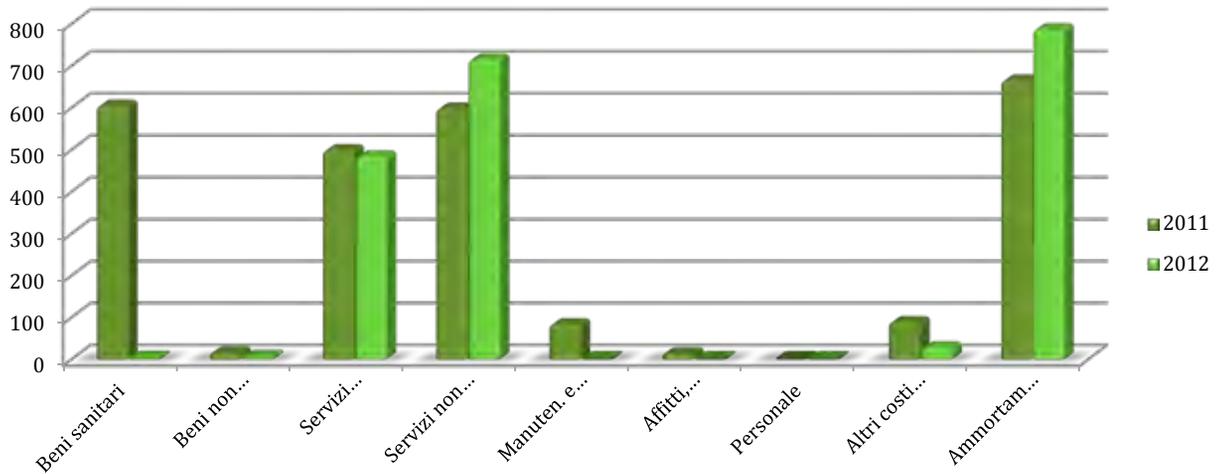


Figura 57 - Trend distribuzione delle risorse area di ricerca CROM

La figura seguente espone il fabbisogno di medicinali dell'Istituto nell'anno 2012 distinto nelle tre classi ideali di farmaci oncologici ad alto costo, farmaci oncologici non ad alto costo² e farmaci non oncologici. La somministrazione e l'erogazione di farmaci ad alto costo rappresentano circa 71% (55,89% oncologici alto costo in house e 14,95% in dispensazione territoriale esterna) della spesa farmaceutica complessiva dell'Istituto. Percentuale che sale a 80,8% se si considerano anche gli oncologici non ad alto costo, mentre il consumo di farmaci non oncologici si attesta al 19,16% del valore complessivo.

Composizione Farmaceutici - valori in €/000



Figura 58 - Fabbisogno medicinali nell'anno 2012

² I dati relativi al consumo di farmaci oncologici, distinti tra File F e non suddivisi anche in base al regime di somministrazione in ricovero ordinario e day hospital, sono disponibili solo per l'anno 2012 e sono stati forniti dalla S.C. Farmacia e dalla Direzione Sanitaria Aziendale.

Dettagliando, la Figura 59 chiarisce la domanda espressa dall'area dipartimentale dell'Istituto. L'analisi dell'istogramma palesa che il grosso del fattore produttivo in esame è assorbito da tre dipartimenti: senologia, oncologia addominale e dal dipartimento di ematologia. Mentre la maggior parte del consumo di farmaci non oncologici si concentra nel Dipartimento di anestesia, endoscopia e cardiologia, all'interno del Dipartimento di oncologia addominale e in quello ematologico. Sul punto, si porta all'attenzione che i dati riportati non si prestano a giudizi di efficienza dal momento che non sono relazionati a dati di attività o a grandezze utili a esprimere valutazioni sull'operato svolto. I grafici, si ribadisce, hanno l'unico scopo di rendicontare all'esterno le risorse assorbite dalle specifiche aree di intervento o attività dell'Istituto.

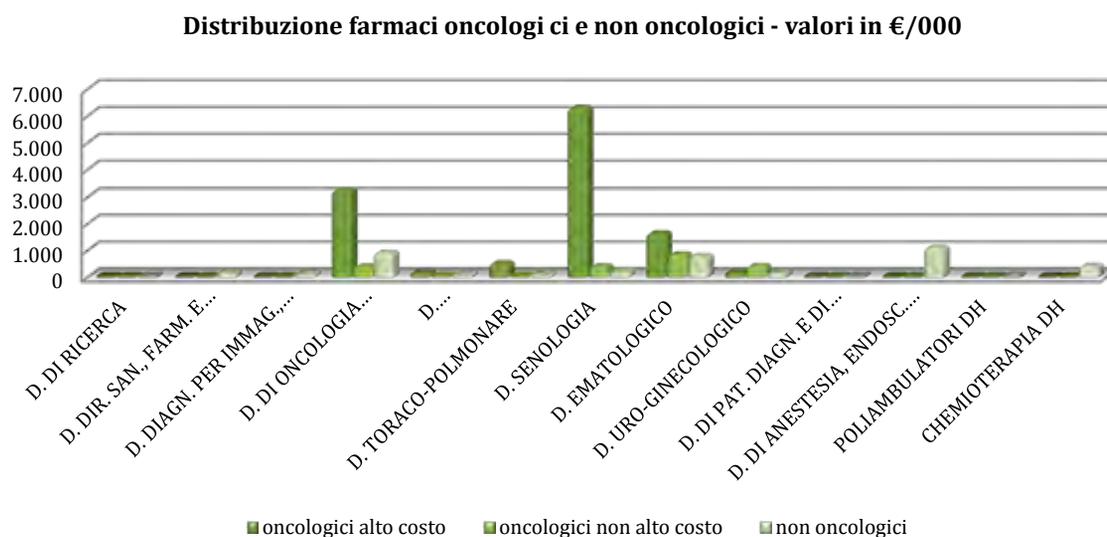


Figura 59 – Distribuzione dei farmaci

Particolareggiando ulteriormente lo studio, in Figura 60 e 61 è riportata, rispettivamente, la distribuzione dipartimentale del consumo di farmaci oncologici ad alto costo e di oncologici non ad alto costo in base al regime di somministrazione. In entrambi i casi si osserva una prevalenza delle erogazioni di oncologici in regime day hospital rispetto al ricovero ordinario.

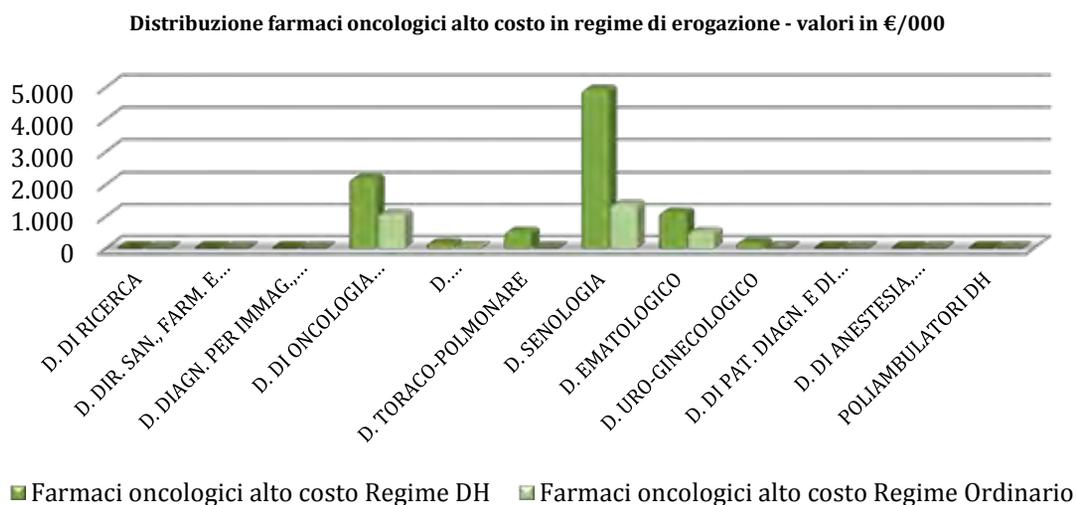


Figura 60 – Distribuzione dei farmaci ad alto costo in regime di erogazione

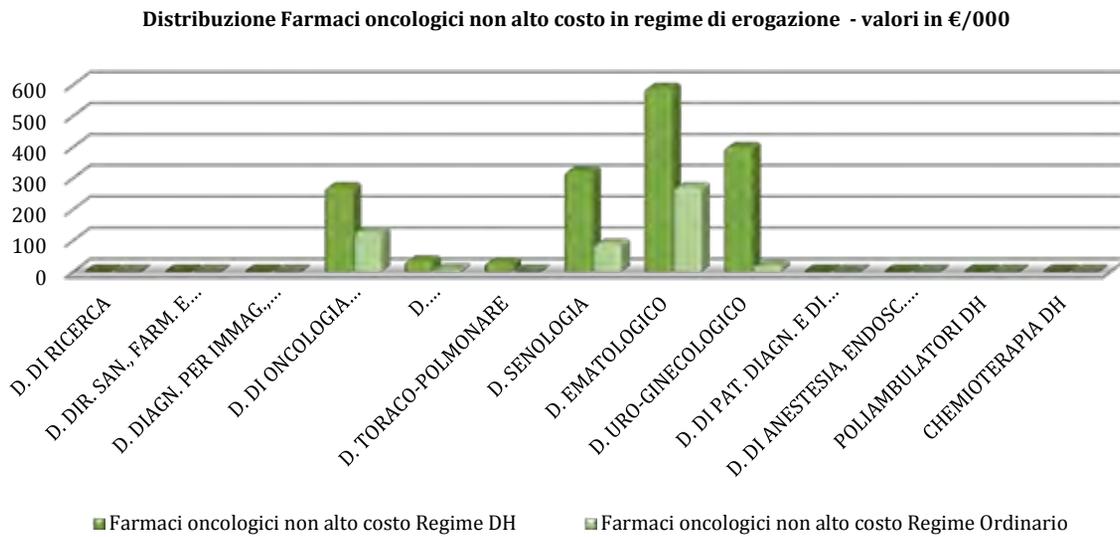


Figura 61 – Distribuzione dei farmaci non ad alto costo in regime di erogazione

Quanto all'erogazione sul territorio di farmaci oncologici ad alto costo, la disponibilità di dati anche per il 2011 ha permesso di riportare in Figura 62 il trend dell'area nel biennio 2011-2012 articolato per ASL di provenienza dell'utenza servita. Premesso che nel 2012 si è ridotto sensibilmente il valore complessivo degli oncologici distribuiti, dal grafico si nota che la farmacia dell'Istituto eroga prestazioni prevalentemente ad assistiti provenienti dall'ASL Napoli 1 centro (circa 1/3), sebbene questa quota si sia ridotta nel passaggio 2011-2012. Tale tendenza sembra interessare tutte le altre aziende sanitarie locali, anche se la situazione si pone in controtendenza per l'ASL Napoli 2 Nord. Invariato il dato per le ASL extraregioni.

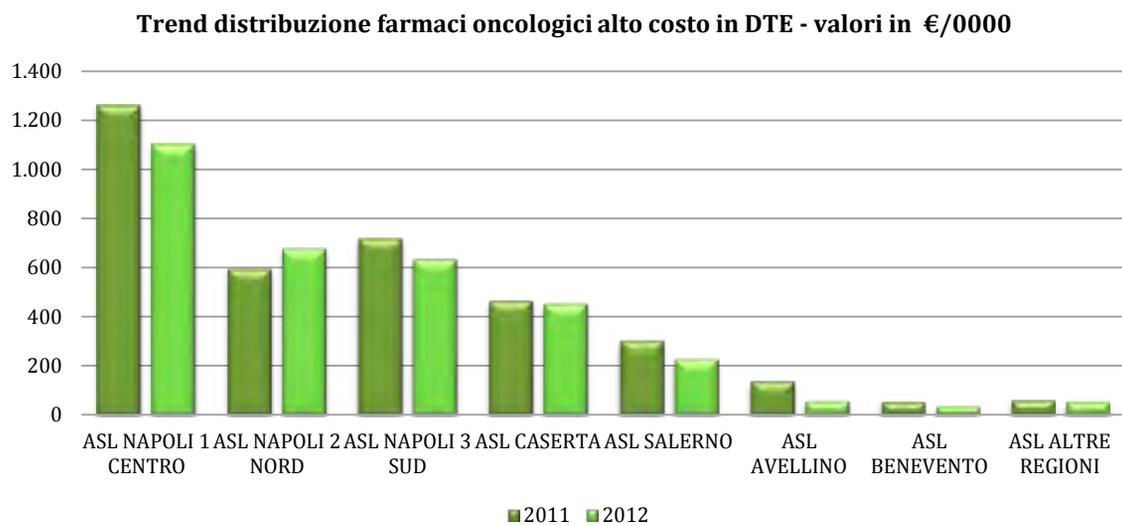


Figura 62 – Trend dell'area nel biennio 2011-2012 articolato per ASL di provenienza

3. PARTE TERZA - LA RELAZIONE SOCIALE

3.1 IL PROCESSO DI STAKEHOLDER REPORTING

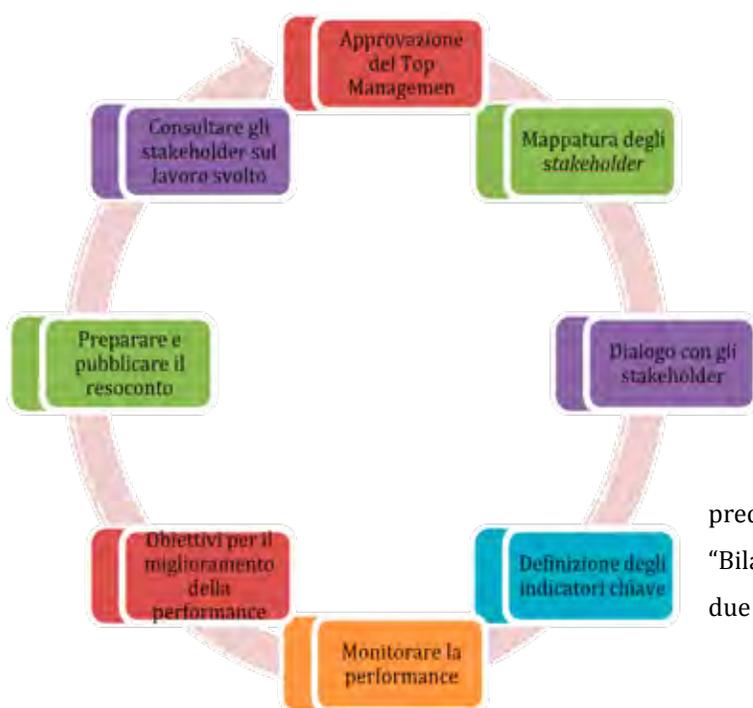


Lo *stakeholder reporting* è un momento fondamentale per un'organizzazione in quanto oltre a rappresentare il processo mediante cui la stessa rende conto delle proprie attività, delle proprie scelte e delle proprie responsabilità, rappresenta anche un momento di confronto tra l'Istituto e i propri *stakeholder*.

Il processo di *stakeholder reporting*, attuato nell'Istituto si è articolato nelle diverse fasi, così come rappresentato graficamente. Infatti, inizialmente il management ha determinato gli obiettivi, e le risorse da allocare necessarie per la realizzazione di tale processo, oltre a individuare il gruppo al quale affidare il progetto stesso.

In un secondo momento ha identificato e mappato gli *stakeholder* dividendoli in primari e secondari, al fine di valutare l'impatto che gli stessi potessero avere sull'organizzazione distinguendo coloro i quali includere nel ciclo di dialogo e rendicontazione e quali informare semplicemente sull'attività dell'Istituto.

Nella terza fase si è poi soffermato sulla definizione degli obiettivi da raggiungere e degli "indicatori chiave" da adottare per la comunicazione con gli *stakeholder* che meglio esprimono i risultati raggiunti in termini di quantità e qualità delle servizi resi.



L'Istituto monitora costantemente le performance di tali indicatori e la loro coerenza con la *mission* aziendale. Infatti lo *stakeholder reporting* è un utile strumento di monitoraggio, che fornisce al management una serie di indicatori che permettono di ottenere un *feedback* veloce e quindi individuare eventuali azioni di miglioramento.

Tutto il processo è terminato poi con la predisposizione, la verifica e la pubblicazione del "Bilancio Sociale" per l'annualità 2012 così come nei due esercizi precedenti.

L'ultima fase consisterà, così come è avvenuto negli anni scorsi, nel consultare gli *stakeholder* per ricevere da loro un *feedback* sia sulle *performance* realizzate che sulla chiarezza e comprensibilità delle informazioni prodotte al fine di produrre un valore aggiunto sempre crescente per tutti loro.

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



Nella tabella seguente, si riporta la consistenza della dotazione organica 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, pari all'81%).

| PROFILO | Personale in servizio al 31\12\11 | Personale in servizio al 31\12\12 | Variazione | Pianta Organica vigente | % copertura | Scostamento dalla media (79,90%) |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|------------|-------------------------|--------------|----------------------------------|
| Medici | 201 | 203 | 2 | 243 | 83,5% | -2,50% |
| Dirigenti ruolo Sanitario (Biologi, Fisici, Farmacisti, Psicologo, Infermieristico) | 48 | 47 | -1 | 57 | 82,5% | -1,41% |
| Dirigenti Amministrativi, Tecnici e Professionali | 21 | 21 | 0 | 24 | 87,5% | -6,46% |
| Personale Infermieristico (Coordinatori, Infermieri, Infermieri Generici Esperti, Dietista) | 326 | 338 | 12 | 345 | 98,0% | -16,93% |
| Personale Tecnico – Sanitario (di Radiologia Medica e di Laboratorio Biomedico) e della Riabilitazione (Logopedista) | 74 | 70 | -4 | 107 | 65,4% | 15,62% |
| Altro personale addetto all'assistenza (Operatore Socio Sanitario., Operatori Tecnici area sanitaria) | 22 | 13 | -9 | 36 | 36,1% | 44,93% |
| Ruolo Tecnico non dirigenti (Categorie D, C, e B, incluso profilo Super) | 12 | 18 | 6 | 55 | 32,7% | 48,31% |
| Ruolo Amministrativo non dirigenti (Categorie D, C, B, incluso profilo Super, ed A) | 63 | 68 | 5 | 93 | 73,1% | 7,92% |
| TOTALE | 767 | 778 | 11 | 960 | 81,0% | |

Figura 63 – 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 | 31/12/2011 | 2011 - % | 31/12/2012 | 2012 - % |
| Assunzioni | 37 | 50,7% | 46 | 56,8% |
| Cessazioni | 36 | 49,3% | 35 | 43,2% |
| Trasferimenti | | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Saldo totale | 73 | 100,0% | 81 | 100,0% |

Figura 64 – Cessazioni e assunzioni avvenute nell'anno 2012

| Ripartizione per tipologia contrattuale | | | | |
|---|------------|---------------|------------|---------------|
| Tipologia contrattuale | 31/12/2011 | 2011 - % | 31/12/2012 | 2012 - % |
| Dipendenti a tempo pieno indeterminato | 697 | 90,9% | 693 | 89,1% |
| Dipendenti a tempo parziale indeterminato | 3 | 0,4% | 3 | 0,4% |
| Dipendenti in comando | 2 | 0,3% | 2 | 0,3% |
| <i>Totale</i> | <i>702</i> | <i>91,5%</i> | <i>698</i> | <i>89,7%</i> |
| Dipendenti a tempo determinato | 65 | 8,5% | 80 | 10,3% |
| Totale generale | 767 | 100,0% | 778 | 100,0% |

Figura 65 – Ripartizione per tipologia contrattuale

| Ripartizione dei dipendenti per ruolo e sesso | | | | | | | | | | |
|---|-------------|--------------|-------------|---------------|----------------|-------------|--------------|-------------|---------------|----------------|
| Ruolo | Maschi 2011 | Femmine 2011 | Totale 2011 | % Maschi 2011 | % Femmine 2011 | Maschi 2012 | Femmine 2012 | Totale 2012 | % Maschi 2012 | % Femmine 2012 |
| Sanitario | 358 | 291 | 649 | 84,4% | 84,8% | 369 | 304 | 673 | 87,0% | 85,9% |
| Amministrativo | 34 | 44 | 78 | 8,0% | 12,8% | 36 | 45 | 81 | 8,5% | 12,7% |
| Tecnico | 29 | 7 | 36 | 6,8% | 2,0% | 16 | 4 | 20 | 3,8% | 1,1% |
| Professionale | 3 | 1 | 4 | 0,7% | 0,3% | 3 | 1 | 4 | 0,7% | 0,3% |
| Totale | 424 | 343 | 767 | 100,0% | 100,0% | 424 | 354 | 778 | 100,0% | 100,0% |

Figura 66 – Ripartizione per ruolo e sesso

| Ripartizione per fasce di età | | | | |
|-------------------------------|------------|---------------|------------|---------------|
| Fasce di età | 31/12/2011 | 2011 - % | 31/12/2012 | 2012 - % |
| Tra 20 e 29 anni | 15 | 2,0% | 15 | 1,9% |
| Tra 30 e 39 anni | 169 | 22,0% | 175 | 22,5% |
| Tra 40 e 49 anni | 269 | 35,1% | 258 | 33,2% |
| Tra 50 e 59 anni | 244 | 31,8% | 257 | 33,0% |
| 60 anni e oltre | 70 | 9,1% | 73 | 9,4% |
| Totale | 767 | 100,0% | 778 | 100,0% |

Figura 67 – 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 2012 così come avvenuto nello scorso anno, sono state trattate ed avviate a

soluzione numerose questioni che hanno visto impegnato il tavolo di contrattazione integrativa. Quelle che hanno maggiormente impegnato i tavoli delle diverse aree possono così sintetizzarsi:

- regolamentazione delle attività libero professionale intramuraria (dirigenza medica e personale di comparto);
- nuova regolamentazione delle sperimentazioni cliniche (tutte le aree)
- contenimento del ricorso al lavoro straordinario (tutte le aree);
- progetti incentivanti tesi al miglioramento dell'organizzazione del lavoro (personale di comparto);
- determinazione degli obiettivi aziendali (che ha interessato tutte le Aree).

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)

L'Istituto, nel 2011, ha conseguito, da parte della Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina, l'accreditamento di Provider provvisorio ECM a livello nazionale, riconoscimento che abilita ad erogare programmi formativi su tutto il territorio nazionale, nonché ad attribuire direttamente i crediti ECM ai partecipanti ai corsi.

L'Istituto, nel corso del 2012, ha realizzato n. 39 progetti ed eventi formativi ECM residenziali che si sono svolti presso le proprie aule dedicate alla formazione. di cui:

- n. 23 eventi programmati nel Piano Formativo Aziendale del 2012, adottato con deliberazione del 2011;
- n. 16 eventi extra piano formativo approvati dal Comitato scientifico.

Trattasi di eventi tesi a sviluppare, negli operatori sanitari, competenze specifiche nell'ambito delle malattie neoplastiche, dalla fase preventiva diagnostica a quella di cura, per il miglioramento della qualità di vita del paziente, in coerenza con la *mission* dell'Istituto, che persegue finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, unitamente a prestazioni di ricovero e cura in campo oncologico.

E' stato anche realizzato, in adempimento alle previsioni delle vigenti normative in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, un progetto formativo, in due edizioni, per il personale neoassunto dell'Istituto.

Di seguito, si riporta il dettaglio dell'attività formativa ECM 2012 con i singoli crediti assegnati ai corsi.

| TITOLO CORSO ECM | | CREDITI ASSEGNATI AL CORSO |
|------------------|---|----------------------------|
| 1 | La qualità della vita nelle malattie neoplastiche | 8 |
| 2 | Rischio clinico(*) | 4,8 x 5 edizioni |
| 3 | Informazione/formazione ai lavoratori esposti alla somministrazione di cta(*) | 6 |
| 4 | Gruppo di lavoro sicurezza e matrice esposizione rischio/attività(*) | 6 |
| 5 | Corso audit infermieri e sistema gestione qualità(*) | 6 |
| 6 | Prevenzione e sorveglianza delle infezioni correlate al catetere venoso centrale(*) | 3,5 |
| 7 | L'appropriatezza nella diagnostica di medicina di laboratorio(*) | 16 |
| 8 | Lavaggio mani(*) | 2,5 x 2 edizioni |
| 9 | Tomosintesi la nuova frontiera in 3d per la diagnosi nella patologia mammaria | 7,3 |
| 10 | Informazione procedura lesioni da pressione(*) | 3 |
| 11 | Il nodulo tiroideo | 5 |
| 12 | Strategie di risk management e risk management in risonanza magnetica(*) | 22,5 |
| 13 | Figure professionali dell'area radiologica: formazione e responsabilità | 4 |
| 14 | La sicurezza del paziente in RT | 4 |
| 15 | ICRU 83: contornamento e prescrizione di dose in IMRT | 4 |
| 16 | IMRT e IGRT: dalla RT 3D ALLA 4D | 4 |
| 17 | Riabilitazione respiratoria e qualità della vita nel paziente oncologico(*) | 7,1 |
| 18 | La radioterapia stereotassica ed il cyberknife | 4 |
| 19 | IMRT; VMAT; tomoterapia: tecniche a confronto | 4 |
| 20 | Problematiche preanalitiche : modalità e procedure di richiesta di esami in anatomia patologica(*) | 19,2 |
| 21 | Radioterapia e bifosfonati | 4 |
| 22 | Radioterapia intraoperatoria (IORT) della mammella: vantaggi e prospettive | 4 |
| 23 | Posizioni organizzative e coordinatori area assistenziale(*) | 12 X 2 edizioni |
| 24 | Informazione revisione procedura rischio caduta(*) | 5,4 X 4 edizioni |
| 25 | Diagnostica per immagini e terapia nel ca della prostata(*) | 4 |
| 26 | Responsabilità infermieri nella costruzione dei pdta(*) | 12,1 |
| 27 | Revisione bibliografica e lettura articoli scientifici(*) | 9,7 |
| 28 | Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per i lavoratori neoassunti dei settori della classe di alto rischio ex art 36 e 37 dlgs 81/08 | 19,4 x 2 edizioni |
| 29 | Corso teorico pratico sull'inquadramento delle linee guida per le biopsie prostatiche eco guidate(*) | 5 |
| 30 | Migliorare la probabilità di cura e la qualità di vita dei pazienti affetti da neoplasie cervico-cefaliche | 4 |
| 31 | Diagnostica per immagini e terapia nel ca dell'endometrio(*) | 4 |
| 32 | Aspetti regolatori delle sperimentazioni cliniche(*) | 8,5 |
| 33 | Carcinoma del retto: importanza della pet nel trattamento combinato ch+rt preoperatorio | 4 |
| 34 | Definizione degli attuali indirizzi di diagnostica e terapia nei sarcomi dell'adulto e del bambino | 4 |
| 35 | Risonanza magnetica funzionale(*) | 7 |
| 36 | Revisione percorso accoglienza ambulatoriale(*) | 4,8 |
| 37 | Re-training tutor clinico per studenti infermieri(*) | 10 |
| 38 | L'impiego delle innovazioni tecnologiche nel trattamento del tumore del polmone: dalla diagnosi alla terapia | 4 |
| 39 | Il nuovo sistema di educazione continua in medicina: criteri, regole e procedure(*) | 4,8 |

(*) Eventi inseriti nel piano formativo 2012

Figura 68 – Elenco corsi attività formative ECM 2012

Lo Staff della Direzione Generale dedicato alla Formazione ha operato costanti rilevazioni statistiche, finalizzate al miglioramento dell'offerta formativa nei suoi aspetti organizzativi, sulla base dei dati derivanti dai questionari sulla qualità percepita compilati dai discenti.

I risultati delle rilevazioni portano a ritenere pienamente soddisfacente il livello qualitativo della formazione erogata che nell'anno di riferimento è stata coerente con:

- gli obiettivi formativi ECM Nazionali definiti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina e recepiti nell'Accordo, approvato, in data 19.04.2012, in seno alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;
- gli obiettivi formativi ECM della Regione Campania, adottati con decreto dirigenziale n. 9 del 08.02.2012 dell' A.G.C. 19- Piano Sanitario regionale e rapporti con le UU.SS.LL., Settore 2 Aggiornamento e formazione del personale, pubblicato su BURC n. 10 del 13.02.2012;
- gli obiettivi Strategici Aziendali correlati alla *mission* dell'Istituto.

3.2.4 LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE



Nel corso dell'anno 2012, si è continuato lungo l'iter di definizione del processo di misurazione e valutazione della performance avviato nel 2011. In particolare, ci si è focalizzati sul miglioramento del processo di definizione degli obiettivi che, tra l'altro, è stato caratterizzato da una maggiore complessità dovuta alla necessaria integrazione con la definizione dei nuovi indirizzi triennali da parte del Consiglio di Indirizzo e Verifica dell'Istituto svoltosi, parallelamente, nel corso dell'anno. Pertanto, tale attività, avviata con la delibera n. 94 del 16.02.2012 che ha definito gli obiettivi strategici, è proseguita con un lungo e continuo processo di integrazione e partecipazione durato tutto l'anno, che ha coinvolto la Direzione Strategica, il Consiglio di Indirizzo e Verifica, i Direttori di Dipartimento, i Dirigenti, l'Organismo Indipendente di Valutazione e la Struttura tecnica permanente per la misurazione della performance, che è stato condiviso in più occasioni con le OO.SS ed è stato formalizzato con la delibera n. 926 del 21.11.2012 che, tra l'altro, ha approvato il Piano della Performance dell'anno 2012. Con tale processo, definiti gli Indirizzi triennali da parte del Consiglio di Indirizzo e Verifica, si sono potuti definire gli obiettivi operativi che sono stati assegnati ai Direttori di Dipartimento e ai Dirigenti delle tre Direzioni. Tali obiettivi sono stati poi ribaltati ai Dirigenti dei Dipartimenti secondo un meccanismo a "cascata" che ha consentito di avviare il processo di misurazione e valutazione della performance sulla base degli indicatori e dei valori attesi definiti.

3.2.5 SISTEMI DI REMUNERAZIONE, INCENTIVAZIONE E VALORIZZAZIONE



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

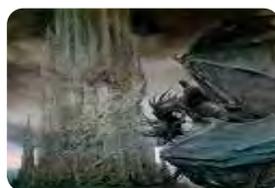
Per quanto concerne l'erogazione della retribuzione di risultato, disciplinata dalla delibera n. 508 del 21/06/2004, le variabili che ne determinano la corresponsione sono le seguenti:



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.

3.2.6 LE ATTIVITÀ SOCIALI E I RICONOSCIMENTI



L'Istituto ha partecipato ad un concorso al Congresso dell' AIAO il 24 e 25 Maggio 2013 presentando un proprio poster e aggiudicandosi la vittoria. Il poster dal titolo **INFORMAZIONE SULL'IGIENE ORALE PER I PAZIENTI SOTTOPOSTI A CHIEMIOTERAPIA: RISULTATI DEL PROGETTO FORMATIVO PER GLI STUDENTI LM IN SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE ASSISTENZIALI PRESSO UN ISTITUTO ONCOLOGICO** pone in rilievo come nell'anno 2012 sia stata attivata una convenzione per consentire il tirocinio degli studenti LM in Scienze delle professioni sanitarie tecniche assistenziali dell'Università Federico II (con curriculum formativo igienista dentale e tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione

cardiovascolare) presso il Servizio Infermieristico dell'Istituto Pascale di Napoli.

Il progetto formativo sottoscritto tra le due istituzioni mirava a sviluppare la collaborazione tra professionisti sanitari per migliorare il percorso assistenziale e sviluppare la cultura della multidisciplinarietà. Nell'ambito degli obiettivi di sviluppo di piani di educazione sanitaria era richiesta la predisposizione di materiale informativo sull'igiene orale ad uso dei pazienti oncologici.

3.2.7 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.

3.2.8 IL LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI DIPENDENTI



L'Istituto pone particolare attenzione al tema della soddisfazione dei dipendenti e del benessere organizzativo, sia al fine di ricercare le migliori condizioni in cui far lavorare i propri operatori, sia perché il benessere del dipendente è propedeutico alla soddisfazione e al benessere del paziente.

Il gruppo di lavoro, composto dal Servizio Prevenzione e Protezione, dalla struttura di psico-oncologia, dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione ha promosso e avviato un progetto per la rilevazione e la promozione del benessere organizzativo, iniziato nel 2010 e tutt'oggi in corso al fine di:

- migliorare la conoscenza dei propri dipendenti;
- individuare le aree critiche dell'organizzazione;
- elaborare coerenti piani di sviluppo, che consentano di mettere a punto adeguate politiche volte a valorizzare le professionalità;
- progettare ruoli orientati alle competenze e ad arricchire i contenuti del lavoro.

Il gruppo di lavoro ha proceduto confrontando i dati oggettivi rilevati mediante apposite *check-list* "stress - lavoro correlato" con i dati soggettivi inerenti la percezione che ha il dipendente sul grado di benessere organizzativo. Dal confronto di tali categorie di dati sono emerse aree professionali caratterizzate da un minore o

maggiore benessere. Pertanto lo *step* successivo consisterà nell'intervenire in tali aree mediante *focus group* e *balint group* gestiti da un team di psicologi. Infatti già a partire da Febbraio 2013, sono stati organizzati i primi *focus group* 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 nell'ambito del corso "Tutela della Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro".

Inoltre nel 2013 è prevista la ripetizione dell'indagine finalizzata a rilevare l'andamento nel tempo del grado di benessere e di soddisfazione dei dipendenti anche mediante il supporto del neonato C.U.G. suddiviso nel suo interno da tre macro aree quali *mobbing*, pari opportunità e benessere organizzativo, nonché promotore dello sportello di ascolto.

Il C.U.G. ha infatti istituito uno sportello di ascolto, promosso, organizzato e monitorato dallo stesso Comitato, che rappresenta un utile strumento per la rilevazione, in primis, e successivamente per la risoluzione di eventuali disagi dei dipendenti.

Infine, è previsto un progetto formativo dal titolo *Se stai bene...lavori bene!* composto da tre moduli di una giornata e mezza con la partecipazione di operatori provenienti da varie strutture e una fase successiva di supporto permanente mirato alle criticità di reparto. Nel corso saranno affrontati temi come il disagio lavorativo e lo *stress* da lavoro ma è prevista anche una sezione esperienziale con la divisione dei partecipanti in gruppi *balint* e lo yoga della risata.

3.2.9 LA SICUREZZA E LA SALUTE DEL PERSONALE

L'Istituto si avvale di un Servizio di Prevenzione e Protezione che è deputato a promuovere la continuità degli interventi di prevenzione volti alla costruzione e al consolidamento di una stabile "architettura" di sicurezza, tale da garantire la tutela della salute e sicurezza non solo dei lavoratori, ma anche dei pazienti e di chiunque, a diverso titolo, frequenti l'Istituto.



Con delibera 916/2011 è stato adottato il Regolamento aziendale di organizzazione del sistema di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, che ha recepito il "nuovo metodo preventivo di fare sicurezza sul lavoro", introdotto dalle direttive comunitarie, e che promuove una metodologia di intervento di tipo "proattivo", cioè partecipato.

Al fine di governare i processi aziendali per il contenimento dei rischi, l'Istituto ha elaborato apposite procedure che tengano sotto controllo tutti quei processi e quelle attività che possono determinare l'insorgenza di nuovi rischi o che possono far variare l'entità dell'esposizione agli stessi.

Al fine di continuare a tenere elevato il livello di sicurezza nel corso del 2012, l'Istituto ha posto in essere le seguenti attività:

AGGIORNAMENTO DELLA MODULISTICA INERENTE LA PROCEDURA "GESTIONE DEGLI APPALTI - ARTICOLO 26 DEL DLGS 81/08"

Regolamenta le modalità operative per la gestione degli obblighi di tutela della salute e sicurezza connessi ai contratti di appalto. Alla procedura sono allegati un modello DUVRI (Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenti), da utilizzarsi nei contratti di appalto, ed un Opuscolo Informativo sui rischi lavorativi specifici e sulle misure di prevenzione ed emergenza vigenti in Istituto, rivolto alle imprese appaltatrici. Nel corso della revisione è stato prodotto anche un modello DUVRI ed un Opuscolo Informativo specifici per il CROM di Mercogliano.

REDAZIONE DEL "PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE - PIANO DI PRIMO SOCCORSO" PER IL CROM DI MERCOGLIANO - ADOTTATO CON DETERMINA N. 248 DEL 30/10/2012

Definisce le procedure operative che individuano il Responsabile dell'Emergenza, i componenti della Squadra di Emergenza e i Coordinatori dell'Emergenza e dell'Evacuazione, attribuendo loro compiti e precise responsabilità. Inoltre è stato distribuito a tutti i lavoratori del CROM materiale informativo riguardante sia i comportamenti da adottare nelle emergenze, trattati nell'opuscolo "Vademecum per tutti gli operatori", sia quelli relativi ai rischi generali, trattati nell'opuscolo "Salute e sicurezza sul lavoro nel CROM", e ad alcuni rischi specifici, trattati nel "Manuale di sicurezza nei laboratori" e nel "Manuale per l'utilizzo dei gas compressi".

PARTECIPAZIONE AL "TAVOLO TECNICO DEI RESPONSABILI DEI SERVIZI DI PREVENZIONE E PROTEZIONE DELLA SANITÀ DELLA REGIONE CAMPANIA" ISTITUITO PRESSO SORESA

Finalizzato al miglioramento e all'ottimizzazione dei criteri di scelta dei Dispositivi di Protezione Individuale. I lavori si sono conclusi nella prima metà del 2012 con la predisposizione di un unico capitolato tecnico dei Dispositivi di Protezione Individuale cui tutte le aziende sanitarie della Regione possono attingere in relazione ai propri fabbisogni.

AVVIO DI UN PROGRAMMA FORMATIVO

Il programma formativo coinvolge tutti i lavoratori dell'Istituto, e da una risposta anche al dettato normativo delineato nell'Accordo per i corsi di formazione dei lavoratori nell'ambito della tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, approvato in Conferenza Stato Regioni, nel 2011.

La formazione si sviluppa su due livelli: una formazione generale, comune a tutti i livelli di rischio, con una durata di 4 ore ed una formazione specifica per singola classe di rischio con una durata di 12 ore.

Al fine di favorire la partecipazione dei lavoratori i suddetti corsi sono stati inseriti nel Piano Formativo Aziendale, in modo tale da coniugare il soddisfacimento di un obbligo normativo con quello del fabbisogno di aggiornamento ECM del personale.

Le attività avviate e soprattutto quelle connesse al processo formativo, seppur richiedono un impegno gravoso e complesso, sono ampiamente ricompensate dal successo che i suddetti corsi vanno riscuotendo tra i lavoratori, confermando, quindi, la certezza che la diffusione della cultura della sicurezza quale valore forte e impegno condiviso, sia un pilastro fondamentale di ogni percorso di miglioramento teso a garantire più adeguate condizioni di benessere psico-fisico dei lavoratori e ad elevarne gli standard operativi.

3.3 GLI UTENTI DELL'ISTITUTO

Gli utenti sono rappresentati da tre macrocategorie di soggetti, ciascuna delle quali beneficia in diverso modo dei risultati dell'attività di ricerca, in particolare si distinguono:

- La comunità scientifica che beneficia dei risultati della ricerca;
- I pazienti che beneficiano dei servizi di assistenza sanitaria;
- 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 IRCCS, è rappresentata dalla ricerca traslazionale, ovvero dalla ricerca volta a trasferire all'applicazione clinica le più recenti acquisizioni nel campo della biologia tumorale. Presupposto alla 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 2012 hanno riguardato i principali campi della ricerca oncologica, attraverso una serie di progetti che, integrati con le attività assistenziali, hanno avuto un marcato indirizzo traslazionale coinvolgendo in maniera trasversale tutti i Dipartimenti.

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

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

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 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 soprattutto dall'Impact Factor delle stesse, 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.

Nello specifico, l'attività di ricerca del 2012 ha portato alla pubblicazione di 259 articoli, con un IF grezzo di 1.158,4 punti. Al momento della stesura del bilancio sociale 2012, non è stato possibile quantizzare l'IF normalizzato (IFN) perché non ancora disponibili i quartili, dal Ministero, utili al relativo calcolo.

| Produzione | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|-------|-------|---------|
| N° Pubblicazioni | 175 | 163 | 259 |
| Impact Factor grezzo* | 713.4 | 869.6 | 1.158.4 |
| <i>* I dati riportati sono stati elaborati secondo i parametri del Ministero della Sanità per la valutazione della produzione scientifica nota DGRIC 0001219-P-26/02/2013</i> | | | |

Figura 69 - Dati triennio 2010-12 inerenti il n° pubblicazione e al IF grezzo

La quantità e la qualità delle ricerche pubblicate sono una conferma delle buone scelte compiute nell'impiego dei finanziamenti ricevuti. Di seguito, sono descritti 10 articoli pubblicati nel 2012 nell'ambito di programmi di ricerca corrente e/o finalizzata (gli autori afferenti all'Istituto sono contrassegnati da un asterisco):

| Impact Factor: 38,278 | |
|---|---|
| Rivista: LANCET | |
| Autori: <i>Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG)*, Darby S, McGale P, Correa C, Taylor C, Arriagada R, Clarke M, Cutter D, Davies C, Ewertz M, Godwin J, Gray R, Pierce L, Whelan T, Wang Y, Peto R.</i> | Lo studio mostra che la radioterapia dopo la chirurgia conservativa, riduce sostanzialmente non solo il rischio di recidiva, ma anche la morte per cancro al seno. Questo beneficio varia poco tra i differenti gruppi di donne trattate. Per contro, il beneficio della radioterapia varia sostanzialmente a seconda delle caratteristiche della paziente e può essere previsto al momento in cui bisogna prendere le decisioni necessarie per il trattamento da effettuare. |
| *De Laurentiis M. | |
| Titolo: <i>Effect of radiotherapy after breast-conserving surgery on 10-year recurrence and 15-year breast cancer death: meta-analysis of individual patient data for 10,801 women in 17 randomised trials</i> | |

| Impact Factor: 22,589 | |
|--|--|
| Rivista: Lancet Oncol | |
| Autori: <i>Di Giacomo AM, Ascierto PA*, Pilla L, Santinami M, Ferrucci PF, Giannarelli D, Marasco A, Rivoltini L, Simeone E*, Nicoletti SV, Fonsatti E, Annesi D, Queirolo P, Testori A, Ridolfi R, Parmiani G, Maio M.</i> | Ipilimumab migliora la sopravvivenza dei pazienti con melanoma metastatico, molti dei quali sviluppano metastasi cerebrali. La chemioterapia induce il rilascio di antigeni tumorali che potrebbero amplificare l'attività antitumorale dell'ipilimumab. L'obiettivo dello studio è quello di indagare l'efficacia e la sicurezza di ipilimumab più fotemustina nei pazienti con melanoma metastatico con o senza metastasi cerebrali asintomatici. I risultati indicano che la combinazione di ipilimumab più fotemustine ha attività clinica in pazienti con metastasi da melanoma, compresi quelli con metastasi cerebrali. |
| Titolo: <i>Ipilimumab and fotemustine in patients with advanced melanoma (NIBIT-M1): an open-label, single-arm phase 2 trial.</i> | |

Impact Factor: 18,372

Rivista: J Clin Oncol

Autori: Colombino M, Capone M, Lissia A, Cossu A, Rubino C, De Giorgi V, Massi D, Fonsatti E, Staibano S, Nappi O, Pagani E, Casula M, Manca A, Sini M, Franco R*, Botti G*, Caracò C*, Mozzillo N*, Ascierto PA*, Palmieri G

Titolo: *BRAF/NRAS Mutation Frequencies Among Primary Tumors and Metastases in Patients With Melanoma*

La prevalenza di mutazioni BRAF, NRAS e p16CDKN2A nella progressione del melanoma rimane incerta. Lo scopo dello studio è stato quello di evidenziare proprio la prevalenza e la distribuzione delle mutazioni di questi geni, in differenti tessuti di melanoma. I risultati dello studio indicano che la prevalenza di mutazioni in coppia BRAF/NRAS/p16CDKN2A può essere utile nel trattamento dei pazienti affetti da melanoma.

Impact Factor: 18,372

Rivista: J Clin Oncol

Autori: Gridelli C, Ciardiello F, Gallo C, Feld R, Butts C, Gebbia V, Maione P, Morgillo F, Genestreti G, Favaretto A, Leigh N, Wierzbicki R, Cinieri S, Alam Y, Siena S, Tortora G, Felletti R, Riccardi F, Mancuso G, Rossi A, Cantile F, Tsao MS, Saieg M, da Cunha Santos G, Piccirillo MC, Di Maio M, Morabito A, Perrone F

Titolo: *First-line erlotinib followed by second-line cisplatin-gemcitabine chemotherapy in advanced non-small-cell lung cancer: the TORCH randomized trial*

TORCH è uno studio randomizzato di fase 3 che aveva l'obiettivo di verificare se, in pazienti con NSCLC avanzato non selezionati per caratteristiche cliniche o molecolari, una sequenza di trattamento con erlotinib in prima linea seguito a progressione da cisplatino e gemcitabina fosse non inferiore in termini di sopravvivenza rispetto alla sequenza di trattamento inversa standard. Lo studio è stato interrotto alla prima analisi ad interim pianificata, quando 760 dei 900 pazienti previsti erano stati arruolati, per dimostrata inferiorità del braccio sperimentale.

Impact Factor: 18,372

Rivista: J Clin Oncol

Autori: Scholz CW, Pinto A, Linkesch W, Lindén O, Viardot A, Keller U, Hess G, Lastoria S*, Lerch K, Frigeri F*, Arcamone M, Stroux A, Frericks B, Pott C, Pezzutto A

Titolo: *90Yttrium-Ibritumomab-Tiuxetan as First-Line Treatment for Follicular Lymphoma: 30 Months of Follow-Up Data From an International Multicenter Phase II Clinical Trial*

In questo lavoro, viene riportato il follow-up a 30 mesi, di uno studio multicentrico di fase II di 90yttrium-ibritumomab-tiuxetano (90YIT) come unico trattamento di prima linea in pazienti con linfoma follicolare (FL). I dati indicano che, il 90YIT è ben tollerato e raggiunge alti tassi di risposta. I pazienti con aumento della LDH hanno una ricaduta precoce e gli individui in fase di remissione, 1 anno dopo il trattamento con 90YIT sembrano avere una durata della risposta più lunga.

Impact Factor: 13,069

Rivista: J Clin Invest

Autori: Forzati F, Federico A, Pallante P, Abbate A, Esposito F, Malapelle U, Sepe R, Palma G, Troncone G, Scarfò M, Arra C, Fedele M, Fusco A

Titolo: *CBX7 is a tumor suppressor in mice and humans.*

Il gene CBX7 codifica una proteina del gruppo Polycomb che è noto per essere down-regulated in molti tipi di tumori umani, anche se il ruolo di questa proteina nella carcinogenesi rimane poco chiaro. I dati dello studio suggeriscono che CBX7 è un soppressore tumorale, mentre la sua perdita gioca un ruolo chiave nella patogenesi del cancro.

Impact Factor: 11,665

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

Il rapporto tra storia familiare di cancro al fegato e di epatocarcinoma nelle popolazioni occidentali non è del tutto definito. Per tale motivo è stato effettuato uno studio caso-controllo in Italia, che ha coinvolto 229 casi di HCC e 431 controlli ospedalieri.

I dati indicano che, una storia familiare di cancro al fegato aumenta il rischio di carcinoma epatocellulare, indipendentemente dall'epatite.

La combinazione di storia familiare di cancro al fegato e marcatori sierici di epatite B / C è associata ad un rischio 70 volte più elevato di HCC.

Impact Factor: 6,425

Rivista: Ann Oncol

Autori: Brundage M, Gropp M, Mefti F, Mann K, Lund B, GebSKI V, Wolfram G, Reed N, Pignata S, Ferrero A, Brown C, Eisenhauer E, Pujade-Lauraine E

Titolo: Health-related quality of life in recurrent platinum-sensitive ovarian cancer--results from the CALYPSO trial

Lo studio CALYPSO, ha dimostrato che l'associazione carboplatino - doxorubicina liposomiale pegilata (CD) è più efficace rispetto all'associazione carboplatino - paclitaxel (CP) nei pazienti con carcinoma ovarico ricorrente. Questo studio riporta i risultati sulla qualità della vita correlati allo stato di salute.

I risultati riferiti dai pazienti confermano complessivamente una tossicità inferiore del CD rispetto a CP. Inoltre i risultati indicano che oltre ad un miglioramento della qualità della vita si è osservato anche un miglioramento dello stato di salute.

Impact Factor: 6,425

Rivista: Annals of Oncology

Autori: F. Nuzzo, C. Gallo, S. Lastoria, M. Di Maio, M.C. Piccirillo, A. Gravina, G. Landi, E. Rossi, C. Pacilio, V. Labonia, F. Di Rella, A. Bartiromo, G. Buonfanti, G. De Feo, G. Esposito, R. D'Aniello, P. Maiolino, S. Signoriello, E. De Maio, V. Tinessa, G. Colantuoni, M. De Laurentiis, M. D'Aiuto, M. Di Bonito, G. Botti, P. Giordano, G. Daniele, A. Morabito, N. Normanno, A. de Matteis and F. Perrone.

Titolo: Bone effect of adjuvant tamoxifen, letrozole or letrozole plus zoledronic acid in early-stage breast cancer: the randomized phase 3 HOBEO study

HOBEO è uno studio randomizzato di fase 3 che aveva come obiettivo valutare gli effetti prodotti sull'osso dal tamoxifen (standard), dal letrozolo, e dall'associazione letrozolo + acido zoledronico come trattamento adiuvante di pazienti operate per un carcinoma mammario con recettori ormonali positivi, mediante confronto della densità minerale ossea dopo 1 anno di trattamento. Lo studio ha dimostrato che l'effetto positivo dell'acido zoledronico sull'osso, antagonizza ampiamente il danno che il letrozolo produce in confronto al tamoxifen. Inoltre, da un'analisi secondaria è emerso che l'effetto del letrozolo sull'osso è ridotto nelle pazienti in sovrappeso o obese.

Impact Factor: 5.967

Rivista: J Clin Endocrinol Metab

Autori: Guerra A, Sapio MR, Marotta V, Campanile E, Rossi S, Forno I, Fugazzola L, Budillon A, Moccia T, Fenzi G, Vitale M.

Titolo: *The primary occurrence of BRAF(V600E) is a rare clonal event in papillary thyroid carcinoma.*

Gli autori, utilizzando il metodo del pirosequenziamento, hanno analizzato nei tumori papillari della tiroide (PTC) la percentuale di alleli con mutazione BRAFV600E, dimostrando una chiara distribuzione eterogenea della mutazione nel tumore. Meno del 25 % di alleli risultavano mutati, ad indicare che la mutazione BRAFV600E fosse un evento genetico secondario sub clonale nei PTC. Tale studio che fa luce su un problema molto dibattuto suggerisce anche che l'eterogeneità intratumorale riscontrata può ostacolare l'efficacia di una farmacoterapia mirata con inibitori di BRAF.

Per quanto riguarda il secondo parametro, nel periodo 2007 - 2012, il numero totale degli studi clinici valutati dal Comitato Etico è stato di 317 (229 sperimentazioni cliniche e 88 studi osservazionali).

La figura di seguito riportata indica il numero delle sperimentazioni cliniche per anno e tipologia di promotore, valutate dal Comitato Etico entro il 31/12/2012.

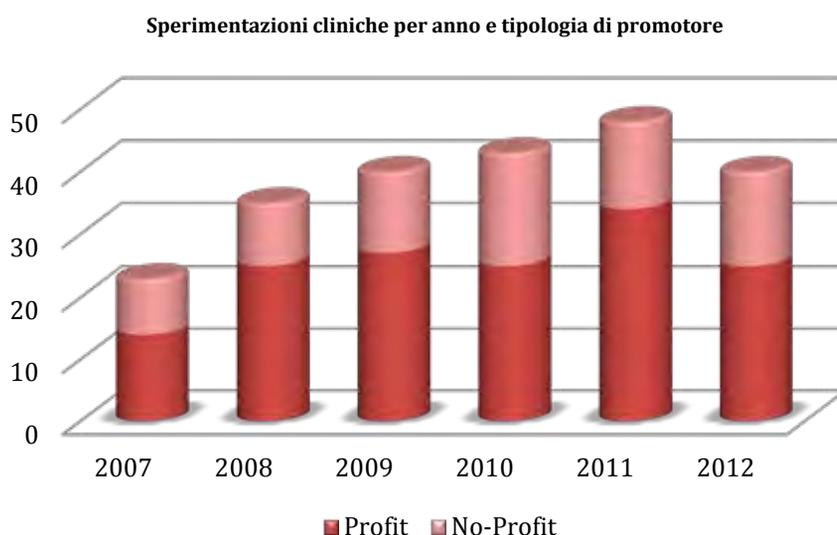


Figura 70 - Numero delle sperimentazioni cliniche per anno e tipologia di promotore

Come si può notare, nel corso del 2012, si è registrato un leggero calo delle sperimentazioni cliniche, calo che ha riguardato negli ultimi anni la ricerca italiana ed europea più in generale. Infatti, i dati riportati nel 11° Rapporto Nazionale dell'AIFA, registrano una flessione delle SC farmacologiche nazionali del 14,6% dal 2008 al 2009, del 12,2% dal 2009 al 2010, rimanendo praticamente invariate nel 2011 rispetto al 2010 (676 vs 670); al contrario le SC farmacologiche condotte presso l'INT mostrano un incremento, rispettivamente, del 12%, del 11% e del 5%.

La figura di seguito rappresenta il numero degli studi osservazionali per anno e tipologia di promotore, valutati dal Comitato etico entro il 31/12/2012.

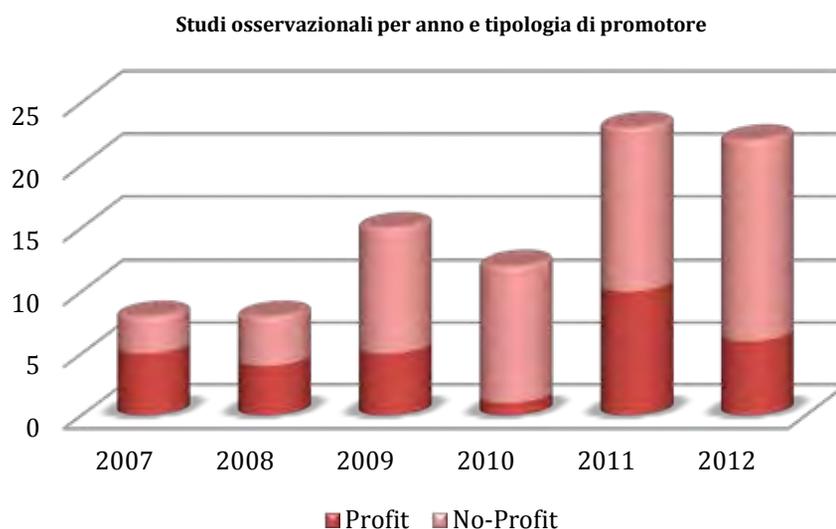


Figura 71 - Numero degli studi osservazionali per anno e tipologia di promotore

Per gli studi osservazionali è evidente l'aumento degli studi no-profit, che sono passati dai 3 del 2007 ai 16 del 2012, con un incremento di oltre il 400%.

Su 317 studi clinici valutati dal comitato etico nel periodo 2007 - 2012, ne sono stati attivati 271. Di questi 168 di cui 120 Sperimentazioni Cliniche e 48 Studi Osservazionali, risultano essere ancora in corso al 31/12/2012.

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 Sistema Sanitario Regionale, in quanto permette di trattare in maniera gratuita pazienti neoplastici con farmaci ad alto costo.

Nello specifico, nel corso del 2012, sono stati attivati diversi studi, tra i quali:

uno **studio multicentrico di fase III, in doppio cieco**, con BMS-936558 (anti-PD-1 human monoclonal antibody) verso dacarbazina, in soggetti con melanoma metastatico o non operabile non precedentemente trattati

uno **studio multicentrico randomizzato di fase III, con chemioterapia di seconda linea combinata** o meno con bevacizumab, in pazienti affette da carcinoma ovarico di stadio III-IV con malattia platino-sensibile pretrattata con bevacizumab

uno **studio randomizzato, in aperto, di fase III, con afatinib verso erlotinib** in pazienti con carcinoma squamoso del polmone in stadio avanzato, come terapia di seconda linea dopo chemioterapia di prima linea a base di platino

uno **studio di fase 1/2 dell'associazione di acido valproico e capecitabina** con la radioterapia short-course, quale trattamento preoperatorio nei pazienti con carcinoma del retto a rischio basso-intermedio)

uno studio **multicentrico di fase III, randomizzato, in doppio cieco**, controllato verso placebo, con rilotumumab (AMG 102) in combinazione con epirubicina, cisplatino e capecitabina (ECX) come terapia di prima linea nell'adenocarcinoma gastrico o della giunzione gastro-esofagea in stadio avanzato met-positivo

uno **studio di fase III, in doppio cieco, controllato con placebo, di vemurafenib** rispetto a vemurafenib plus GDC-0973 (MEK inibitore) in pazienti positivi alla mutazione di BRAF-V600 non trattati precedentemente, con melanoma metastatico o localmente avanzato non resecabile

uno **studio di fase III, randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo** della terapia adiuvante con vemurafenib (RO5185426) in pazienti con melanoma cutaneo BRAF-mutante, resecato chirurgicamente, ad alto rischio di recidiva

La figura di seguito riportata 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 31.12.2012 presso l'Istituto, sono stati arruolati complessivamente 14.652 pazienti, di cui 12.422 (85%) negli studi clinici *no-profit* e 2.230 (15%) negli studi clinici *profit*. In particolare, nel solo 2012, sono stati arruolati 3.370 pazienti, corrispondenti a oltre il 23% 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 al 31.12.2012 | 8.754 | 1.253 | 3.668 | 977 | 14.652 |
| di cui: nel 2012 | 1.416 | 360 | 1.410 | 184 | 3.370 |

Figura 72 - Pazienti arruolati al 31/12/2012 e tipologia di promotore degli studi e delle sperimentazioni

Di seguito si riporta la percentuale di pazienti arruolati per tipologia di studio (SC e SO) e di promotore (*profit/no profit*).

Percentuale di pazienti arruolati per tipologia di studio e di promotore

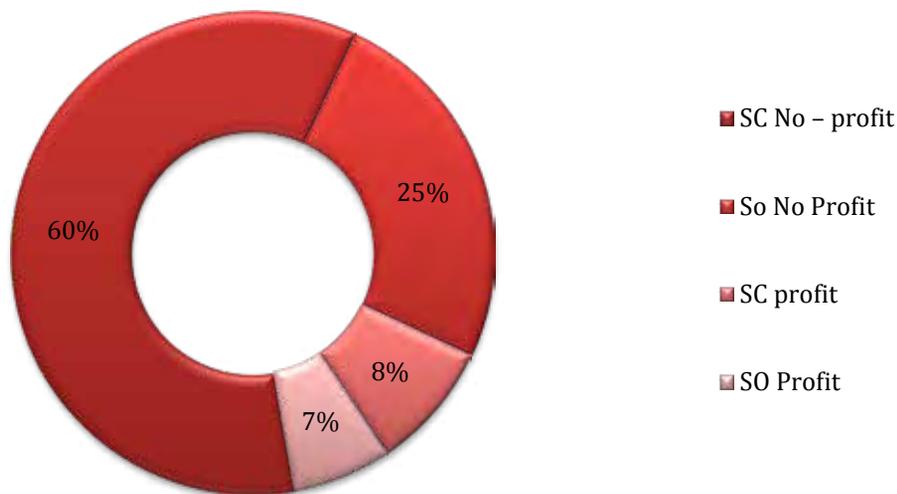


Figura 73 - Pazienti arruolati per tipologia di promotore e studio

Le attività di ricerca sviluppate, hanno inoltre permesso di estendere la copertura brevettuale in paesi internazionali, nel 2012, di due domande di brevetto sulla scorta di scoperte scientifiche realizzate dai vari ricercatori impegnati presso l'Istituto.

| N. | Titolo | Inventore | Anno di deposito |
|----|--|---|------------------|
| 1 | CYCLIC PEPTIDES BINDING CXCR4 RECEPTOR AND RELATIVE MEDICAL AND DIAGNOSTIC USES | Amodeo Pietro Vitale Rosamaria De Luca Stefania Scala Stefania Castello Giuseppe Siani Alfredo | 2012 |
| 2 | PEPTIDES HAVING PHARMACOLOGICAL ACTIVITY FOR TREATING DISORDERS ASSOCIATED WITH ALTERED CELL MIGRATION, SUCH AS CANCER | Carriero Maria Vincenza De Rosa Mario Pavone Vincenzo | 2012 |

Figura 74 - Domande di brevetto con copertura internazionale nel 2012

Molto significativa ai fini della qualità della ricerca è stata anche per il 2012 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:

- **Organization of European Cancer Institutes (OECI):** è un'organizzazione che vede coinvolti diversi Istituti Oncologici, con lo scopo di migliorare, dal punto di vista organizzativo, la qualità della cura del cancro e la ricerca traslazionale in Europa. L'Istituto partecipa al programma OECI, nell'ambito della ricerca finalizzata 2009



- Ministero della Salute - dal titolo *"Tailored Accreditation Model for Comprehensive Cancer Centers: validation through the application of the experimental OEI-based model to the network of Cancer IRCCS of Alleanza contro il Cancro"*, coordinato dall' Istituto Superiore di Sanità. L'obiettivo principale, per il triennio 2012 – 2014, è creare una massa critica di conoscenze e competenze al fine di avere un consenso sui migliori modelli in oncologia, sviluppare soluzioni concrete e realistiche, a prezzi accessibili, efficaci contro il cancro, e favorire la più ampia distribuzione dei modelli e delle soluzioni per migliorare la qualità della vita dei pazienti nell'Unione Europea. Nel corso del 2012, i rappresentanti degli Istituti Oncologici Italiani hanno elaborato un documento metodologico definito *"Position Paper"* in cui hanno individuato un certo numero di requisiti (statements), finalizzati *"a fornire un aiuto alla decisione clinica e alla pianificazione sanitaria tramite una chiara definizione delle indicazioni per le quali una certa procedura può essere considerata appropriata, inappropriata o meritevole di un ulteriore approfondimento"*.

Di seguito sono riportati gli statements del Position Paper:

Statement 1. Ogni Istituto Oncologico, dovendo dare conto al cittadino della qualità e dell'affidabilità del servizio erogato, si deve sottoporre a verifiche esterne da parte di uno o più Enti o Istituzioni competenti a svolgerle.

Statement 2. I presupposti per intraprendere un percorso di valutazione esterna della qualità sono il forte coinvolgimento e la motivazione della leadership a tutti i livelli dell'organizzazione.

Statement 3. L'Istituto Oncologico, che attua programmi di verifica esterna di qualità, deve prevedere il coinvolgimento di tutta l'organizzazione e non solo parti di questa.

Statement 3. L'Istituto Oncologico, che attua programmi di verifica esterna di qualità, deve prevedere il coinvolgimento di tutta l'organizzazione e del corpo vivo impegnato nelle linee di assistenza e ricerca e non solo di parti di questa.

Statement 4. Il momento più efficace per il miglioramento è quello dell'autovalutazione di gruppo, che genera i cambiamenti più proficui per l'organizzazione ed i suoi attori e deve coinvolgere e motivare tutti i livelli operativi.

Statement 5. Ogni sistema di valutazione esterna della qualità, per fornire benefici all'organizzazione che vi si sottopone, deve essere interpretato, trasferito ed utilizzato per un lungo arco temporale che preveda un meccanismo di autovalutazione continuativa

Statement 6. Le Regioni, nell'ambito dei programmi per l'accreditamento istituzionale, devono prevedere requisiti relativi alla qualità professionale, alla competenza clinica, ai percorsi assistenziali ed alla valutazione dei risultati.

Statement 7. Gli Enti e le Istituzioni che conducono la valutazione esterna di qualità devono prevedere che il gruppo di verifica comprenda valutatori qualificati in possesso di competenze sanitarie di base e specialistiche e competenze di verifica di sistemi sanitari sviluppate anche attraverso adeguati programmi di formazione.

Statement 8. Il sottoporsi ad una verifica esterna di qualità ha una forte valenza formativa e favorisce il miglioramento della sicurezza e della qualità delle prestazioni.

Statement 9. Ogni modello di valutazione esterna di qualità deve prevedere il monitoraggio e la verifica dei processi e dei risultati.

Statement 10. I modelli finora applicati negli Istituti Oncologici (generali: Joint Commission, ISO 9000:2008, Accreditation Canada, specialistici: JACIE, JCI Lab, EFI) non presentano incompatibilità tra loro e potrebbero utilmente integrarsi con un modello specifico per l'oncologia quale quello OECl.

Statement 11. Il modello di valutazione deve tenere conto delle specificità di un Istituto Oncologico:

- Capacità di interagire in rete
- Approccio integrato e multidisciplinare al paziente
- Innovazione della cura attraverso il rapido trasferimento dei risultati della ricerca nella pratica clinica
- Bisogni peculiari del paziente oncologico e dei suoi famigliari
- Particolarità della comunicazione con il paziente oncologico.

Statement 12. Il sistema adottato dagli Istituti Oncologici dovrebbe prevedere criteri di valutazioni specifici sull'utilizzo degli antitumorali e dei farmaci ad alto rischio, la radioterapia, la medicina nucleare e la diagnostica per immagini.

Statement 13. Le Istituzioni dovrebbero riconoscere gli sforzi messi in atto dagli Istituti Oncologici per ottenere attestazioni di qualità da parte di Enti qualificati, anche mediante l'assegnazione di incentivi economici a sostegno delle loro attività di miglioramento.

Statement 14. E' auspicabile che gli Istituti Oncologici che aderiscono alla valutazione esterna di qualità eseguano e documentino visite tra pari tramite strumenti metodologici condivisi, consolidati e di comprovata efficacia (es. Safety Walk Round).

- **Alleanza Contro il Cancro (ACC)**: è un'associazione senza scopo di lucro istituita nel 2002 per volontà del Ministero della Salute, il cui scopo è realizzare e gestire una rete d'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, promosso dal Ministero della Salute, di cui il Nostro Istituto fa parte dal 2003, 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 gridcomputing**: 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, archivi o per la consultazione d'informazioni da remoto;



- la **"Rete Nazionale delle Biobanche per l'Oncologia"**: La Biobanca Istituzionale dell'Istituto Nazionale Tumori di Napoli (**BBINT**Napoli) ha partecipato alla Rete Nazionale delle Biobanche Oncologiche **"RIBBO"** (<http://www.iss.it/ribo/>), coordinata da A. Paradiso e da G. Migliaccio, ed alla fase preparatoria dell'infrastruttura europea delle Biobanche e delle risorse biomolecolari **"BBMRI"**. La **BBINT** Napoli partecipa alla Rete Italiana di tessuti archiviati in paraffina, **Pat Biobanking Network**, coordinata da Giorgio Stanta. Inoltre, a seguito dell'accordo del 20/04/2011, Conferenza Stato Regioni, **BBINT** Napoli, è il Centro di Coordinamento della Regione Campania nel Progetto per Biobanche Oncologiche per la Conservazione e lo Studio di Materiale Oncologico, al fine di rendere omogenee sul territorio regionale, le procedure finalizzate alla attivazione delle stesse



- la **Teleradiologia**: un 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:

- Union Int ernationale 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:
 - ✓ Universit  degli Studi di Napoli "Federico II": Anatomia Patologica, Chirurgia Maxillo-Facciale, Chirurgia Toracica, Igiene e Medicina Preventiva, Oncologia;
 - ✓ Seconda Universit  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 DELL'ATTIVIT  SANITARIA



I posti letto attivi in Istituto nel corso del 2012, sono stati 186 per il regime di ricovero ordinario e 42 per DH di cui 32 poltrone per il DH di chemioterapia e 10 pl per *day surgery* ed endoscopia, per un totale di 228 pl. Si pu  quindi osservare come il numero dei posti letto si sia mantenuto sostanzialmente stabile nel quadriennio 2009-2012.

Posti letto 2009 - 2012

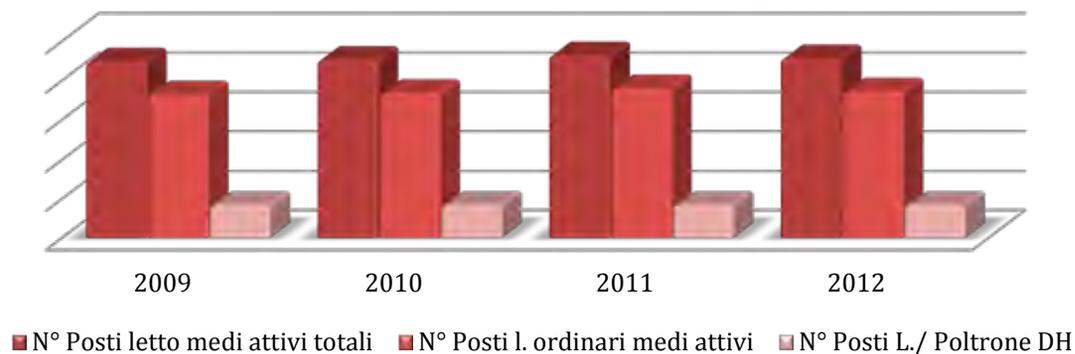


Figura 75 - Posti letto attivi per regime 2009-2012

Come riportato nella figura seguente, i ricoveri totali sono stati 17.614 mostrando un modesto incremento rispetto al 2011 (+ 90 ricoveri) e per il DH si è registrato un incremento del numero degli accessi passati 20.832 a 21.174.

Andamento delle dimissioni

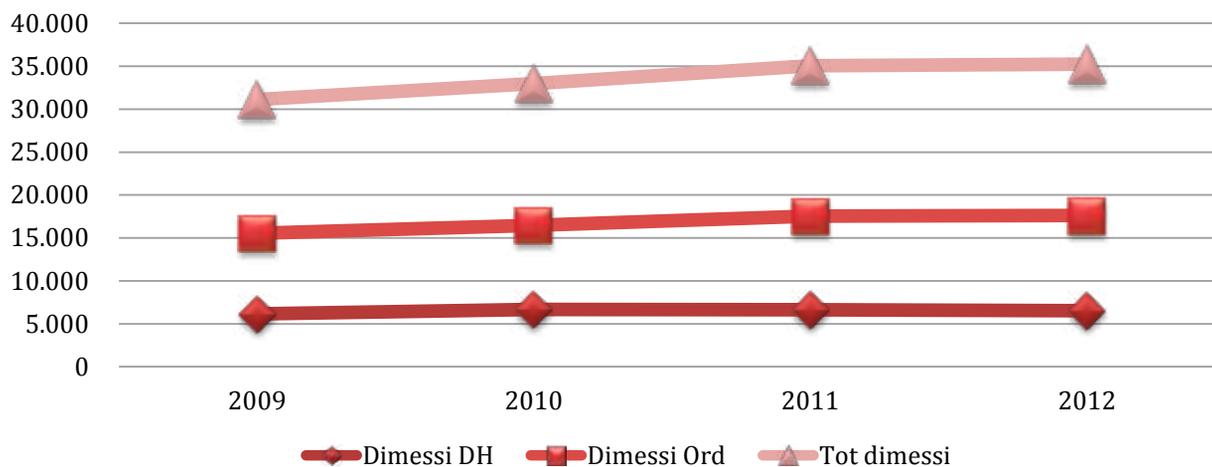


Figura 76 - Andamento delle dimissioni anni 2009 - 2012

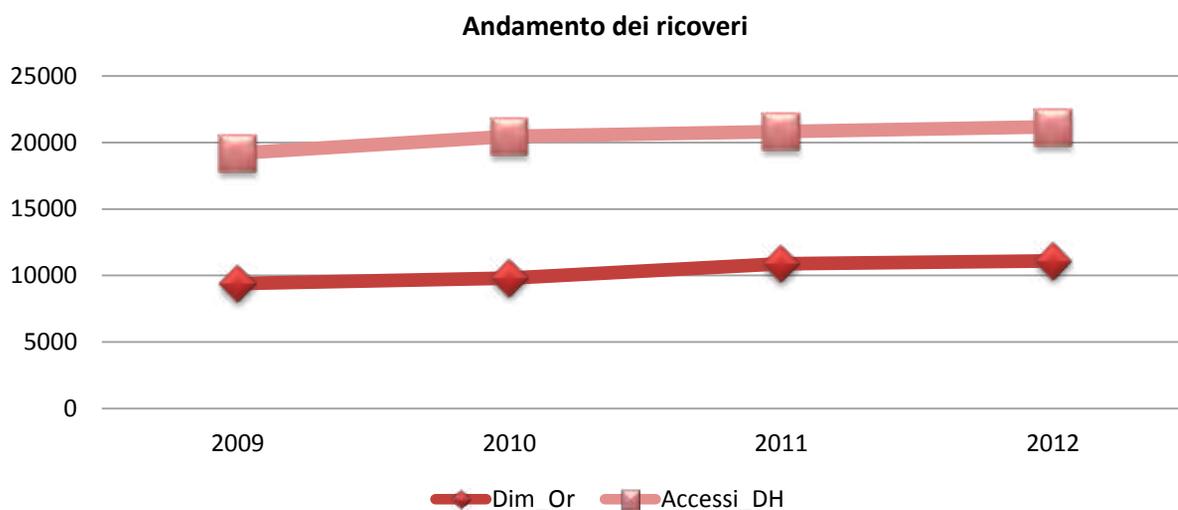


Figura 77 - Andamento dei ricoveri e degli accessi di DH 2009 -2012

Quindi anche nel 2012 si è confermato il trend di crescita che ha portato, nell'ultimo quadriennio, un incremento del 13,2% dei ricoveri totali, del 18% degli ordinari e del 10,3% degli accessi di DH, quest'ultimo, esclusivamente attribuibile come evidenziato nel grafico successivo, all'aumento degli accessi di DH di tipo medico terapeutici per la somministrazione di farmaci antitumorali.

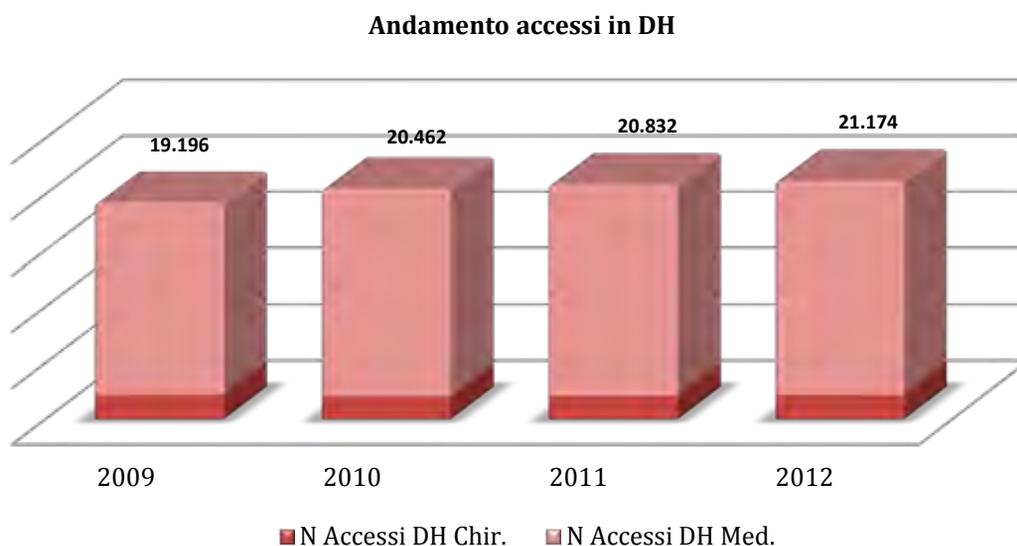


Figura 78 - Andamento del n di accessi in DH medici e chirurgici anni 2009-2012

Anche le giornate di degenza, in regime ordinario, in accordo con l'incremento dei ricoveri sono cresciute del 6,8% passando da 55.842 a 58.809 mentre la degenza media per i ricoveri ordinari si è mantenuta stabile con 5,3 giorni

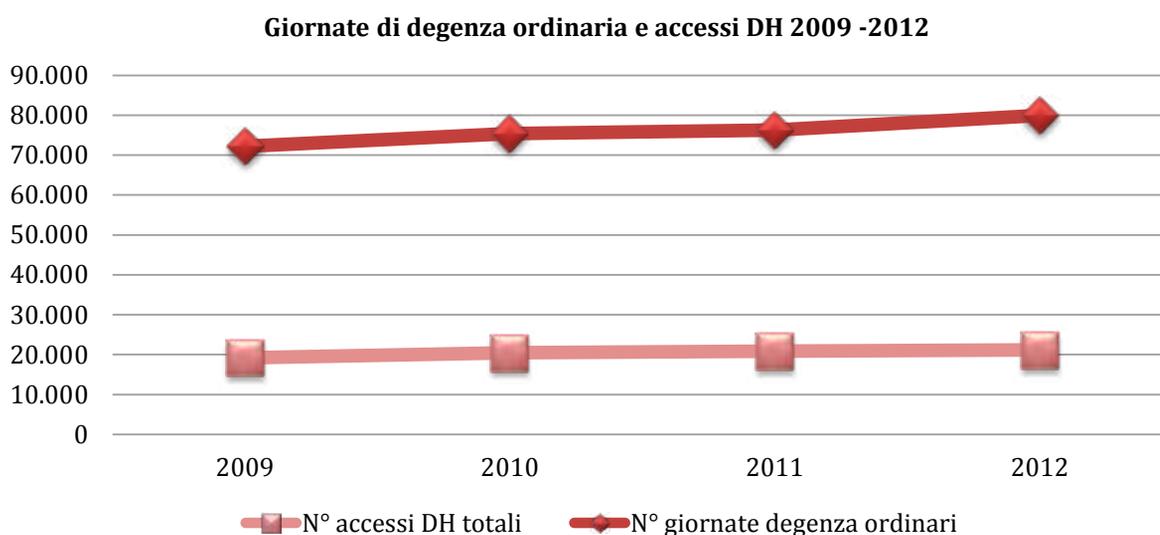


Figura 79 – N. giornate di deg. Ord. e accessi DH 2009 - 2012

L'incremento di ricoveri, giornate di degenza e accessi in DH osservato nel 2012 rispetto all'anno precedente ha determinato l'aumento del tasso di utilizzo dei posti letto che per gli ordinari è passato dall'80% all'86%. Convenzionalmente questo indicatore viene calcolato prevedendo che l'accesso al ricovero sia assicurato in egual misura per tutti i giorni dell'anno, ma in un Istituto di cura che non ha pronto soccorso e che nei giorni di sabato e domenica, generalmente, non effettua ricoveri si determina una riduzione dei pazienti presenti, mentre dal lunedì al venerdì i posti letto risultano occupati al 100%. Il tasso di utilizzo dei letti di DH (calcolato prevedendo 250 giorni di attività/anno e 2 accessi medi/die per posto letto) è progressivamente cresciuto e nel 2012 è complessivamente al 101%, e raggiunge il 108% per il DH di chemioterapia.

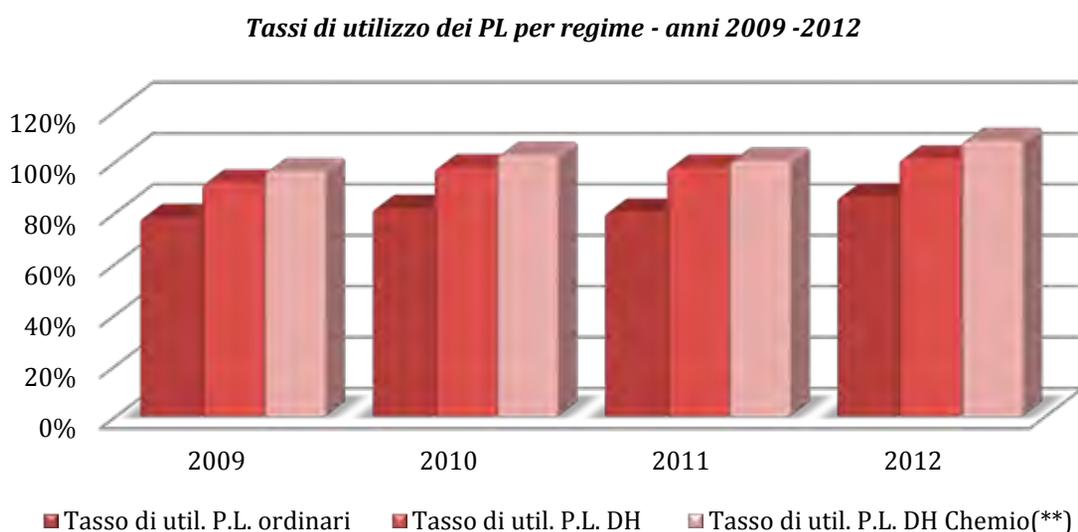


Figura 80 - Tassi di utilizzo dei PL per regime - anni 2009 -2012

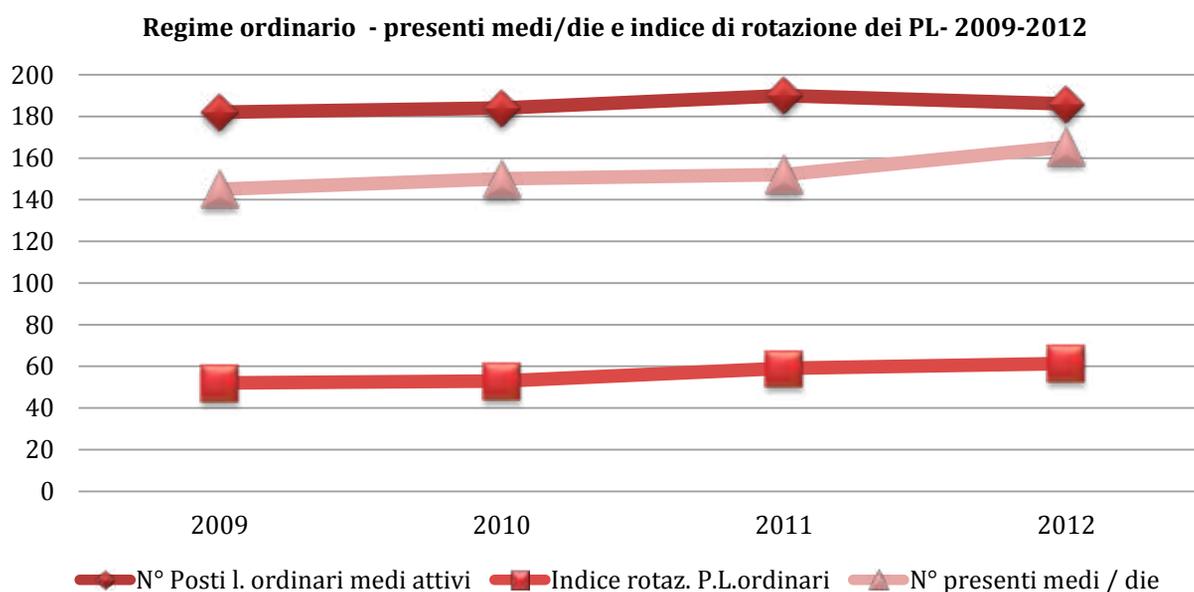


Figura 81 - Regime ordinario - presenti medi/die e indice di rotazione dei PL- 2009-2012

Il maggiore utilizzo dei posti letto ordinari è ulteriormente indicato dall'incremento del numero medio di pazienti ricoverati per ciascun giorno che è passato da 145 a 161 a parità di PL; risulta aumentata anche la capacità produttiva di ciascun posto letto misurabile attraverso l'indice annuale di rotazione dei pazienti per posto letto che è passato da 52 nel 2011 a 61 nel 2012. Il miglioramento dell'indice di rotazione è stato determinato prevalentemente dall'incremento del tasso d'utilizzo dei posti letto mentre, come già riportato precedentemente la degenza media è rimasta sostanzialmente stabile.

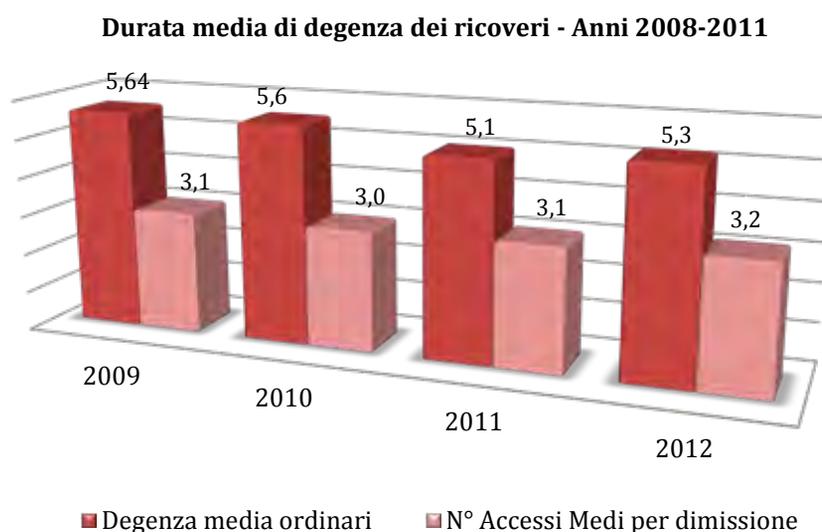


Figura 82 - Durata media di degenza dei ricoveri - Anni 2008-2011

L'offerta assistenziale e l'attività di ricerca dell'Istituto Tumori di Napoli si articola per percorsi assistenziali multidisciplinari che prevedono prestazioni che vengono erogate, in base al livello di intensività assistenziale richiesto, nei regimi di assistenza ambulatoriale, degenza ordinaria e degenza in day-hospital. Generalmente la fase di arruolamento dei pazienti, la diagnosi e la stadiazione sono effettuati in regime ambulatoriale o in ambulatorio di preospedalizzazione e raramente in ricovero ordinario; le fasi terapeutiche dei percorsi assistenziali, che per le neoplasie prevedono spesso l'integrazione tra terapia chirurgica e medica adiuvante e neoadiuvante vengono erogate in regime di ricovero ordinario o di *day hospital*, mentre le fasi di *follow-up* e controlli vengono, assicurate in regime ambulatoriale.

Nel 2012 i ricoveri ordinari medici sono stati 7.027 (63,4%) e quelli chirurgici 4.065 (36,7%). Nella figura seguente, si osserva che nell'ultimo quadriennio, sia gli uni che gli altri, sono costantemente aumentati ed in maniera più accentuata i ricoveri medici soprattutto a partire dal 2010.

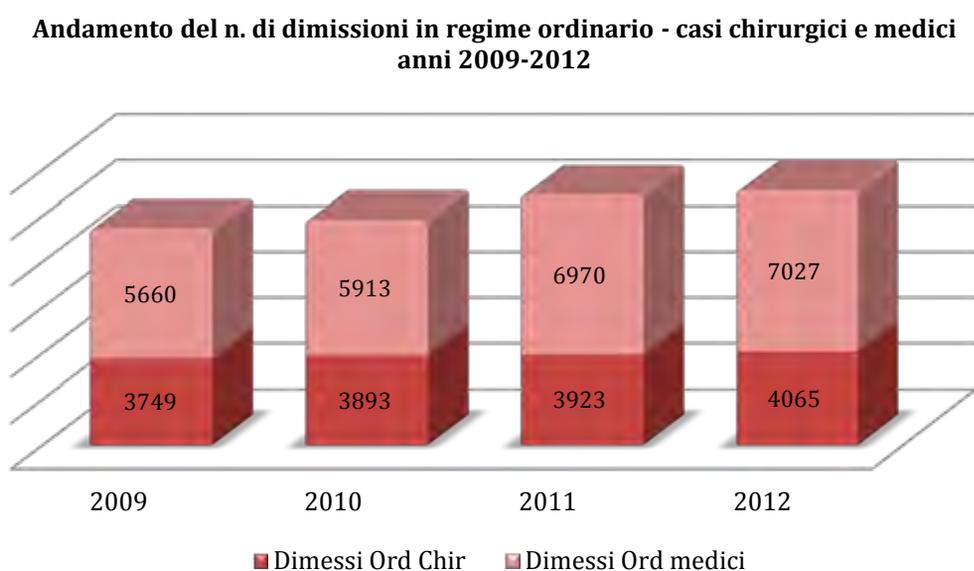


Figura 83 - Andamento del n. di dimissioni in regime ordinario - casi chirurgici e medici anni 2009-2012

Questo fenomeno, come si apprezza chiaramente nella figura seguente è stato determinato, quasi esclusivamente, dall'aumento dei ricoveri medici per chemioterapia ed è stato promosso consapevolmente dalla Direzione Aziendale per dare risposta al crescente fabbisogno di accessi per chemioterapia necessario ad assicurare la presa in carico globale dei pazienti dalla fase della diagnosi fino alla terapia adiuvante; anche al fine di garantire il massimo rispetto possibile dei calendari di somministrazione previsti dai protocolli di terapia.

Andamento del n. di dimissioni in regime ordinario Drg medici frequenza dei ricoveri per chemioterapia

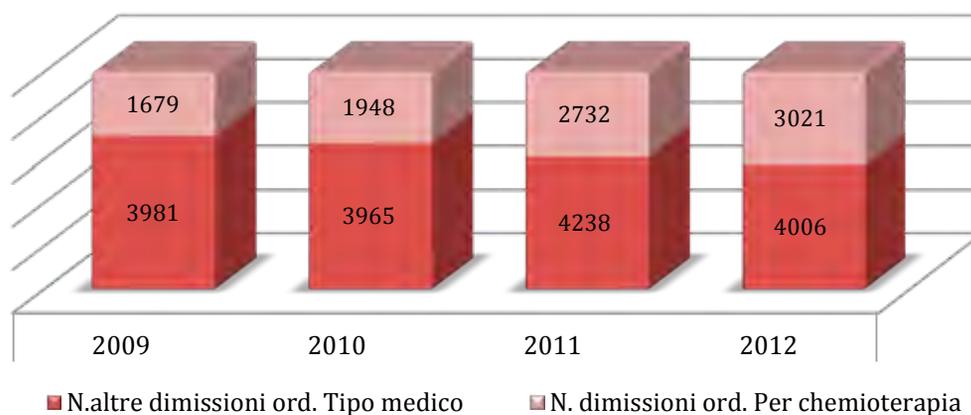


Figura 84 - Andamento del n. di dimissioni in regime ordinario Drg medici frequenza dei ricoveri per chemioterapia

Non avendo possibilità immediata di incrementare in numero degli accessi di chemioterapia in regime di DH si è scelto di erogare una parte di queste terapie in regime ordinario ricorrendo a ricoveri di degenza brevissima 0-1 gg e ottimizzando le *performance* di durata di degenza e quindi di consumo di risorse (come si evince dalla figura seguente nella quale si riporta, nel periodo considerato, la frequenza dei ricoveri ordinari, di durata 0-3 giorni, per DRG di chemioterapia distinti per n. di giornate di degenza). Nell'istogramma risulta evidente come i ricoveri ordinari effettuati per somministrazione di antineoplastici si siano ridotti nella durata portando i ricoveri di 01 giorni dall'8,1% nel 2012, al 69,3%.

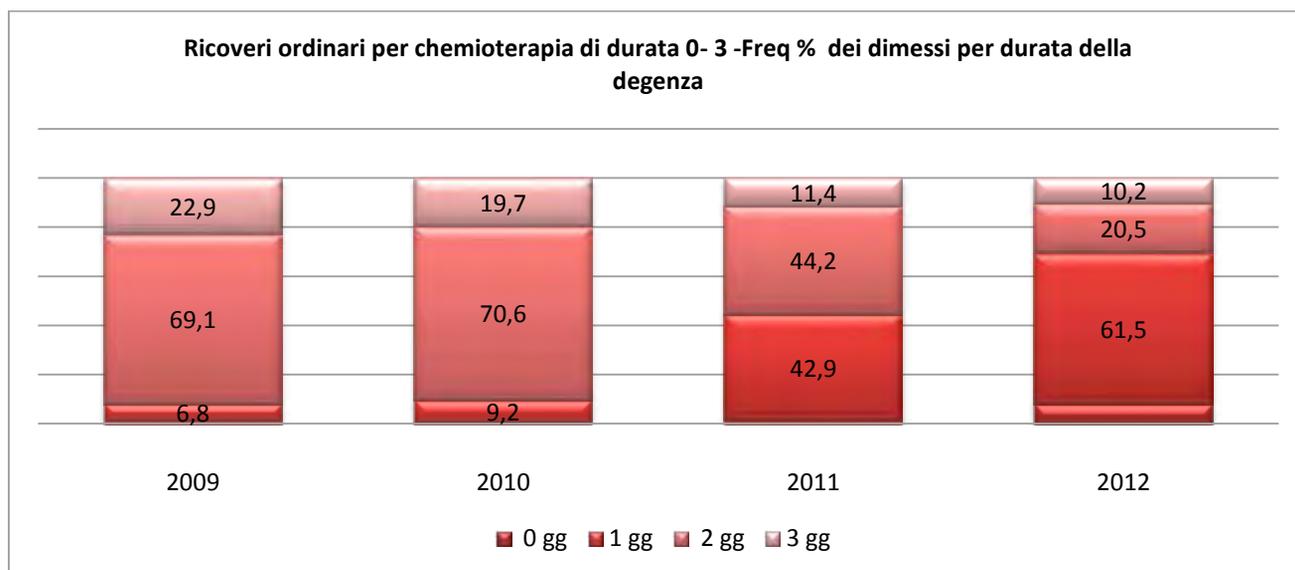


Figura 85 - Ricoveri ordinari per chemioterapia di durata 0- 3 -Freq % dei dimessi per durata della degenza

Nella figura seguente è riportato, invece, l'andamento del n. degli accessi di DH erogati dalle U.O. di oncologia medica totali e per DRG di chemioterapia. Come si può osservare, pur avendo realizzato un certo incremento

esso appare ancora insufficiente per consentire il trasferimento di una quota significativa di ricoveri dal regime ordinario che rappresenta, però, un obiettivo per i prossimi mesi. Si riporta inoltre l'andamento del numero di accessi di DH per la somministrazione di terapie antineoplastiche. Come si vede l'incremento soprattutto tra 2011 e 2012 è stato modesto e non adeguato alla domanda che, invece è stata soddisfatta, come spiegato in precedenza, nell'ambito dei ricoveri ordinari di brevissima durata (0-1 giorni).

| DESCRIZIONE | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|--------|--------|--------|--------|
| N. accessi erogati da U.O. di oncologia medica | 15.342 | 16.367 | 16.697 | 17.305 |
| N. accessi erogati da U.O. di oncologia medica per DRG di chemioterapia | 14.558 | 15.472 | 16.171 | 16.634 |
| N. accessi totali/die | 61,4 | 65,5 | 66,8 | 69,2 |
| N. accessi per drg chemioterapia/die | 58,2 | 61,9 | 64,7 | 66,5 |
| g lavoro | 250 | 250 | 250 | 250 |
| incremento % n. accessi tot/die | | 6,7 | 4,5 | 2,9 |
| incremento % n. accessi chemioterapia/die | | 6,3 | 4,5 | 2,9 |

Figura 86 - Andamento del numero di accessi di DH medico erogati dalle U.O. di oncologia medica totali e per chemioterapia

I pazienti in trattamento per patologie neoplastiche, per le peculiarità del percorsi assistenziali oncologici sono, frequentemente sottoposti a più ricoveri nel corso dello stesso anno. Questo fenomeno, per quanto riguarda il nostro istituto, è messo in luce dalla differenza tra numero delle dimissioni che nel 2012 sono state 17.614 e il numero di persone ricoverate nell'anno che sono state 10.246.

Di seguito è indicata, per area di residenza, la provenienza dei ricoverati nel 2012; si riporta inoltre la distribuzione di frequenza percentuale. Il 72% dei pazienti è residente nella provincia di Napoli, il 24,2 nelle altre province della regione e il 3,7% è residente in altre regioni e questi ultimi superano, per numero, quelli residenti, rispettivamente, nella provincia di Avellino e Benevento.



Figura 87 - Area geografica di provenienza dei Pazienti ricoverati

| Area di Residenza | N. Pazienti ricoverati | Frequenza % |
|---------------------|------------------------|--------------|
| ASL NAPOLI 1 CENTRO | 3.143 | 30,7 |
| ASL NAPOLI 2 NORD | 2.255 | 22,0 |
| ASL NAPOLI 3 SUD | 1.984 | 19,4 |
| ASL CASERTA | 1.406 | 13,7 |
| ASL SALERNO | 644 | 6,3 |
| ASL AVELLINO | 294 | 2,9 |
| ASL BENEVENTO | 140 | 1,4 |
| ALTRE REGIONI | 380 | 3,7 |
| | 10.246 | 100,0 |

Figura 88 - Area di residenza dei pazienti ricoverati all'INT nel 2012

L'andamento in crescita delle prestazioni di ricovero e di tutti gli indicatori di attività e di *performance* osservati nel complesso dell'Istituto si conferma per la gran parte dei dipartimenti assistenziali e le modeste flessioni che si osservano in pochissimi casi sono spiegabili per alcune forzose riduzioni dell'accessibilità legate o a problemi logistici o ad interventi di adeguamento tecnologico. Nella figura seguente si riportano alcuni indicatori di produttività che come si vede mostrano per tutti i dipartimenti il segno del miglioramento: aumenta il tasso di utilizzo dei posti letto, si riduce l'indice di *turn-over* dei PL e aumenta l'indice di rotazione per posto letto.

| Dipartimenti | 2011 Tasso utilizzo | 2012 Tasso utilizzo | 2011 Intervallo di turn- over | 2012 Intervallo di turn-over | 2011 Indice rotazione | 2012 Indice rotazione |
|---|---------------------------|---------------------------|--|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Dip. Uro-Ginecologico | 77,97 | 88,02 | 1,78 | 0,91 | 44,72 | 47,2 |
| Dip. Melanoma, Tessuti molli, Muscolo scheletrico e Testa collo | 85,04 | 86,65 | 1,11 | 0,85 | 48,64 | 54,98 |
| Dip. di Senologia | 82,24 | 85,13 | 0,92 | 0,64 | 69,13 | 81,09 |
| Dip. Toraco polmonare | 89,04 | 87,71 | 1,03 | 1,33 | 38,38 | 33,61 |
| Dip. Oncologia addominale | 79,1 | 81,33 | 1,39 | 0,86 | 54,8 | 74,51 |
| Dip. Anestesia, Endoscopia e cardiologia | 52,58 | 96,99 | 4,26 | 0,21 | 40,42 | 45,8 |
| Dip. Ematologico | 96,02 | 95,98 | 0,34 | 0,37 | 42,28 | 39,94 |

Figura 89 - Dipartimenti assistenziali alcuni indicatori di produttività confronto 2011-2012

Anche analizzando i dati di attività delle singole unità operative complesse e semplici dipartimentali, si osserva, per la maggioranza delle unità operative, un miglioramento delle *performance* analogamente a quanto osservato nell'analisi complessiva dell'Istituto.

| DESCRIZIONE REPARTO DIMISSIONE | Dim. 2011 | Dim. 2012 | Diff. % Dim. 2012-2011 | % dim. Chir. 2011 | % dim. Chir. 2012 | Diff. % dim Chir. 2012-2011 | Gdeg 2011 | gdeg 2012 | Dif.f % Gdeg 2012-2011 | Deg. Media 2011 | Deg. Med 2012 | Peso medio 2011 | Peso medio 2012 | Deg Media Pre-oper. 2011 | Deg Media Pre-oper. 2012 |
|---|-----------|-----------|------------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------|-----------|-----------|------------------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| TOTALE | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIP. ANES. END. CARD.- TER. ANT. E INTENS | 328 | 300 | -8,5 | 32 | 43,3 | 11,3 | 2.567 | 3.664 | 42,7 | 7,8 | 12,2 | 1,3414 | 1,4394 | 4,4 | 4,7 |
| Anest.Rianim. e Terap. Antalg. | 281 | 248 | -11,7 | 29,2 | 41,9 | 12,8 | 1.968 | 2.659 | 35,1 | 7 | 10,7 | 1,0735 | 0,9841 | 4,4 | 4,2 |
| Terapia Intensiva | 47 | 52 | 10,6 | 48,9 | 50 | 1,1 | 599 | 1.005 | 67,8 | 12,7 | 19,3 | 2,9434 | 3,6106 | 4,3 | 6,9 |
| TOTALE | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIP. DIAGN. IMMAG. MNE T. METABOLICA E RADIANTE | 983 | 805 | -18,1 | 6,4 | 9,8 | 3,4 | 1.493 | 1.790 | 19,9 | 1,5 | 2,2 | 0,9536 | 0,9835 | 0,2 | 0,5 |
| Med. Nucl. e Ter. Metab. | 855 | 658 | -23 | 0 | 0 | 0 | 1.198 | 1.091 | -8,9 | 1,4 | 1,7 | 0,872 | 0,8617 | - | - |
| Radiol. Interv. | 117 | 113 | -3,4 | 47 | 43,4 | -3,6 | 230 | 526 | 128,7 | 2 | 4,7 | 1,515 | 1,5633 | 0 | 0,1 |
| Radioterapia | 11 | 34 | 209,1 | 72,7 | 88,2 | 15,5 | 65 | 173 | 166,2 | 5,9 | 5,1 | 1,3252 | 1,4129 | 1,5 | 1,1 |
| TOTALE | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIP. MELANOMA, TES. MOLL., MUSC. SCH. E. T.M. | 1.622 | 1.665 | 2,7 | 62,4 | 61,9 | -0,5 | 9.407 | 9.705 | 3,2 | 5,8 | 5,8 | 1,2083 | 1,2429 | 3,7 | 3,7 |
| Chirurgia Muscolo-Scheletrica | 154 | 139 | -9,7 | 92,9 | 90,6 | -2,2 | 979 | 999 | 2 | 6,4 | 7,2 | 1,4517 | 1,3828 | 2,8 | 3,1 |
| Chirurgia Oncologica Melanoma | 601 | 646 | 7,5 | 84,2 | 86,2 | 2 | 3.478 | 3.781 | 8,7 | 5,8 | 5,9 | 1,3556 | 1,4715 | 3,8 | 3,8 |
| Chirurgia Tiroide | 128 | 122 | -4,7 | 93,8 | 89,3 | -4,4 | 803 | 686 | -14,6 | 6,3 | 5,6 | 1,0031 | 1,0101 | 2,9 | 2,5 |
| Maxillo Facciale- orl | 303 | 307 | 1,3 | 75,9 | 70,7 | -5,2 | 2.763 | 2.814 | 1,8 | 9,1 | 9,2 | 1,2399 | 1,2246 | 4,6 | 4,4 |
| Onc. Med. Cute | 88 | 90 | 2,3 | 1,1 | 7,8 | 6,6 | 290 | 259 | -10,7 | 3,3 | 2,9 | 1,1079 | 0,8856 | 0 | 1,6 |
| Onc. Med. Testa Collo | 78 | 83 | 6,4 | 7,7 | 3,6 | -4,1 | 436 | 546 | 25,2 | 5,6 | 6,6 | 1,0698 | 1,1563 | 3,7 | 2 |
| Onc. Med. Sarcoma Ossa e P.M. | 270 | 278 | 3 | 2,2 | 4,3 | 2,1 | 658 | 620 | -5,8 | 2,4 | 2,2 | 0,8759 | 0,9054 | 0 | 2,8 |
| TOTALE | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIP. ONCOLOGIA ADDOMINALE | 3.369 | 3.409 | 1,2 | 23,8 | 22,8 | -1 | 13.777 | 14.135 | 2,6 | 4,1 | 4,1 | 1,2976 | 1,2577 | 1,8 | 1,7 |
| Chir. Addom. C | 288 | 285 | -1 | 68,8 | 70,5 | 1,8 | 1.851 | 1.993 | 7,7 | 6,4 | 7 | 1,7693 | 1,7265 | 1,3 | 1,2 |
| Chir. Addom. D | 98 | 164 | 67,3 | 74,5 | 62,8 | -11,7 | 827 | 1.422 | 71,9 | 8,4 | 8,7 | 1,8319 | 1,529 | 3,3 | 2,8 |
| Chir. Colo-rettale | 285 | 292 | 2,5 | 78,2 | 76 | -2,2 | 1.974 | 1.958 | -0,8 | 6,9 | 6,7 | 1,9448 | 1,7723 | 1,3 | 1,2 |
| Chir. Gastro-Pancr. e Carc. Perit. | 97 | 24 | -75,3 | 57,7 | 54,2 | -3,6 | 685 | 159 | -76,8 | 7,1 | 6,6 | 1,701 | 1,5897 | 2,3 | 2,2 |
| Chirurgia Epato-Biliare | 333 | 351 | 5,4 | 67,6 | 60,7 | -6,9 | 1.995 | 2.264 | 13,5 | 6 | 6,5 | 2,4087 | 2,2245 | 2,2 | 2,2 |
| Onc. Med. Addom. A | 842 | 902 | 7,1 | 1,1 | 0,6 | -0,5 | 3.439 | 3.430 | -0,3 | 4,1 | 3,8 | 1,0615 | 1,0647 | 7,2 | 4,6 |
| Onc. Med. Addom. B | 1.426 | 1.391 | -2,5 | 1,3 | 1,4 | 0,1 | 3.006 | 2.909 | -3,2 | 2,1 | 2,1 | 0,8888 | 0,897 | 1,7 | 1,4 |

| DESCRIZIONE REPARTO DIMISSIONE | Dim. 2011 | Dim. 2012 | Diff. % Dim. 2012-2011 | % dim. Chir. 2011 | % dim. Chir. 2012 | Diff. % dim Chir. 2012-2011 | Gdeg 2011 | gdeg 2012 | Dif.f % Gdeg 2012-2011 | Deg. Media 2011 | Deg. Med 2012 | Peso medio 2011 | Peso medio 2012 | Deg Media Pre-oper. 2011 | Deg Media Pre-oper. 2012 |
|-------------------------------------|---------------|---------------|------------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------|---------------|---------------|------------------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| TOTALE DIP. SENOLOGIA | 2.199 | 2.589 | 17,7 | 38,9 | 36,2 | -2,8 | 9.594 | 10.063 | 4,9 | 4,4 | 3,9 | 0,9632 | 0,9627 | 3,7 | 3,5 |
| Chirurgia Senologica | 906 | 967 | 6,7 | 92,6 | 94,8 | 2,2 | 5.749 | 6.296 | 9,5 | 6,3 | 6,5 | 0,9996 | 1,0311 | 3,7 | 3,5 |
| Oncol. Med. Senologica | 1.293 | 1.622 | 25,4 | 1,3 | 1,2 | -0,1 | 3.845 | 3.767 | -2 | 3 | 2,3 | 0,9376 | 0,9219 | 3,6 | 3,9 |
| TOTALE DIP. TORACO-POLMONARE | 577 | 492 | -14,7 | 34,3 | 40,2 | 5,9 | 5.310 | 5.099 | -4 | 9,2 | 10,4 | 1,5062 | 1,5668 | 5,3 | 6,4 |
| Chirurgia Toracica | 418 | 346 | -17,2 | 44,3 | 52,9 | 8,6 | 4.306 | 4.022 | -6,6 | 10,3 | 11,6 | 1,5842 | 1,662 | 5,4 | 6,6 |
| Onc. Med. Toraco polmonare | 159 | 146 | -8,2 | 8,2 | 10,3 | 2,1 | 1.004 | 1.077 | 7,3 | 6,3 | 7,4 | 1,301 | 1,3412 | 4 | 4,1 |
| TOTALE DIP. URO-GINECOLOGICO | 1.071 | 1.153 | 7,7 | 69,9 | 64,7 | -5,2 | 7.183 | 8.179 | 13,9 | 6,7 | 7,1 | 1,2493 | 1,2384 | 2,6 | 2,4 |
| Chirurgia Ginecologica | 301 | 330 | 9,6 | 82,7 | 82,1 | -0,6 | 2.870 | 3.323 | 15,8 | 9,5 | 10,1 | 1,3938 | 1,3668 | 3,7 | 3,2 |
| Chirurgia Urologica | 505 | 498 | -1,4 | 93,5 | 90,4 | -3,1 | 3.198 | 3.076 | -3,8 | 6,3 | 6,2 | 1,2905 | 1,3459 | 2 | 2 |
| Onc. Med. Uro-Ginec. | 265 | 325 | 22,6 | 10,6 | 7,7 | -2,9 | 1.115 | 1.780 | 59,6 | 4,2 | 5,5 | 1,0068 | 0,9435 | 2,6 | 2,9 |
| TOTALE DIP. EMATOLOGIA | 744 | 702 | -5,6 | 18,4 | 24,1 | 5,7 | 6.151 | 6.253 | 1,7 | 8,3 | 8,9 | 2,1155 | 2,8501 | 4,6 | 4,9 |
| Ematologia | 744 | 702 | -5,6 | 18,4 | 24,1 | 5,7 | 6.151 | 6.253 | 1,7 | 8,3 | 8,9 | 2,1155 | 2,8501 | 4,6 | 4,9 |
| TOTALE COMPLESSIVO | 10.893 | 11.115 | 2 | 36 | 36,6 | 0,6 | 55.482 | 58.888 | 6,1 | 5,1 | 5,3 | 1,2492 | 1,284 | 3,2 | 3,2 |

| DIPARTIMENTO | U.O. DI DIMISSIONE | | | | | | | | | |
|--|--------------------|--------------|---------------------|-----------------|-----------------|---------------|---------------|---------------------|------------------|------------------|
| | Tot dim 2011 | Tot dim 2012 | Diff% Dim 2012-2011 | % dim chir 2011 | % dim chir 2012 | Tot Acc. 2011 | Tot Acc. 2012 | Diff% Acc 2012-2011 | % Acc. chir 2011 | % Acc. chir 2012 |
| DIP. ONCOLOGIA ADDOMINALE | 134 | 132 | -1,5 | 35,1 | 58,3 | 134 | 132 | -1,5 | 35,1 | 58,3 |
| DIP. ONCOLOGIA ADDOMINALE | 108 | 92 | -14,8 | 81,5 | 83,7 | 108 | 92 | -14,8 | 81,5 | 83,7 |
| DIP. ONCOLOGIA ADDOMINALE | - | 1 | - | - | 100 | - | 1 | - | - | 100 |
| DIP. ONCOLOGIA ADDOMINALE | 166 | 187 | 12,7 | - | - | 1.206 | 1.408 | 16,7 | - | - |
| DIP. ONCOLOGIA ADDOMINALE | 250 | 336 | 34,4 | - | - | 1.680 | 1.998 | 18,9 | - | - |
| DIP. URO-GINEGOLGICO | 1.086 | 1.065 | -1,9 | 1,4 | 2,5 | 1.086 | 1.065 | -1,9 | 1,4 | 2,5 |
| DIP. URO-GINEGOLGICO | 340 | 368 | 8,2 | 95 | 90,5 | 340 | 368 | 8,2 | 95 | 90,5 |
| DIP. URO-GINEGOLGICO | 448 | 466 | 4 | 0,2 | - | 2.946 | 3.200 | 8,6 | 0,1 | - |
| DIP. MELANOMA, TES. MOLLI. MUSC. SCH. E. T. | 1080 | 1.144 | 5,9 | 93,2 | 94,2 | 1.080 | 1.144 | 5,9 | 93,2 | 94,2 |
| DIP. MELANOMA, TES. MOLLI., MUSC. SCH. E. T. | 183 | 180 | -1,6 | 73,2 | 82,2 | 183 | 180 | -1,6 | 73,2 | 82,2 |
| DIP. MELANOMA, TES. MOLLI., MUSC. SCH. E. T. | 100 | 90 | -10 | 89 | 80 | 100 | 90 | -10 | 89 | 80 |
| DIP. MELANOMA, TES. MOLLI., MUSC. SCH. E. T. | 188 | 249 | 32,4 | - | 1,6 | 822 | 966 | 17,5 | - | 2,1 |
| DIP. MELANOMA, TES. MOLLI., MUSC. SCH. E. T. | 99 | 111 | 12,1 | - | - | 481 | 507 | 5,4 | - | - |
| DIP. MELANOMA, TES. MOLLI., MUSC. SCH. E. T. | 51 | 50 | -2 | - | - | 416 | 479 | 15,1 | - | - |
| DIP. SENOLOGIA | 337 | 353 | 4,7 | 96,4 | 93,5 | 337 | 354 | 5 | 96,4 | 93,5 |
| DIP. SENOLOGIA | 767 | 617 | -19,6 | - | - | 5.004 | 4.882 | -2,4 | - | - |
| DIP. TORACO-POLMONARE | 241 | 276 | 14,5 | - | - | 1.486 | 1.359 | -8,5 | - | - |
| DIP. EMATOLOGIA | 294 | 324 | 10,2 | 0,3 | 0,6 | 2.656 | 2.506 | -5,6 | 1,6 | 0,7 |
| DIP. ANES. END. CARD. | 767 | 501 | -34,7 | 0,4 | - | 767 | 501 | -34,7 | 0,4 | - |
| TOTALE COMPLESSIVO | 6.639 | 6.542 | -1,5 | 30,6 | 32,8 | 20.832 | 21.232 | 1,9 | 10 | 10,3 |

Figura 91 - Dipartimenti assistenziali e unità organizzative afferenti – Confronto tra alcuni indicatori di attività e performance anni ricoveri di day hospital 2011-2012

L'Istituto Tumori di Napoli, svolge funzioni di diagnosi cura e ricerca in campo oncologico e rappresenta un importante riferimento per la popolazione campana ponendosi al primo posto per numerosità di ricoveri oncologici tra gli Istituti di cura della regione. Nella figura seguente si riportano i ricoveri acuti con diagnosi principale di tumore maligno, anamnesi di tumore maligno, chemioterapia e radioterapia erogati nel 2011 dalle aziende ospedaliere, universitarie ed IRCCS della regione.

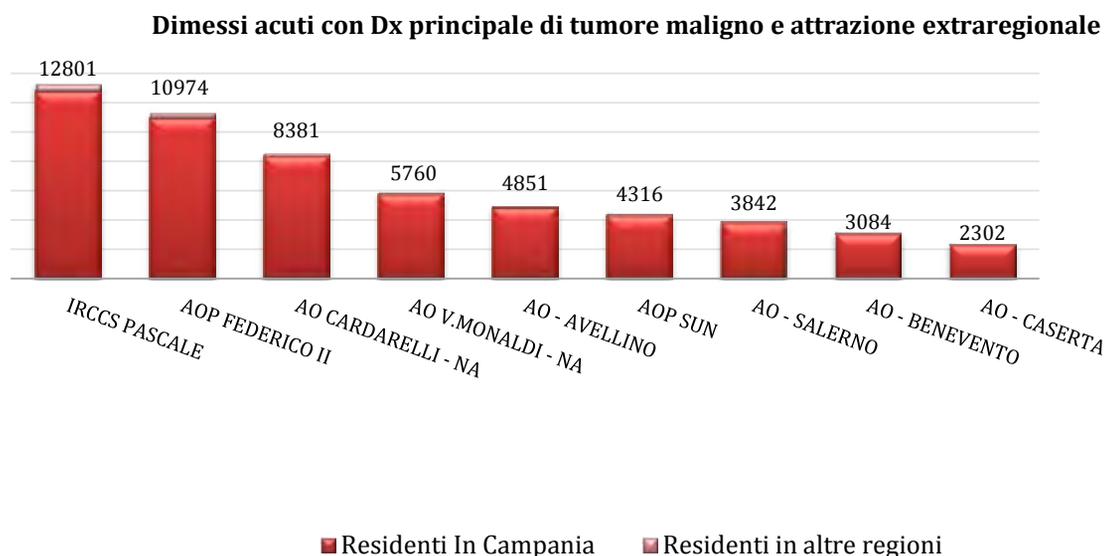


Figura 92 - Dimessi acuti con Dx principale di tumore maligno e attrazione extraregionale

Anche il confronto tra i volumi di fatturato utilizzati quali proxy dei volumi di attività ambulatoriale, mostra che l'Istituto Tumori, si colloca al 3° posto dopo l'AO di Avellino e l'AO dei Colli che, però, erogano prestazioni ambulatoriali in tutte le discipline mentre l'Istituto eroga solo prestazioni dedicate alla patologia oncologica.

Ricavi (€/000) per prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate da AO, AOP, IRCCS della Regione Campania - Anno 2011

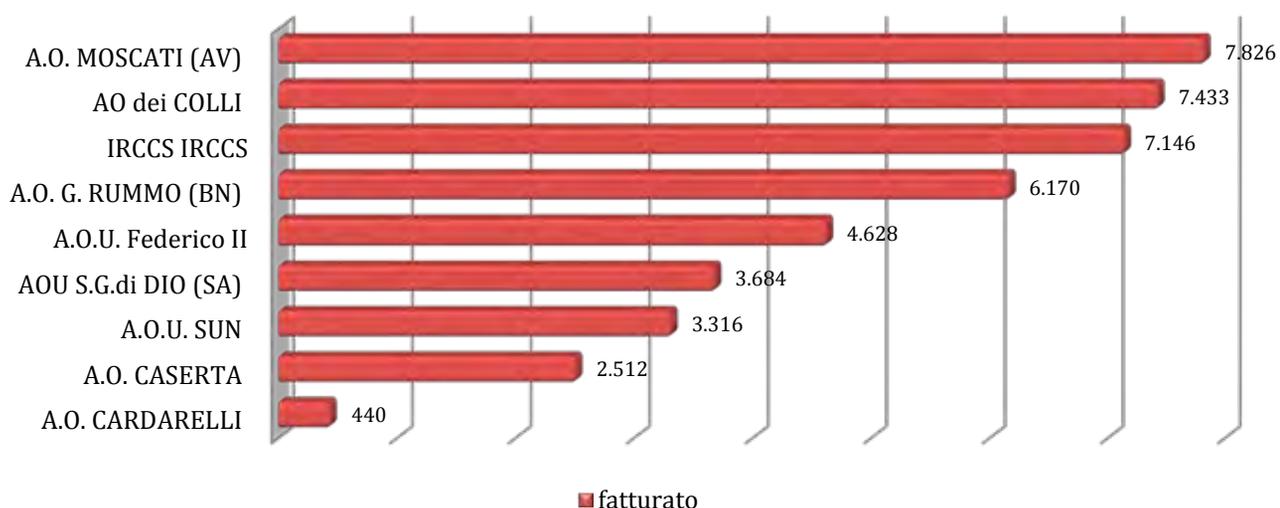


Figura 93 - Ricavi per prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate da AO, AOP, IRCCS della Regione Campania - Anno 2011

Prendendo in considerazione le prestazioni di ricovero per DRG di chemioterapia l'Istituto fa registrare un numero di ricoveri, giornate di degenza e accessi di DH, largamente superiore a quello osservato nelle altre aziende ospedaliere e universitarie della regione come mostrano le figure seguenti erogando il 30% di tutte le giornate di degenza ordinaria per chemioterapia ed il 21% di accessi di DH.

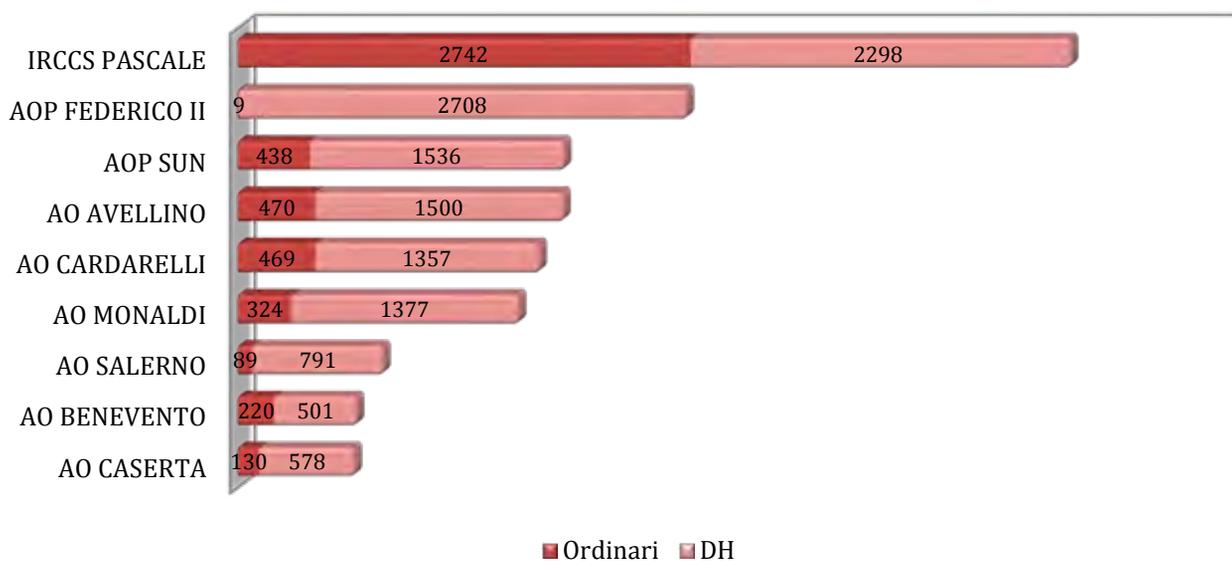


Figura 94 - N. dimissioni per DRG di chemioterapia ordinario e DH (AO, AOP, IRCCS della Campania) - Anno 2011

**N. Gdeg Ord e N accessi DH per DRG di chemioterapia (AO, AOP, IRCCS della Campania)
- Anno 2011**

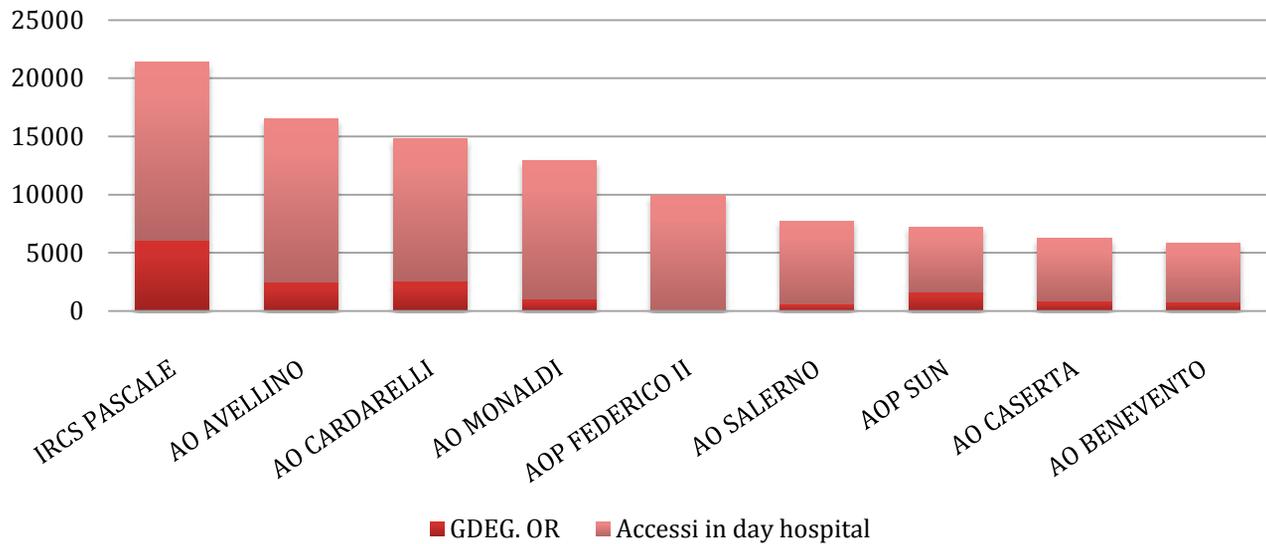


Figura 95 - N. Gdeg Ord e N accessi DH per DRG di chemioterapia (AO, AOP, IRCCS della Campania) - Anno 2011

% di dimissioni e gdeg per DRG di chemioterapia ord e DH (AO, AOP, IRCCS della Campania) - Anno 2011

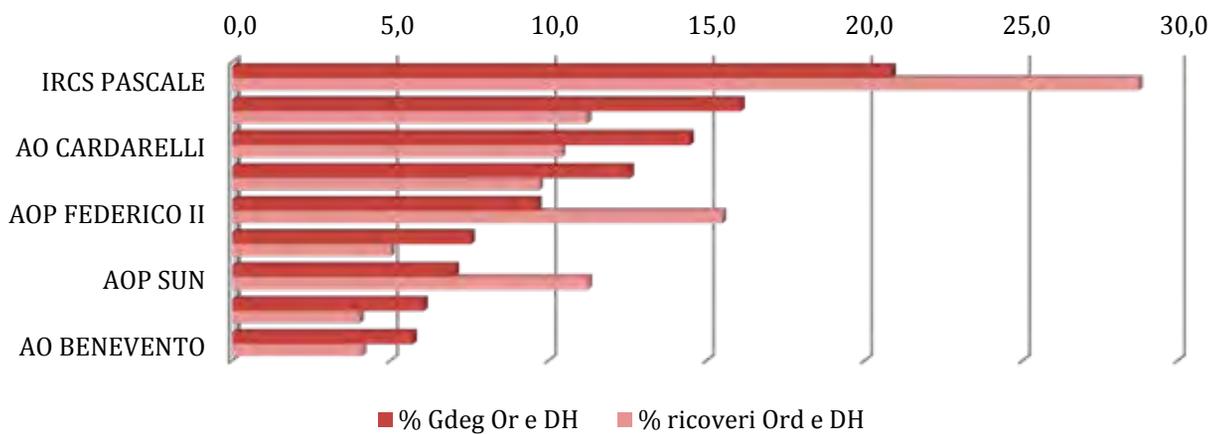


Figura 96 - % di dimissioni e gdeg per DRG di chemioterapia ord e DH (AO, AOP, IRCCS della Campania) - Anno 2011

E' importante sottolineare che i raffronti che proponiamo, hanno esclusivamente l'intento di fornire qualche informazione sul posizionamento dell'Istituto nell'ambito dell'assistenza oncologica regionale, senza alcuna finalità competitiva in quanto le strutture che abbiamo presentato sono tutte Aziende Ospedaliere e Universitarie molto diverse dall'Istituto presentando un'offerta assistenziale generalista, ampiamente multidisciplinare e tutte, tranne le universitarie, assicurano la complessa e impegnativa funzione di emergenza e urgenza. La funzione esclusivamente oncologica dell'Istituto semplifica la gestione dei processi operativi

rendendo possibile la standardizzazione dei processi assistenziali orientati all'efficienza, alla qualità e all'appropriatezza attraverso la realizzazione di percorsi assistenziali formalizzati e monitorati.

E' oramai noto che, per garantire interventi sanitari orientati ad efficienza, qualità ed appropriatezza, è indispensabile sviluppare strumenti di riorganizzazione razionale dei processi assistenziali il cui prototipo è rappresentato dai *Clinical Pathways*. Si tratta di piani multidisciplinari e multiprofessionali costruiti a livello locale, sulla base di raccomandazioni riconosciute, per gestire pazienti con specifiche condizioni patologiche, promuovendo la migliore sequenza temporale e spaziale, possibile, delle attività diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali, basate su prove di evidenza.

Da circa due anni tra gli obiettivi dell'Istituto rientra la definizione ed attuazione di percorsi assistenziali diagnostico terapeutici da proporre anche come possibile modello in ambito regionale nell'ambito della costruzione della rete oncologica campana. In particolare si sta procedendo su 6 percorsi assistenziali relativi ai tumori a maggiore prevalenza di ricovero: mammella, polmone, colon retto, prostata, melanoma e linfoma. Lo scopo principale del lavoro di tutti i team multidisciplinari di percorso assistenziale che si sono costituiti è quello di migliorare i processi operativi identificando e rimuovendo eventuali sprechi ed elementi di variabilità ingiustificata nelle diverse fasi di assistenza, garantire l'integrazione tra le competenze e la continuità assistenziale per meglio rispondere alla complessità dei bisogni di salute dei pazienti dell'INT. Nel corso degli ultimi due anni sono stati costituiti i team multidisciplinari dedicati ai percorsi prescelti, sono state definite linee guida locali sulla base della valutazione delle linee guida internazionali di maggiore affidabilità.

E' stata definita la sequenza delle fasi clinico-organizzative, ricostruito il processo assistenziale di un "paziente tipo" e disegnato un articolato diagramma di flusso. Si è proceduto a confrontare le procedure proposte con i comportamenti osservati attraverso l'analisi dei dati di produzione elaborati con una procedura di *Data-Warehouse* che, ex post, ha ricostruito, in un data base, tutte le informazioni fondamentali capaci di descrivere il percorso praticato. Il confronto tra i team è stato arricchito attraverso un articolato intervento di formazione sulle metodologie di miglioramento dei processi con il sistema *lean six sigma*. Nella fase attuale si sta cercando di rimuovere le criticità individuate ed introdurre le innovazioni necessarie. L'impegno sui percorsi assistenziali è, del resto, previsto dal Piano oncologico nazionale 2010-2012 e dal vigente protocollo d'intesa tra INT e Regione, dal e il programma di sviluppo delle attività dell'Istituto 2010-2011, nonché dall'atto di indirizzo 2011-2013 del consiglio di indirizzo e verifica dell'Istituto.

Proprio sui percorsi assistenziali su cui l'Istituto ha scelto di dare priorità, per concludere l'analisi sul posizionamento del nostro Istituto rispetto all'assistenza oncologica in regione Campania, proponiamo la tabella seguente che mostra, per i ricoveri chirurgici afferenti alle categorie diagnostiche di diagnosi principale (classificazione ACC) relative ai tumori di colon, retto, polmone e bronchi, mammella e prostata i valori di 2 indicatori di efficienza quali la **degenza media** e la **degenza media preoperatoria**. Nella figura si vede come per gli interventi di tumore di colon e retto i valori dell'Istituto risultino ampiamente più positivi rispetto agli altri Istituti, mentre per gli altri tumori, l'Istituto presenta dati di numerosità significativi soprattutto per la mammella e indicatori di degenza media tra i migliori osservati.

| CLASSE ACC DIAGNOSI PRINCIPALE | | 014 TUMORI MALIGNI DEL COLON | 015 TUMORI MALIGNI DEL RETTO E DETTANGO | 019 TUMORI MALIGNI DEI BRONCHI | 02 TUMORI MALIGNI DELLA MAMMELLA | 029 TUMORI MALIGNI DELLA PROSTATA | TOTALE | 042 TUMORI MALIGNI SECONDARI |
|--------------------------------|-----------|------------------------------------|--|--------------------------------------|--|---|-------------|------------------------------------|
| AO CARDARELLI | DIM | 143 | 59 | 57 | 139 | 79 | 477 | 144 |
| | DM | 21 | 20,4 | 17,4 | 4,4 | 6,2 | | 18,7 |
| | DIM Preop | 8,2 | 7,5 | 6,6 | 1,2 | 0,8 | | 7,8 |
| AO MONALDI | DIM | 115 | 50 | 226 | 26 | 38 | 455 | 89 |
| | DM | 15,4 | 15,8 | 14,5 | 6,4 | 9,1 | | 11,1 |
| | DIM Preop | 7,2 | 6,7 | 7,6 | 3,7 | 1,2 | | 4,8 |
| AO SALERNO | DIM | 75 | 32 | 23 | 155 | 29 | 314 | 39 |
| | DM | 18,9 | 20,9 | 13,6 | 3 | 13,4 | | 20,8 |
| | DIM Preop | 7 | 7,7 | 5,7 | 0,7 | 3,5 | | 9,3 |
| AO AVELLINO | DIM | 54 | 36 | 20 | 122 | 78 | 310 | 56 |
| | DM | 18,4 | 18,2 | 13,5 | 4,6 | 16,2 | | 9,3 |
| | DIM Preop | 6,8 | 6,5 | 1,3 | 1,5 | 2,2 | | 2 |
| AO BENEVENTO | DIM | 31 | 21 | 18 | 18 | 43 | 131 | 57 |
| | DM | 20 | 23,1 | 16,6 | 5,2 | 7,2 | | 12,2 |
| | DIM Preop | 10,5 | 9,9 | 8,1 | 3,9 | 2,1 | | 6,2 |
| AO CASERTA | DIM | 68 | 27 | 10 | 106 | 13 | 224 | 32 |
| | DM | 20,3 | 18,8 | 6,6 | 5,1 | 9,9 | | 14,8 |
| | DIM Preop | 6,7 | 5,7 | 2,5 | 0,1 | 3,5 | | 6,1 |
| AUP FEDERICO II | DIM | 125 | 90 | 3 | 276 | 89 | 583 | 57 |
| | DM | 14,7 | 15,6 | 23,3 | 4,5 | 7,7 | | 12,4 |
| | DIM Preop | 4,7 | 4,6 | 7,7 | 2,1 | 1,1 | | 4,8 |
| AUP SUN | DIM | 95 | 51 | 34 | 172 | 13 | 365 | 42 |
| | DM | 17,4 | 19,1 | 13,6 | 4,2 | 7,2 | | 11,5 |
| | DIM Preop | 5,5 | 7 | 6,8 | 1,5 | 1 | | 4,1 |
| INT PASCALE | DIM | 145 | 154 | 72 | 656 | 59 | 1086 | 484 |
| | DM | 9,3 | 9 | 14 | 6,9 | 9,6 | | 8,1 |
| | DIM Preop | 1,7 | 1,4 | 5,9 | 3,8 | 2 | | 3,7 |

Figura 97 - Confronto tra la degenza media e la degenza media preoperatoria nelle AO, AOP, IRCCS della regione Campania per alcuni percorsi assistenziali chirurgici

L'Istituto come già riferito nelle pagine precedenti assicura una significativa offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali testimonianza di un forte impegno di promozione dell'appropriatezza organizzativa. L'assistenza ambulatoriale assume un ruolo preminente nello svolgimento dei percorsi assistenziali erogati dall'Istituto, infatti, in regime ambulatoriale, viene effettuato l'arruolamento e la presa in carico degli utenti con diagnosi accertata o sospetta di tumore maligno; nella maggioranza dei casi in regime ambulatoriale o attraverso gli ambulatori di preospedalizzazione vengono assicurate le fasi della diagnosi e della stadiazione e, infine, erogate

le prestazioni di follow-up e i controlli. Si sottolinea inoltre che, l'ampia offerta ambulatoriale è stata pianificata per evitare il ricorso improprio ai ricoveri ed in particolare quelli diagnostici in DH, ancora molto numerosi nella nostra regione e che in massima parte dovrebbero essere sostituiti da prestazioni ambulatoriali. Infatti all'INT i ricoveri in DH di tipo medico vengono solo effettuati per la somministrazione di farmaci antineoplastici o per eseguire prestazioni invasive di diagnostica endoscopica e biptica

3.3.2.1 TEMPI DI ATTESA



Per i ricoveri ordinari, il monitoraggio dei tempi di attesa viene effettuato sistematicamente, attraverso i dati contenuti nelle schede di dimissione ospedaliera (monitoraggio ex-post). I dati relativi al 2012, mostrano che, per le discipline a maggiore prevalenza di ricoveri (senologia, chirurgia oncologica del melanoma e dei tumori della cute e tessuti molli, chirurgia oncologica addominale, colon retto, fegato e pancreas, chirurgia toracica), i tempi di attesa medi sono contenuti, per il 90% dei casi entro 30-40 gg. In tutti i Dipartimenti, comunque, è prevista una procedura di anticipo del ricovero rispetto all'ordine di prenotazione, nei casi in cui la situazione clinica del paziente e la condizione di progressione del tumore, documentate formalmente dal Responsabile della Struttura di ricovero o da uno Specialista interno, lo rendano necessario.

Tale procedura garantisce al cittadino un percorso più tempestivo, rispetto all'inserimento originario nella lista di attesa, indispensabile per una risposta sanitaria aderente, nei tempi, alle frequenti evoluzioni della malattia neoplastica.

Nella figura seguente sono riportati i tempi medi di attesa per unità operativa mentre nella figura 89 sono riportati i tempi di attesa per gli interventi chirurgici per tumori maligni sottoposti a monitoraggio nazionale. Come si può osservare in quest'ultima tabella i tempi sono, per tre interventi compresi tra 30 e 38 giorni, mentre per il tumore della prostata l'attesa media registrata nell'anno 2012 appare elevata con 79 giorni, ma già nell'ultimo trimestre del 2012, a seguito di un incremento delle prestazioni di day surgery si è osservato un incremento del numero degli interventi che ha prodotto una riduzione dei tempi medi portandoli a 64 giorni.

| U.O. chirurgica | N. DIM | ATTESA MEDIA |
|------------------------------------|--------|--------------|
| Chir. Addom. C | 179 | 43 |
| Chir. Addom. D | 93 | 20 |
| Chirurgia Colon-retto | 199 | 54 |
| Chir. Gastro-Pancr. e Carc. Perit. | 12 | 21 |
| Chirurgia Epato-Biliare | 194 | 38 |
| Chirurgia Ginecologica | 220 | 35 |
| Chirurgia Muscolo-Scheletrica | 113 | 42 |
| Chirurgia Oncologica Melanoma | 501 | 20 |
| Chirurgia Senologica | 830 | 35 |
| Chirurgia Tiroide | 96 | 113 |
| Chirurgia Toracica | 170 | 12 |
| Chirurgia Urologica | 354 | 91 |
| Maxillo Facciale-Orl | 181 | 38 |

Figura 98 - Tempi di attesa per Unità Operativa dei ricoveri per intervento chirurgico

| Prestazioni Indice | Gg attesa mdia 2012 |
|--|----------------------|
| Interventi chirurgici tumore Mammella | 36 |
| Interventi chirurgici tumore Prostata | 79 e nel 4° trim. 64 |
| Interventi chirurgici tumore colon retto | 38 |
| Interventi chirurgici tumori dell'utero | 30,2 |

Figura 99 - Tempi di attesa per gli interventi chirurgici per tumori maligni sottoposti a monitoraggio nazionale

3.3.2.2 PRESTAZIONI AMBULATORIALI

L'offerta per prime visite viene assicurata entro 30 giorni. Vengono, inoltre, garantite visite oncologiche urgenti, alle quali si accede mediante richiesta di visita urgente da parte del MMG accompagnata da evidenti riscontri diagnostico-strumentali di malattia neoplastica accertata o fortemente sospetta (è questo il caso delle visite senologiche urgenti) oppure mediante richiesta di visita urgente prescritta da uno specialista dell'Istituto o da altro specialista. Le prestazioni urgenti sono erogate spesso nella stessa giornata o entro 72 ore lavorative.

La situazione dei tempi di attesa per le visite specialistiche ambulatoriali risulta, pertanto, compatibile con gli obiettivi di tempestività previsti. Alcune criticità si osservano per alcune prestazioni diagnostiche, soprattutto mammografia ed ecografia mammaria, per le quali la domanda è molto elevata e, spesso, si tratta di un'utenza che potrebbe rivolgersi ai servizi territoriali ma è attratta dalla particolare specializzazione dell'Istituto nella diagnosi e terapia dei tumori mammari.

| DIPARTIMENTI | Prestazioni 2011 | Prestazioni 2012 | Δ 2012-2011 |
|--|------------------|------------------|-------------|
| DIPARTIMENTO DI SENOLOGIA | 23.053 | 23.320 | 267 |
| S.C. DI ONC. CHIRURGIA SENOLOGICA | 15.482 | 15.627 | 145 |
| S.C. DI ONC. MEDICA SENOLOGICA | 7.571 | 7.693 | 122 |
| DIPARTIMENTO MELAN-MUSCOLO-SCHEL-TESTA-COLLO | 33.004 | 34.438 | 1434 |
| S.C. DI CHIR. ONC. MELANOMA-TESSUTI MOLLI | 25.737 | 26.137 | 400 |
| S.C.ONC. MEDICA | 4.940 | 6356 | 1416 |
| S.C. MAXILLO FACCIALE - ORL | 2.327 | 1945 | -382 |
| DIPARTIMENTO TORACO-POLMONARE | 4.417 | 4.952 | 535 |
| S.C. DI ONCOLOGIA CHIR_TORACICA E PNEUMOL | 3.362 | 3.614 | 252 |
| S.C. ONC.MEDICA POLMONARE | 1.055 | 1.338 | 283 |
| DIPARTIMENTO ESOFAGO-GASTRO-BILIO-PANCREATICO | 3.043 | 3.575 | 532 |
| S.C. DI CHIR.ONC. ADDOM. EPATO-BILIARE | 655 | 711 | 56 |
| S.C. DI CHIR.ONC. ADDOM. COLON-RETT | 1.052 | 1.152 | 100 |
| S.C. DI CHIR.ONC. ADDOM. GASTRO-PANCR | 943 | 1.067 | 124 |
| S.C. DI ONC. MEDICA ADDOMINALE | 393 | 645 | 252 |
| DIPARTIMENTO URO.GINECOLOGICO | 9.695 | 9.964 | 269 |
| Amb_Dip_UROGIN | 1.584 | 2.566 | 982 |
| S.C. ONC. CHIRURGICA GINECOLOGICA | 5.125 | 4.411 | -714 |
| S.C. ONC. CHIRURGICA UROLOGIA | 2.986 | 2.987 | 1 |
| DIPARTIMENTO EMATOLOGICO | 3.978 | 5.155 | 1177 |
| S.C. EMATOLOGIA ONC. | 2.744 | 3.670 | 926 |
| S.C. IMMUNOLOGIA ONC. | 33 | 14 | -19 |
| S.C MEDICINA TRASFUSIONALE | 1.201 | 1.471 | 270 |
| AREA CRITICA | 8.722 | 7.759 | -963 |
| S.C. ANESTESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA ANTALGICA | 3.557 | 3.836 | 279 |
| S.C. CARDIOLOGIA | 1.326 | 1.684 | 358 |
| S.C. ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA E OPERATIVA ⁽¹⁾ | 3.839 | 2.239 | -1600 |
| AREA DI MEDICINA NUCLEARE E TERAPIA METABOLICA ⁽²⁾ | 49.923 | 43.010 | -6913 |
| S.C. MEDICINA NUCLEARE E TERAPIA METABOLICA | 7.022 | 6.353 | -669 |
| S.C. RADIODIAGNOSTICA | 19.598 | 21.023 | 1425 |
| S.C. DI RADIOTERAPIA ⁽³⁾ | 23.303 | 15.634 | -7669 |
| AREA DI ANATOMIA PATOLOGICA E CITOPATOLOGIA | 76.126 | 77.413 | 1287 |
| S.C. ANATOMIA PATOLOGICA E CITOPATOLOGIA | 8.287 | 8.351 | 64 |
| S.C. MEDICINA DI LABORATORIO | 67.839 | 69.062 | 1223 |
| AREA FUNZIONALE QUALITA' DELLA VITA | 5.482 | 3.720 | -1762 |
| FISIATRIA ⁽⁴⁾ | 5.073 | 3.010 | 2063 |
| PSICONCOLOGIA | 78 | 273 | 195 |
| DIETOLOGIA | 331 | 437 | 106 |
| NEUROCHIRURGIA | 255 | 323 | 68 |
| NEUROCHIRURGIA | 255 | 323 | 68 |

- 1) Nel 2012 per l'avaria di apparecchiature endoscopiche è stata ridotta l'offerta ambulatoriale e di DH concentrando tutte le apparecchiature per la diagnostica dei degenti in regime ordinario.
- 2) Nel 2012 la struttura ha ridotto le attività per problemi radio protezionistici.
- 3) Nel 2012 per la dismissione di 2 acceleratori si è operato con 1 solo apparecchio 12/h die.
- 4) Dato non confrontabile in quanto nel 2012, in applicazione di norme regionali, l'offerta ambulatoriale di riabilitazione è stata organizzata per pacchetti e non per singole prestazioni e in ciascun pacchetto sono incluse almeno 2 prestazioni. Pertanto moltiplicando per 2 il dato 2012 il risultato risulta superiore al 2011.

Figura 100 - Prestazioni ambulatoriali confronto 2011-2012

3.3.2.3I RISULTATI DEI PERCORSI ASSISTENZIALI 2010 - 2012

Da quanto descritto appare evidente che allo stato attuale il progetto percorsi assistenziali dell'INT è giunto alla fase di definizione del percorso sia attraverso un documento scritto condiviso dai team di percorso sia attraverso la stesura, per ciascun percorso, di due diagrammi di flusso che sintetizzano il documento testuale uno molto articolato ad uso degli operatori e il secondo sintetico e più facilmente comprensibile destinato agli utenti che potranno a breve consultare sul sito internet dell'Istituto.

Benché, quindi, non si è ancora passati alla fase di implementazione e monitoraggio che valuti il livello di adesione e le non conformità, abbiamo ritenuto utile già valutare il livello raggiunto dagli indicatori: degenza media dei ricoveri e degenza media preoperatoria misurati in occasione del ricovero bersaglio.

Inoltre si è proceduto ad un confronto degli stessi indicatori tra l'Istituto Tumori di Napoli e le Aziende Ospedaliere ed Universitarie della Campania sulla base delle SDO 2011 utilizzando quale identificativo dei percorsi prescelti i casi chirurgici classificati Per gli ACC di diagnosi principale:

ACC 014 Tumori maligni del colon; ACC 015 Tumori maligni del retto e dell'ano; ACC 019 Tumori maligni dei bronchi e dei polmoni; ACC 024 Tumori maligni della mammella; ACC 019 Tumori maligni della prostata.

Di seguito si rappresentano i risultati raggiunti nel triennio 2010 – 2012.

| Percorso polmone | Numero di dimessi | gg degenza | DM | DM pre operatoria | DM post operatoria | Ricoveri con pre ospedalizzazione |
|------------------|-------------------|------------|------|-------------------|--------------------|-----------------------------------|
| 2010 | 95 | 1.372 | 14,4 | 5,8 | 8,6 | 11 |
| 2011 | 99 | 1.310 | 13,2 | 5,7 | 7,5 | 9 |
| 2012 | 109 | 1.687 | 15,4 | 7,5 | 7,9 | 10 |

Figura 101 - Indicatori di attività relativi al PERCORSO TUMORE POLMONE

| Percorso prostata | Numero di dimessi | gg degenza | DM | DM pre operatoria | DM post operatoria | Ricoveri con pre ospedalizzazione |
|-------------------|-------------------|------------|-----|-------------------|--------------------|-----------------------------------|
| 2010 | 57 | 572 | 10 | 2,2 | 7,7 | 54 |
| 2011 | 59 | 564 | 9,5 | 2 | 7,5 | 51 |
| 2012 | 66 | 607 | 9,1 | 2,2 | 6,9 | 56 |

Figura 102 - Indicatori di attività relativi al PERCORSO TUMORE PROSTATA

| Percorso melanoma | Numero di dimessi | gg degenza | DM | DM pre operatoria | DM post operatoria | Ricoveri con pre ospedalizzazione |
|-------------------|-------------------|------------|-----|-------------------|--------------------|-----------------------------------|
| 2010 | 381 | 2.647 | 6,9 | 4,1 | 2,7 | 21 |
| 2011 | 438 | 2.745 | 6,2 | 3,6 | 2,6 | 29 |
| 2012 | 458 | 2.929 | 6,8 | 4,1 | 2,7 | 37 |

Figura 103 - Indicatori di attività relativi al PERCORSO MELANOMA

| Percorso mammella | Numero di dimessi | gg degenza | DM | DM pre operatoria | DM post operatoria | Ricoveri con pre ospedalizzazione |
|-------------------|-------------------|------------|-----|-------------------|--------------------|-----------------------------------|
| 2010 | 630 | 4.525 | 7,1 | 3,8 | 3,3 | 399 |
| 2011 | 624 | 4.253 | 6,2 | 3,6 | 3,1 | 511 |
| 2012 | 616 | 4.345 | 6,8 | 4,1 | 2,7 | 537 |

Figura 104 - Indicatori di attività relativi al PERCORSO TUMORE MAMMELLA

| Percorso linfoma | Numero di dimessi | gg degenza | DM | Ricoveri con pre ospedalizzazione |
|------------------|-------------------|------------|-----|-----------------------------------|
| 2010 | 340 | 2.472 | 7,2 | 13 |
| 2011 | 355 | 2.751 | 7,7 | 12 |
| 2012 | 303 | 2.369 | 8,8 | 35 |

Figura 105 - Indicatori di attività relativi al PERCORSO LINFOMA

| Percorso colon/retto | Numero di dimessi | gg degenza | DM | DM pre operatoria | DM post operatoria | Ricoveri con pre ospedalizzazione |
|----------------------|-------------------|------------|------|-------------------|--------------------|-----------------------------------|
| 2010 | 226 | 2.157 | 9,5 | 1,6 | 7,9 | 189 |
| 2011 | 268 | 2.573 | 9,6 | 1,48 | 8,1 | 225 |
| 2012 | 270 | 2.553 | 9,45 | 1,4 | 8,05 | 225 |

Figura 106 - Indicatori di attività relativi al PERCORSO TUMORE COLON/ RETTO

I dati di confronto 2011-2012 mostrano, per i percorsi analizzati, una modesta riduzione della degenza media solo per i tumori di prostata e mammella mentre per gli altri la degenza media è sostanzialmente stabile.

3.3.3 I RISULTATI DELLE ATTIVITÀ FORMATIVE

3.3.3.1 LA FORMAZIONE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO

Nell'anno accademico 2011/2012 gli studenti iscritti al Corso di Laurea in Infermieristica presso il polo didattico dell'Istituto sono stati circa un centinaio oltre i fuori corso.

Il numero d'insegnamenti è arrivato a 68 per le modifiche apportate all'ordinamento ordinamento didattico in applicazione dell'ex D.M. 270/04 del MIUR.

Il cambiamento di ordinamento sarà completato nell'anno accademico 2013/2014.

Anche nell'anno 2012 gli studenti infermieri hanno collaborato a diverse iniziative per la raccolta di pareri su temi della qualità dell'assistenza e dei bisogni inespressi dei pazienti; i dati raccolti sono stati anche utilizzati per la stesura delle tesi con una elevata valutazione in sede di esame finale.

Grazie alla Direzione Scientifica è stato possibile stipulare la convenzione con l'Università Federico II di Napoli per individuare l'Istituto quale sede di tirocinio per gli studenti del corso di laurea magistrale per le professioni tecnico-sanitarie a indirizzo assistenziale (Tecniche di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare e igiene dentale).

ed il Servizio Infermieristico hanno posto in essere tutti gli atti finalizzati alla stipula di convenzioni con le Università che intendono identificare l'Istituto quale sede per il tirocinio *post-lauream* rivolto ai neo laureati infermieri.

3.3.3.4 MASTER E CORSO DI FORMAZIONE



“Comunicazione in ambito sanitario” e “Cancro e ambiente” sono due master di II livello aventi come soggetto promotore l'Istituto Nazionale Tumori fondazione “G.Pascale” e il CROM, organizzati in sinergia con la Facoltà di Scienze Economiche e Aziendali dell'Università degli Studi del Sannio.

Il Master Universitario di II livello in “**Comunicazione in Ambito sanitario**” è finalizzato alla creazione di nuove figure e capacità professionali nella gestione della comunicazione di accoglienza, orientamento e *customer-care*.

Il corso, fornisce competenze specifiche relative all'organizzazione e gestione della comunicazione interna ed esterna alle Aziende Sanitarie, per favorire lo sviluppo della cultura gestionale come motore del cambiamento e dello sviluppo organizzativo, finalizzato ad un aumento della qualità relazionale e gestionale nelle aziende; per stimolare in tutto il personale sanitario, socio sanitario, socio assistenziale ed amministrativo la disponibilità all'accoglienza, all'ascolto ed alla comunicazione; per fornire strumenti per l'utilizzo di una comunicazione corretta ed efficace nell'ambito della promozione della salute.

Il Master ha una durata complessiva di 1.500 ore articolate in 288 ore di didattica frontale, 912 ore di studio individuale e 300 ore per stage e prova finale (*field project*) e la facoltà di 60 crediti formativi universitari.

Trattandosi di master di II livello, la laurea è un requisito essenziale per accedervi. La laurea specifica o equipollente deve essere conseguita nei seguenti settori: Economico, Medico-scientifico, Giuridico e Giornalistico (vecchio ordinamento) o Classi delle Lauree Specialistiche/Magistrali conseguite ai sensi della vigente normativa.

Il Master è stato sviluppato al CROM, con inizio il 28 marzo 2011. La prima seduta d'esame del Master si è svolta il 23 ottobre 2012 presso l'Università del Sannio - Facoltà di Scienze Economiche e Aziendali. Il 19 novembre 2012 è stata indetta una seconda seduta presso l'Istituto Tumori “G.Pascale” per l'esame finale di uno dei candidati.

Il Master “**Ambiente e cancro**”, si propone di accrescere le competenze e la qualificazione delle figure professionali impegnate nelle agenzie di protezione ambientale e sanitaria, migliorando la loro abilità nell'individuazione ed analisi di cancerogeni ambientali; per la valutazione del loro potenziale genotossico e tumorigenico; per la identificazione dei meccanismi molecolari di mutagenesi e carcinogenesi in sistemi biologici; per la valutazione del rischio di sviluppare patologie neoplastiche, associato all'esposizione a

cancerogeni ambientali. Il corso mira alla formazione di figure professionali che siano in grado di incentivare il rapporto con gli Enti Pubblici e le Amministrazioni locali e nazionali, deputati alla bonifica del territorio e a sensibilizzare l'opinione pubblica e le imprese industriali, artigianali e professionali interessate.

Il Master ha una durata complessiva di 1500 ore (18 mesi), articolata in 300 ore di didattica frontale, 200 ore di didattica a distanza (*e-learning*), 450 ore di studio individuale, 520 ore di apprendimento mediante tirocinio, 30 ore per le prove di verifica intermedie e per la prova finale degli apprendimenti. Al termine del Master, e a seguito della valutazione dell'impegno individuale e dell'elaborato finale, è rilasciato il titolo di Master universitario di II livello in "Ambiente e Cancro", con l'ottenimento di 60 crediti formativi (CFU).

Possono partecipare al corso, professionisti che operano in ambito sanitario, giovani laureati in possesso di Laurea specialistica o una laurea dell'ordinamento precedente al DM. 509/99 in Medicina e Chirurgia, Scienze MM.FF.NN., Biotecnologie, Farmacia, Chimica e Tecnologie Farmaceutiche, Economia e Commercio, Ingegneria e Giurisprudenza.

L'esame finale del Master si è tenuto il 12 ottobre 2012. La manifestazione conclusiva con la consegna dei diplomi è stata effettuata il 19 novembre 2012.

3.3.4 LE AZIONI DI DIALOGO CON L'UTENZA

3.3.4.1 LA SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI – CUSTOMER SATISFACTION

La capacità di ascoltare i pazienti, raccogliere elaborare e monitorare la loro percezione del servizio è riconosciuto come un input importante per l'Istituto, che rende la *customer satisfaction* una tappa fondamentale del percorso di qualità.

Attraverso la rilevazione della *customer satisfaction*, l'Istituto riconosce il principio della presa in carico globale del malato e di una trasformazione della sua dimensione relazionale: da uno schema di dipendenza e di scarsa partecipazione alle decisioni, ad un rapporto paritario, nel quale lo stile comunicativo diventa di tipo negoziale.

Conoscere le diverse tipologie del bisogno (soprattutto quelle legate all'individuo come persona), nonché le eventuali criticità connesse alla relazione utente/servizio, consente di avviare interventi finalizzati e di introdurre innovazioni rilevanti, sia nei confronti degli operatori che nel rapporto con i fruitori dei servizi.

Nel corso del 2012 l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, avvalendosi della piena collaborazione dei volontari della "Lega Italiana Lotta ai Tumori" ha promosso la terza rilevazione dell'indagine di *customer satisfaction*, avviata nel 2010, con l'obiettivo di verificare il grado di soddisfazione e apprezzamento dei degenti in regime di ricovero ordinario circa l'esperienza di ricovero e cura. La ricerca si è svolta nell'arco di un trimestre ed ha coinvolto tutti i reparti di degenza dell'Istituto.

Lo strumento d'analisi scelto è stato un questionario anonimo strutturato, utilizzato per le rilevazioni condotte nel corso delle annualità precedenti, composto da tredici *items* mirati ad 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: l'organizzazione e l'efficienza, qualità delle cure ricevute;

Attraverso la *scala di Likert* bilanciata a quattro valori (pessimo –insoddisfacente – soddisfacente – ottimo), gli utenti sono stati chiamati ad esprimere il loro gradimento.

Sono stati compilati e restituiti 246 questionari. Il campione di persone, costituito da tutti gli utenti in regime di ricovero ordinario che hanno volontariamente aderito all'indagine, risulta così composto:

- **genere:** il 45% di uomini e il 55% di donne;
- **età:** il paziente più giovane ha 22 anni, mentre il più anziano ha 89 anni. Il 35% ha un'età compresa tra i 60-69 anni, il 22% si colloca nella fascia tra 70-79, il 15% ha tra 50 e i 59 anni, il 7% ha un'età superiore agli 80 anni, il 5% ha tra i 30 e i 39 anni, il 4% ha meno di 30 anni;
- **titolo di studio:** il 33% dichiara di aver conseguito il diploma di maturità, il 26% quello di scuola media inferiore, il 24% possiede la licenza elementare, i laureati sono il 13%, ed il 5% dichiara di non possedere nessun titolo di studio;
- **Nuovi utenti:** Nel 59% dei casi si tratta di nuovi utenti, nel 41% utenti che hanno già vissuto un'esperienza di ricovero presso l'Istituto, di cui un 20% meno di un anno fa.

Quanto riportato, è rappresentato graficamente di seguito:

| Sesso | % intervistati |
|-------------|----------------|
| Donne | 55 |
| Uomini | 45 |
| TOT. | 100 |



Figura 107 - Intervistati divisi per sesso

| Età | % intervistati |
|-------------|----------------|
| <30 | 4 |
| 30-39 | 5 |
| 40-49 | 12 |
| 50-59 | 15 |
| 60-69 | 35 |
| 70-79 | 22 |
| 80-89 | 7 |
| TOT. | 100 |

Figura 108 - Intervistati divisi per età

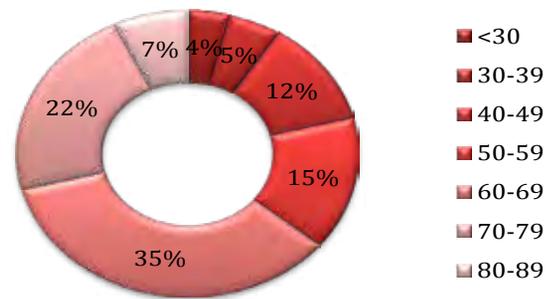
| Titolo studio | % di intervistati |
|--------------------|-------------------|
| Nessuno | 4 |
| Licenza elementare | 24 |
| Licenza media | 26 |
| Diploma maturità | 33 |
| Laurea | 13 |
| TOT. | 100 |

Figura 109 - Intervistati divisi per livello di istruzione

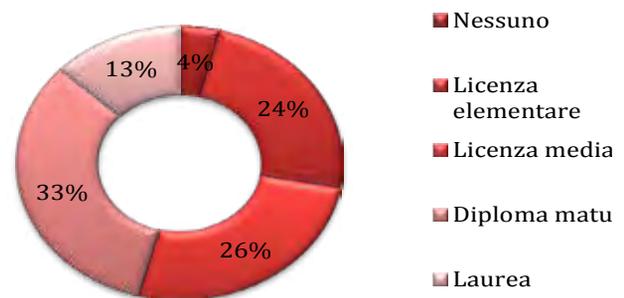
| Utenti | % intervistati |
|----------------------------------|----------------|
| Nuovi | 20 |
| Già ricoverati più di 1 anno fa | 21 |
| Già ricoverati meno di 1 anno fa | 59 |
| TOT. | 100 |

Figura 110 - Utenti nuovi e vecchi intervistati

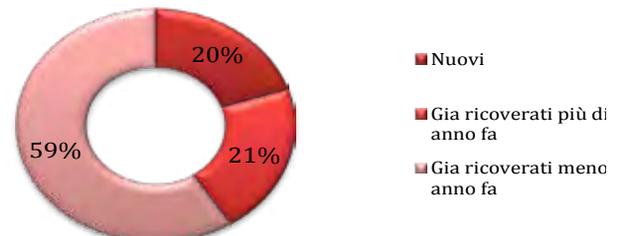
Età del campione



TITOLO DI STUDIO DEL CAMPIONE



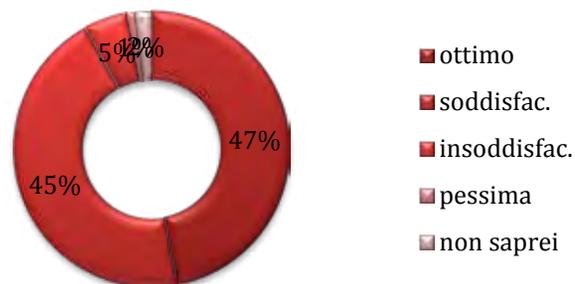
UTENTI NUOVI E VECCHI



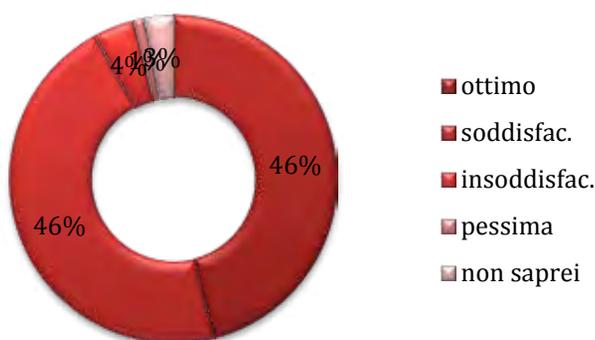
I dati aggregati sul gradimento generale confermano il trend positivo riscontrato dalle rilevazioni condotte nel corso delle precedenti annualità: l'esperienza di ricovero presso il nostro Istituto soddisfa il 93% (un punto in più rispetto al 2010 e 2011) dei rispondenti che esprimono un giudizio soddisfacente nel 41% dei casi ed un giudizio ottimo nel 56%. La percentuale degli insoddisfatti, come per gli anni precedenti, è solo del 5%.

| Età | 2010 | 2011 | 2012 |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|
| Ottimo | 47% | 46% | 52% |
| Soddisfacente | 45% | 46% | 41% |
| Insoddisfacente | 5% | 4% | 4% |
| Pessima | 1% | 1% | 1% |
| Non saprei | 2% | 3% | 2% |
| Totale | 100% | 100% | 100% |

GRADO DI SODDISFAZIONE GENERALE 2010



GRADO DI SODDISFAZIONE GENERALE 2011



GRADO DI SODDISFAZIONE GENERALE 2012

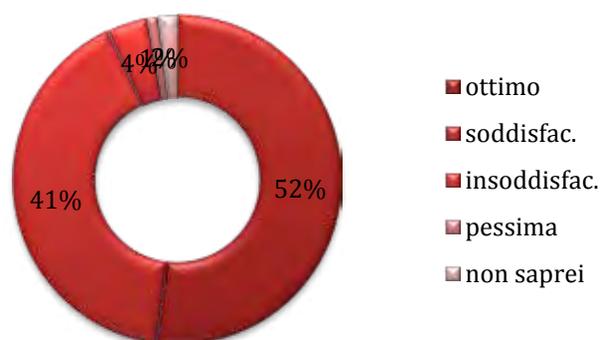


Figura 111 – Grado di soddisfazione generale 2010, 2011, 2012

Dalla media dei giudizi espressi nei confronti delle diverse dimensioni del ricovero si evidenzia che i più alti valori di gradimento si registrano nei confronti degli aspetti relativi al personale medico ed infermieristico, frequenza delle visite, professionalità, cortesia e disponibilità all'ascolto giudicati ottimi dal 63% del campione e soddisfacenti dal 33% nonché per la percezione che i pazienti hanno della qualità delle cure infatti queste sono giudicate ottime dal 61% degli intervistati e soddisfacenti per il 34%.

Le misure a tutela della privacy ricevono dall'utenza ottime valutazioni nel 48% dei casi e soddisfacenti nel 46% dei casi.

La media degli indicatori relativi la qualità 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 e l'organizzazione di reparto, si attesta nel 51% come giudizio ottimo dei casi e soddisfacente nel 40%.

L'organizzazione e l'efficienza sono valutate con giudizio ottimo dal 39% del campione e soddisfacenti dal 54% dello stesso. Sono insoddisfacenti solo per il 5% degli intervistati.

I fattori legati all'ospitalità e quindi a tutti gli aspetti alberghieri e i servizi connessi sono percepiti con un giudizio ottimo nel 36% dei casi e soddisfacente nel 50%. E' questo il dato che registra il più alto grado d'insoddisfazione: l'8% dell'utenza li ritiene insoddisfacenti, il 3% pessimi e il 3% non si esprime in merito

| Livello di gradimento | Ospitalità | | Personale | | Privacy | | Comunicazione | | Organizzazione | | Qualità delle cure | |
|-----------------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------|---------------|-------------|----------------|-------------|--------------------|-------------|
| | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 |
| Ottimo | 32% | 36% | 57% | 63% | 42% | 48% | 52% | 51% | 36% | 39% | 57% | 61% |
| Soddisfacente | 53% | 50% | 38% | 33% | 50% | 46% | 39% | 40% | 58% | 54% | 38% | 34% |
| Insoddisfacente | 9% | 8% | 3% | 3% | 3% | 3% | 6% | 5% | 5% | 5% | 1% | 2% |
| Pessimo | 2% | 3% | 1% | 1% | 0% | 0% | 1% | 2% | 0% | 2% | 0% | 0% |
| Non saprei | 4% | 3% | 2% | 0% | 4% | 3% | 2% | 2% | 1% | 0% | 4% | 3% |
| Totale | 100% | 100 | 100% | 100 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Figura 112 - Grado di soddisfazione per i diversi aspetti di ricovero

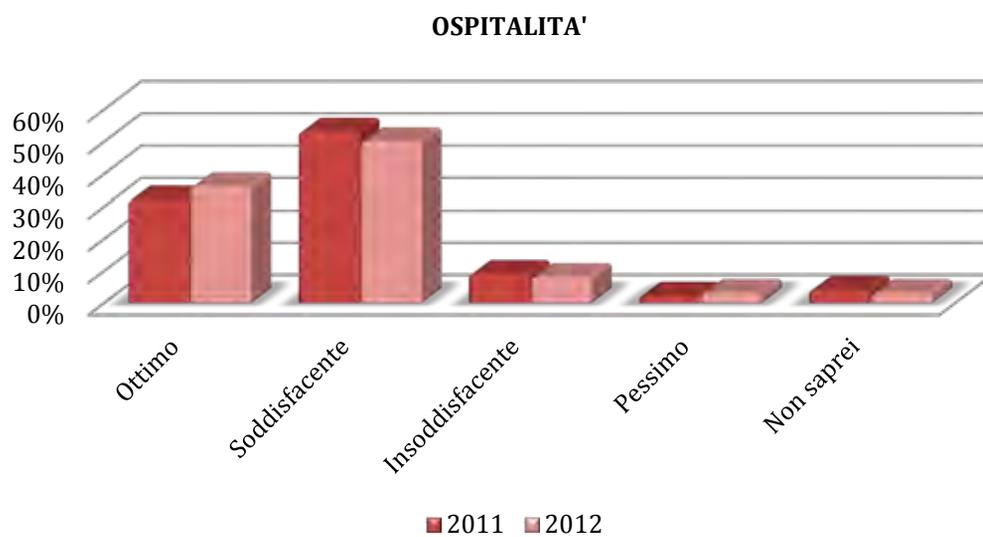
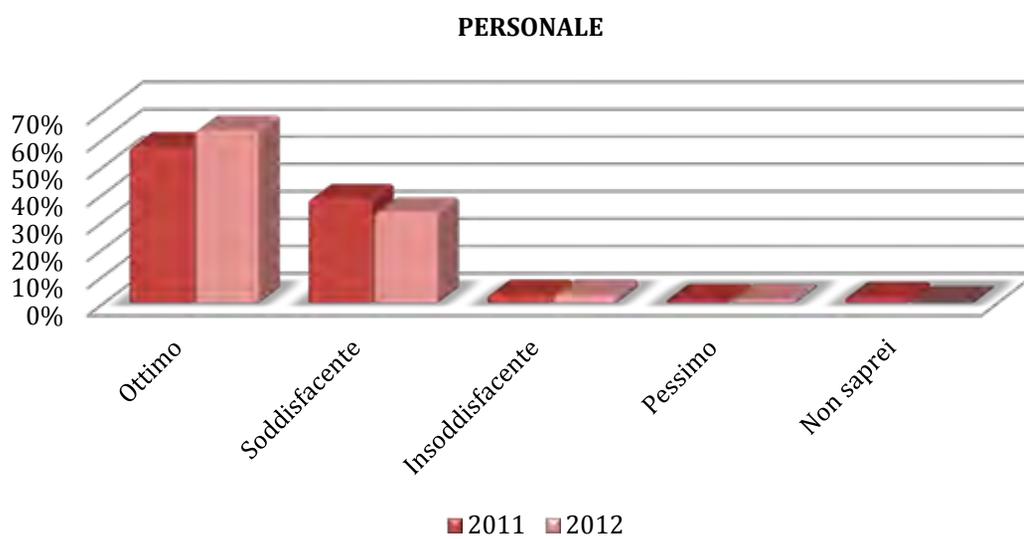
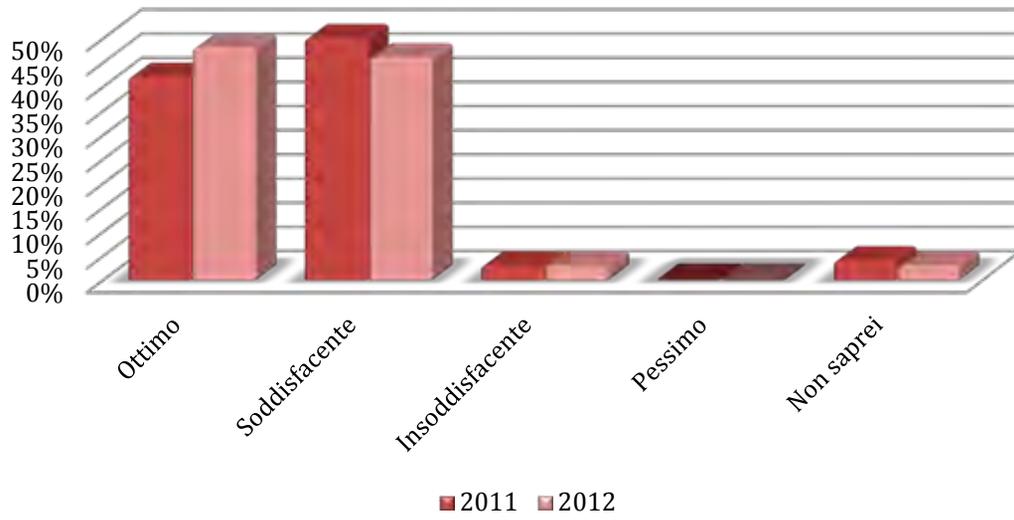


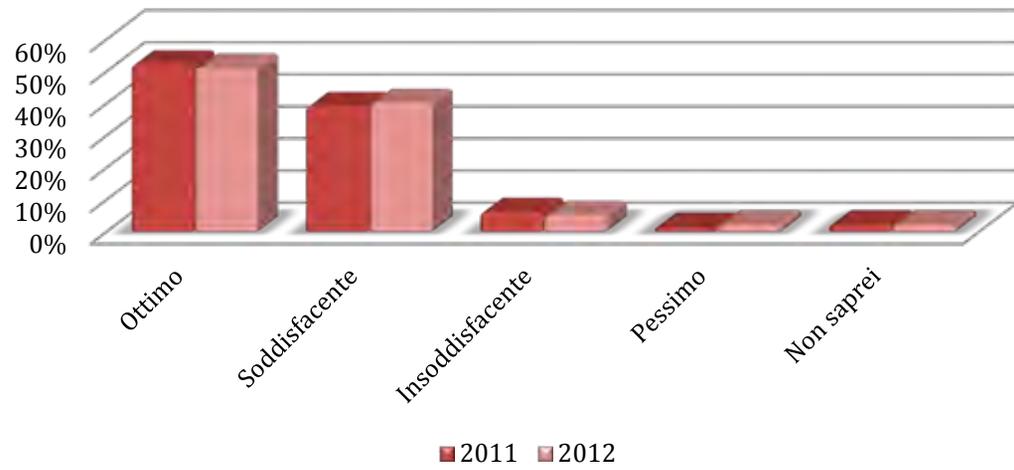
Figura 113 - Grado di ospitalità



PRIVACY



COMUNICAZIONE



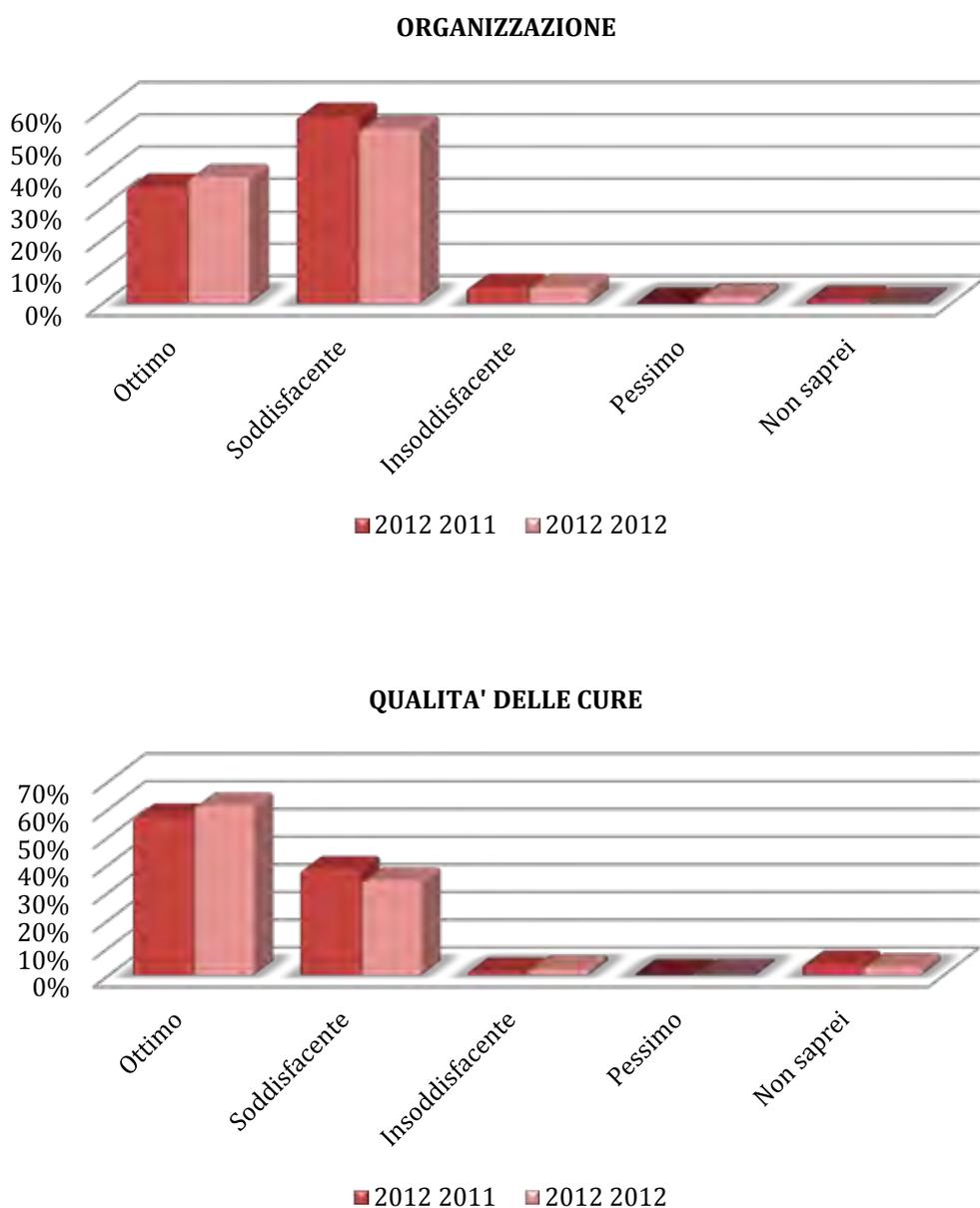


Figura 114 - Grado di soddisfazione specifico per i diversi aspetti di ricovero

L'ultima rilevazione sulla customer satisfaction effettuata in Istituto ha mostrato un elevato apprezzamento da parte degli utenti fornendo un ulteriore stimolo per il miglioramento della qualità dei servizi resi.

L'attenzione ai bisogni degli utenti, anche di quelli inespressi, ha portato all'avvio di una stretta collaborazione con la sezione del Tribunale per i Diritti del Malato ospitata in Istituto nell'ambito dei programmi di formazione e aggiornamento del personale in tema di umanizzazione e per la presentazione degli obiettivi di advocacy di Cittadinanzattiva.

Nel mese di dicembre del 2012 il Servizio Infermieristico ha organizzato un corso ECM, per il personale infermieristico interno, dal titolo "Revisione percorso accoglienza ambulatoriale" a cui hanno partecipato, in

qualità di relatori, due componenti della sezione del TdM, prof.ssa Malagoli ed Avv. Masturzo, che hanno presentato la Carta Europea dei diritti del malato elaborata nel 2002. Le relazioni del personale infermieristico sono state invece orientate alla presentazione dei bisogni chiaramente espressi dai pazienti nel contatto con la struttura ed i timori vissuti durante il percorso di cura, all'analisi delle raccomandazioni ministeriali in tema di accoglienza, con particolare riferimento alla sicurezza, ed alla presentazione del modello di Madeleine Leininger per il nursing transculturale su cui sarà necessario focalizzare l'attenzione nel medio periodo.

3.3.4.2 COME CAMBIA IL VISSUTO DI MALATTIA DAL CONFRONTO DI DUE INDAGINI CONDOTTE NEL 2003 E NEL 2012



Nel corso del 2003 è stata condotta una prima indagine avente come obiettivo primario la conoscenza delle risposte comportamentali dei pazienti nelle varie fasi della malattia oncologica soffermandosi sulla rilevazione del grado di soddisfazione dei pazienti a livello

assistenziale, sulla paura predominante e sulla visione e percezione che hanno i pazienti del tempo futuro.

Nel Settembre 2012 è stata riproposta la stessa indagine per osservare se a distanza di 9 anni si fossero verificati dei cambiamenti nelle risposte dei pazienti soffermandosi pertanto sugli stessi aspetti su cui si era focalizzata la precedente analisi.

Ai pazienti, sia nel 2003 che nel 2012 è stato somministrato un questionario strutturato in 30 domande, e il campione di riferimento è rappresentato dai pazienti ricoverati.

| | |
|--|------------|
| N.pazienti contattati (2003) | 200 |
| Pazienti favorevoli | 63% |
| <i>di cui maschi (tra 20 e 80 anni)</i> | 44% |
| <i>di cui femmine (tra 20 e 80 anni)</i> | 56% |
| Pazienti contrari | 37% |

Nel **2003** furono contattati 200 pazienti di cui solo il 63% accettò di collaborare all'indagine come si evince dalla tabella. Le motivazioni del rifiuto sono state imputate in alcuni casi al disagio personale dovuto al dolore, in altri casi alla preoccupazione per l'imminente intervento chirurgico e in altri casi ancora alla sfiducia. La motivazione del ricovero è stata principalmente imputabile ad un intervento chirurgico

| | |
|--|------------|
| N.pazienti contattati (2012) | 143 |
| Pazienti favorevoli | 55% |
| <i>di cui maschi (tra 20 e 80 anni)</i> | 53% |
| <i>di cui femmine (tra 20 e 80 anni)</i> | 47% |
| Pazienti contrari | 45% |

o sedute di chemioterapia anche se un elevato campione ha preferito non rispondere a tale domanda o ha indicato motivi di ricovero diversi dai precedenti.

Nel **2012** invece, sono stati contattati 143 pazienti di cui solo il 65% si è dimostrato favorevole al sondaggio come si evince dalla tabella. Anche nel 2012 le motivazioni del rifiuto sono state imputate in alcuni casi al malessere generale dovuto alla malattia, in altri casi alla sfiducia e infine alla situazione in cui si trovavano alcuni

pazienti nella fase post-operatoria. Le motivazioni del ricovero sono rimaste sostanzialmente inalterate, mantenendo lo stesso ordine di priorità rispetto al 2003.

Risultati 2003

Le dichiarazioni raccolte nel 2003 evidenziano che i pazienti, in ordine di frequenza di risposta, in primo luogo sentono il **bisogno di parlare con gli altri** e in secondo luogo manifestano l'esigenza di **distrarsi** facendo altre cose. Nella graduatoria delle dichiarazioni più frequenti seguono, il bisogno di maggiori informazioni, la voglia di non arrendersi, il bisogno di non pensare, la voglia di esaminare le alternative possibili e lo stato di depressione. I pazienti inoltre, affermano di aver provato dolore nell'ultima settimana, il bisogno dell'assistenza infermieristica e l'utilizzo di oppioidi per la sedazione del dolore oltre all'impossibilità per gli stessi a svolgere le normali attività quotidiane. Tra le dichiarazioni meno frequenti ricorrono l'assunzione di farmaci per sedare il dolore e l'accusare o colpevolizzare qualcuno per la malattia.

I pazienti, intervistati al fine di conoscere la loro più grande paura, risposero in ordine di frequenza di risposta nel seguente modo: **la morte**, il dolore, la chemioterapia, il futuro dei figli, la perdita dell'autosufficienza, le recidive, l'anestesia, l'intervento e la solitudine.

Risultati 2012:

Le dichiarazioni raccolte nel 2012 evidenziano che i pazienti, in ordine di frequenza di risposta, in primo luogo sentono il **bisogno di parlare con gli altri** e in secondo luogo manifestano l'esigenza di **distrarsi** facendo altre cose. A pari merito, al terzo posto tra le dichiarazioni più frequenti vi è il bisogno di maggiori informazioni e la voglia di non arrendersi. Seguono il bisogno di non pensare, la voglia di esaminare le alternative possibili, e il dolore provato nell'ultima settimana. I pazienti inoltre affermano il bisogno di assistenza infermieristica, l'esigenza di sedare il dolore mediante l'assunzione di farmaci, e il non riuscire a svolgere le normali attività quotidiane. Tra le dichiarazioni meno frequenti ricorrono lo stato di depressione, l'utilizzo di oppioidi per sedare il dolore e l'accusare o il colpevolizzare qualcuno per la malattia.

I pazienti, intervistati al fine di conoscere la loro più grande paura, hanno risposto in ordine di frequenza di risposta nel seguente modo: **la morte**, nessuna paura, il dolore, la paura di lasciare figli e famiglia, le recidive. A pari merito tra le risposte seguono la paura della malattia in sé, la solitudine e il far soffrire gli altri. Tra le risposte meno frequenti troviamo la poca comprensione, la chemioterapia, la fase post-operatoria, l'intervento, la perdita dell'autonomia e il futuro.

Figura 115 – Confronto tra i risultati raggiunti nel 2003 e nel 2012

Confronto tra le indagini

- ✓ Gli assistiti, ancora oggi, con la stessa frequenza, avvertono il bisogno di parlare, confrontarsi e confidare ad altre persone le preoccupazioni ed i problemi derivanti dalla malattia.
- ✓ I pazienti chiedono informazioni più dettagliate rivolgendosi principalmente a medici ed infermieri ed allo stesso tempo risulta essere molto utilizzato anche internet.
- ✓ Non è variata la percentuale di persone che cerca di distrarsi per non pensare alla malattia, così come le dichiarazioni di vivere una situazione di *stress* e di angoscia ad essa associata.
- ✓ Non decresce la percentuale di persone che dichiara di non volersi arrendere e di esaminare le eventuali alternative possibili per sconfiggere la malattia e riottenere il controllo della propria vita.
- ✓ Nonostante vi sia un lieve aumento della percentuale di persone che dichiara di riuscire a svolgere autonomamente le attività quotidiane, si rileva come sia chiaramente espresso un crescente bisogno di assistenza sanitaria, soprattutto di tipo infermieristico, dopo la dimissione ospedaliera.
- ✓ Un altro elemento rilevante tra i dati del 2003 e quelli del 2012 è rappresentato dall'evidente riduzione della percentuale di malati depressi, infatti dal 54% si è passati al 24%, dato certamente positivo.
- ✓ E' stato rilevato un incremento dell'utilizzo di farmaci analgesici per il trattamento del dolore, in particolare di antinfiammatori non steroidei e paracetamolo e non degli analgesici oppioidi.
- ✓ Nonostante la dimostrata efficacia dei farmaci oppioidi come migliore terapia contro il dolore, si osserva come essi siano ancora poco utilizzati per il timore degli effetti collaterali e della dipendenza che si ritiene ad essa associata.
- ✓ L'indagine intendeva analizzare, con una domanda diretta a risposta aperta, quale fossero le paure più grandi.
- ✓ Com'era prevedibile, anche nel 2012 – seppure in maniera ridotta - la paura più grande è risultata essere la morte, seguita dal dolore, dall'incertezza per il futuro proprio e della propria famiglia, le eventuali recidive, la solitudine, la chemioterapia, l'intervento e la perdita dell'autonomia.
- ✓ Risulta anche ridotta la paura per la chemioterapia e l'intervento chirurgico mentre immutata la paura di restare soli o di riammalarsi.

Figura 116 – Confronto tra le indagini

3.3.4.3 PROGETTO PRIMARY NURSING .

I pazienti da anni esprimono l'esigenza di una relazione umana con il proprio infermiere, con il proprio medico curante, vogliono voce nel loro processo terapeutico, vogliono una persona che conosca i loro bisogni ed utilizzi queste informazioni per un piano terapeutico che tutti rispettino e seguano.



Le relazioni sono il mezzo per lo scambio di informazioni, sentimenti e preoccupazioni, sono la base per la pianificazione dell'assistenza, una componente essenziale per la soddisfazione del paziente e dell'operatore, nonché per l'ottenimento di risultati positivi.

Il Primary Nursing è un sistema di erogazione dell'assistenza infermieristica, ideato da Marie Manthey, infermiera statunitense, ad un livello che facilita la pratica professionale infermieristica, nonostante la natura burocratica degli ospedali.

La pratica di qualsiasi professione è basata su una valutazione indipendente dei bisogni dei clienti che determina il tipo e la qualità dei servizi da erogare: nelle strutture burocratiche i servizi in genere sono forniti secondo procedure prestabilite di routine, senza essere sensibili alle variazioni nei bisogni.

Il sistema di erogazione dell'assistenza infermieristica basato sul *primary nursing*, si fonda, invece, su quattro elementi costitutivi:

1. L'attribuzione e l'accettazione da parte di ciascun individuo della responsabilità personale nel prendere decisioni;
2. L'assegnazione dell'assistenza quotidiana secondo il metodo dei casi (*case method*);
3. La comunicazione diretta da persona a persona;
4. Una persona operativamente responsabile per la qualità dell'assistenza erogata ai pazienti.

La qualità dell'assistenza infermieristica così erogata è determinata dalla prestazione degli individui nel sistema; prestazione intesa come risultato di capacità cliniche, raffinatezza di giudizio, abilità organizzativa e qualità di leadership.

Nel *primary nursing* le decisioni di assistenza ad un paziente sono prese dall'infermiere che ha accettato la responsabilità di questo compito ed eroga personalmente la prestazione assistenziale ogni qualvolta possibile.

Tale progetto va contestualizzato nel servizio di Chemioterapia DH che è uno dei più grandi di Italia, con circa 17.000 prestazioni annue, dotato di 38 poltrone ed un letto. Tale progetto ha coinvolto, su base volontaria 4 dei 16 infermieri. Sono stati arruolati 80 pazienti con diagnosi di cancro al polmone, all'apparato genito-urinario ed al seno.

Nel periodo luglio – ottobre 2012, quattro infermiere ed una studentessa³ hanno sperimentato un'esperienza di *primary nursing* prendendo in carico gli stessi pazienti ad ogni ciclo, garantendo loro tutte le prestazioni assistenziali richieste ad eccezione dell'allestimento dei chemioterapici preparati in UMaCA.

Il progetto ha consentito anche il miglioramento della scheda infermieristica in uso attraverso diversi suggerimenti.

Al termine del periodo sono stati somministrati tre questionari:

- Agli infermieri che hanno aderito al progetto in qualità di *primary nurse* in forma di questionario-intervista;
- Agli infermieri che non hanno partecipato al progetto;
- Ai pazienti per rilevare la percezione individuale della qualità assistenziale.

I quesiti proposti riguardavano il grado di soddisfazione degli infermieri a seguito dell'implementazione del *primary nursing* e la percezione dei pazienti circa la qualità assistenziale globale.

Nell'analisi, sono stati inclusi solo i questionari compilati per almeno il 50% delle domande.

Per ciò che riguarda **gli infermieri**, l'età media è risultata di 37 anni con una media di anni di servizio (compresi i periodi lavorativi in altre aziende) di 10 anni, di cui 4 trascorsi nel servizio di chemioterapia day hospital.

Degli infermieri che non hanno aderito alla sperimentazione del *primary nursing* solo sei hanno accettato di rispondere al questionario.

Invece, le infermiere *primary nurse* hanno dichiarato che l'iniziativa ha aumentato il livello di autostima consentendo una maggiore – e più evidente – espressione delle capacità professionali. Hanno anche dichiarato che il livello di ansia è aumentato per la percezione di una maggiore responsabilità.

Per ciò che riguarda i pazienti, circa il 60% dei questionari sono risultati correttamente compilati dagli 80 pazienti coinvolti nel progetto. Il questionario era strutturato in una dozzina di domande che miravano a rilevare:

1. La qualità delle informazioni ricevute durante il percorso di cura;
2. Il comportamento tenuto dagli infermieri durante la fase di somministrazione;
3. Il rapporto degli infermieri con la famiglia del paziente;
4. La percezione del paziente dei rapporti tra i membri dell'equipe curante.
5. Valutazione generale sulla loro percezione circa l'impegno degli infermieri nella presa in carico dei pazienti nei reparti dell'Istituto nel caso di avvenuto ricovero.

³ Connola M., Zinzaro I., Tatarella A., Lanza V., Cusimano A.

I questionari sono stati compilati per il 99% dai pazienti (solo l'1% da familiari) con età media di 57anni e con 3 anni di frequentazione dell'Istituto.

La possibilità di avere una propria infermiera di riferimento, come prevedibile, è stata percepita con grande soddisfazione.

Il test si concludeva con una domanda, a risposta libera, in cui si richiedeva di indicare eventuali suggerimenti.

Nella tabella sono riportati i risultati più significativi.

I pazienti inoltre hanno attribuito una votazione agli infermieri di 8,25 e ai medici di 7,35 a seguito della domanda con cui si chiedeva loro di valutare l'importanti degli stessi.

Il voto medio complessivo che è stato attribuito all'assistenza infermieristica è risultato essere

| Le informazioni sull'organizzazione del reparto sono state: | |
|---|-------|
| Molto esaurienti | 25% |
| Chiare | 35% |
| Informazioni frammentate | 20% |
| Nessuna informazione | 10% |
| Non saprei | 10% |
| Quali informazioni ha ricevuto dagli infermieri? | |
| Orari di funzionamento | 19.4% |
| Alimentazione | 23.8% |
| Cura della mucosite | 23.8% |
| Cura degli accessi vascolari | 14.2% |
| Nessuna informazione | 19.4% |
| Altro | |
| Gli infermieri si adoperano per soddisfare anche le richieste dei familiari? | |
| Si, e rasserenano molto i miei familiari | 35% |
| Sono disponibili, ma solo quando ci sono pochi pazienti | 30% |
| Non sempre, ma capisco che i miei familiari sono troppo apprensivi | 20% |
| Non sono mai disponibili anche quando ci sono pochi pazienti | 15% |

Figura 117 – Risultati più significativi dei questionari somministrati

pari a 7.75/10 e lode, e il voto dato all' Istituto pari a 7,97.

Va segnalato che i pazienti che hanno chiesto aiuto per la compilazione dei questionari hanno mostrato un sincero entusiasmo per l'iniziativa grazie alla possibilità di esprimere la loro valutazione utilizzando un metodo semplice come quello di assegnare un voto.

3.3.4.4 STRUMENTI DI DIALOGO E COMUNICAZIONE

La comunicazione è un elemento funzionale e strategico per il miglioramento continuo della qualità offerta.



Gli interventi necessari ad una efficace comunicazione istituzionale, esterna ed interna, hanno l'obiettivo di garantire il coinvolgimento e l'effettiva partecipazione alle attività dell'Istituto da parte degli utenti ed in generale, da parte di tutti i propri *stakeholder*. Di seguito sono elencati i principali strumenti di dialogo e di comunicazione che l'Istituto ha adoperato nel corso del 2011 e 2012:

- **Sito web aziendale www.istitutotumori.na.it:** il portale istituzionale, nato nel 2010, rappresenta uno dei principali canali di comunicazione e d'informazione sull'attività e l'organizzazione dell'Istituto. Nel corso del 2012 si è arricchito di nuove sezioni relativamente alla ricerca, formazione e didattica e sempre nel corso dello stesso anno il numero delle visite si è incrementato notevolmente rispetto all'annualità precedente: da 117.780 a 178.386. Il numero dei visitatori unici è passato da 70.212 a 94.345 ed in media ogni visitatore naviga circa 5.54 pagine con durata media di circa 4 minuti.

Dalle figure di seguito riportate si evince che nel 2012 le visite provenienti da città diverse da Napoli è aumentato passando al 20% rispetto al 2011, quando il 73% delle visite provenivano dalla città di Napoli e solo il 9% proveniva da altre città.

| | 2011 | 2012 |
|----------------------------|----------|---------|
| Visite | 117.780 | 178.386 |
| Visitatori | 70.212 | 94.345 |
| Medie paginevisitare | 5,58 | 5,54 |
| Durata media di una visita | 0,4'.14" | 3'.53" |

Figura 118 - Statistiche sito 2011-2012

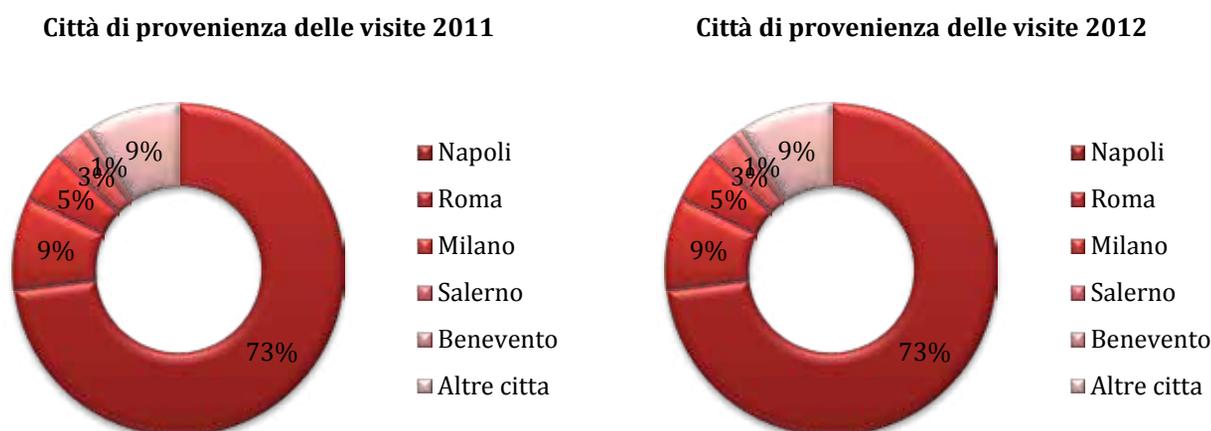


Figura 119 - Città di provenienza delle visite 2011-2012

- **Posta elettronica aziendale:** E' il mezzo sempre più diffuso per comunicare, sia internamente tra i dipendenti, sia da parte degli utenti con l'Istituto. 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:** l'e-mail che garantisce ora e data di spedizione e di ricezione, provenienza ed integrità del contenuto. 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.
- **Wi-fi pubblico:** Nel 2012 l'Istituto ha realizzato il progetto del wi-fi pubblico e gratuito per tutti gli utenti che si trovano nell'Edificio Degenze e in quello del Day-hospital.
- **Partecipazione al FORUM P.A 2012 di Roma:** L'Istituto ha partecipato all'evento della Pubblica Amministrazione che rappresenta un'importante occasione d'informazione, formazione e *benchmarking* per la seconda volta con un proprio stand promozionale ed un proprio Laboratorio.

3.4 LE ASSOCIAZIONI

L'Istituto collabora con associazioni di volontariato e partecipa a progetti che, rappresentano un importante supporto per i degenti. Le associazioni e i progetti da loro posti in essere rappresentano un valore aggiunto per l'Istituto perché offrono la possibilità di concedere servizi che altrimenti non sarebbero stati erogati.

Di seguito sono riportate alcune associazioni con cui l'Istituto collabora.



IL TRIBUNALE PER I DIRITTI DEL MALATO (TDM) è un'iniziativa di Cittadinanzattiva, nata nel 1980 per tutelare e promuovere i diritti dei cittadini nell'ambito dei servizi sanitari e assistenziali e per contribuire ad una più umana, efficace e razionale organizzazione del servizio sanitario nazionale. Il

TDM è una rete costituita da cittadini comuni, ma anche da operatori dei diversi servizi e da professionisti, che si impegnano a titolo volontario (circa 10.000). Il TDM, nel quadro del suo obiettivo generale di contribuire al miglioramento, alla qualità e alla umanizzazione dei servizi sanitari, considera propri compiti fondamentali:

- garantire che ovunque un cittadino abbia necessità di assistenza, consulenza, aiuto per far valere legittime aspettative, esso possa trovare strumenti e opportunità per ottenere la tutela e la protezione dei suoi diritti;
- promuovere la partecipazione civica, affinché i cittadini stessi siano protagonisti delle azioni di tutela in ambito sanitario, sia mediante l'accoglienza nelle attività del TDM, sia mediante l'apertura di spazi di attivismo civico nell'organizzazione sanitaria.



La **LILT (Lega Italiana per la Lotta ai Tumori)** opera nel campo dei tumori in Italia da oltre 80

anni ed oggi è l'unico Ente Pubblico sotto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica, a carattere associativo, che svolge attività nei settori oncologici della prevenzione, diagnosi precoce, assistenza, riabilitazione, educazione sanitaria e ricerca.



INSIEME PER LA VITA, è un associazione che dall'anno 2002, in collaborazione con la Circoscrizione di Poggioreale ed in rete con altre ONLUS, ha varato il progetto "Obiettivo Salute nella Circoscrizione di Poggioreale" durante il quale è stato distribuito materiale

educativo ed è stato effettuato lo screening su circa 500 cittadini residenti. Tra i principali argomenti trattati nei convegni ricordiamo: "la prevenzione nel rischio cardio-vascolare" (patrocinato dalla Regione Campania, (centro Direzionale di Napoli 03/07/2003), "prevenire la tossicodipendenza - attivazione di una rete solidale" (patrocinato dalla Regione Campania, dalla Provincia di Napoli e dall'Assessorato Regionale alla Sanita').

Tra le diverse attività svolte dall'associazione, vi sono state, l'organizzazione di manifestazioni dedicate alla prevenzione e all'educazione sanitaria tra cui ricordiamo la Giornata mondiale dell'osteoporosi (con presidio per lo screening della densità ossea (MOC), in piazza Vanvitelli Napoli, 20 ottobre 2002.



ASSOCIAZIONE VOLONTARI OSPEDALIERI (AVO), rappresenta una delle più importanti e riconosciute realtà nel settore del volontariato socio-sanitario, opera a servizio degli ammalati degenti negli ospedali. Nata nel 1975, AVO di Milano si è presente in tutte le più

importanti strutture ospedaliere, grazie all'impegno e alla dedizione di oltre 1.000 volontari. L'associazione è inoltre estesa su tutto il territorio nazionale, con 217 sedi riunite nella Federavo: in totale si contano circa 27.000 volontari.



La **FONDAZIONE MELANOMA** vuole rappresentare un punto di riferimento diretto per i cittadini, anche grazie a campagne di sensibilizzazione e informazione. Alla base della loro attività pongono la consapevolezza che la prevenzione è un'arma fondamentale per

combattere il melanoma, un tumore della pelle particolarmente aggressivo. Uno studio dello IARC (l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro) ha dimostrato che l'esposizione alle lampade abbronzanti, se avviene in età inferiore ai 30 anni, comporta un aumento di rischio di melanoma del 75%. E ancora troppe persone si espongono al sole nelle ore più calde.



F.A.V.O. nasce nel 2003 come "associazione delle associazioni" di volontariato a servizio dei malati di cancro e delle loro famiglie e mira a creare sinergie fra le associazioni di volontariato e assicurare una rappresentanza istituzionale per il riconoscimento di nuovi bisogni e di nuovi diritti. F.A.V.O. ha 135 associazioni registrate

La ricerca sul cancro e la prevenzione del cancro sono state finora i due campi d'intervento rispetto ai quali maggiori sono stati gli investimenti pubblici e privati con forti ricadute nel campo dell'informazione e con l'ottimo risultato di aver reso cosciente l'opinione pubblica dell'importanza della lotta ai tumori.

L'Associazione Percorsi. persegue l'obiettivo di affiancare pazienti, familiari ed operatori sanitari, medici ed infermieri, nel periodo successivo all'intervento chirurgico, a seguito di patologia oncologica, in particolar modo stomizzati e incontinenti URO-FECALI. Nuove modalità per stare insieme, per



comunicare l'importanza dell'essere persone, per uscire dall'isolamento di un cambiamento dovuto ad una patologia che modifica la vita e le giornate di tutti coloro che interagiscono con essa: il soggetto direttamente interessato, gli operatori sanitari, i familiari.



L'Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici (AIMaC), fondata nel 1997, è un'Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale (ONLUS) iscritta nel Registro delle Associazioni di Volontariato della Regione Lazio (n. 30 del 25 febbraio 2000), e a quello delle Persone Giuridiche dal 2007 (n.471/2007).

Dal 2010 è stata riconosciuta dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali come ORGANIZZAZIONE CHE SVOLGE UN'ATTIVITA' DI EVIDENTE FUNZIONE SOCIALE SUL TERRITORIO NAZIONALE, conformemente a quanto previsto dalla legge n. 476 del 19 novembre 1987. AIMac è costituita da malati, parenti di malati, docenti universitari, ricercatori, medici, psicologi, psicoterapeuti, imprenditori e giornalisti. Scopo dell'Associazione è offrire informazioni sul cancro e sulle terapie ai malati, alle loro famiglie e amici; assicurare sostegno psicologico ai malati; promuovere iniziative per diffondere il più capillarmente possibile le informazioni sul cancro. AIMaC opera in stretta collaborazione con associazioni di volontariato, centri di oncologia medica universitari e ospedalieri, istituti a carattere scientifico, sempre uniformandosi ai criteri stabiliti dall'International Union Against Cancer (UICC). AIMaC è stata inoltre protagonista di numerosi accordi e riconoscimenti con le più importanti associazioni ed istituzioni mondiali.

3.5 I FORNITORI



L'Istituto per poter erogare le proprie prestazioni si avvale, oltre che del personale interno, anche di forniture resa da soggetti esterni allo stesso. I rapporti tra l'Istituto e i soggetti esterni, fornitori di beni e servizi, sono regolamentati dalle normative inerenti le procedure di acquisto di beni e servizi:

- direttiva comunitaria in materia di appalti (2004/17/CE e 2004/18/CE;
 - normativa nazionale (D.Lgs. 163/2006 e ss.mm.ii. – Codice degli appalti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture);
- normativa regionale:
 - L.R. n. 4 del 15 marzo 2011 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";
 - L.R. n. 41/2012 – trasforma la So.Re.Sa., da centrale acquisti in centrale di committenza con decorrenza 8 gennaio 2013 e attribuisce alla stessa la funzione di "Centrale Unica di Pagamento".

La scelta dei fornitori avviene quindi, nel rispetto della suddetta normativa, garantendo procedure di aggiudicazioni concorrenziali anche grazie ad un adeguata pubblicità dei procedimenti in corso, sia attraverso quotidiani, riviste specializzate che attraverso il sito web istituzionale, nonché attraverso l'albo pretorio pubblicato online sul sito web, e costantemente aggiornato.

La scelta del contraente, per le procedure che non sono svolte direttamente a livello centrale dalla So.Re.Sa. – Centrale di Committenza, avviene secondo la regola del miglior rapporto prezzo/qualità, nel rispetto dei requisiti oggettivi di selezione dei candidati o al prezzo maggiormente vantaggioso oggettivamente determinato.

Relativamente ai debiti verso i fornitori l'Istituto a posto in essere adeguate politiche di pagamento degli stessi che hanno permesso di ricondurre i tempi medi di pagamento a circa 180 giorni dalla data di emissione della fattura.

È in tale quadro normativo che le tipologie di acquisti poste in essere dall'Istituto:

- acquisti da fornitori diretti;
- acquisti sul Market-Place Consip;
- acquisti tramite la centrale di committenza regionale.

3.5.1 I FORNITORI DIRETTI

| CLASSI MERCEOLOGICHE | DESCRIZIONE |
|----------------------|---|
| EX.3.01 | GRUPPO ALIMENTARI |
| EX.3.02 | GRUPPO ANTISTATI PER PULSERA |
| EX.3.03 | GRUPPO CANCELLERIA |
| EX.3.04 | GRUPPO STAMPATI |
| EX.3.05 | GRUPPO STAMPATE |
| EX.3.06 | GRUPPO OLIO COMESTIBILI E LIQUORICANTI |
| EX.3.07 | GRUPPO LENOI E NEVISTI |
| EX.3.08 | GRUPPO MATERIALI RADIOLOGICI |
| EX.3.09 | GRUPPO MATERIALI FOTOCOPIATI |
| EX.3.10 | GRUPPO PASTICCI E MEDIE SACCARINE |
| EX.3.11 | GRUPPO MATERIALI PER LABORATORI |
| EX.3.12 | GRUPPO GAS |
| EX.3.13 | GRUPPO MATERIALI PER SCELLABILI |
| EX.3.14 | GRUPPO MATERIALI PER MANUFATTURE |
| EX.3.15 | GRUPPO MATERIALI DI PLASTICA |
| EX.3.16 | GRUPPO CUVES E IMPIANTI DI LAVORO |
| EX.3.17 | GRUPPO BANCHE E DI EFFETTI LETTERARI |
| EX.3.18 | VERIFICAZIONE |
| EX.3.19 | ARMORI ED ATTREZZATURE PER UFFICIO |
| EX.3.20 | ATTREZZATURE SANITARE |
| EX.3.21 | GRUPPO ATTREZZATURE PER LABORATORI |
| EX.3.22 | APPROVEZZAZIONE ELETTRONICHE |
| EX.3.23 | SERVIZIO DI RACCOLTA RIFIUTI RADIOATTIVI E SPECIALI |
| EX.3.24 | SERVIZIO LETTERA APPARATI OPERATIVI |
| EX.3.25 | MANUTENZIONE APPARECCHIATURE CLINICHE E DIAGNOSTICHE |
| EX.3.26 | MANUTENZIONE ELEVATORI |
| EX.3.27 | MANUTENZIONE IMPIANTI TECNOLOGICI |
| EX.3.28 | MANUTENZIONE IMPIANTI RISCALDAMENTO E RANASIERA |
| EX.3.29 | SERVIZIO SENSIBILIZZAZIONE DEMONSTRAZIONE E DISTRIBUZIONE |
| EX.3.30 | VALORI DI |
| EX.3.31 | SERVIZIO DI PROVAZIONE SENSORI E SENSORI SENSITORI |
| EX.3.32 | SERVIZIO SENSORI |
| EX.3.33 | SERVIZIO SOSTITUZIONI SENSORI SENSITORI |
| EX.3.34 | SERVIZIO |
| EX.3.35 | CONVALENZA |
| EX.3.36 | PUBBLICAZIONI |
| EX.3.37 | RAFFORZI |
| EX.3.38 | ASSICURAZIONE SOSTITUI |
| EX.3.39 | LAVORI |
| EX.3.40 | MANIA BIOLOGICI |
| EX.3.41 | OPERAZIONE MANUTENZIONE IMPIANTI SANI REDUCIA |
| EX.3.42 | IMPIANTI |
| EX.3.43 | TERMINI |
| EX.3.44 | LAVORO INTERNALE |
| EX.3.45 | INDIVIDUALIZZAZIONE INTERNALE |
| EX.3.46 | ESCLUSIVO |

In attuazione del provvedimento n. 818 del 24.09.2010 l'Istituto ha costituito l'**Albo Fornitori** inerente il periodo 01 gennaio 2011 – 31 dicembre 2013. Tale albo è organizzato in categorie merceologiche inerenti beni, servizi e lavori e si pone quale obiettivo quello di poter invitare alle procedure di gara di importo inferiore alla soglia comunitaria i fornitori potenzialmente interessati ad instaurare rapporti di fornitura con l'Istituto, i quali affinché possano prendere parte alle varie procedure di affidamento avviate dall'Istituto, devono:

- registrare il proprio profilo all'indirizzo internet <http://piattaforma.alfor.it/intpascale/> (come indicato nella figura) seguendo le

istruzioni on line all'interno ove è anche possibile visionare le 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.

In tal modo 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).

L'istituzione dell'albo genera vantaggi sia per i fornitori stessi che per l'Istituto:

- i fornitori 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; possono aggiornare autonomamente informazioni e documenti forniti in fase di qualificazione, e possono evitare di replicare la produzione di documentazione comune a più processi di qualificazione o di gara;
- l'Istituto con l'implementazione di tale sistema di *e-Procurement*, realizza vari obiettivi, tra cui:
 - la standardizzazione e razionalizzazione della spesa per alcune tipologie di beni e servizi;
 - la riduzione della spesa, ferma restando la qualità dei prodotti forniti, per specifiche categorie merceologiche anche mediante l'opportunità di un utilizzo più dinamico del mercato di fornitura;

- l'estensione del mercato di riferimento per le varie categorie di beni e servizi;
- la realizzare di un sistema di intermediazione digitale quale struttura di supporto delle attività negoziali di compravendita di beni e servizi con le imprese e le organizzazioni operanti nel proprio territorio;
- un aumento della qualità dei processi e del livello di integrazione tra i vari attori del sistema, favorendo la crescita del loro livello competitivo;
- un aumento dell'efficacia e dell'efficienza dei processi di acquisto e, quindi indirettamente del valore che l'Istituto può produrre per i cittadini e le imprese;
- la garanzia di massima trasparenza nelle procedure di qualificazione dei soggetti che possono essere invitati a partecipare alle procedure di affidamento per acquisto di beni servizi e lavori tesi a soddisfare le esigenze organizzative e di funzionamento dell'Istituto.

Tale sistema di *e-Procurement* consente di ampliare i margini di autonomia manageriale, passando dunque 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.

3.5.2 GLI ACQUISTI SUL MARKET-PLACE CONSIP

L'Istituto, in coerenza con il dettato normativo, i propri processi di acquisto anche verso il sistema *e-Procurement* sviluppato da CONSIP S.p.A, ricorrendo, laddove possibile, agli strumenti delle Convenzioni e del Mercato Elettronico. Le procedure di acquisto sono effettuate dall'Istituto in piena indipendenza ed autonomia, per il tramite dei propri Punti Ordinanti.

Il Centro Ricerche Oncologiche di Mercogliano beneficia, comunque di procedure sul *Market-place* CONSIP espletate direttamente dall'Istituto, con conseguenti aggiudicazioni per beni e servizi in Convenzione che, quindi, non rientrano nell'esclusiva competenza e autonomia del Punto Ordinante CROM.

Gli acquisti posti in essere direttamente dal punto ordinate COM su piattaforma CONSIP sono stati pari ad €/000 68 (IVA inclusa) ed hanno riguardato le seguenti classi merceologiche:

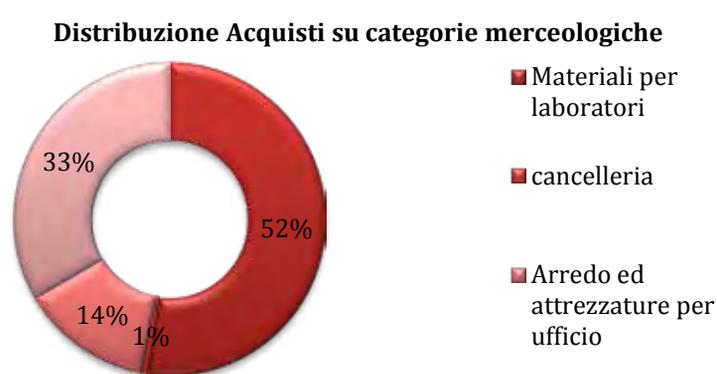


Figura 120 - Spesa suddivisa per classi merceologiche aziendali - Punto ordinante CROM

Le modalità di acquisto sono l'ODA (ordine diretto acquisto) e RDO richiesta di offerta). Al fine di performare al meglio nelle procedure di acquisto, sia con riferimento alla negoziazione competitiva dei prezzi che alla ricerca di condizioni migliorative delle forniture, si privilegia la modalità di acquisto a mezzo ODA, infatti tale modalità di acquisto rappresenta oltre il 95% delle spese sostenute direttamente dal punto ordinante CROM.

3.5.3 LA CENTRALE DI COMMITTENZA REGIONALE



La So.Re.Sa. S.p.A. – Società Regionale per la Sanità è una società strumentale costituita dalla Regione Campania per la realizzazione di azioni strategiche finalizzate alla razionalizzazione della spesa sanitaria regionale.

Per la sua natura di ente strumentale, 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;
- il Socio Regione esercita poteri di vigilanza e di controllo sul bilancio e determina le linee di indirizzo strategiche e di politica aziendale e nomina 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 Società, ed autorizza le operazioni e gli atti di carattere straordinario.

La L.R. n. 4 del 15 marzo 2011 aveva 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".

Tuttavia, con la L.R. n. 41 del 31 dicembre 2012, il quadro normativo di riferimento della So.Re.Sa. è cambiato, mutando anche il ruolo della stessa. Con tale legge la So.Re.Sa., con decorrenza 8 gennaio 2013, da centrale di acquisto regionale, assume la funzione di **centrale di committenza regionale**; nel frattempo per tutte le procedure già in essere continua ad operare, con il vecchio ruolo e cioè, come centrale acquisti sino ad esaurimento delle procedure. Con la stessa legge la So.Re.Sa. diventa **centrale unica di pagamento**.

La centralizzazione sia delle funzioni di acquisto, e quindi l'istituzione della centrale di committenza, nonché l'attribuzione alla So.Re.Sa. della funzione di centrale pagamento, ha quale obiettivo, da un lato la corretta gestione delle procedure di acquisto delle aziende sanitarie dall'altro il costante monitoraggio dei flussi finanziari; il tutto destinato, a rendere sempre più trasparente, ai propri *stakeholder*, l'operato del servizio sanitario regionale.

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.

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.

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 LA COLLETTIVITA' E L'AMBIENTE

Il tema della responsabilità ambientale è divenuto nel corso degli anni di vitale importanza per l'Istituto.



Già nel corso del 2011, l'Istituto ha messo in campo specifiche norme comportamentali che hanno l'obiettivo di tutelare la natura.

L'Istituto ha inoltre attivato la II edizione del master di II livello intitolato "Ambiente e Cancro", che rappresenta un'esperienza unica 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

Prima di analizzare il ciclo di gestione dei rifiuti all'interno dell'Istituto occorre fare un cenno sui riferimenti normativi che regolano il problema attuale della gestione (trattamento o recupero) dei rifiuti ed in particolare il decreto legislativo 205/2010, art. 1, che ha modificato l'articolo 177 del decreto legislativo 152/2006 "Campo di



applicazione e finalità".

La **gestione dei rifiuti** all'Istituto, e più specificamente di quelli sanitari, può essere analizzata alla luce della normativa sopra riportata. Infatti da poco si è proceduto all'aggiudicazione ad una ditta esterna, di tutte le funzioni di gestione dei rifiuti, dal prelievo allo smaltimento, con un capitolato molto stringato e specifico cui si è dedicato il management aziendale, e soprattutto la Direzione Sanitaria e il Dipartimento Beni e Servizi.

Il processo va considerato come un "unicum", inscindibile nelle sue componenti di **carico, trasporto, smaltimento finale, fornitura dei contenitori, del materiale d'uso e di quant'altro**, eventualmente, occorrente.

La Ditta cui è stato affidato l'appalto procede al ritiro dei rifiuti secondo le cadenze indicate dalla Direzione Sanitaria dell'Istituto e secondo le modalità previste dalla normativa vigente, avendo cura di verificare la presenza sui contenitori della prevista etichettatura idoneamente compilata (Ente, data, reparto o servizio di provenienza); procede in seguito al loro trasporto e smaltimento presso impianti autorizzati, in conformità alla vigente normativa in materia; alla fornitura dei contenitori e di tutte le attrezzature.

Le **attrezzature tecniche** sono composte da:

- una bilancia per la pesatura dei rifiuti, che ha dimensioni tali da poter essere alloggiata nel sito di deposito temporaneo, corredata di emettitrice di certificato di pesatura, con sistema di individuazione codice operatore, data, ora, e dotata di certificazione e taratura periodica, come previsto dalle Leggi Metriche vigenti. Le spese di taratura e manutenzione ordinaria e straordinaria sono a carico della Ditta aggiudicataria del servizio;
- contenitori di diverse tipologie per i rifiuti, sacchi interni ed etichette adesive.

Il processo di gestione dei rifiuti ha inizio il **ritiro dei contenitori** contenenti rifiuti sanitari che viene effettuato dal Lunedì al Venerdì, ed anche nei giorni festivi qualora ce ne siano più di uno consecutivi, secondo le direttive della Direzione Sanitaria dell'INT e comunque nel rispetto del D.Lvo 22 del 5.2.1997 e sue successive modifiche e integrazioni, e tenendo conto dei tempi di saturazione degli spazi. Per tipologie di rifiuti prodotti occasionalmente il ritiro viene effettuato entro 3 gg. dalla segnalazione della Direzione Sanitaria. In caso di produzioni in eccesso rispetto all'abituale, la Ditta deve garantire il prelievo su richiesta entro 24 ore.

La fase successiva, è costituita dal **trasporto** degli stessi mediante utilizzo di appositi vettori. I veicoli utilizzati devono essere di dimensioni adatte alla quantità di rifiuti da ritirare, in modo da non causare la giacenza di rifiuti presso i locali di ammasso temporaneo ospedalieri, ed idonei a garantire la protezione dei rifiuti trasportati dagli agenti atmosferici, nonché sottoposti ad adeguate bonifiche periodiche, secondo le prescrizioni del D.Lgs. n.22/1997.

La fase di **smaltimento** dei rifiuti, invece, deve avvenire presso un impianto debitamente attrezzato ed autorizzato secondo le leggi e normative vigenti, di cui al D.lgs. n. 22 del 05.02.1997 e del DPR n. 254 del 15 luglio 2003 e s.m.i., nonché ogni altra normativa vigente in proposito. Tutte le sedi presso le quali sono conferiti i rifiuti sanitari per lo smaltimento sono indicate nella documentazione prodotta dalla ditta aggiudicataria per la partecipazione all'appalto e le eventuali modificazioni dovranno essere prontamente e preventivamente segnalate. Ad avvenuto smaltimento la ditta deve consegnare presso la Direzione Sanitaria copia del certificato di avvenuto smaltimento entro un mese dalla data del ritiro, e comunque entro i termini di legge previsti in caso di variazione della normativa in corso del servizio.



Il **SISTRI** (Sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti) è un sistema che semplifica le procedure e gli adempimenti riducendo i costi sostenuti dalle imprese e gestisce in modo innovativo ed efficiente un processo complesso e variegato con garanzie di

maggior trasparenza, conoscenza e prevenzione dell'illegalità nel settore dei rifiuti speciali la cui gestione è stata affidata al Comando Carabinieri per la Tutela

dell'Ambiente.

Nasce nel 2009 su iniziativa del Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare nel più ampio quadro di innovazione e modernizzazione della Pubblica Amministrazione per permettere l'informatizzazione dell'intera filiera dei rifiuti speciali a livello nazionale e dei rifiuti urbani per la Regione Campania.

Nell'ottica di controllare in modo più puntuale la movimentazione dei rifiuti speciali lungo tutta la filiera, viene pienamente ricondotto nel SISTRI il trasporto intermodale e posta particolare enfasi alla fase finale di smaltimento dei rifiuti, con l'utilizzo di sistemi elettronici in grado di dare visibilità al flusso in entrata ed in uscita degli autoveicoli nelle discariche.

Il SISTRI costituisce, quindi, strumento ottimale di una nuova strategia volta a garantire un maggior controllo della movimentazione dei rifiuti speciali e i benefici ricadranno anche sul sistema delle imprese. Una più corretta gestione dei rifiuti avrà, infatti, vantaggi sia in termini di riduzione del danno ambientale, sia di eliminazione di forme di concorrenza sleale tra imprese, con un impatto positivo per tutte quelle che, pur sopportando costi maggiori, operano nel rispetto delle regole.



La proposta dell'Istituto, alla luce di quanto sopra riportato, è quella di creare con il supporto informatico un modello organizzativo, di gestione, valutazione e analisi al fine di migliorare la gestione dei rifiuti. La progettazione del modello seguirà la logica operativa espressa dal modello di **benchmarking P.D.C.A.(Plan Do-Check Act)** come rappresentata nella Figura.

Figura 121 – Il modello di benchmarking PDCA

3.7.2 IL RISPARMIO ENERGETICO

L'Istituto è attento alle politiche di risparmio energetico, e pertanto ha investito nella realizzazione di opere edilizie e impiantistiche che hanno come obiettivo la riduzione dello spreco di energia e l'introduzione di standard qualitativi più elevati per l'assistenza ai pazienti.



Bilancio Sociale 2012

Tra i vari interventi di seguito riportati, occorre evidenziare il finanziamento ottenuto dal "Programma Operativo Interregionale Energie Rinnovabili e Risparmio Energetico 2007-2013" per le realizzazioni di un

impianto di cogenerazione, riqualificazione ed efficientamento energetico della struttura edilizia dell'edificio *Day Hospital*.

Tale opera è parte integrante di un più ampio piano di interventi strutturali individuati dall'Istituto per il biennio 2011-2012 e di seguito riportati:

- ✓ 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 sono stati appaltati nel 2012 e si prevede che saranno ultimati nel 2013. La tabella che segue mostra il livello di efficienza energetica che si otterrà a seguito della messa in esercizio delle opere.

| INTRVENTI PROMOSSI | RISPARMIO 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 |
| RIQUALIFICAZIONE DELLA COIBENTAZIONE DEI CIRCUITI PRINCIPALI | 10 | 24 |
| TOT. | 623 | 1486 |

Figura 122 – Effetti del risparmio energetico



Alla riduzione dello spreco di energia e al raggiungimento di standard qualitativi più elevati per l'assistenza ai pazienti, è da rilevare che tali interventi determineranno anche un forte risparmio economico riconducibile sia al risparmio energetico (si prevede un risparmio di circa il 30-40% degli attuali costi), sia alla possibilità di accedere a tariffe più convenienti delle fonti primarie, quali ad esempio la tariffa agevolata per il metano grazie alla presenza del cogeneratore.

Questo risparmio in termini di costi, consentirà pertanto, un rientro medio del capitale investito per gli interventi in 5-6 anni di gestione.

3.8 CONTENZIOSO E LITIGIOSITÀ

I procedimenti giudiziari pendenti alla data del 31.12.2012 (esclusi quelli di esecuzione e in attesa di perenzione) sono n. 165.

Detti procedimenti sono incardinati innanzi alle seguenti A.G.: Giudice di Pace, Tribunale ordinario in funzione di giudice del lavoro e della previdenza, Commissione Tributaria, T.A.R., Corte d'Appello, Consiglio di Stato e Corte di Cassazione.

Nell'anno 2012 sono state pandettate 25 nuove cause (alcune di esse con pluralità di controparti: in un caso addirittura 25), tutte affidate al patrocinio dell'avvocatura interna. contro le 45 cause pan dettate del 2011.

La natura del contenzioso dell'anno 2012 può essere così distinta

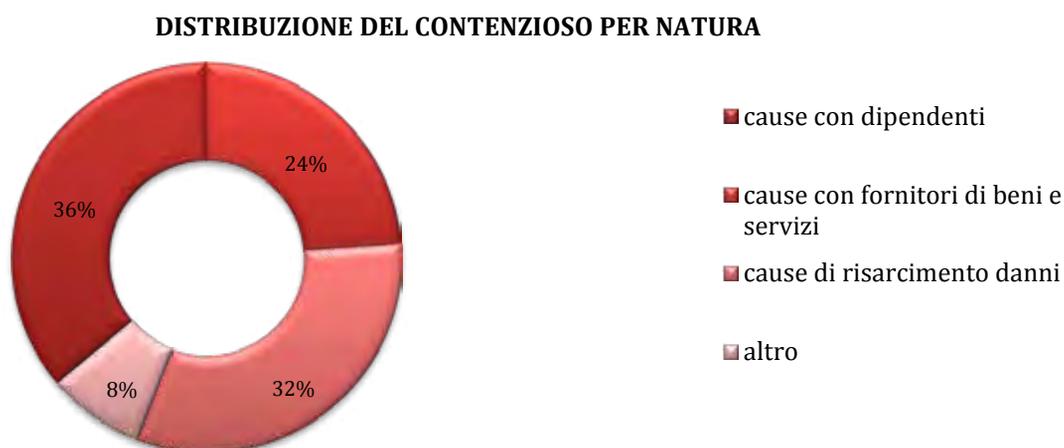


Figura 123 - Natura dei contenziosi

Nell'anno 2012 sono intervenute pronunce decisorie (sentenze/ordinanze/decreti) e bonari componimenti per ben 47 procedimenti (in alcuni casi le pronunce hanno riguardato cause riunite e con pluralità di parti) e n. 37 decreti di perenzione (n. 36 TAR e n. 1 Consiglio di Stato).

Le udienze nel periodo sono state complessivamente n. 290 e gli accessi agli uffici giudiziari sono stati oltre 1.100.

In fase pre-contenziosa al 31/12/2012 sono state rubricate n. 43 richieste/istanze di cui:

- 35 relative a risarcimento danni;
- 8 relative a rivendicazioni di dipendenti.

L'**indice di soccombenza** dell'Istituto nel periodo 01/01/2012-31/12/2012 è stato dell'8,70%, che visto in termini economici permette di leggere quanto segue:

- importo complessivo relativo a domande giudiziarie promosse nei confronti dell'Istituto ammonta ad €/000 2.823;
- importo complessivo erogato dall'Istituto per soccombenza ammonta ad €/000 146.

La valutazione complessiva del rischio di soccombenza al 31.12.2012, relativa all'intero contenzioso in atto, indica un importo di €/000 5.928 che conferma un trend significativamente decrescente (al 31.12.2011 era di €/000 7.479).

DISTRIBUZIONE PROCEDURA INGIUNZIONE ED ESECUTIVE

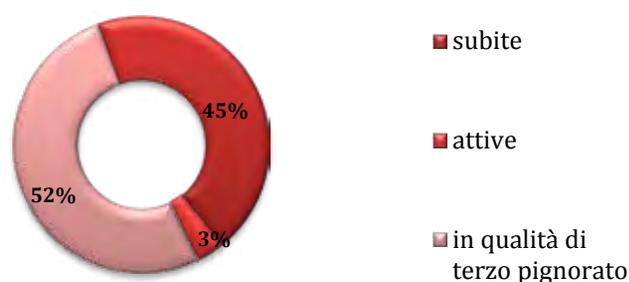


Figura 124 - Procedure di ingiunzione ed esecutive

Le **procedure d'ingiunzione ed esecutive** sono state complessivamente n. 29 così ripartite:

| Descrizione | 2012 | 2011 | 2010 |
|----------------------|------|------|-------|
| Decreti ingiuntivi | 12 | 32 | 42 |
| Somme ingiunte €/000 | 291 | 709 | 1.357 |
| Pignoramenti | - | 1 | 2 |

Figura 125 - Andamento triennio 2010-12 del processo ingiuntivo

Con riferimento alle somme vincolate presso l'istituto cassiere/tesoriere, a seguito di pignoramenti, alla data del 31.12.2012 l'importo globale ancora indisponibile è stato di fatto azzerato.

Ovviamente il risultato della significativa diminuzione delle procedure di ingiunzione è in gran parte dovuto al divieto di iniziare e/o proseguire (per gli enti ed aziende delle regioni assoggettate a procedure e piani di rientro dal debito) procedimenti di esecuzione coattiva.

Il contenzioso del lavoro trattato in sede conciliativa ha riguardato complessivamente 45 dipendenti nei cui confronti erano state avviate procedure amministrative di ripetizione di indebito dovute all'erogazione di emolumenti non dovuti (c.d. equiparati).

Sono state formalizzate, in parte innanzi al Tribunale e in parte innanzi alla Commissione di Conciliazione istituita presso la D.P.L. di Napoli, ben 45 distinte transazioni che hanno consentito all'Istituto un recupero di €/000 899 (in cinque anni). Oltre al risultato economico, con la sottoscrizione delle transazioni l'Istituto ha posto fine ad un contenzioso che si trascinava da oltre venti anni, alimentando un clima di perenne conflittualità che certo non giovava all'istituzione.

A partire dal maggio dell'anno 2010 l'Istituto gestisce in auto assicurazione gli eventi dannosi, costituendo un fondo rischi che si alimenta con destinazione dei medesimi fondi di bilancio destinati al pagamento del premio RCT/O (circa €/000 100 pro-mese).

Il fondo rischi per la gestione in auto assicurazione delle richieste risarcitorie intervenute nel periodo 01/05/2000 - 31/12/2012 ha una consistenza di €/000 3.200, mentre le riserve appostate ammontano ad €/000 1.499 e i danni risarciti ammontano ad €/000 128 (ricomprendendo anche n. 3 sinistri verificatisi prima dell'01.05.2000 e non coperti da pregressi contratti assicurativi).

Nel periodo considerato sono pervenute 48 richieste di risarcimento danni e 9 di esse sono state definite. Per 11 richieste di risarcimento danni sono state promosse azioni giudiziarie tuttora pendenti, mentre 28 sono allo stato "senza seguito".

Nel corso dell'anno 2012 sono pervenute e sono state gestite in auto-assicurazione n. 20 nuove richieste di risarcimento danni (n. 12 delle quali riconducibili a colpa professionale).

In sintesi i dati a consuntivo 2012 sono i seguenti:

- fondo rischi: €/000 3.200;
- riserve appostate: €/000 1.499;
- risarcimenti erogati: €/000 128.

La gestione diretta degli eventi dannosi (dalla fase della segnalazione del danno, alla richiesta di risarcimento, al risarcimento del danno, all'eventuale procedimento giudiziario) e l'interessamento attivo delle funzioni e dei soggetti a vario titolo coinvolti, aiuta a capire anche le carenze organizzative e procedurali, traducendosi in una gestione più attenta e consapevole, con risparmi evidenti risorse.

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.

3.9 LA TUTELA DELLE PRIVACY



L'attenzione posta dal Legislatore in materia di privacy (D.L.vo 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 dignità della persona.

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, si è ritenuto di adottare, per quanto non più obbligatorio e quindi in un'ottica di massima trasparenza, il Documento Programmatico sulla Sicurezza (D.P.S.), teso a delineare il quadro delle misure di sicurezza organizzative, fisiche e logiche, adottate e da adottare per il trattamento dei dati personali.

Il D.P.S. unitamente al Regolamento privacy rappresenta uno strumento di informazione atto a contribuire al crearsi di tutte quelle relazioni necessarie per il corretto uso dei dati.

Infatti, un efficace rispetto delle regole che vengono dettate dalla Legge sulla privacy prevede un impegno organizzativo all'interno di ogni struttura aziendale che rende necessario un sistema che presieda e governi la materia della privacy tale da corroborare l'azione dirigenziale lasciandone intatta l'autonomia.

4. PARTE QUARTA - OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO



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 2013, 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.

L'Istituto si propone di raggiungere l'eccellenza nel campo dell'oncologia con la completa integrazione tra le diverse aree della prevenzione, diagnosi e cura dei tumori attraverso la ricerca clinica e l'innovazione tecnologica e gestionale, spostando l'attenzione dalla malattia al malato.

L'Istituto persegue le seguenti finalità :

- svolgere, negli ambiti disciplinari individuati in sede di riconoscimento e in conformità alla programmazione nazionale e regionale, attività di assistenza sanitaria e di ricerca biomedica e sanitaria, di base, clinica e traslazionale nel campo dell'oncologia;
- elaborare e attuare, direttamente o in rapporto con altri enti, programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria con riferimento agli ambiti istituzionali di attività e per il miglioramento e lo sviluppo degli stessi;
- sperimentare e verificare forme innovative di gestione e di organizzazione in campo sanitario nell'ambito dell'oncologia;
- supportare, tramite idonee modalità, le istituzioni di istruzione e formazione pre e post laurea;
- svolgere ogni altra attività strumentale e funzionale al perseguimento delle proprie finalità.

Con l'adozione della Carta dei Servizi, per la tutela dei diritti dell'utenti, l'Istituto si impegna a garantire l'applicazione e la verifica degli impegni assunti.

4.2 VERSO IL BILANCIO SOCIALE 2013

La redazione del Bilancio sociale è un'esperienza che affonda le sue radici nella volontà dell'Istituto di fornire ai propri stakeholder una rendicontazione sociale che sia trasparente e completa.

Giunti oramai alla terza edizione, con il presente documento si spera di aver fatto un passo avanti rispetto all'edizione precedente, ma siamo sicuri che in un'ottica di miglioramento continuo, l'edizione 2013 rappresenterà un passo avanti rispetto alla presente edizione.

A tal fine, l'Istituto s'impegna ad allargare sempre più la sfera di *stakeholder* a cui fornire un quadro complessivo della propria performance mediante i più svariati strumenti di comunicazione. Saranno, pertanto coinvolti in modo attivo un numero sempre crescente di *stakeholder*, con il fine ultimo di poter ottenere un riscontro, sulle attività poste in essere e sulla qualità dei servizi offerti dall'Istituto e percepita dai pazienti. Questo processo continuo di feedback permetterà di monitorare in modo sempre più frequente le dinamiche dell'Istituto e di rendicontare in modo sempre più preciso gli impatti di tali dinamiche agli *stakeholder*.

L'Istituto si ripropone anche quest'anno l'obiettivo di migliorare ancor più i propri sistemi amministrativo-contabili e gestionali al fine di assicurare livelli di *accountability* elevati nonché aumentare il grado di affidabilità delle informazioni verso l'esterno. In tale ottica, si è posto il già avviato percorso di certificazione limitata del Bilancio Sociale 2011, a valle del quale sono emersi svariati punti di miglioramento atti a garantire la governabilità dell'informativa amministrativo-contabile e che nella maggior parte dei casi sono stati considerati nel presente Bilancio Sociale



QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

| | |
|--|--|
| <p>Tipologia di lettore</p> <p><input type="checkbox"/> Cittadino</p> <p><input type="checkbox"/> Paziente</p> <p><input type="checkbox"/> Dipendente</p> <p><input type="checkbox"/> Fornitore</p> <p><input type="checkbox"/> Ente pubblico o privato</p> <p><input type="checkbox"/> Associazione</p> <p><input type="checkbox"/> Regione Campania</p> <p><input type="checkbox"/> Ministero della salute</p> <p><input type="checkbox"/> Struttura convenzionata</p> | <p>Età del lettore</p> <p><input type="checkbox"/> 0 – 25</p> <p><input type="checkbox"/> 25 – 35</p> <p><input type="checkbox"/> 35 – 45</p> <p><input type="checkbox"/> 45- 55</p> <p><input type="checkbox"/> 55 – 65</p> <p><input type="checkbox"/> oltre 65</p> |
| <p>Residenza del lettore</p> <p><input type="checkbox"/> Napoli</p> <p><input type="checkbox"/> Provincia di Napoli</p> <p><input type="checkbox"/> Altra provincia</p> <p><input type="checkbox"/> Altra regione</p> <p><input type="checkbox"/> Altro</p> | <p>Professione del lettore</p> <p><input type="checkbox"/> Casalinga,</p> <p><input type="checkbox"/> Imprenditore\trice,</p> <p><input type="checkbox"/> Insegnante,</p> <p><input type="checkbox"/> Libero professionista,</p> <p><input type="checkbox"/> Pensionato\a,</p> <p><input type="checkbox"/> Studente,</p> <p><input type="checkbox"/> Disoccupato\a,</p> <p><input type="checkbox"/> Altro</p> |
| <p>Area di attività</p> <p><input type="checkbox"/> Sanità</p> <p><input type="checkbox"/> Ambiente</p> <p><input type="checkbox"/> Commercio</p> <p><input type="checkbox"/> Sociale</p> <p><input type="checkbox"/> Altro</p> | <p>Come è venuto a conoscenza del documento?</p> <p><input type="checkbox"/> Evento di presentazione del documento</p> <p><input type="checkbox"/> Copia cartacea</p> <p><input type="checkbox"/> Sito internet</p> <p><input type="checkbox"/> Altro</p> |
| <p>Come valuta la qualità delle informazioni contenute nel Bilancio Sociale 2010?</p> <p>Chiarezza espositiva: <input type="checkbox"/> bassa</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> sufficiente</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> buona</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> ottima</p> <p>Rilevanza delle informazioni: <input type="checkbox"/> bassa</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> sufficiente</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> buona</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> ottima</p> <p>Completezza: <input type="checkbox"/> bassa</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> sufficiente</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> buona</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> ottima</p> | |
| <p>Attraverso la lettura del documento ha avuto modo di conoscere alcune attività dell'Istituto che non</p> | |

conosceva ?

Si. Quali sono?

No

Ritiene che il Bilancio Sociale sia un documento utile per conoscere l'attività dell'Istituto?

Si

No

Ritiene che dovrebbe contenere altre informazioni?

Si. Quali sono?

No

Quale parte ha trovato più interessante?

La prima "identità dell'azienda"

La seconda "creazione e distribuzione del valore aggiunto"

La terza "relazione sociale"

La quarta "obiettivi di miglioramento"

Altro (grafica, ecc.)

Come è stato il suo gradimento complessivo?

basso

sufficiente

buono

ottimo

Quali suggerimenti darebbe per la prossima edizione del Bilancio Sociale?

.....
.....

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.

