



IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST
Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro
Largo Rosanna Benzi, 10
16132 Genova

DIREZIONE GENERALE

001555 DEL 29 DIC. 2015
DELIBERAZIONE N.

OGGETTO: Approvazione del Piano strategico 2015-2017 dell'Istituto.

L'anno duemilaquindici, addì 29 del mese di DIC. presso la sede Amministrativa dell'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, sita in Genova, Largo Rosanna Benzi, 10 presenti il Direttore Scientifico, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario

IL DIRETTORE GENERALE

Rilevato che con deliberazione n. 617 del 20.05.2013, approvata con modifiche con DGR n. 748/2013, l'Istituto ha adottato il proprio Regolamento di organizzazione e funzionamento e che con deliberazione n. 868 del 03.07.2013 sono state apportate al predetto documento le modifiche richieste dall'Organo regionale;

Visto l'art. 11 del citato Regolamento di organizzazione e funzionamento che ha disciplinato le funzioni e le modalità di adozione del Piano strategico individuando lo stesso come documento che *“costituisce l'atto di programmazione triennale mediante il quale l'Istituto definisce, nei limiti delle risorse disponibili, gli obiettivi strategici aziendali, a valenza annuale e pluriennale, e le attività e le azioni da svolgere al fine del raggiungimento degli stessi, nel rispetto della programmazione nazionale e regionale sia per quanto riguarda l'attività di assistenza sia per quanto riguarda l'attività di ricerca”*;

Considerato che la definizione del Piano strategico è risultata complessa per la necessaria integrazione tra molteplici linee – assistenza, ricerca, didattica – e per la presenza di più “attori”;

Atteso che, al fine di favorire nel maggior modo possibile il coordinamento delle azioni nel tempo e la coesione del management per il raggiungimento degli obiettivi, è stato adottato un percorso di condivisione nella “costruzione” dei contenuti del Piano stesso mediante:

- il coinvolgimento del livello organizzativo di “staff” alla Direzione Generale e scientifica e di “line” alla Direzione sanitaria e amministrativa;
- il coinvolgimento dei Direttori dei Dipartimenti ad attività integrata quale livello organizzativo del management gestionale;
- la condivisione e diretta partecipazione del Collegio di Direzione quale organo di governo clinico portatore delle necessità sia della componente ospedaliera che della componente universitaria;
- la definizione di un gruppo dirigente ristretto con il compito di formulare un documento da condividere con le figure e gli organi sopra indicati con possibilità anche di costituzione di sottogruppi per specifiche tematiche;

- il coinvolgimento attivo del Consiglio di indirizzo e verifica, chiamato non solo ad approvare il Piano ma anche ad un ruolo propositivo sul percorso di definizione del Piano medesimo;
- il coinvolgimento dell'Università anche attraverso i Dipartimenti ad attività integrata;
- la possibilità di coinvolgimento, se del caso, di esperti esterni per specifiche tematiche o per supportare il processo di cambiamento;
- l'approvazione del Piano da parte dell'Ateneo;
- l'informazione e coinvolgimento di tutto il gruppo dirigente e della "prima linea" sulle responsabilità nell'area assistenziale in senso allargato;
- la sottoposizione del Piano all'Organo regionale;

Rilevato che l'Istituto ha predisposto una bozza di Piano strategico per il periodo 2015-2017 per la redazione della quale è stato utilizzato il sopra citato percorso di condivisione attraverso la costituzione di tre gruppi di lavoro, ciascuno composto dal Direttore generale e dal Direttore Scientifico, da due Direttori di Dipartimento ad Attività Integrata (DAI) e da due o più componenti del Consiglio di Indirizzo e Verifica (CIV). La Direzione sanitaria e la Direzione e gestione delle professioni sanitarie, unitamente al Controllo di gestione ed a tutte le strutture di riferimento, hanno fornito il necessario supporto ai gruppi di lavoro;

Preso atto che tali gruppi di lavoro hanno sviluppato, nel periodo maggio-luglio 2014, i seguenti macro argomenti:

- Posizione strategica, prospettive organizzative e comunicazione;
- Governo clinico, costi ed investimenti;
- Ricerca (pianificazione e gestione);

Atteso che la bozza di Piano strategico, sviluppata a seguito delle attività svolte dai gruppi di lavoro, è stata approvata dal Consiglio di Indirizzo e Verifica CIV nella seduta del 18.12.2014;

Atteso che con nota Prot. n. 50100 del 24.12.2014 la bozza di documento è stata trasmessa all'Università degli Studi di Genova la quale, in ultimo, con nota 27.02.2015 ha comunicato che con deliberazione del Consiglio di Amministrazione in data 25.02.2015 l'Ateneo ha approvato la bozza del Piano strategico per il triennio 2015-2017, subordinando tuttavia quest'ultima al recepimento delle osservazioni, dei commenti e delle evidenziazioni formulate dal Consiglio della Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche nella seduta del 18.02.2015 e dalle diverse aree dirigenziali proprie della direzione generale dell'Ateneo stesso;

Preso atto che l'Istituto con nota Prot. n. 50499 del 31.12.2014 ha provveduto a dare informativa in ordine alla bozza di Piano strategico alle OO.SS. e con nota Prot. n. 50498 in pari data la bozza di Piano strategico è stata trasmessa alle Associazioni di volontariato e di tutela ed ai componenti del Comitato Misto Consultivo;

Preso altresì atto che il documento in discorso è stato presentato ai Dipartimenti ad attività integrata (DAI) ed alla rete dei RAQ;

Atteso che sono pervenute richieste di modifica della bozza del Piano strategico riguardanti taluni settori di attività da parte di alcuni dei soggetti sopra indicati e che si è resa altresì necessaria la rielaborazione di alcuni paragrafi in considerazione del lasso di tempo intercorso dalla prima stesura del documento;

Atteso che, a conclusione del processo interno relativo alle valutazioni concernenti le modifiche alla bozza del Piano strategico, le osservazioni ed evidenziazioni espresse dai soggetti interessati ed in particolare dall'Organo di Governo dell'Università sono state recepite nell'ultima versione della bozza di Piano strategico;

Rilevato che la predetta bozza di Piano strategico è stata approvata dal CIV nella seduta del 13.03.2015 e dal Collegio di Direzione nella seduta del 15.04.2015;

Atteso che il documento, così come modificato a seguito delle citate osservazioni, è stato trasmesso all'Università degli Studi di Genova con nota Prot. n. 18759 dell'11.05.2015;

Preso atto che la bozza di Piano strategico è stata altresì pubblicata per trenta giorni sul sito dell'Istituto per l'acquisizione di proposte ed osservazioni da parte degli stakeholders;

Vista la Legge di Stabilità 2016, in fase di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica;

Evidenziato che nella legge sopra richiamata è presente un capo relativo all'efficientamento della Spesa Sanitaria con la previsione di Piani di rientro e riqualificazione degli enti del Servizio Sanitario Nazionale e Aziende Sanitarie uniche e che, in particolare, tali disposizioni sono volte ad introdurre misure per garantire il miglioramento della produttività degli enti del SSN mediante la predisposizione di appositi piani di rientro per le strutture di ricovero e cura (AO, AOU, IRCCS);

Ritenuto necessario, nelle more dell'entrata in vigore della normativa sopra indicata, approvare il Piano strategico dell'Istituto 2015-2017, fatte salve le eventuali modifiche, realizzabili anche attraverso i piani annuali di revisione, che potrebbero rendersi necessarie a seguito delle ricadute di programmazione economica;

Preso atto del parere favorevole espresso, per quanto di competenza, dal Direttore Scientifico, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario

DELIBERA

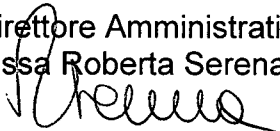
Per le motivazioni meglio espresse nella parte motiva del presente provvedimento

di approvare il Piano strategico dell'Istituto 2015-2017, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

di fare salve le eventuali modifiche, realizzabili anche attraverso i piani annuali di revisione, che potrebbero rendersi necessarie a seguito delle ricadute di programmazione economica conseguenti all'entrata in vigore della "Legge di Stabilità 2016";

di trasmettere il presente provvedimento alla Regione Liguria ed all'Università degli Studi di Genova.

Il Direttore Amministrativo
(Dr.ssa Roberta Serena)



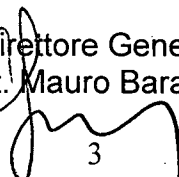
Il Direttore Sanitario
(Dott. Michele Orlando)



Il Direttore Scientifico
(Prof. Manlio Ferrarini)



Il Direttore Generale
(Dott. Mauro Barabino)



3



Piano Strategico 2015-2017

IRCCS AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
SAN MARTINO - IST
ISTITUTO NAZIONALE PER LA RICERCA SUL CANCRO

LARGO ROSANNA BENZI, 10 - 16132 GENOVA

Allegato alla deliberazione N° del
composto da N° pagine, numerate da 1 a

1555 29 DIC. 2015

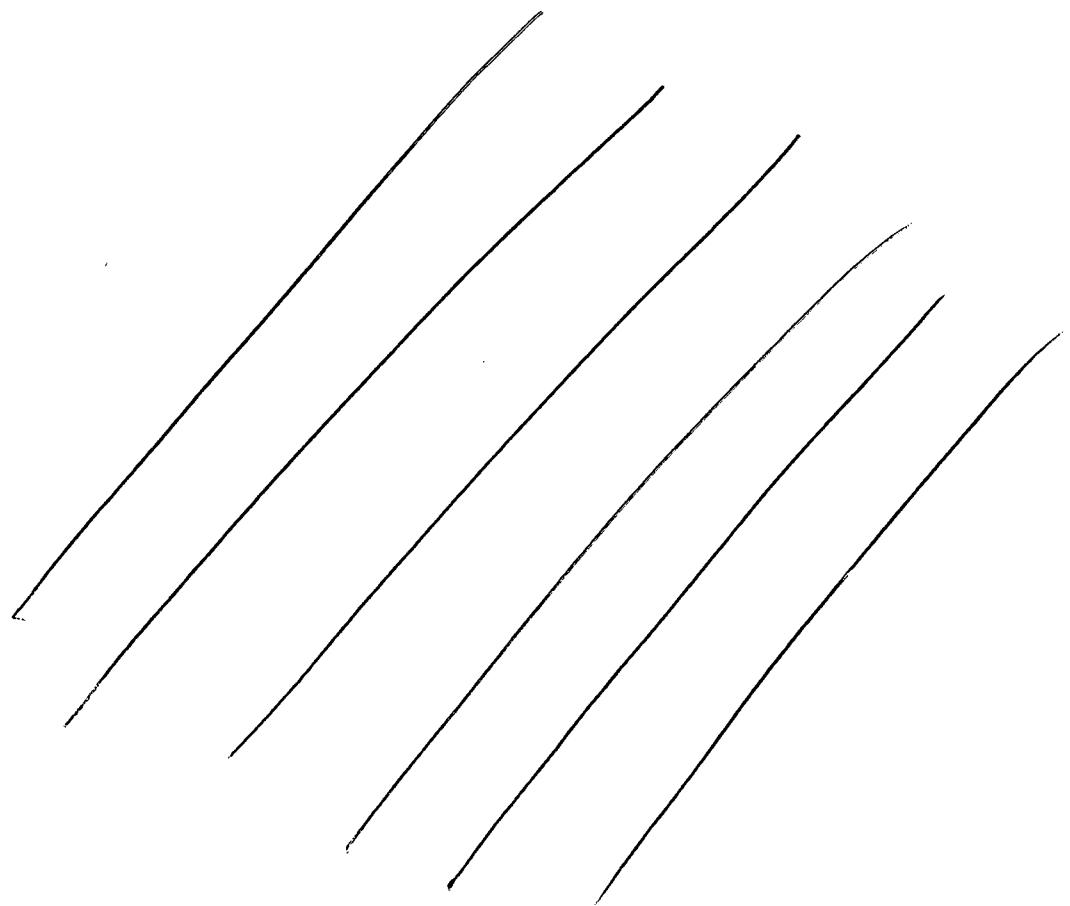
63

INDICE ANALITICO

Sommario

1	PERCHE' UN PIANO STRATEGICO	1
1.A	MOTIVAZIONI.....	1
1.B	PREAMBOLO METODOLOGICO	1
2	L'EVOLUZIONE STRATEGICA DELL'ISTITUTO NELLA PROSPETTIVA DELLA INTEGRAZIONE FRA ASSISTENZA, RICERCA E DIDATTICA	2
2.A	IL CONTESTO DI RIFERIMENTO.....	2
2.B	IL RUOLO DEI VARI ATTORI	10
2.C	PROSPETTIVE DI INTEGRAZIONE	11
2.D	GLI OBIETTIVI DI INTEGRAZIONE DEL TRIENNIO	12
3	VISION E MISSION	13
3.A	VISION	13
3.B	MISSION.....	13
4	OBIETTIVI STRATEGICI ASSISTENZIALI	14
4.A	PRONTO SOCCORSO E URGENZA IN OSPEDALE	14
4.B	PERCORSI ASSISTENZIALI	16
4.B.1	Il percorso oncologico	16
4.B.2	Ictus	17
4.B.3	Le malattie cardiovascolari.....	18
4.B.4	Il percorso nascita.....	19
4.B.5	Le attività endoscopiche/interventistiche.....	19
4.B.6	L'informatizzazione e l'ingegnerizzazione	21
4.C	I TRAPIANTI	23
4.C.1	Trapianto d'organo	23
4.C.2	Trapianto tessuti.....	23
4.C.3	Trapianto cellule	24
4.D	LA QUALITA'	25
4.D.1	L'appropriatezza	25
4.D.2	Il Rischio Clinico	27
4.D.3	Le infezioni correlate all'assistenza	28
4.D.4	L'Accreditamento OECI	30
4.D.5	Il Piano della Sicurezza	31
4.D.6	Gli esiti	32

4.E	I SERVIZI	33
4.E.1	Radiologia.....	33
4.E.2	Medicina di Laboratorio.....	34
4.E.3	Anatomia patologica e diagnostica cellulare e molecolare	34
5	OBIETTIVI STRATEGICI DELLA RICERCA	35
5.A	EVOLUZIONE DELLE LINEE DI RICERCA CORRENTE ONCOLOGICA.....	35
5.B	SVILUPPO LINEE DI RICERCA NON ONCOLOGICHE.....	36
5.B.1	Area delle Neuroscienze.....	36
5.B.2	Vascolare.....	37
5.B.3	Supportive care.....	37
5.B.4	Area medicina interna e specialità mediche	37
5.C	GOVERNANCE DELLA RICERCA PROPRIA DELL'IRCCS	38
5.D	TRASLAZIONALITÀ DELLA RICERCA	39
5.E	FINANZIAMENTO DELLA RICERCA DELL'IRCCS	40
5.E.1	Budget della ricerca	40
5.E.2	<i>Fund raising</i>	40
5.F	MISURABILITA' DEI RISULTATI	41
5.G	ORGANIZZAZIONE DELLA DIREZIONE SCIENTIFICA	41
6	LA SOSTENIBILITA'	42
6.A	LA SOSTENIBILITA' ORGANIZZATIVA ED OPERATIVA	42
6.B	LA SOSTENIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA	44
6.C	LA SOSTENIBILITA' AMBIENTALE.....	46
6.D	LE POLITICHE PER IL PERSONALE.....	50
6.D.1	Valorizzazione delle risorse umane.....	50
6.D.2	Programmi formativi.....	50
6.D.3	Sistema di valutazione individuale	51
6.E	LA COMUNICAZIONE ED IL COINVOLGIMENTO	52
7	GLI INVESTIMENTI E LA LOGISTICA	53
7.A	GLI INVESTIMENTI	53
7.B	LA RISTRUTTURAZIONE E LA LOGISTICA.....	53
8	ANALISI DELLE CRITICITA'	55
8.A	LE ATTRAZIONI OSPEDALIERE E LE FUGHE. CAPACITÀ DI ATTRAZIONE E MOBILITÀ PASSIVA.....	55
8.B	LE INTERAZIONI CON IL TERRITORIO	59
8.B.1	Il Paziente fragile e la continuità di cura	59



1 PERCHE' UN PIANO STRATEGICO

1.A MOTIVAZIONI

Il Piano Strategico costituisce l'atto di programmazione triennale mediante il quale l'Istituto definisce, nei limiti delle risorse disponibili, gli obiettivi strategici aziendali, a valenza annuale e pluriennale, le attività e le azioni da svolgere al fine del raggiungimento degli stessi, nel rispetto della programmazione nazionale e regionale, sia per quanto riguarda l'attività di assistenza sia per quanto riguarda l'attività di ricerca e di didattica e nel rispetto di quanto stabilito dal Protocollo Generale di Intesa Regione Università. Il Piano strategico si realizza attraverso piani annuali di revisione mediante i quali l'Istituto verifica il livello di attuazione programmando l'attività annuale necessaria per il raggiungimento degli obiettivi del Piano medesimo.

L'attuale contesto sanitario vede l'aumento di fenomeni correlati allo sviluppo della scienza medica e delle biotecnologie, quali ad esempio la diminuzione della mortalità e l'aumento delle malattie croniche gravi, unitamente alla complessiva crisi economica che impone scelte riorganizzative e strutturali profonde con attenzione al fattore spesa, coniugate alla ricerca continua di appropriatezza clinica e di un sistema di assistenza integrata con un'organizzazione a rete dei servizi.

L'Istituto è di fronte alla necessità di prestare assistenza ai cittadini, raccogliendone tutti i diversi bisogni presenti, al pari di un ospedale "generalista" inglobato nel proprio territorio (ne sono esempio il Pronto Soccorso cui si ricorre in larga parte anche per patologie non particolarmente gravi, o le degenze di soggetti anziani e fragili in cui è rilevante il fabbisogno sociale) e di rispondere alla sfida di sviluppare la ricerca, ponendosi come punto di riferimento, regionale e nazionale, per patologie oncologiche, per l'utilizzo di tecniche diagnostico-terapeutiche innovative, per lo studio di efficacia di nuovi farmaci e trattamenti.

Affrontare questa apparente dicotomia è particolarmente importante per l'Istituto che intende in tale contesto perseguire principalmente linee strategiche orientate a:

- garantire la piena realizzazione dell'azienda ospedaliera universitaria integrata e dell'IRCCS per la tematica oncologica
- garantire l'appropriatezza clinica
- concentrare le risorse al fine di una migliore allocazione delle stesse, uniformare gli standard qualitativi verso livelli più elevati, rendere più controllabili le prestazioni e rendere più diretta la responsabilità della gestione e l'uso delle risorse
- porre le basi per lo sviluppo graduale del modello di un ospedale per intensità di cura
- sviluppare le attività di ricerca con riferimento al contesto nazionale ed internazionale con l'obiettivo di migliorare la capacità di diagnosi e cura
- favorire e sviluppare le attività di formazione quale supporto ed affiancamento al processo di cambiamento
- sviluppare ed adeguare il sistema informativo necessario per la produzione di informazioni in linea con il modello organizzativo da implementare e per il monitoraggio ed il controllo del processo di realizzazione del Piano medesimo.

1.B PREAMBOLO METODOLOGICO

L'elaborazione del Piano risulta particolarmente complessa per la necessaria integrazione tra molteplici linee – assistenza, ricerca, didattica – e per la presenza di più "attori" che concorrono, ciascuno per la propria competenza, a diverso livello.

Al fine di favorire nel maggior modo possibile il coordinamento delle azioni nel tempo e la coesione del management per il raggiungimento degli obiettivi, è stato adottato un percorso di condivisione nella "costruzione" dei contenuti del Piano stesso, avviando un percorso istruttorio partecipativo attraverso la costituzione di tre gruppi di lavoro, ciascuno composto dal Direttore generale e dal Direttore scientifico, da due Direttori di Dipartimento ad attività integrata (DAI) e da due o più componenti del Consiglio di Indirizzo

e Verifica dell'Istituto (CIV). La Direzione sanitaria e la Direzione e gestione delle professioni sanitarie, unitamente al Controllo di gestione ed a tutte le strutture di riferimento, hanno fornito il necessario supporto ai gruppi di lavoro.

I tre gruppi di lavoro hanno sviluppato, nel periodo maggio-luglio 2014, i seguenti macro-argomenti:

- posizione strategica, prospettive organizzative e comunicazione
- governo clinico, costi ed investimenti
- ricerca (pianificazione e gestione).

Il percorso si è articolato nei seguenti *steps*:

- proposizione di analisi e proposte da parte di tutti i soggetti per definire una prima bozza di obiettivi;
- definizione di articolazione e sintesi da parte della Direzione generale;
- sviluppo ed articolazione delle proposte e dei progetti;
- approfondimenti e articolazione dei progetti (prima bozza).

Al termine delle attività di redazione, la bozza di Piano strategico 2015-2017 viene sottoposta a consultazione pubblica attraverso la presentazione sul sito web dell'Istituto per l'acquisizione di proposte ed osservazioni da parte degli *stakeholders*. A seguire l'approvazione definitiva del Piano.

2 L'EVOLUZIONE STRATEGICA DELL'ISTITUTO NELLA PROSPETTIVA DELLA INTEGRAZIONE FRA ASSISTENZA, RICERCA E DIDATTICA

2.A IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Con legge della Regione Liguria n. 2/2011 è stata disposta la costituzione dell'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino "IST" Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, a seguito dell'accorpamento dei Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino e dell'IRCCS Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro. Il nuovo Istituto è stato costituito dal 1° settembre 2011, a seguito del riconoscimento del carattere scientifico per la disciplina di Oncologia, con conseguente estinzione dei due pregressi enti.

Il nuovo Istituto scientifico persegue, garantendone la complementarietà e l'integrazione, finalità di assistenza, cura, formazione e ricerca, prevalentemente traslazionale. Assicura, ai sensi del D.Lgs.vo n. 517/1999, la realizzazione della collaborazione tra Servizio Sanitario Regionale ed Università degli Studi di Genova.

Con D.G.R. n. 748/2013 la Regione Liguria ha approvato il Regolamento di Organizzazione e Funzionamento dell'Istituto, che ha declinato l'organizzazione in sei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI):

- Dipartimento di Chirurgia generale, Specialistica e Oncologica - DIPCR
- Dipartimento di Neuroscienze ed Organi di Senso - DIPNS
- Dipartimento di Medicina Interna Generale e Specialistica - DIPME
- Dipartimento di Emergenza ed Accettazione - DEA
- Dipartimento delle Terapie Oncologiche Integrate - DIPOE
- Dipartimento della Diagnostica, della Patologia e delle Cure ad Alta Complessità Tecnologica – DIPSE.

Tali Dipartimenti sono caratterizzati dalla realtà polispecialistica e dalla vocazione all'integrazione di ricerca scientifica, assistenza e didattica tanto nelle strutture di diagnosi e cura quanto nei laboratori, in un contesto di coordinamento funzionale e strutturale.

Il modello organizzativo è teso a coniugare le caratteristiche di azienda ospedaliera universitaria integrata con le peculiarità di istituto scientifico; gli obiettivi generali consistono nella promozione della complementarietà tra i ricercatori, con l'obiettivo di realizzare un Istituto scientifico inteso come struttura nella quale la prevenzione e la cura sono integrate con la ricerca e la formazione.

I numeri dell'Istituto:

ANNO	2011	2012	2013	2014
Posti letto ordinari	1327	1284	1277	1260
Posti letto Day Hospital (D.H.)	230	132	129	129
Posti letto totali al 31/12	1557	1416	1406	1389
Numero ricoveri ordinari	42.088	43.175	44.104	43.127
Numero giornate degenza	426.717	417.669	398.955	379.243
Degenza media	10,5	10,1	9,6	9,6
Tasso occupazione	85,9%	86,8%	87,2%	86,1%
Numero ricoveri D.H.	26.818	21.949	16.755	15.951
Numero giornate degenza D.H.	103.090	111.305	91.235	88.149
Tasso occupazione D.H.	89,3%	104,03%	140,6%	131,1%
Numero interventi chirurgici	31.964	34.439	40.022	39.884
Numero prestazioni ambulatoriali per esterni	2.713.336	2.732.750	2.980.160	3.088.934
Numero prestazioni ambulatoriali per interni	7.796.331	7.161.026	5.801.492	5.779.753
Numero accessi al DEA	89.431	86.898	84.884	86.427
Numero ricoveri DEA	21.001	21.998	21.604	21.278
Tasso occupazione area degenziale UO Medicina Urgenza	199,2%	204,0%	213,1%	212,4%

Il contesto epidemiologico

Il mutato profilo dell'assistenza richiede necessaria attenzione:

- alla cronicità
- alle prestazioni ambulatoriali e alla contrazione dei ricoveri e dei tempi di ricovero
- alla continuità assistenziale, con la dovuta integrazione tra ospedale e territorio, e con l'oggettivo incremento del contenzioso e, conseguentemente, della medicina difensiva.

Tutto ciò è evidente conseguenza del mutato quadro epidemiologico e organizzativo nazionale, regionale e dell'area metropolitana genovese, che vede:

- l'allungamento della vita, la possibilità cioè di vivere per molti anni in presenza di patologie croniche e disabilitanti, con bisogni non sempre strettamente sanitari ed esigenze di carattere sociale che non possono essere ignorate
- l'incremento della tecnologia, le possibilità diagnostiche avanzate, che offrono opportunità impensabili – anche nel recente passato –, ma richiedono una sempre maggiore attenzione alla appropriatezza
- l'evoluzione delle strutture di ricovero verso l'acuzie, con riduzione dei tempi di degenza, che si scontra con un "ciclo del bisogno" sempre più lungo e articolato, evidenziando la mancanza di una vera "continuità assistenziale"
- la presenza di nuove professioni sanitarie, la riqualificazione e crescita delle figure infermieristiche e tecniche, che richiamano all'ipotesi di studiare nuove forme organizzative capaci di valorizzare tutti i professionisti.

La casistica di ricovero ordinario nel decennio 2004-2013

La riconversione della diagnostica e dei trattamenti terapeutici, anche chirurgici, dapprima in regime diurno e successivamente in regime ambulatoriale complesso, tramite la costituzione dei *Day Service Ambulatoriali*, ha significativamente modificato la casistica dei ricoveri. La riduzione importante dei ricoveri ordinari è avvenuta negli anni dal 2000 al 2004, mentre negli anni successivi si è prevalentemente ridotta la

numerosità dei ricoveri diurni; anche gli ordinari hanno comunque subito una contrazione per quanto riguarda il San Martino passando da circa 45.927 nel 2004 a 40.892 nel 2010; l'integrazione con l'IST nel 2011 e la costituzione del nuovo Istituto non li hanno comunque riportati ai volumi originari: nel 2013 sono infatti stati chiusi 44.646 episodi.

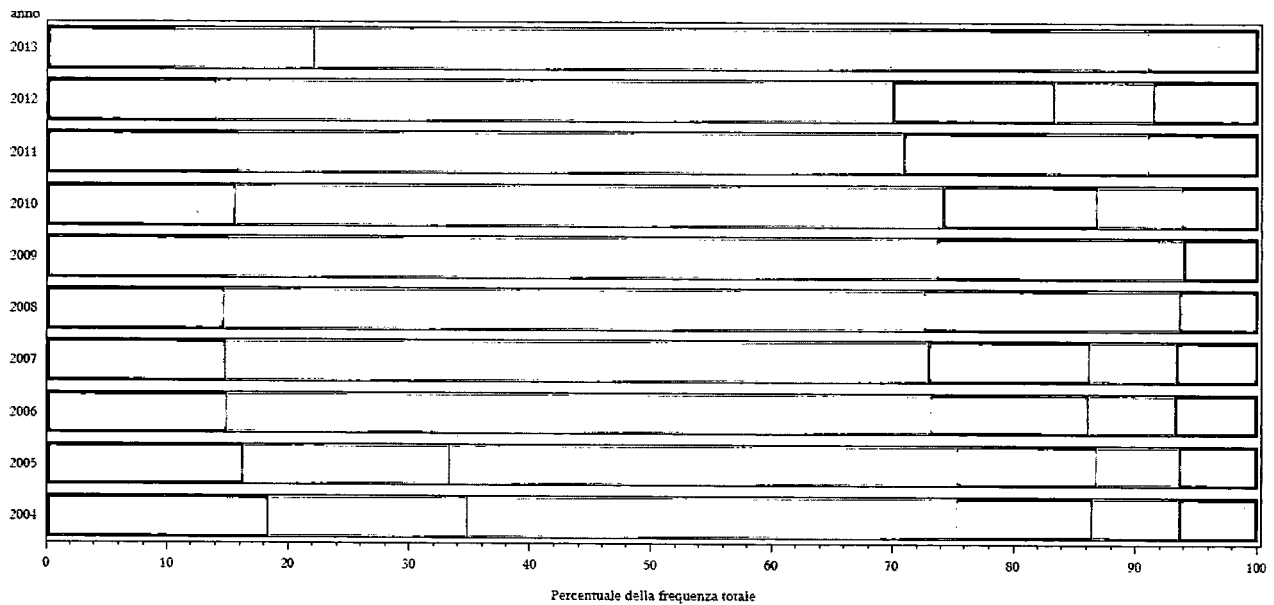
In parallelo alla riduzione dei volumi si è modificato significativamente anche il profilo delle tipologie di ricovero secondo il seguente schema meglio illustrato nella tabella e nel grafico seguenti:

- i ricoveri medici programmati sono scesi da 8.432 (18,4% del totale) a 4.746 (10,6% del totale);
- i chirurgici programmati sono passati da 7.573 (16,5% del totale) a 5.137 (11,5% del totale);
- i ricoveri medici in urgenza sono aumentati sia numericamente, da 18.615 a 21.248, che in percentuale, da 40,5% a 47,6%;
- minore l'incremento dei ricoveri chirurgici urgenti: da 5.091 (11,1% del totale) a 5.913 (13,2% del totale);
- i ricoveri oncologici, ove per tali si intendono i ricoveri con diagnosi principale di neoplasia o chemio/radioterapia, erano in riduzione nel San Martino sino al 2010 per la riconversione in altro regime (diurno o ambulatoriale) e sono lievemente aumentati con la costituzione del nuovo Istituto; l'aumento è stato più significativo per quanto riguarda i ricoveri oncologici per trattamento chirurgico (da 2.911 a 4.032) rispetto a quelli medici (da 3.305 a 3.570); complessivamente gli episodi di natura oncologica sono passati dal 13,5% al 17% del totale.

Tabella 1: distribuzione ricoveri ordinari per tipologia

anno	tipologia di ricovero											
	medici programmati		chirurgici programmati		medici in urgenza		chirurgici in urgenza		oncologici		oncologici chirurgici	
	n.ricoveri	percentuale	n.ricoveri	percentuale	n.ricoveri	percentuale	n.ricoveri	percentuale	n.ricoveri	percentuale	n.ricoveri	percentuale
2004	8.432	18,4	7.573	16,5	18.615	40,5	5.091	11,1	3.305	7,2	2.911	6,3
2005	7.510	16,3	7.833	17,0	19.337	42,0	5.287	11,5	3.140	6,8	2.926	6,4
2006	6.890	15,0	7.498	16,3	19.299	41,9	5.964	12,9	3.346	7,3	3.059	6,6
2007	6.595	14,8	6.898	15,5	18.979	42,6	5.908	13,3	3.202	7,2	2.928	6,6
2008	6.430	14,6	6.628	15,1	18.808	42,8	5.900	13,4	3.346	7,6	2.788	6,4
2009	6.434	15,1	6.298	14,8	18.638	43,7	5.464	12,8	3.256	7,6	2.528	5,9
2010	6.400	15,7	5.930	14,5	17.996	44,0	5.172	12,6	2.893	7,1	2.501	6,1
2011	6.793	15,8	5.999	14,0	17.624	41,1	5.016	11,7	3.559	8,3	3.873	9,0
2012	6.153	14,0	4.993	11,4	19.558	44,6	5.831	13,3	3.624	8,3	3.708	8,5
2013	4.746	10,6	5.137	11,5	21.248	47,6	5.913	13,2	3.570	8,0	4.032	9,0

Grafico 1: distribuzione ricoveri ordinari per tipologia



TIPO RICOVERO

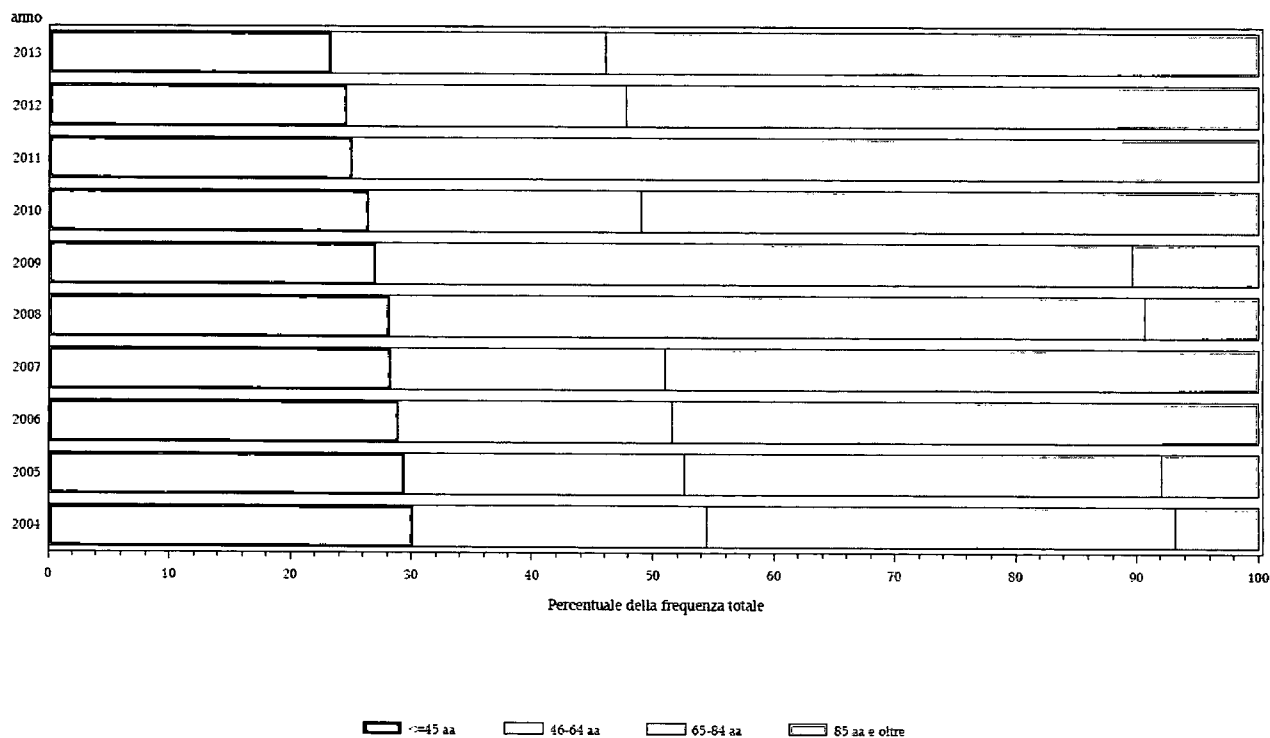
- medici programmati
- chirurgici programmati
- medici in urgenza
- chirurgici in urgenza
- oncologici
- oncologici chirurgici

Anche le caratteristiche dei pazienti sono variate, in particolare per quanto riguarda gli aspetti di fragilità. La composizione per età si è spostata significativamente verso le fasce più alte, soprattutto in quella dei cosiddetti "grandi anziani", oltre gli 85 anni, che sono aumentati sia numericamente, da 3.113 a 5.543, che percentualmente, da 6,8% a 12,4%. La fascia tra i 66 e gli 85 anni è aumentata in misura minore numericamente, da 17.807 a 18.496, passando comunque dal 38,8% al 41,4% della casistica per l'importante riduzione numerica dei soggetti in età minore di 45 anni, da 13.824 a 10.449.

Tabella 2: distribuzione ricoveri ordinari per fascia d'età

	fascia d'età							
	<= 45 anni		da 46 a 65 anni		da 66 a 85 anni		> 85 anni	
	n.ricoveri	percentuale	n.ricoveri	percentuale	n.ricoveri	percentuale	n.ricoveri	percentuale
anno								
2004	13.824	30,1	11.184	24,4	17.807	38,8	3.112	6,8
2005	13.550	29,4	10.685	23,2	18.172	39,5	3.626	7,9
2006	13.358	29,0	10.415	22,6	18.612	40,4	3.671	8,0
2007	12.576	28,3	10.144	22,8	17.772	39,9	4.018	9,0
2008	12.382	28,2	9.996	22,8	17.434	39,7	4.088	9,3
2009	11.514	27,0	9.727	22,8	16.979	39,8	4.398	10,3
2010	10.826	26,5	9.262	22,6	16.365	40,0	4.439	10,9
2011	10.775	25,1	9.906	23,1	17.386	40,6	4.797	11,2
2012	10.811	24,6	10.186	23,2	17.786	40,5	5.084	11,6
2013	10.449	23,4	10.158	22,8	18.496	41,4	5.543	12,4

Grafico2: distribuzione ricoveri ordinari per fascia d'età



Per tutti gli episodi è stato inoltre elaborato l'indice di Charlson, quale indicatore indiretto del carico assistenziale, e dal rapporto percentuale tra gli episodi con indice > 0 e gli episodi con indice = 0 si è ricavato un indice di dipendenza; analogamente dal rapporto percentuale tra gli episodi con numero di comorbidità > 3 e gli episodi con numero di comorbidità <=3 si è ricavato l'indice di comorbidità e dal rapporto percentuale tra gli episodi in fascia di età>85aa e quelli in fascia di età<=45 aa si è ricavato l'indice di vecchiaia.

L'andamento dei tre indici è illustrato nella tabella e nel grafico seguenti.

E' evidente la correlazione tra indice di dipendenza (ex Charlson) e indice di comorbidità conseguente ad analogie, peraltro solo parziali, nelle modalità di calcolo; ambedue sono in crescita continua: da 31,0 a 40,1 il primo e da 31,7 a 41,2 il secondo.

L'indice di vecchiaia ha subito un incremento ancora maggiore passando da 22,5 a 53,0.

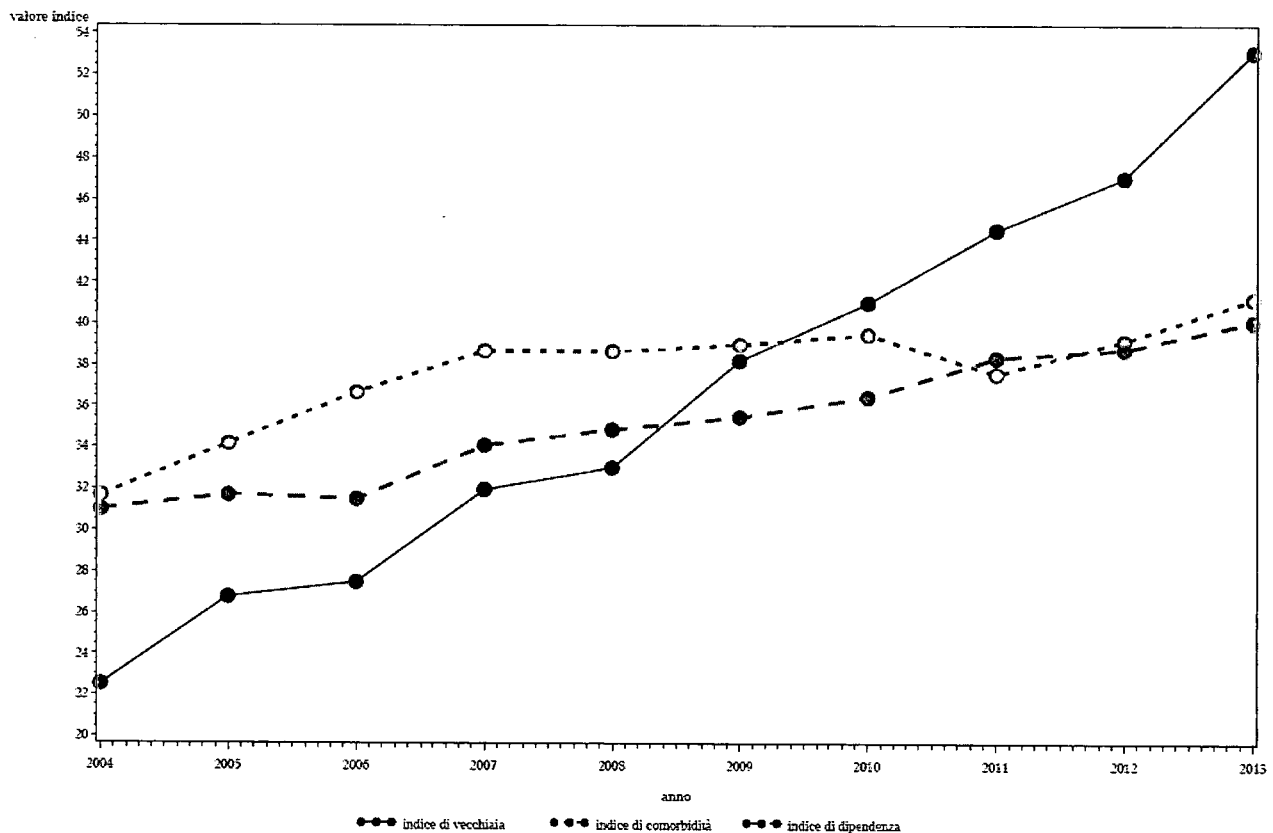
Tabella 3: trend indici di fragilità

	indice di vecchiaia	indice di comorbidità	indice di dipendenza
anno			
2004	22,5	31,7	31,0
2005	26,8	34,2	31,7
2006	27,5	36,7	31,5
2007	31,9	38,7	34,1
2008	33,0	38,6	34,9
2009	38,2	39,0	35,5
2010	41,0	39,5	36,4
2011	44,5	37,6	38,3
2012	47,0	39,2	38,7
2013	53,0	41,2	40,1

Legenda:

Indicatore	Formula
Indice di vecchiaia	$I_V = \frac{\text{numRICOVERI}_{>85aa}}{\text{numRICOVERI}_{\leq 45aa}}$
Indice di comorbidità	$I_C = \frac{\text{numRICOVERI}_{>3_DIAGNOSI_CONCOMITANTI}}{\text{numRICOVERI}_{\leq 3_DIAGNOSI_CONCOMITANTI}}$
Indice di dipendenza	$I_D = \frac{\text{numRICOVERI}_{CHARLSON>0}}{\text{numRICOVERI}_{CHARLSON=0}}$

Grafico 3: trend indici di fragilità



L'orientamento della casistica di ricovero verso le aree dell'urgenza e dell'oncologia, nonché una maggiore prevalenza di pazienti in età molto avanzata e con la presenza di numerose comorbidità in associazione alla diagnosi principale, ha comportato, a parità di DRG (*Diagnosis-Related Groups*) prodotto, una maggiore gravità di malattia ed un maggior rischio morte all'origine.

Per stimare questi aspetti sono stati utilizzati il grado di severità ed il rischio morte assegnati a ciascun episodio di ricovero dal sistema APR-DRG (*All Patient Refi - Diagnosis-Related Groups*) che l'Istituto utilizza da oltre 10 anni per le proprie analisi interne oltre che come sistema di stratificazione della casistica.

Sono stati quindi calcolati un indice di severità basato sul rapporto percentuale tra i casi con grado di severità sec. APR >1 e i casi con grado di severità <2 e un indice di rischio morte basato sul rapporto percentuale tra i casi con rischio morte sec. APR >1 e i casi con rischio morte <2.

E' stato inoltre calcolato il tasso grezzo di mortalità nel decennio.

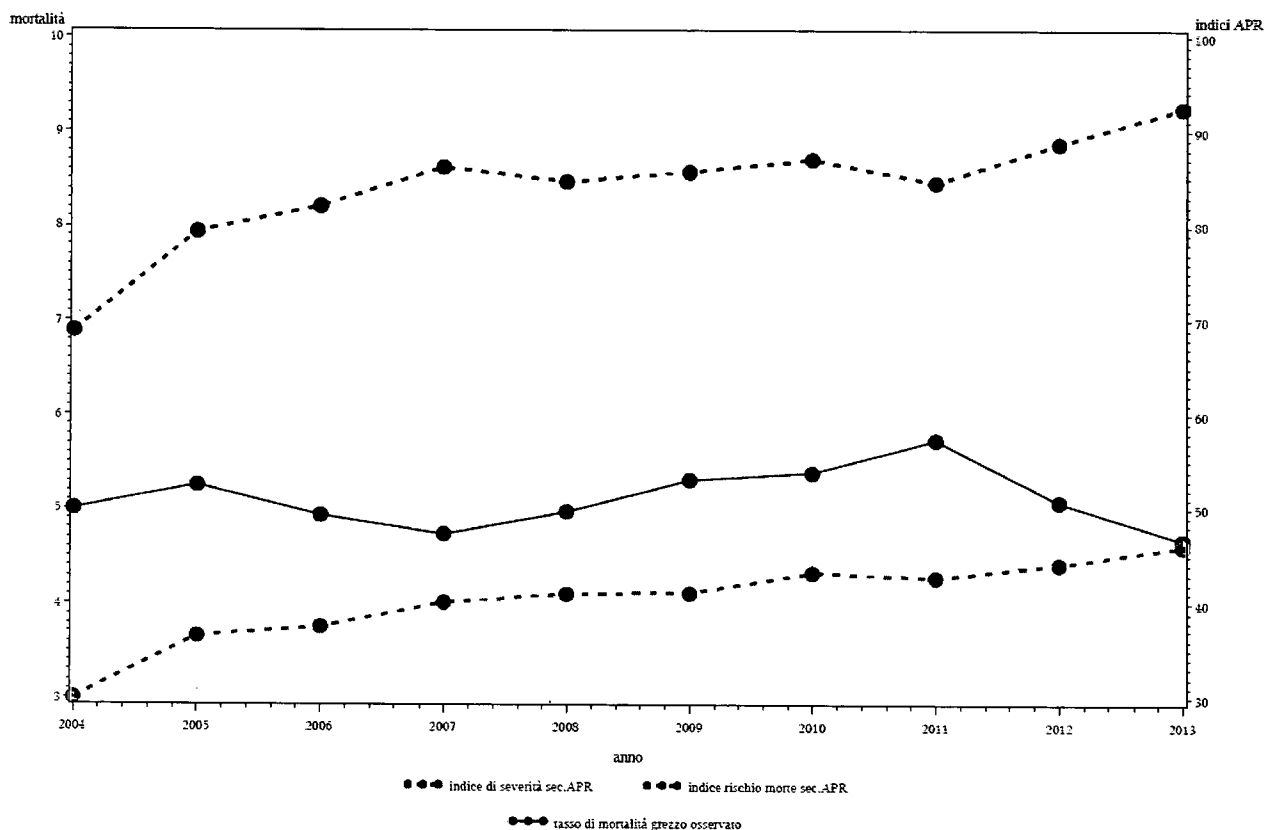
La tabella ed il grafico seguenti ne mostrano il trend che è nettamente in salita sia per l'indice di severità che passa da 68,9 nel 2004 a 92,4 nel 2013 che per l'indice di rischio morte, da 30,0 nel 2004 a 46,0 nel 2013.

Al contrario il tasso grezzo di mortalità, quale grossolano indicatore di macroesito, non dimostra incrementi significativi essendosi anzi lievemente ridotto negli ultimi due anni.

Tabella 4: esito ricoveri ed indici di rischio

	indice di severità sec.APR	indice rischio morte sec.APR	tasso di mortalità grezzo osservato
anno			
2004	68,9	30,0	5,0
2005	79,4	36,6	5,3
2006	82,1	37,5	4,9
2007	86,2	40,1	4,7
2008	84,6	41,0	5,0
2009	85,7	41,1	5,3
2010	87,0	43,3	5,4
2011	84,6	42,8	5,7
2012	88,7	44,2	5,1
2013	92,4	46,0	4,7

Grafico 4: esito ricoveri ed indici di rischio



2.B IL RUOLO DEI VARI ATTORI

Istituto

L'Istituto intende porsi sul territorio quale Polo di riferimento regionale e di attrazione extra regionale, nonché sede d'elezione per le attività volte al contenimento delle fughe sanitarie in tutte le discipline presenti, con particolare riferimento a quella oncologica, secondo l'organizzazione "Hub & Spokes" del Servizio Sanitario Regionale ligure.

Ai sensi del D.Lgs. n. 517/99 e della L.R. n. 1/05 e s.m.i., persegue la correlazione fra l'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Università e la programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Deve operare il miglioramento continuo dei processi di cura, di ricerca e di insegnamento per consolidare il proprio ruolo di:

- produttore di buone pratiche cliniche sviluppando percorsi assistenziali integrati all'interno dell'azienda e fra ospedale e territorio
- motore di innovazione per le attività sanitarie adeguando la struttura dell'offerta assistenziale alla programmazione sanitaria provinciale, evitando duplicazioni non indispensabili di strutture
- eccellenza nelle attività ad elevata complessità ed in quelle che presentano volumi e tecnologie tali da renderne opportuna la concentrazione funzionale
- governo dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni
- catalizzatore e facilitatore della ricerca di base e clinica in ambito regionale
- centro di riferimento ed organizzazione dell'insegnamento e della formazione in ambito sanitario per la Regione Liguria.

Regione

Il corretto e migliore funzionamento dell'Istituto deve essere motivo di forte interesse regionale in quanto l'Istituto, nella duplice peculiarità di istituto di ricovero e cura a carattere scientifico riconosciuto per la disciplina di Oncologia e di azienda ospedaliera universitaria, rappresenta una delle più importanti strutture della rete ospedaliera regionale sia per i volumi di prestazioni erogate, che per l'alta specializzazione delle attività svolte, nonché di garanzia del sistema regionale.

In tal senso è struttura fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dalla programmazione regionale, nonché per lo svolgimento dell'attività di ricerca peculiare di un IRCCS e di un'azienda integrata, da intendersi anche come motore di sviluppo e qualificazione dell'attività dei servizi.

In tale contesto, il ruolo regionale deve potenziare l'approccio di sistema per la programmazione degli obiettivi di salute, per la creazione di sinergia e reti favorevoli allo sviluppo dell'attività di ricerca nonché per la formazione quali/quantitativa dei professionisti della salute, tenuto conto che l'Istituto, quale azienda integrata, è la sede in cui si forma la componente principale del personale sanitario del SSN.

Università

In considerazione del consolidato rapporto con l'Ospedale, sede dei percorsi formativi della Scuola di Scienze mediche e farmaceutiche, deve proseguire il fattivo confronto e coinvolgimento delle parti nel principio di leale collaborazione che caratterizza i reciproci rapporti. La scelta di declinare l'organizzazione dell'Istituto - d'intesa con l'Ateneo - in Dipartimenti ad attività integrata (DAI), che rappresentano il modello organizzativo tipico di un'azienda integrata, è stata l'espressione della volontà di garantire, anche nella nuova configurazione di IRCCS, l'esercizio integrato delle attività assistenziali, di didattica e di ricerca.

L'Istituto e l'Ateneo hanno ora di fronte una sfida: riuscire a sviluppare e migliorare i processi di cura, di insegnamento e di ricerca verso una visione evolutiva dell'organizzazione per aree omogenee di attività, nella convinzione che il percorso di integrazione culturale fra le diverse "anime" che lo compongono non sia una criticità, ma rappresenti invece una grande opportunità di accrescimento di tutte le componenti, nel rispetto dei reciproci ruoli istituzionali.

Ministero della Salute

Il corretto e migliore funzionamento dell'Istituto costituisce motivo di forte interesse anche da parte del Ministero della Salute in considerazione del ruolo allo stesso riservato dal Decreto legislativo 16 ottobre

2003 n. 288. Tale disposizione legislativa ha disposto il riordino degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici ed ha previsto, come aspetto prioritario, la condivisione tra Ministero della Salute e Regioni della definizione degli aspetti organizzativi gestionali dei loro organi di gestione.

I compiti di vigilanza sugli IRCCS, assegnati al Ministero della Salute per garantire che la ricerca da essi svolta sia finalizzata all'interesse pubblico, con una diretta ricaduta sull'assistenza del malato, devono favorire l'attività dell'Istituto quale supporto tecnico ed operativo agli altri organi del SSN per l'esercizio delle funzioni assistenziali, al fine del perseguimento degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale in materia di ricerca sanitaria e per la formazione del personale.

Il Ministero della Salute deve favorire lo sviluppo ed il coinvolgimento delle diverse figure dotate di specifiche professionalità ed accomunate dall'obiettivo di finalizzare l'attività della ricerca al miglior risultato diagnostico e terapeutico per il paziente; ciò anche ove aree di ricerca ben definite e riconosciute operino all'interno di una realtà integrata e politematica.

Quanto sopra, in attuazione delle disposizioni legislative che hanno riconosciuto la peculiarità degli IRCCS quali enti nazionali ospedalieri che riunificano sia attività diagnostico-terapeutiche che di ricerca di elevatissimo livello, fondati sull'assunto che non esiste soluzione di continuità tra ricerca di base, ricerca applicata e trasferimento delle conoscenze del laboratorio sperimentale al letto dell'ammalato.

2.C PROSPETTIVE DI INTEGRAZIONE

Il nuovo Istituto, come già detto, rappresenta una grande opportunità determinata dal percorso di integrazione culturale fra le diverse componenti (Ospedale, Università, IRCCS), per armonizzare le funzioni:

- di un grande ospedale generalista che ha caratterizzato la propria missione sulla funzione di *Hub* per l'emergenza urgenza e di molte specialità (talune uniche nel territorio regionale)
- di un istituto scientifico oncologico riconosciuto a livello nazionale ed internazionale per gli aspetti della ricerca e per la cura in ambito oncologico
- della Scuola di Scienze mediche e farmaceutiche dell'Università di Genova che produce formazione e ricerca, favorendo lo sviluppo e la crescita di gruppi e di soggetti di eccellenza nazionali ed internazionali.

E' ora necessario pervenire ad una modalità condivisa di coniugazione delle *mission* originarie delle diverse componenti, per favorire lo sviluppo complessivo dell'Istituto, armonizzare le filosofie sottese all'attività di ricerca delle stesse e per promuoverne e favorirne il coordinamento e lo sviluppo, per la cui realizzazione è necessaria la garanzia di un adeguamento delle risorse economiche assegnate all'Istituto per l'acquisizione di risorse tecnologiche e umane.

La scelta di declinare l'organizzazione dell'Istituto in dipartimenti ad attività integrata (DAI) è stata espressione della volontà di garantire, anche nel nuovo Istituto, l'esercizio integrato delle attività assistenziali, di didattica e di ricerca, in quanto tale modello dipartimentale è uno strumento efficace di integrazione dei tre processi fondamentali e naturalmente associati rappresentati da assistenza, didattica e ricerca.

Aspetto centrale del funzionamento dei DAI è costituito dalla programmazione concertata/integrata degli obiettivi e delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca e delle risorse tecnologiche ed umane disponibili e della correlata responsabilizzazione dei professionisti circa il perseguimento degli obiettivi integrati, divenendo preminente l'armonico coordinamento delle attività a prescindere dalla loro titolarità.

Non si può peraltro prescindere dalla definizione dei rapporti con i dipartimenti universitari (DU), che perseguono le finalità istituzionali di didattica e di ricerca, con organizzazione amministrativa diversa ed afferenza diretta agli organi dell'Università. Lo sforzo deve essere quindi diretto a definire un sistema di rapporti tra le due strutture dipartimentali (DAI/DU) che possa sviluppare sul piano operativo e nell'ambito dei DAI la sinergia tra assistenza, didattica e ricerca, attraverso l'evoluzione di un approccio non solo organizzativo-gestionale e di programmazione ma anche culturale.

L'integrazione può essere sviluppata anche attraverso una nuova consapevolezza del senso di appartenenza all'Istituto da parte dei professionisti che in esso operano. Ciò può realizzarsi grazie ad una chiara definizione dell'Istituto e della sua identità nel contesto regionale, che si traduca *"in una mission che sappia integrare le varie anime del nuovo istituto (oncologia, emergenza-urgenza, cronicità, alta specializzazione, riabilitazione, ecc...)"* delineando per tutti i componenti di questa trasformazione lo scenario futuro, sul quale proiettare le aspettative che si vogliono realizzare" (da D.G.R. n. 748/2013).

Le strategie per favorire l'integrazione tra Ospedale e Università devono concentrarsi nella:

- promozione di un contesto favorevole allo sviluppo di un ruolo di *leadership* per la ricerca in medicina, per l'innovazione assistenziale e organizzativa
- definizione di un assetto di regole e strumenti per la garanzia di trasparenza
- creazione di un supporto all'attività di ricerca e innovazione nei diversi momenti di pianificazione, coordinamento e controllo
- promozione di un contesto favorevole allo svolgimento dell'attività di formazione anche attraverso adeguate *"facilities"* per le attività didattiche nel contesto assistenziale
- promozione della partecipazione della componente ospedaliera alle attività di formazione e di ricerca.

2.D GLI OBIETTIVI DI INTEGRAZIONE DEL TRIENNIO

L'art. 25 del Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto, relativo ai rapporti dei DAI con i DU, introduce il principio del loro proficuo coordinamento ai fini dello sviluppo concertato di iniziative di didattica e ricerca, anche scientifica e biomedica, nel rispetto del principio di piena autonomia dei Dipartimenti Universitari nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali di didattica e di ricerca. Viene definito inoltre che il Direttore Scientifico, con riguardo alle attività di ricerca scientifica e biomedica proprie dell'IRCCS, garantisce misure idonee di collegamento e sinergia con il Dipartimento Universitario per promuovere le attività di interesse comune.

Obiettivo del piano è quindi la declinazione di tali misure di collegamento e di sinergia con i Dipartimenti Universitari, al fine di garantire:

- la collaborazione organizzativa ed operativa da parte dei direttori dei DU e dei direttori dei DAI nei settori di interesse comune
- l'attivazione di iniziative comuni e/o progetti trasversali coinvolgenti più strutture
- il coordinamento di iniziative di ricerca che su temi analoghi o collegati si originano sia dalla componente universitaria che ospedaliera
- la disponibilità di strutture e attrezzature ad alto contenuto tecnologico da utilizzare da parte dei diversi gruppi di ricerca, per i loro programmi anche cooperativi, secondo regole trasparenti e condivise
- la possibilità di attrarre risorse dai molteplici soggetti esterni pubblici e privati per lo sviluppo di programma di ricerca ed innovazione.

Le Azioni strategiche poste in essere per la realizzazione dell'integrazione si sostanziano:

- nel completo funzionamento dei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI)
- nella costituzione di un tavolo paritetico di lavoro ospedale/università
- nella realizzazione sistematica di momenti di incontro e confronto operativo fra DAI e DU
- nello sviluppo della capacità di produrre ricerca e innovazione, anche mediante l'integrazione degli strumenti di supporto già esistenti e nell'attivazione di nuovi
- nella definizione di un sistema integrato di valutazione e valorizzazione delle attività di ricerca, formazione e assistenza svolte sia dal personale universitario che ospedaliero
- nello sviluppo di un sistema di progettazione/pianificazione degli obiettivi e di valutazione dei risultati che permetta una visione integrata degli obiettivi di produzione, costi, qualità, didattica e ricerca.

Verrà favorita la previsione di momenti di incontro, condivisione e dialogo, anche mediante la costituzione del sopra citato tavolo paritetico di lavoro ospedale/università, volti a declinare al meglio le tematiche di interesse congiunto per favorire l'integrazione delle attività assistenziali, di didattica e di ricerca.

Nell'ambito di tali attività, verrà dato particolare riguardo alla valorizzazione ed al supporto delle iniziative universitarie coerenti con le linee strategiche tracciate dal presente Piano.

3 VISION E MISSION

3.A VISION

L'Istituto coniuga il servizio ospedaliero con la ricerca scientifica e la formazione universitaria ed a tal fine garantisce:

- l'assistenza sanitaria
- la ricerca biomedica e sanitaria di tipo clinico e traslazionale
- la razionalizzazione dei servizi clinici
- la forte integrazione tra ricerca, formazione e clinica, ove la ricerca è parte integrante dell'attività che tutte le strutture sono tenute a dare anche in ordine all'avanzamento delle conoscenze scientifiche
- l'uguaglianza e l'informazione per garantire ai cittadini uguali opportunità di accesso alle prestazioni sanitarie e promuovere e curare gli aspetti relativi alla personalizzazione e all'umanizzazione delle cure, nel rispetto dei diritti e della dignità della persona
- la promozione della ricerca traslazionale anche per tutelare la proprietà dei suoi risultati nonché la valorizzazione economica degli stessi attraverso la costituzione e/o la partecipazione a enti e società
- l'attuazione, anche in rapporto con altri enti, di programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria con riferimento agli ambiti istituzionali delle attività di ricerca e assistenza
- il ruolo di supporto alle istituzioni di istruzione e formazione pre e post laurea
- l'efficienza e la responsabilità per migliorare il costo della produzione e l'efficienza organizzativa e gestionale
- la ricerca e le collaborazioni con le istituzioni esterne deputate alla tutela della salute, in modo da collocare l'Istituto nella rete dei servizi sanitari regionali e nazionali e partecipare alle iniziative promosse a livello nazionale e regionale, in attuazione di specifici progetti obiettivo ed azioni programmate di carattere sanitario.

In particolare, tra gli obiettivi strategici prioritari dell'Istituto vi è la realizzazione di un "*Comprehensive Cancer Center*" per garantire la prestazione di attività e percorsi che vanno dall'epidemiologia alla ricerca preclinica e clinica fino alla diagnosi e cura del paziente oncologico, includendo il momento riabilitativo e quello delle cure palliative.

3.B MISSION

L'Istituto persegue le seguenti finalità:

- svolgere attività di ricovero e cura di alta specialità e di ricerca biomedica (prevalentemente clinica e traslazionale) con riguardo in particolare al settore oncologico
- assicurare la realizzazione della collaborazione tra Servizio Sanitario Regionale ed Università degli Studi di Genova, ai sensi del Decreto Legislativo n. 517/1999
- garantire l'integrazione delle attività di assistenza, di didattica e di ricerca, quale caratteristica peculiare di una azienda ospedaliera universitaria, supportando le attività proprie dell'Università degli Studi
- operare il miglioramento continuo dei processi di cura, di ricerca e di insegnamento per consolidarne il ruolo di produttore di buone pratiche cliniche, di motore di innovazione per le attività sanitarie, di eccellenza nelle attività ad elevata complessità e in quelle che presentano volumi e tecnologie tali da renderne opportuna la concentrazione funzionale
- stimolare l'apprendimento continuo e la formazione del sapere professionale, scientifico e tecnico

- promuovere innovazioni e garantire la trasparenza dei comportamenti professionali, nella condivisione degli obiettivi specifici e generali, superando visioni settoriali e categoriali al fine di migliorare continuamente l'organizzazione.

La missione dell'Istituto è rispondere ai bisogni di salute secondo criteri di qualità, eticità, efficienza ed innovazione scientifica, avendo come valore di riferimento la centralità della persona malata, nel rispetto integrale della sua dignità e dei suoi bisogni.

4 OBIETTIVI STRATEGICI ASSISTENZIALI

Oltre agli obiettivi di governo clinico assegnati all'Istituto dalla programmazione regionale per il triennio 2013-2015, la valutazione ed analisi delle attività assistenziali, del loro processo organizzativo ed il mutamento del contesto epidemiologico descritto al punto 2.A, hanno evidenziato alcune aree sulle quali si ritiene di dover intervenire prioritariamente per risolvere situazioni di criticità e/o per migliorarne l'assetto organizzativo, nonché alcune aree sulle quali orientare azioni di sviluppo ed implementazione:

4.A PRONTO SOCCORSO E URGENZA IN OSPEDALE

Il DEA di II livello dell'Istituto, struttura gestionale composta da diverse Unità Operative, ha quale *mission* quella di fornire assistenza qualificata per problematiche sanitarie aventi caratteri di urgenza e/o emergenza, rispondendo sia ad esigenze di macroambito territoriale cittadino di competenza, che ad esigenze di centralizzazione DEA (spontanea, indirizzata in via primaria dal 118 o secondaria da altri nosocomi e PS) legate alla funzione di *Hub*, per le competenze specialistiche presenti e per la funzione cardine di istituto oncologico.

La selezione crescente di patologie a complessità medio elevata, la contrazione della risorsa posto letto e l'incremento degli indici di senilità e di dipendenza strutturale degli anziani, ha contribuito al fenomeno del "sovraffollamento", che determina la costante occupazione di tutti i posti letto dell'area degenziale dell'UO Medicina d'Urgenza 1, nonché lo stazionamento in barella per il *boarding* (attesa posto letto).

Tale criticità è stata affrontata strategicamente dall'Istituto con provvedimenti organizzativi, in linea con le disposizioni regionali in tema di *bed management* e secondo una procedura interna aziendale di gestione della risorsa "posto letto". Per il prossimo triennio sono previste le seguenti strategie volte al contenimento di tali criticità, migliorando così il percorso "urgente" del paziente.

Azioni prioritarie individuate

A. Potenziamiento percorsi per patologia e centralità del paziente

- I. **Rivisitazione dei PDTA (Percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali) multidisciplinari già esistenti** (Gestione paziente con: Dolore toracico, Dispnea, Colica renale, Trauma cranico minore, Emorragie digestive, Dolore addominale, Emergenze metaboliche, Aritmie), con l'obiettivo di implementare i percorsi alternativi all'ospedalizzazione e consensuale riduzione dell'attesa complessiva delle giornate di degenza, riferite a queste patologie, del 5%.
- II. **Riduzione tempo attesa codici gialli:** la riduzione di tale tempistica costituisce obiettivo aziendale e regionale. La riduzione prospettata nel corso del triennio è del 5% annuo dei tempi di attesa, attraverso la revisione dei percorsi interni di alcune patologie e l'attivazione della presa in carico con attivazione del percorso diagnostico terapeutico.
- III. **Gestione del paziente oncologico che afferisce al DEA:** la funzione di *Hub* oncologico dell'IRCCS porta all'afferenza al Pronto Soccorso/DEA, in urgenza (soggettiva o obiettiva), di un elevato numero di pazienti affetti da malattie oncoematologiche abitualmente seguiti dal nostro Istituto. Per la numerosità e la complessità di tale condizione si identificano due principali esigenze:
 - a. identificazione di un *caregiver* di riferimento, distinto dal medico della struttura oncoematologica di riferimento, per la gestione di problematiche intercorrenti legate alla malattia (nutrizionale, antalgiche, infettive,...) gestibili con percorsi alternativi all'ospedalizzazione in urgenza

b. disponibilità di un *Minimum Data Set* riguardante il malato oncoematologico, facilmente accessibile e disponibile per il medico d'Urgenza, che valga a rendere fruibile un profilo sanitario standardizzato e aggiornato nella propria documentazione cartacea o accessibile informaticamente.

IV. Progetto innovativo “*Slow Medicine In Pronto Soccorso*”

Il proliferare di linee guida con indicazioni all'esecuzione di indagini ritenute il “*gold standard*” per singole patologie e alcuni orientamenti giurisprudenziali hanno oggettivamente favorito una crescita di interventi diagnostico terapeutici la cui utilità è meramente teorica.

Scopo del progetto è di migliorare la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate in PS, riducendo quanto più possibile, di concerto con le singole competenze specialistiche, alcune indagini diagnostiche e gli interventi terapeutici non strettamente indispensabili, in particolare l'esposizione alle radiazioni ionizzanti specie in soggetti giovani. Tale progettualità si inserisce nella più ampia iniziativa nazionale e internazionale (progetto *Choosing Wisely*) sul tema.

B. Continuità di cure e interazione con il territorio

I. Dimissioni protette

Costituiscono uno strumento per una deospedalizzazione precoce e sicura del malato, tale funzione strategica all'interno dell'Istituto è stata connotata come struttura semplice.

Attualmente, le dimissioni protette riguardano i malati ricoverati, che possono completare l'iter valutativo dopo la dimissione, qualora richiedano controlli e rivalutazioni ravvicinate strettamente legati all'accesso al Pronto Soccorso (circa 900 pazienti l'anno).

L'obiettivo è implementare tale attività assistenziale con l'identificazione di un percorso post dimissione facilitato per l'inquadramento precoce di pazienti con Sincope, Dolore toracico, Aritmia da Fibrillazione atriale parossistica, valutati presso le sale di PS (Pronto Soccorso) o in OBI (Osservazione Breve Intensiva). L'obiettivo atteso è una riduzione dei ricoveri per tali patologie, seguite in OBI, del 10%.

II. Presa in carico precoce socioassistenziale

Il Polo di accoglienza Socio Assistenziale presente in Pronto Soccorso tutti i giorni costituisce un punto di forza per il miglior orientamento del percorso del malato, consentendo una definizione precoce del profilo di supporto, assistenza e cura del malato fragile in ambito extraospedaliero. L'obiettivo è il mantenimento e potenziamento della presa in carico socioassistenziale del paziente fragile a partire dal PS e riduzione dei ricoveri ripetuti a breve termine.

III. Continuità di cure/interazione col territorio

Potenziamento del rapporto con i Distretti e la Medicina Generale per una valutazione condivisa ed integrata dei ricoveri finalizzata ad una riduzione degli stessi.

IV. Gestione del malato in fase avanzata

La gestione dei malati in fase avanzata in condizioni di irreversibile gravità pone la necessità di identificazione di percorsi alternativi al ricovero in PS o in Reparto per acuti in strutture a minor intensità di cura (ad esempio Cure intermedie).

V. Le progettazioni innovative, che prevedono

- Un percorso extraaziendale (medico/infermieristico) di continuità assistenziale del malato fragile con patologie croniche e bisogni assistenziali primari (idratazione, nutrizione, terapia ev) che afferiscono frequentemente al DEA con ricoveri ripetuti.

L'obiettivo è quello di riorientare quanto più precocemente il malato ad un livello di intensità di cure inferiore e di stabilire un programma di *nursing dei device* in coordinamento con le cure domiciliari territoriale e con la medicina di base.

- Un percorso integrato intra ed extraospedaliero del malato con scompenso cardiaco o BPCO (Bronco pneumopatia cronica ostruttiva), condiviso tra società scientifiche e tra professionisti di area (internisti, cardiologi e pneumologi) che prevede una progettualità riguardante la gestione di percorsi differenziati, stratificati per gravità di patologia, dei malati con tali patologie.

C. Presa in carico in urgenza delle vittime di maltrattamento e violenza

Costituiscono temi non solo sanitari di estrema attualità e rilievo. L'Istituto ha aderito alla stesura e alla stipula di un Protocollo di intesa interistituzionale per contrasto alla violenza di genere e al Protocollo Amaltea in ambito metropolitano per il contrasto al maltrattamento e alla violenza sui minori ed è impegnato attivamente nella presa in carico di tali problematiche presso le strutture di Pronto Soccorso.

E' previsto un costante monitoraggio degli accessi per maltrattamento e violenza, degli accessi ripetuti in Pronto Soccorso e in ambito metropolitano, al fine di identificare precocemente i casi meno conclamati; è atteso sulla scorta di altre esperienze regionali un incremento dei casi segnalati.

4.B PERCORSI ASSISTENZIALI

4.B.1 Il percorso oncologico

L'Istituto ha adottato strumenti di governo clinico finalizzati alla qualificazione degli interventi diagnostico-terapeutici e alla promozione della ricerca clinica e traslazionale in particolare in ambito oncologico, in considerazione delle opportunità e degli obblighi derivanti dal riconoscimento nella disciplina oncologica. L'approccio multidisciplinare per la definizione e implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici in ambito oncologico trova la sua applicazione nei *Disease Management Team* - DMT, articolazioni funzionali dell'Istituto che presiedono alla definizione dei percorsi per le patologie di competenza.

Il DMT favorisce l'integrazione degli interventi diagnostico-terapeutici, del percorso di miglioramento continuo della qualità e della ricerca clinica e traslazionale rappresentando anche uno strumento di formazione. Sono infatti obiettivi specifici del DMT l'identificazione ed aggiornamento delle Linee Guida di riferimento nonché la verifica dell'adesione alle stesse, la definizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali - PDTA, la promozione della collaborazione tra le Unità Cliniche e le Unità di Ricerca, la collaborazione con la Direzione Generale e Sanitaria e le Direzioni dei Dipartimenti per la contestualizzazione dell'attività in ordine alle priorità dell'Istituto e delle risorse disponibili, e con la Direzione Scientifica per la valutazione della coerenza con i progetti di ricerca in atto.

Dalla loro costituzione, avvenuta con deliberazione nel marzo 2013, operano all'interno dell'Istituto 9 DMT in ambito oncologico, che definiscono 24 PDTA. Le patologie oncologiche oggetto dei DMT comprendono le neoplasie a maggior incidenza e prevalenza e ambiti di eccellenza dell'Istituto. L'approccio multidisciplinare è garantito dal coinvolgimento di numerose unità operative, che vanno da 10 a 33, in relazione al DMT. L'attività delle unità cliniche, di laboratorio e di ricerca è integrata dal *supportive care team* (Nutrizione oncologica, psichiatria, terapia antalgica, ecc.) ed è supportata dal centro unificato per la preparazione dei chemioterapici antitumorali.

Azioni del Piano strategico

Le linee prioritarie di intervento riguardano sia l'implementazione e la capillarizzazione dell'attuale modello organizzativo, sia la riorganizzazione del percorso del paziente alla luce dell'organizzazione per aree di attività omogenee e la graduale applicazione del modello di ospedale per intensità di cura.

Le azioni pianificate per il raggiungimento della prima linea di intervento prevedono l'implementazione del monitoraggio del percorso del paziente oncologico, mediante lo sviluppo e la popolazione di database che permettano la valutazione degli indicatori di *compliance* di entrata e di percorso del paziente oncologico ed indicatori di *outcome* clinico nel corso di *follow-up* anche a distanza. La sorveglianza *realtime* degli indicatori clinici previsti dal DMT e degli indicatori di *compliance* costituisce uno strumento fondante per il percorso di miglioramento continuo della qualità.

La riorganizzazione dell'Istituto per aree di attività omogenee che prevede la concentrazione dei percorsi oncologici ed ematologici nel polo costituito dai Padiglioni Patologie Complesse, Isolamento I e II e Padiglione IST sud non può prescindere dalla ridefinizione e dall'ottimizzazione dei PDTA. Le principali azioni sono volte alla riorganizzazione dei percorsi clinici dei pazienti ed alla valutazione dei potenziali vantaggi offerti dall'organizzazione per attività omogenee in termini di accorciamento della filiera assistenziale, miglioramento degli *outcome* clinici e di *compliance* del paziente, ottimizzazione delle risorse disponibili.

Lo strumento dell'*Audit* clinico viene principalmente utilizzato per traguardare queste attività di miglioramento. All'interno del DMT gastroenterico sono già state avviate due attività di *audit* volte alla valutazione dei percorsi relativi alla gestione chirurgica dei tumori del retto e del pancreas.

Lo strumento dei DMT, con relativi PDT e *Audit* clinico, verrà progressivamente esteso a tutta l'attività, sia essa oncologica, sia facente riferimento alle altre attività cliniche dell'Istituto.

Attualmente, accanto ai numerosi punti di forza significativi, propri della componente chirurgica non oncologica dell'IRCCS, coesistono aspetti clinici di eccellenza oncochirurgica, che sono tra gli altri:

- Perfusioni ipertermica del polmone isolato nel trattamento delle mts polmoni con TNFalfa
- Chirurgia mininvasiva nel trattamento del carcinoma polmonare
- Chirurgia mininvasiva nel trattamento della miastenia e delle neoplasie timiche
- Trattamento multimodale del mesotelioma pleurico
- Trattamento multimodale del carcinoma esofageo
- Microchirurgia nella prevenzione delle complicanze linfatiche in chirurgia oncologica
- Ricostruzione *one step* della mammella
- Oncoplastica
- Minimizzazione della dissezione linfatica ascellare in presenza di linfonodo positivo per micro o macro metastasi
- Chirurgia del retto con conservazione dello sfintere
- Chirurgia avanzata epatobiliopancreatica
- Dissezione inguino-cruro-iliaco -otturatoria totalmente videoassistita
- Perfusioni di arto in situ ipertermica ed antiblastica nel melanoma (tecnica dello *slow flow*)
- Chirurgia dei sarcomi
- Interventi di cistectomia radicale per tumori infiltranti nell'uomo o nella donna con ricostruzione ortotopica di neo vescica
- Chirurgia conservativa dei tumori renali
- Chirurgia totalmente endoscopica dei tumori del collo dell'utero e dell'endometrio.

Questo, seppur parziale, elenco fotografa lo stato dell'arte attuale che può essere implementato, anche utilizzando lo strumento dei DMT inteso come metodo per porre al centro di un percorso plurispecialistico coordinato e condiviso un paziente per definizione complesso e polipatologico.

4.B.2 Ictus

L'ictus rappresenta la terza causa assoluta di morte e la prima causa di invalidità nel mondo occidentale. L'Italia presenta condizioni epidemiologiche congrue con tale dato; in Liguria la condizione si enfatizza per l'elevato indice di invecchiamento della popolazione. Il problema degli esiti non riabilitativi è aggravato da particolari condizioni socio-sanitarie, collegabili ad una diffusa "solitudine" (1/3 degli ultra 65 anni).

La fase acuta dell'ictus è gestita in Liguria e nell'Area Metropolitana Genovese con particolare efficienza ed efficacia: in qualunque punto del territorio ligure, il paziente si trova a meno di un'ora da un Centro Ictus, dove può essere effettuata una presa in carico complessiva particolarmente adeguata (vedi linee guida Spread e ISO), in particolare con esecuzione di trombolisi intravenosa: La Liguria si colloca al 3°-4° posto in Italia per rapporto tra trombolisi effettuabili /trombolisi effettuate.

L'Istituto si configura come attivo HUB di 2° livello per la trombolisi intraarteriosa in Rescue o come primo livello di intervento.

La collaborazione tra Neurologi, Neuroradiologi, Chirurghi Vascolari e Pronto Soccorso e 118 è complessivamente determinante.

Le maggiori criticità possono essere così riassunte:

- 1) difficoltà di accesso a procedure riabilitative ottimali
- 2) difficoltà di controllo della filiera assistenziale attraverso i flussi di dati: non disgregati
- 3) riduzione del tempo "*door to needle*" negli accessi al nostro PS

- 4) fuga "interna" di pazienti al di fuori del Centro Ictus (si segnala che dal momento della unificazione dei 2 Centri Ictus preesistenti il flusso dei pazienti è aumentato da circa 300/anno e oltre 500/anno, con riduzione della mortalità ad un mese a valori inferiori (9%) alla media nazionale (12%): si può calcolare che a tutt'oggi circa 100-200 pazienti/anno che potrebbero essere ricoverati al Centro Ictus vengono indirizzati verso U.O. di Neurologia o di Area Medica.

Azioni del Piano strategico

In relazione al problema ictus si delineano le seguenti priorità a breve – medio termine:

- 1) definizione e chiarimento dei PDTA diagnostico terapeutici per l'Ictus insorto in Ospedale; si tratta di un punto troppo spesso demandato alla variabilità dell'iniziativa personale, specie nelle fasi iniziali (finestra terapeutica di 3-4½ ore)
- 2) verifica in sede di GORE del protocollo ictus acuto, nell'ambito dell'interventistica e dei rapporti con le aree intra ed extrametropolitane, con particolare attenzione sul piano organizzativo alle nuove indicazioni per la trombolisi intrarteriosa e meccanica, emergenti dagli ultimi trial clinici pubblicati
- 3) elaborazione dei percorsi interni per il passaggio dal Centro Ictus alla riabilitazione (stratificazione per gravità, prognosi riabilitativa, stabilità clinica)
- 4) rivalutazione del percorso "door to needle" ed analisi delle criticità
- 5) in ambito di prevenzione, definizione dei criteri applicativi di utilizzo dei NAO
- 6) ulteriore implementazione della gestione dell'endoarteriectomia in fase acuta e in condizioni di stabilità clinica
- 7) ulteriore implementazione della presa in carico neuroriabilitativa, a cura dell'UO di Fisiatria e Medicina Riabilitativa, recentemente oggetto di una importante revisione organizzativa.

Azioni del piano strategico/quantificazioni

Sul piano operativo, le linee di intervento potranno quindi generare i seguenti indicatori:

- 1) evidenza di un protocollo gestionale per l'Ictus insorto in Ospedale (N° di telefono, Stroke Team, modelli di presa in carico ecc.)
- 2) evidenza di una o più riunioni in sede di GORE con modifica o conferma dell'attuale protocollo applicativo (sarebbe auspicabile introdurre l'allerta del 118 al Neurologo di Guardia)
- 3) evidenza di protocollo di stratificazione di accesso alla riabilitazione, con potenziale aumento del turnover ed incremento dei pazienti ricoverati al Centro Ictus pari a 10% anno
- 4) documento di analisi delle criticità nel punto *door to needle* (riduzioni dei tempi di almeno 10%)
- 5) evidenza di protocollo di utilizzo di NAO nella prevenzione secondaria della Fibrillazione Atriale.

Le linee di intervento sopradescritte dovranno ovviamente essere articolate secondo criteri *down-top*, che facilitano le condivisioni operative.

I punti verranno declinati ed integrati con indicatori specifici.

4.B.3 Le malattie cardiovascolari

Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte nella Regione Liguria, come ricordato nell'ultimo Piano Sanitario Regionale: proporre azioni che possano ridurre tale mortalità è quindi un percorso obbligato per il questo Istituto, nel quale sono peraltro presenti tutte le figure professionali e le strutture coinvolte.

L'elevato volume di attività delle varie unità operative interessate e lo sviluppo e l'integrazione dei percorsi pongono infatti l'Istituto come punto di riferimento regionale per il trattamento delle patologie più complesse, garantendo al tempo stesso elevati standard qualitativi per il trattamento delle patologie più comuni.

Le U.O. di Cardiologia e Cardiocirurgia rappresentano attualmente gli unici Centri Regionali per il trattamento percutaneo delle valvulopatie aortiche (TAVI). Le Cardiologie rappresentano un punto di riferimento per il trattamento percutaneo delle patologie coronariche complesse e dei difetti settali congeniti (vedi inoltre 4B4).

L'U.O. di Cardiocirurgia rappresenta l'unico reparto regionale in questa disciplina ed è specializzato nell'assistenza cardiocircolatoria nello scompenso cardiaco acuto mediante la tecnica ECLS (*Extracorporeal Life Support*), nel trattamento delle dissezioni aortiche soprattutto di tipo A e nella chirurgia riparativa valvolare, oltre alla chirurgia coronarica, mininvasiva e non, con condotti arteriosi.

L'U.O. di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare è l'unità operativa regionale con il più alto volume di interventi ed è specializzata nel trattamento delle patologie aortiche complesse come gli aneurismi e le dissezioni toracoaddominali e dell'aorta toracica, le patologie dei tronchi sovraortici e le patologie rare (Sindrome dello stretto toracico, chemodectomi).

Azioni del Piano strategico

- 1) Attivazione di DMT relativi alle patologie cardiovascolari con una riorganizzazione interna per la creazione di gruppi di lavoro multidisciplinari
- 2) Creazione di *team* multidisciplinari per il trattamento delle patologie aortiche più complesse come quelle riguardanti l'aorta toracica (richiede l'identificazione di personale specializzato in tali patologie da dedicare a tale percorso)
- 3) Riduzione della mortalità ospedaliera legata alle malattie cardiovascolari (richiede una gestione coordinata e standardizzata dei pazienti affetti da malattie cardiovascolari). In particolare è di fondamentale importanza avere a disposizione team di specialisti dedicati ai pazienti affetti da malattie cardiovascolari, coordinati da "*care givers*" responsabili)
- 4) Riduzione dei ricoveri e della mortalità per le malattie cardiovascolari (richiede la promozione di programmi di *screening* finalizzati all'identificazione precoce dei pazienti affetti da malattie cardiovascolari)
- 5) Promozione dei programmi di ricerca di base e clinica per le malattie cardiovascolari (richiede l'identificazione di fondi specifici da dedicare alla ricerca in ambito cardiovascolare)
- 6) Sviluppo di un percorso specificamente dedicato al trattamento endovascolare ed ibrido delle patologie aortiche, anche grazie alla costruzione di una sala operatoria ibrida a disposizione delle U.O. di Chirurgia Vascolare e Cardiocirurgia
- 7) Incremento del numero delle prestazioni legato alla necessità di far fronte alla domanda crescente in campo di patologia cardiovascolare. Vale la pena di ricordare che la popolazione Ligure e di Genova sono al primo posto in Europa per anzianità e che è dimostrato un rapporto lineare fra crescita della popolazione anziana e aumento della richiesta di trattamento delle patologie cardiovascolari.

4.B.4 Il percorso nascita

Nella città più vecchia d'Europa, nell'ospedale più grande della Regione e con il più alto numero di parti, un messaggio positivo intorno all'evento nascita risulta essere sia progettuale che strategico. L'Ostetricia e la Neonatologia sono, nell'Ospedale, segni di contraddizione virtuosa, collocate come sono sul crinale tra fisiologia e rischio, e sempre orientate alla sicurezza della mamma e del bambino. E' cruciale programmare in quest'area investimenti di risorse umane e logistiche, strutturali e tecnologiche per consentire il mantenimento e lo sviluppo di quella qualità al di sotto della quale non sarebbe neppure corretto operare.

Azioni del Piano strategico

La costruzione di tale messaggio comporta lo sviluppo della filosofia, che ha caratterizzato la decennale esperienza del CNA (Centro Nascita Alternativo), improntata alla riduzione della medicalizzazione del parto, estendendo all'intero percorso la specifica cifra di accoglienza, così da trasformare l'intero reparto in una casa del parto.

4.B.5 Le attività endoscopiche/interventistiche

L'Istituto esegue un elevato numero di prestazioni endoscopiche diagnostiche e terapeutiche. I settori di applicazione riguardano in particolar modo la disciplina gastroenterologica, pneumologica e cardiologica. Per tali attività l'Istituto rappresenta l'*Hub* regionale sia in ambito urgenza/emergenza, che in ambito dell'attività di elezione.

GASTROENTEROLOGIA INTERVENTISTICA

L'attività endoscopica gastroenterologica esegue procedure endoscopiche di 1° e 2° livello (60% della attività endoscopica), con prevalenza delle colonscopie e polipectomie del colon-retto e riguarda prevalentemente i seguenti ambiti assistenziali e di ricerca clinica:

- prevenzione, diagnosi, terapia e *follow-up* delle lesioni precancerose del tubo digerente con particolare riferimento all'esofago di Barrett, alla gastrite atrofica con metaplasia intestinale di tipo incompleto, alle malattie infiammatorie croniche intestinali, polipi, sindromi ereditarie (FAP, aFAP, Linch ecc.)
- diagnosi e *follow-up* delle neoplasie del tubo digerente.

Una delle *mission* principali è rappresentata dalla diagnosi delle lesioni superficiali ed *early* del tubo digerente attraverso una endoscopia di qualità, che utilizza strumenti ad alta definizione dotati di NBI (*Narrow Band Imaging*) ovvero una cromoendoscopia virtuale, che consente l'accurata stadiazione (attraverso lo studio del pattern morfologico, ghiandolare e vascolare) delle lesioni passibili di resezione endoscopica curativa (R0). Si tratta quindi di procedure di 1° e 2° livello dal punto di vista della incidenza di complicanze, ma che richiedono una solida cultura ed esperienza degli operatori attraverso un continuo training ed aggiornamento. Il centro è l'unico in Liguria ad utilizzare l'endoscopia tecnologicamente avanzata nella diagnostica di routine.

Per l'endoscopia di 3° e 4° livello ad alta tecnologia, i campi di maggiore interesse sono rappresentati dalla diagnosi, stadiazione ecoendoscopica e cito-istologica eco-endoguidata delle neoplasie del pancreas e delle vie biliari, oltre al trattamento palliativo delle stesse. Tale attività è in continua crescita anche in considerazione della costituzione dei DMT e dei GIP.

Altri ambiti di particolare interesse sono rappresentati dalla terapia endoscopica (mucosectomie e dissezioni sottomucose) delle neoplasie digestive in stadio precoce e dalla terapia endoscopica palliativa delle neoplasie digestive. L'IRCCS lavora in modo molto assiduo sul tema "Endoscopia di qualità" attraverso l'identificazione di indicatori di qualità specifici per ogni procedura, monitoraggio degli stessi ed *audit* clinici semestrali. Tutte le procedure endoscopiche di 3° e 4° livello vengono eseguite in sedazione profonda con assistenza anestesiológica. L'assistenza anestesiológica è prevista anche per le endoscopie di 1° e 2° livello, in casi selezionati.

Gli obiettivi per il triennio sono prioritariamente rappresentati da:

- 1) Potenziare l'attività di trattamento endoscopico delle lesioni precancerose e delle neoplasie in stadio precoce (*early*) di esofago- stomaco- duodeno e colon-retto. Tale obiettivo è raggiungibile isorisorse.
- 2) Implementare l'attività riguardante la diagnosi precoce delle neoplasie del pancreas, anche in termini di diagnosi differenziale con la pancreatite cronica focale, attraverso la tipizzazione cito-istologica delle piccole lesioni (< 1 cm) del pancreas con l'impiego dell'Ultrasonografia endoscopica (EUS) con agoaspirato ed agobiopsia. Tale obiettivo è raggiungibile attraverso l'aggiornamento tecnologico di una parte della strumentazione di ecoendoscopica attualmente in dotazione, ovvero dell'ecoprocessore attuale con uno ad alta definizione e dotato di segnale *doppler* e *color-doppler*
- 3) Iniziare l'attività di diagnosi e terapia endoscopica delle malattie oncologiche del piccolo intestino, con particolare riferimento ai soggetti con sindromi neoplastiche ereditarie (per le quali l'U.O rappresenta centro di Riferimento Regionale) e di terapia endoscopica delle lesioni emorragiche del piccolo intestino. Per tale obiettivo è indispensabile l'acquisizione dell'enteroscopia operatore, peraltro non presente in alcun Ospedale della nostra Regione.

CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

E' noto che il trattamento di tutte le principali patologie cardiovascolari (cardiopatia ischemica, aritmie, valvulopatie ed altre cardiopatie strutturali, insufficienza cardiaca) si avvale assieme all'uso dei farmaci e di procedure invasive con l'utilizzo di strumentazioni dedicate e cardiologi addestrati e attribuiti funzionalmente a tali tipi di procedure (emodinamisti ed elettrofisiologi).

La cardiologia interventistica dell'Istituto rappresenta un punto di riferimento regionale per l'emodinamica e l'elettrofisiologia per l'elevata integrazione funzionale ed operativa con le UUOO Cardiochirurgia, Rianimazione Cardiochirurgica, Radiologia Interventistica, Chirurgia Vascolare.

Gli obiettivi per il triennio sono prioritariamente rappresentati da:

- 1) mantenere gli attuali livelli di performance quali-quantitativa e potenziare l'attività nel settore di emodinamica che in quello di elettrofisiologia. Nel campo dell'elettrofisiologia saranno potenziati i settori di eccellenza già presenti: ablazione della fibrillazione atriale, estrazione di elettrocateri, impianto di defibrillatori e resincronizzazione cardiaca mediante pacemakers biventricolari nello scompenso cardiaco. L'insieme di tutte queste procedure prevede il trattamento invasivo annuale presso la nostra struttura di oltre 2000 pazienti e già oggi la nostra emodinamica svolge in questo campo un lavoro quali e quantitativamente all'avanguardia, anche con l'utilizzo di metodiche sofisticate come l'IVUS o la FFR, o addirittura esclusive a livello regionale, come l'ablazione della placca coronarica mediante laser
- 2) provvedere ad ulteriore sviluppo dell'impianto percutaneo di valvole aortiche (TAVI)
- 3) sviluppare un progetto innovativo che prevede l'introduzione del trattamento interventistico di correzione del vizio valvolare (*Mitraclip*), per pazienti con scompenso cardiaco. Tale procedura, effettuata in pochi centri in Italia, per la sua complessità prevede la collaborazione di un *team* costituito da emodinamisti, elettrofisiologi, ecografisti, cardiologi clinici, cardiocirurghi, rianimatori, ricalcando l'esperienza già fatta con le TAVI.

RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

L'attività di radiologia interventistica dell'Istituto ha rappresentato storicamente uno dei poli di riferimento in questo settore, sia a livello regionale che extra regionale, con professionisti considerati *opinion leaders* a livello nazionale.

Le peculiarità che contraddistinguono l'attuale attività, avvalorandone il ruolo di *hub* regionale, sono:

- la capacità di erogare una completa gamma di prestazioni di interventistica body (tecniche più moderne di embolizzazione endovascolare, TIPS, ecc.)
- la possibilità di rispondere alle richieste in modo continuativo, garantendo la copertura di eventuali urgenze ventiquattro ore al giorno, sette giorni su sette.

Per il prossimo triennio gli obiettivi strategici sono rappresentati da:

- 1) potenziare il ruolo di *hub* regionale consolidando l'attività in urgenza h 24, soprattutto a livello metropolitano genovese, implementando a livello regionale l'applicazione delle procedure in elezione più innovative (per esempio nuove tipologie di trattamenti percutanei o endovascolari per patologia neoplastica)
- 2) favorire l'applicazione di tecniche moderne o innovative, come l'embolizzazione con particelle radioattive nel trattamento di lesioni neoplastiche del fegato
- 3) implementare le procedure interventistiche nel settore ostetrico ginecologico
- 4) potenziare i rapporti di collaborazione con le U.U.O.O. di Chirurgia Vascolare e Cardiocirurgia per l'ulteriore sviluppo delle terapie endovascolari, con ottimizzazione dell'utilizzo delle strutture angiografiche.

PNEUMOLOGIA

L'Istituto effettua esami endoscopici pneumologici di alta specializzazione con strumentazioni all'avanguardia presenti solo in alcuni centri di eccellenza. In particolare l'attività si focalizza sulle seguenti procedure interventistiche: EBUS-TBNA su linfonodi o masse mediastiniche, prelievi periferici con guida del Navigatore Elettromagnetico, prelievi periferici con guida dell'EBUS radiale, broncoscopie rigide, posizionamento di *stent*. Le sopracitate attività costituiscono richiamo di pazienti anche fuori regione.

Gli obiettivi per il triennio sono prioritariamente rappresentati da:

- incrementare gli attuali livelli di attività, rendendo operativo il trattamento endoscopico dell'enfisema polmonare che attualmente non viene attualmente eseguito in nessun centro della Regione Liguria
- incrementare gli attuali livelli di attività, rendendo operativo il trattamento endoscopico dell'asma bronchiale, mediante l'introduzione di una metodica denominata Termoplastica Bronchiale.

4.B.6 L'informatizzazione e l'ingegnerizzazione

La visione di un'azienda per "processi"

La modalità di strutturazione tradizionale delle aziende è spesso causa di inefficienze, in quanto le aziende sono generalmente strutturate per funzioni separate (“verticali”) mentre i flussi di lavoro sono interfunzionali e multidisciplinari (“orizzontali”) generando vuoti o sovrapposizioni di responsabilità che peggiorano l’efficienza e l’efficacia complessiva.

I processi si possono distinguere in:

- processi chiave: che aggiungono valore al cittadino/paziente
- processi di supporto: che assicurano la coerenza dei processi chiave

Un’analisi “per processi” permette quindi di avere una corretta visione delle modalità di funzionamento di un’azienda e consente di adottare il punto di vista dell’“utilizzatore” del processo, che può essere un altro processo, una funzione aziendale oppure un utente esterno all’azienda (ad es. un fornitore, un paziente, un cittadino). Nel nostro caso il *focus* è necessariamente il paziente.

La gestione informatica dei processi chiave (processi di diagnosi e cura) e dei processi di supporto

L’introduzione di tecnologie avanzate e di sistemi informativi anche in campo clinico ospedaliero ha prodotto notevoli progressi in termini di diagnosi più accurate e veloci, terapie innovative più efficaci, minori rischi in associazione ad una aumentata efficienza gestionale.

Per le caratteristiche dell’Istituto, l’investimento in programmi e sistemi informativi atti all’integrazione dei servizi di supporto all’attività clinica e al miglioramento delle cure erogate o all’incremento dell’efficienza garantisce:

1. una gestione più moderna, dinamica ed efficiente del paziente
2. una posizione di vantaggio nei confronti di potenziali “*competitors*” in termini d’immagine e di attrattività.

Azioni del Piano strategico

Oltre al completamento e/o estensione ad altre aree dei progetti attualmente in corso, si ritengono strategici i seguenti progetti e settori principali di intervento:

- **Cartella Clinica Elettronica (SIO)**, in quanto appare indispensabile la massima integrazione degli strumenti informatici utilizzati in ambito sanitario per gestire i flussi amministrativi, clinici e di ricerca dell’ospedale. La realizzazione di un sistema di Cartella Clinica Elettronica “reale”, integrato con alcuni sistemi necessariamente dipartimentali quali, ad esempio, quelli di gestione dell’*imaging* (radiologico, cardiologico, gastroenterologico, ecc. – RIS/CIS PACS), di laboratorio (LIS), di anatomia patologica o del servizio trasfusionale, garantisce:
 - a. la semplificazione dei processi organizzativi, gestionali, clinici ed amministrativi
 - b. la semplificazione dei rapporti con il cittadino
 - c. la maggiore affidabilità delle informazioni anche in funzione di analisi dei costi ed interventi organizzativi
 - d. un diverso ruolo dell’IRCCS come *hub* regionale in quanto collegato ad una rete informatica regionale per la gestione di dati clinici (immagini radiologiche, dati clinici, teleconsulti, ecc.)
 - e. un ruolo di punto di eccellenza e di innovazione tecnologica ed organizzativa.

Tra le funzionalità presenti in un moderno sistema di CCE occorre sottolineare, tra gli altri, la gestione ottimizzata delle prenotazioni e delle richieste interne da qualunque reparto a qualunque altro reparto o servizio erogatore di prestazioni (*Order Entry*, una sorta di CUP interno, ad es. per le prestazioni radiologiche ma non solo). Una miglior pianificazione e gestione delle attività e delle risorse direttamente e indirettamente coinvolte comporta infatti un utilizzo più efficiente delle risorse, una riduzione dei tempi di attesa e una miglior performance complessiva.

Ulteriori funzionalità presenti saranno ad esempio:

- braccialetto paziente
- gestione in mobilità (al letto del malato, in sala operatoria, ...)
- *clinical governance*
- integrazione con sistemi esterni
- **Progetti informatizzazione del «sangue»/SIT**
 - SRC - SIT regionali in rete
 - Centralizzazione lavorazione sacche su due sedi (San Martino e Asl 2 Savona)

- monitoraggio temperature sacche durante trasporto
- **Aumento integrazioni tra area ICT e area attrezzature medicali** (ingegneria clinica) (Es. ECG in rete, emogas in rete, centrali monitoraggio in rete, parametri vitali in rete, ecc.). Questo processo appare una delle sfide più strategiche dei prossimi anni che, correlato al progetto di Cartella Clinica Elettronica garantisce da una parte la completezza della stessa (dati e parametri vitali forniti dalle attrezzature medicali integrati con gli altri dati clinici ed amministrativi) e dall'altra un ulteriore punto di forza dell'Istituto
- **Ricetta elettronica dematerializzata** (già realizzata la gestione elettronica delle prescrizioni di farmaci e prestazioni, la cosiddetta "Ricetta elettronica")
- **Sistema pagamenti nazionale:** unico sistema accettazione/incasso (cassa)
- **Conservazione sostitutiva**
- **Aumento sistemi sicurezza informatica, Disaster Recovery** (progetti AgID, Regione)
- **Adeguamento generale dei sistemi per l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)** secondo le linee guida nazionali. Attualmente sono già inviati al FSE regionale i referti di laboratorio firmati digitalmente (al momento solo per pazienti interni)
- **Sistemi di Unified Communication** (audio/videoconferenza, social network aziendale,...). Una delle principali criticità interne risiede infatti nelle modalità di comunicazione tra i reparti/servizi.
- **Ulteriori spunti di evoluzione**, alcuni dei quali già in corso di sperimentazione e/o utilizzo in Istituto, sono *cloud computing*, Internet delle Cose, *big data*, stampa 3D.

4.C I TRAPIANTI

4.C.1 Trapianto d'organo

Il programma di rene a Genova è nato nel 1982 e da allora sono stati eseguiti più di 1600 trapianti di rene adulti e pediatrici e circa 70 trapianti combinati rene pancreas.

In data 25 marzo 2014 la Commissione Nazionale *Audit* (CNT) ha sottoposto a verifica il Centro Trapianti di Rene dell'Istituto, nell'ambito di una valutazione complessiva positiva, è emerso come il numero di trapianti renali da donatore cadavere sia stato pressoché costante nel periodo 2008-2012 e come la maggior parte dei pazienti in lista siano stati intra-regionali con perdita quasi nulla al *follow-up*. Nel contempo, è stata evidenziata una riduzione del numero di trapianti da donatore vivente, nonostante l'elevato numero di coppie studiate. Nel 2013 sono stati eseguiti 62 trapianti di rene così distribuiti: negli adulti 42 da donatore cadavere e 3 da vivente; in fascia pediatrica 11 da donatore cadavere e 2 da vivente; sono stati inoltre eseguiti 1 trapianto combinato rene-pancreas e 3 trapianti di doppio rene marginale. Nel 2014 sono stati eseguiti n. 79 trapianti di rene.

Per quanto concerne il trapianto di fegato, questo Istituto è stato sede del centro trapianti di fegato tra i più vecchi d'Italia, avendo iniziato la propria attività nel 1986 e divenendo uno dei centri di riferimento a livello nazionale. Da tale data e sino al 2011, (anno in cui l'attività trapiantologica epatica è stata sospesa), sono stati eseguiti circa 700 trapianti; la sospensione di questa attività ha comportato una mobilità passiva dei pazienti liguri affetti da insufficienza epatica terminale in altre regioni per l'esecuzione e il *follow up* del trapianto stesso.

Dai dati analizzati emerge che la media di donatori in Regione Liguria, dal 1998 al 2013, è stata di 24 per milione di abitanti, attestandosi quindi su valori superiori alla media nazionale, che giustificano la ripresa dell'attività trapiantologica epatica presso questo Istituto.

4.C.2 Trapianto tessuti

L'Istituto quale sede del Laboratorio della Banca degli Occhi Lions "Melvin Jones" è attivo nel garantire la quasi totalità della preparazione, analisi e conservazione dei tessuti corneali prelevati per la Regione Liguria. Inoltre le UU.OO Oculistiche dell'Istituto eseguono circa i 5/6 dell'attività di prelievo e trapianto corneale. La lista d'attesa, seppur ancora non unificata, è attualmente informatizzata e i tempi di attesa sono accettabili. Nel 2013 sono stati eseguiti 86 trapianti di cui 68 sono stati eseguiti in Istituto, nel 2014 sono stati eseguiti n. 69 trapianti di cui n. 56 in Istituto.

4.C.3 Trapianto cellule

In Europa l'attività di trapianto di cellule staminali emopoietiche (HSCT) è in aumento, a dimostrazione dell'efficacia della procedura (da 4200 trapianti effettuati nel 1990, 20124 nel 2000, a 33362 trapianti nel 2010 (BMT 2012; 47; 906). Anche i dati riferiti a questo Istituto confermano il trend positivo: prima del 1990 i trapianti allogenici effettuati erano 450, 691 nel periodo 1991-2000, 790 nel periodo 2001-2010 e 317 negli anni 2011-2013. Inoltre si è assistito ad una significativa riduzione della mortalità in questi pazienti: dal 45% prima del 1990, al 35% e 25% rispettivamente nei decenni 1991-2000 e 2001-2010, al 12% ai giorni nostri (2011-2013).

In particolare questi ultimi 3 anni hanno consentito di eseguire trapianti da donatori familiari incompatibili, con una tecnica innovativa.

Azioni del Piano strategico

Trapianto d'organo: rene

1. Mantenimento/implementazione dell'attuale casistica dei trapianti da donatore cadavere:
 - mantenimento dei programmi educazionali rivolti alla popolazione per la sensibilizzazione alla donazione
 - mantenimento della formazione del personale per implementare la cultura della donazione all'interno delle Terapie Intensive dell'Istituto
 - immissione più rapida in lista trapianto attraverso l'attribuzione di un codice d'urgenza B per l'esecuzione degli esami necessari all'immissione in lista
 - promozione del trapianto *pre-emptive*, con immissione precoce in lista trapianto
 - potenziamento dell'attività di trapianto di doppio rene marginale nel paziente anziano
2. Aumento dei trapianti di rene da donatore vivente:
 - obiettivo di almeno 10 trapianti/anno, dato già raggiunto nel 2003 e in linea con il dato nazionale. A tal proposito è necessario implementare la dotazione organica dei chirurghi, tenuto conto che, nel caso della donazione da vivente, sono attive due equipe chirurgiche (per il prelievo dell'organo e per il trapianto)
 - attuazione corsi di formazione che coinvolgano lo psicologo, all'interno della rete nefrologica, sulle modalità di comunicazione da porre in atto per proporre la possibilità del trapianto di rene da vivente.
 - nell'ambito del prelievo dell'organo da donatore vivente ci si pone l'obiettivo di passare da un approccio chirurgico a cielo aperto ad uno di tipo laparoscopico.
3. Aumento dei trapianti combinati rene-pancreas promuovendo, per i pazienti suscettibili, il trapianto *pre-emptive* e migliorando il coinvolgimento attivo dell' U.O Malattie del Metabolismo e Diabetologia
4. Auspicabile creare un supporto informatico condiviso dalla rete nefrologica, volto a supportare le attività connesse alla gestione del paziente nefropatico
5. Mantenimento dell'attività chirurgica ancillare al trapianto (creazione accessi vascolari, preparazione al trapianto, gestione delle complicanze benigne e maligne post-trapianto)
6. Sviluppo di DMT specifici, consolidando, anche in questo campo, la cultura dell'approccio multidisciplinare *Evidence Based* (linee guida), la cultura della gestione per processi (PDTA), nonché l'integrazione multiprofessionale nella presa in carico del paziente.

Trapianto d'organo: fegato

L'obiettivo principale è la ripresa nel triennio dell'attività di trapianto epatico, con esecuzione di circa 25 trapianti/anno, in linea con le esigenze della Regione. Obiettivo per il 2015 è la riapertura della lista per i pazienti residenti in Regione Liguria con esecuzione dell'intervento di trapianto epatico presso l'Ospedale Niguarda Ca' Granda in regime di convenzione.

Tale ripresa potrà fornire al paziente ligure la possibilità di "evitare le trasferte fuori regione" ed essere gestito direttamente in Liguria in tutte le fasi del percorso, (pre/trapianto-trapianto-*follow-up*).

Il mantenimento, anche in questo caso, dei programmi educazionali volti alla sensibilizzazione alla donazione è indispensabile.

Pur tenendo conto dei costi aggiuntivi derivanti dalla riattivazione dell'attività trapiantologica (prevalentemente per risorse umane e materiale di consumo), l'efficienza del nuovo progetto organizzativo determinerà un costo/procedura paragonabile se non migliore a quello di altre realtà nazionali e comunque inferiore a quello precedentemente sostenuto.

Anche nel caso del trapianto di fegato ci si pone l'obiettivo di sviluppare DMT specifici.

Trapianto di tessuti: cornee

1. Mantenimento/implementazione dell'attuale casistica dei trapianti corneali con l'obiettivo di ridurre la mobilità passiva, organizzando anche corsi di formazione degli specialisti del territorio volti a creare una rete ospedale/territorio anche in questo campo
2. Mantenimento dei progetti di sensibilizzazione alla donazione e informazione al personale di assistenza volta ad ottimizzare l'attività di *procurement*
3. Nuova gestione di una lista d'attesa unificata che permetta una gestione integrata dei dati e un monitoraggio complessivo dell'attività svolta
4. Ricollocazione degli attuali locali sede del laboratorio e della segreteria della Banca degli Occhi, nei nuovi Laboratori centralizzati, in linea con le indicazioni fornite dal CNT durante l'ultima verifica ispettiva.

Trapianto cellule:

1. Conferma dei risultati ottenuti con trapianti da familiari incompatibili, con riduzione della mortalità e del costo per trapianto (questa riduzione è quantificabile nell'ordine dei 20.000 € a trapianto, rispetto ai donatori da registro)
2. Mantenimento/implementazione dell'attuale casistica di trapianti (attualmente 120-150/anno, mantenendo gli attuali 18 posti letto di degenza ordinaria e il *day hospital*, dedicati ai pazienti trapiantati)
3. Progetto per il trapianto combinato di cellule staminali e trapianto di rene da vivente: l'obiettivo è quello di poter sospendere la terapia immunosoppressiva nei pazienti sottoposti a trapianto d'organo
4. Consolidamento dell'attività del laboratorio cellule staminali, in termini di catena del freddo (criobiologia), manipolazione non estensiva e diagnostica citomorfologica.

4.D LA QUALITA'

4.D.1 L'appropriatezza

L'appropriatezza si classifica tradizionalmente in due categorie verso le quali l'Istituto intende agire secondo il seguente schema:

- 1) appropriatezza organizzativa o generica
 - a) utilizzo del corretto *setting* assistenziale di erogazione delle prestazioni
 - b) utilizzo del corretto volume complessivo e *mix* di risorse
- 2) appropriatezza clinica o specifica
 - a) erogazione della corretta prestazione per lo specifico quadro clinico
 - b) erogazione della prestazione nel momento e con i tempi adeguati rispetto al decorso del quadro clinico
 - c) erogazione della prestazione da parte delle strutture con la specifica *mission* disciplinare
 - d) erogazione della prestazione da parte di equipe con il *case-load* adeguato al mantenimento di una efficiente ed efficace operatività

Stato attuale e linee prioritarie di intervento

L'Istituto persegue da tempo l'appropriatezza organizzativa e ne ha attivato tutti i necessari strumenti:

- sviluppo di un nomenclatore aziendale di protocolli ambulatoriali complessi (DSA) per la trasformazione in regime ambulatoriale di tutto il *day hospital* diagnostico e di parte del terapeutico (punto 1.a)
- pieno recepimento dei nuovi nomenclatori ambulatoriali per la conversione in tale regime di prestazioni chirurgiche secondo il DPCM sui livelli essenziali di assistenza (punto 1.a)

- assegnazione di specifici obiettivi integrati nella scheda di valutazione della performance di struttura (*balanced scorecard - BSC*) relativi ai due punti precedenti nonché al massimo utilizzo della *day surgery* per le procedure chirurgiche ricomprese nell'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriately di cui al DPCM sui LEA ed alla massimizzazione del tasso di occupazione dei posti letto con ricoveri appropriati valutati tramite l'incrocio tra il peso e la classe di severità di malattia secondo APR-DRG (punto 1.a)
- analisi approfondita dei costi *standard*, complessivi e per macro fattori produttivi, suddivisi per *setting* assistenziale, e loro utilizzo nel processo di *budgeting* e monitoraggio (punto 1.b)
- monitoraggio continuo *online*, con cadenza mensile, di sintesi e di dettaglio, di tutti i volumi di prestazioni e di consumo (cruscotto direzionale e *datawarehouse* con portale) (punti 1.a e 1.b).

L'appropriatezza clinica costituisce uno degli obiettivi essenziali del piano strategico per la quale l'Istituto ha individuato tre linee prioritarie di intervento:

- area oncologica: gestione della presa in carico e del percorso diagnostico terapeutico; individuazione delle *mission*
- area delle procedure chirurgiche: individuazione delle *mission* di struttura e di equipe
- area medica: percorsi per intensità di cura; ottimizzazione del processo; individuazione delle *mission*.

Gli strumenti di cui l'Istituto si è dotato sono i seguenti:

- disease management team (DMT): si occupano della gestione dei percorsi oncologici di diagnosi e cura e della costruzione di un sistema di monitoraggio della loro efficienza ed efficacia; individuano la *mission* delle strutture anche per quanto riguarda le procedure chirurgiche (punti 2.a e 2.b)
- analisi del case-load: già sviluppato sul cruscotto direzionale per quanto riguarda l'area oncologica, suddivisa per macro categorie nosologiche secondo il modello Nocchiero, e l'area chirurgica, suddivisa per macro categorie nosologiche secondo i gruppi e sottogruppi del sistema ICD9-CM
 - l'area oncologica è espressa in termini di casi trattati, numero di ricoveri, trattamenti chirurgici e trattamenti chemioterapici (punti 2.a, 2.b e 2.c)
 - l'area chirurgica documenta i *case load* di struttura, individuando inoltre gli *outliers* con volumi inferiori al 5% ed al 10% del totale d'Istituto, ed i *case load* individuali, come primo operatore (punti 2.c e 2.d)
- aree a diversa intensità assistenziale: al momento sono operativi 112 letti di cure intermedie nei quali vengono trasferiti i pazienti internistici al termine della acuzie che entrano quindi in una fase a più bassa intensità diagnostica e terapeutica e con una componente riabilitativa (punto 2.b).

Azioni del piano strategico

Per quanto riguarda l'appropriatezza organizzativa, l'Istituto nell'arco temporale del Piano Strategico intende:

1. completare la conversione in DSA di tutti gli episodi di *day hospital* diagnostico entro il primo anno e proseguire il monitoraggio delle altre aree ad elevato rischio di inappropriately sopra indicate mantenendo specifici obiettivi nella BSC (*Balance Score Card*) d'Istituto (punto 1.a)
2. iniziare entro il primo anno la conversione in ambulatoriale dei *day hospital* terapeutici non per infusione IV valutandone il trend (punto 1.a)
3. approfondire l'analisi dei costi *standard* per fattore produttivo e tipologia di attività già utilizzati nel processo di *budgeting* ed integrare entro il secondo anno l'analisi di efficienza delle risorse umane, attualmente gestita per la dirigenza tramite la matrice organizzativa, con la *Data Envelopment Analysis - DEA* (punto 1.b)

Per quanto riguarda l'appropriatezza clinica, l'Istituto si impegna a:

1. completare entro il primo anno l'attività dei DMT ed iniziare nel secondo anno il monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici - PDTA (punti 2.a, 2.b, 2.c)
2. suddividere la *mission* chirurgica per struttura ed equipe utilizzando i dati del monitoraggio sul *case-load* ed eliminando gli *outliers* <5% entro il primo anno e quelli <10% entro il secondo anno. A tale scopo potrà essere istituita la figura del chirurgo *case-manager* non titolare della specifica *mission* che,

a seguito di scelta espressa dalla persona assistita, avrà il compito di gestire il PDTA, partecipare come secondo operatore all'atto operatorio che verrà comunque eseguito nell'ambito di una struttura titolare della *mission*. (punti 2.c e 2.d)

3. implementare entro il primo anno l'analisi del *case load* per macro categorie nosologiche della casistica internistica; pianificare entro il secondo anno l'individuazione delle *mission* di struttura; completare l'assegnazione delle *mission* entro il terzo anno. (punto 2.c)
4. ottimizzare la gestione delle cure intermedie riducendo i tempi della diagnostica in acuzie tramite due interventi: analisi dell'appropriatezza delle richieste ed organizzazione di un CUP interno entro il triennio (punto 2.b).

4.D.2 Il Rischio Clinico

La gestione della rischiosità all'interno delle organizzazioni sanitarie rappresenta un pilastro fondamentale della "*clinical governance*". Gli obiettivi del Progetto di Gestione del Rischio clinico devono pertanto essere coniugati con gli obiettivi strategici che l'Istituto si è dato per il triennio.

L'Unità di Gestione del Rischio (UGR) ha l'obiettivo primario di individuare e gestire le aree di maggior rischio nell'attività sanitaria clinica e gestionale dell'Istituto. A tale scopo si utilizzano tutti i dati ottenuti dall'applicazione degli strumenti di Gestione del Rischio, quali:

- Audit Interni di Sistema
- Audit Clinici
- Analisi degli *Incident Reporting*
- Analisi delle R.C.A.
- Analisi ottenuta dall'applicazione delle F.M.E.A.
- Analisi di tutti i P. M. condotti in Istituto
- Analisi delle istanze risarcitorie
- Analisi dei Reclami presentati all'URP.

La condivisione e l'esperienza dei soggetti permette di ideare nuove strategie, intraprendere miglioramenti laddove siano emerse le maggiori carenze ed individuare gli eventi formativi necessari a tal fine.

Obiettivo secondario è rappresentato dalla implementazione della cultura della crescita e dello sviluppo a partenza dall'errore.

RISORSE

1. Unità di Gestione del Rischio (UGR)

L'Unità funzionale Gestione del Rischio (UGR) è coordinata dal Direttore dell'UO Gestione del rischio clinico, qualità, accreditamento e URP come previsto dal Regolamento di organizzazione e funzionamento. L'UGR è un gruppo di lavoro multidisciplinare che garantisce l'integrazione delle competenze sanitarie, legali, tecniche, amministrative presenti nell'Istituto. Inoltre sulla base delle necessità programmate, l'UGR ha facoltà di convocare strutture che abbiano interesse nelle attività.

L'UGR verifica periodicamente l'efficacia delle azioni intraprese. La relazione annuale dei progetti svolti viene diffusa attraverso la pubblicazione in Intranet e nel sito web dell'Istituto; viene inoltre inviata alla Direzione Generale, all'Assessore alla Salute e politiche della Sicurezza dei cittadini, alla Direzione Generale dell'Agenzia Regionale Sanitaria.

2. Referenti Aziendali Qualità (RAQ)

Una rete di circa 120 referenti Responsabili della Assicurazione della Qualità (RAQ), designati a livello di singola Unità Operativa e di Dipartimento per la migliore implementazione del Sistema Qualità nell'ambito delle singole strutture, collabora per il mantenimento e lo sviluppo del sistema qualità e rischio clinico coordinata dalla struttura della Qualità operante in collaborazione con i Direttori di Dipartimento.

LINEE PRIORITARIE DI INTERVENTO

1. Progetti già in corso che saranno mantenuti

UO Gestione rischio clinico, qualità accreditamento e URP

- Revisione documentazione clinica aziendale

- Analisi, registrazione e gestione degli *Incident Reporting*
- Svolgimento di *Root Causes Analysis*
- Applicazione del metodo FMEA-FMECA a specifici processi
- Lettura delle cartelle cliniche secondo il PM0032 durante lo svolgimento degli *Audit*
- Integrazione, revisione e razionalizzazione dei modelli di acquisizione del consenso
- Mappatura delle istanze risarcitorie nell'ambito della gestione del contenzioso secondo gli *item* concordati con la Regione Liguria e con il Ministero

UU.OO. Igiene - Medicina del Lavoro - Clinica Malattie Infettive

- Sorveglianza dell'infezione tubercolare negli studenti di area sanitaria

U.O. Fisica Medica e Sanitaria

- Ottimizzazione dell'esame mammografico.

UU.OO. Farmacia - Formazione e Aggiornamento

- Applicazione della metodologia FMECA per il "controllo dell'accuratezza e appropriatezza prescrizione e somministrazione farmaci in dose unitaria" ed erogazione di Corso di formazione.

2. Progetti già approvati, in fase di implementazione

- Procedura violenza sessuale
- Violenza tra i lavoratori
- Violenze da esterni
- Cadute ricoverati: adozione di scheda di rilevazione ed erogazione del Corso di formazione "Cadute Accidentali: analisi e progetti"
- *Antimicrobial Stewardship*: strategie di gestione della terapia antibiotica secondo logica interdisciplinare (Infettivologi, farmacisti ed Igienisti).

3. PROGETTI previsti per il triennio

- Sicurezza chirurgica
- Rischio trombo emorragico
- Prevenzione errori prescrizione somministrazione terapia: dose unitaria
- Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici
- Progettualità complessiva sugli aspetti legati alla violenza e all'aggressività
- Umanizzazione dell'istituto:
 - Percorso di fine vita: (*Where and how we die?*)
 - Medicina narrativa

PIANIFICAZIONE

- Condivisione del Progetto PM009 (rev. 19) previa validazione della Direzione Strategica
- Diffusione della Politica Strategica attraverso la rete di gestione del sistema Qualità
- *Start up* dei Progetti di miglioramento delle diverse UU.OO.

Ogni progetto viene valutato dall'UGR ogni anno nei tre anni di vigenza, in base ai risultati ottenuti ed espressi in una relazione finale compilata con il format del Ministero (*Good Practice*).

E' prevista la presentazione annuale entro il mese di dicembre dei risultati alla Direzione Generale; è inoltre prevista la presentazione di una relazione conclusiva nel 2017 con pubblicazione degli stessi sulla intranet ed internet con trasferimento di alcuni progetti salienti alle *Good Practice* Ministeriali.

4.D.3 Le infezioni correlate all'assistenza

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) costituiscono un importante problema sia in ambito ospedaliero sia nelle strutture sanitarie ubicate sul territorio e il loro controllo deve essere considerato un'assoluta priorità per la Sanità Pubblica in Italia. Infatti, le ICA sono associate a rilevante morbosità e mortalità, ad un significativo aumento dei costi diretti per il servizio sanitario (es. prolungamento della durata della degenza, erogazione di prestazioni diagnostiche e terapeutiche aggiuntive) e indiretti per la società (es. perdita di produttività, qualità della vita) e a una riduzione della qualità del servizio percepita dall'utenza, con conseguente incremento del contenzioso medico legale.

Il recente peggioramento dell'ecologia microbica nel contesto europeo, e particolarmente in Italia, con emergenza significativa di germi Gram-negativi *Multi-Drug Resistant* (MDR) nel determinismo delle ICA, pone l'urgente necessità di implementare la sorveglianza ed il controllo. Anche le modificazioni demografiche caratterizzate da un progressivo invecchiamento della popolazione, configurano uno scenario sfavorevole nel contesto del rischio infettivo in ambito assistenziale.

Obiettivi

In attuazione delle linee di indirizzo regionali, sarà sviluppata una progettualità triennale che prevede l'implementazione di specifiche attività di sorveglianza e controllo delle ICA in ambito ospedaliero, anche tramite introduzione di sistemi informatici innovativi, con il sempre maggior coinvolgimento attivo dei Referenti di reparto per le ICA (RICA) all'interno dei progetti promossi dal Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) dell'Istituto. Il progetto prevede, inoltre, di realizzare una migliore integrazione Istituto-territorio, finalizzata a garantire la gestione razionale dei trasferimenti dei pazienti tra le diverse strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR). L'obiettivo principale del progetto è di ridurre la frequenza di ICA presso l'Istituto di un valore pari al 20%. E' previsto il monitoraggio attivo del progetto tramite definizione di specifici indicatori sia di processo (es. % di aderenza alle precauzioni standard e aggiuntive da parte del personale sanitario, % di aderenza allo *screening* per Enterobatteri Produttori di Carbapenemasi – CPE, consumo annuale di gel idro-alcolico espresso in litri/1000 giorni di degenza, % di patogeni con pattern di antibiotico-resistenza, % di aderenza alle procedure di sanificazione ambientale, % di partecipazione ai corsi di formazione aziendali) sia di esito (riduzione della frequenza di ICA *overall* e per specifica localizzazione, opportunamente stratificati per area funzionale), che dovranno essere condivisi con il personale di reparto e inseriti all'interno degli obiettivi di *budget* per la valutazione delle singole UU.OO.

Principali linee d'intervento e attività:

- Attività di sorveglianza ecologica, epidemiologica e ambientale: sorveglianza attiva delle ICA in tutte le UU.OO attraverso la realizzazione di studi periodici di prevalenza puntuale; sorveglianza attiva delle ICA nelle UU.OO. di terapia intensiva attraverso la realizzazione di studi d'incidenza; sorveglianza attiva delle Infezioni del Sito Chirurgico (ISC) tramite l'attuazione di un approccio innovativo integrato ospedale-territorio; sorveglianza passiva delle batteriemie causate da CPE in tutte le UU.OO.; sorveglianza passiva dei microrganismi *alert* in tutte le UU.OO.; sorveglianza della Tuberculosis (TB) e dell'Infezione Tuberculare Latente (ITBL) in tutti i pazienti ricoverati e operatori sanitari/soggetti a essi equiparati in servizio presso l'Istituto; sorveglianza attiva della contaminazione microbica ambientale (acqua, aria e superfici) in aree assistenziali a particolare rischio infettivo (es., sale operatorie, laboratori cellule e tessuti, UU.OO. con pazienti gravemente immunocompromessi); sorveglianza attiva della pulizia e sanificazione ambientale in tutte le UU.OO.
- Attività di prevenzione e controllo (da attuarsi anche attraverso ispezioni e audit clinici mirati): monitoraggio delle attività di *screening* e controllo di pazienti colonizzati/infetti da CPE e dei loro contatti nelle UU.OO. a elevato rischio; monitoraggio delle attività di controllo specifico per *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (MRSA) e *Clostridium difficile* in tutte le UU.OO.; monitoraggio delle attività di controllo specifico per ISC in tutte le UU.OO. chirurgiche; implementazione del progetto "cure pulite-cure sicure" del Ministero Salute; implementazione e monitoraggio di "bundle" specifici per la prevenzione dei principali tipi di ICA; sorveglianza del consumo di soluzione idro-alcolica, quale indicatore *proxy* dell'aderenza all'igiene delle mani; implementazione di attività per la corretta gestione di caso sospetto di TB in fase attiva in tutte le UU.OO. e redazione del Documento di Valutazione del Rischio (DVR) per TB dell'Istituto; implementazione di attività di *counselling* e immunoprofilassi negli operatori sanitari dell'Istituto per la riduzione del rischio di trasmissione nosocomiale di malattie prevenibili con vaccinazione (es., influenza, MPR, varicella, HBV, dTpa, meningococco) in accordo al Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014.
- Attività di formazione e aggiornamento degli operatori sanitari: collaborazione nell'ambito dei corsi di formazione *basic* ECM aziendali permanenti; organizzazione di corsi di formazione *advanced* ECM

aziendali specifici per area funzionale, da programmare in base al quadro epidemiologico ed ecologico osservato.

Azioni del piano strategico

La rimodulazione dell'assetto organizzativo del CIO costituisce parte integrante del progetto, le cui azioni prevedono:

- a) costituzione e formalizzazione di *Task Forces* in *staff* all'U.O.C. Igiene e U.O.C. Malattie Infettive
- b) costituzione e formalizzazione di una rete aziendale di RICA
- c) disponibilità di almeno 1 Infermiere addetto al Controllo delle ICA (ICI)/assistente sanitario ogni 150-200 posti letto in *staff* alle *Task Forces*
- d) implementazione/acquisto di software informatici specifici da utilizzare a livello aziendale (disponibilità di accesso a tutti i dati demografici e sanitari utili alla sorveglianza, quali ricoveri, durata degenza, cartella clinica-infermieristica, dati di laboratorio, registro operatorio informatizzato, dati consumo farmaci, durata terapie, ecc.).

4.D.4 L'Accreditamento OECI

L'OECI (*Organisation of European Cancer Institutes*) è l'organizzazione che dal 1977 raggruppa in Europa i più importanti centri di ricerca sul cancro, annoverando oltre 70 istituzioni ed è oggi un autorevole *network* europeo in continua crescita.

Il progetto di accreditamento e classificazione OECI è tra i sistemi di accreditamento internazionale ufficialmente riconosciuti ed ha lo scopo di migliorare ed omogeneizzare l'assistenza al paziente oncologico, secondo *standard* e livelli elevati di qualità condivisi a livello europeo. Tutti gli IRCCS oncologici italiani che nel corso degli anni 2012-2014 stanno intraprendendo o inizieranno il percorso aderiscono al progetto. Sono obiettivi dell'OECI:

- la creazione di una massa critica di strutture, ricercatori e conoscenze cliniche attraverso le quali coordinare e armonizzare la ricerca in oncologia, al fine di creare e mantenere un consenso sui migliori modelli
- la produzione su base collaborativa di modelli, evidenze scientifiche e soluzioni cliniche da trasferire il più velocemente possibile attraverso i canali della comunicazione scientifica alla comunità internazionale e negli ambiti assistenziali dei singoli paesi attraverso i centri partecipanti
- il coordinamento ed armonizzazione della attività di ricerca
- la cura della formazione e del *training*.

Il percorso di certificazione OECI, elemento fondamentale per la costituzione del *Comprehensive Cancer Centre*, è stato avviato il 31 Luglio 2013 ed ha coinvolto l'intero Istituto nella revisione della organizzazione secondo le indicazioni del *network* oncologico europeo e nella individuazione degli aspetti più critici per produrre percorsi di miglioramento.

Nel mese di febbraio 2014 si è conclusa la fase di autovalutazione con la produzione di tutta la parte documentale richiesta da vari *items* del manuale di accreditamento; la *site visit* da parte della specifica Commissione individuata da OECI è stata effettuata nei giorni 25 e 26 novembre 2014 e si è conclusa con un incontro plenario nel corso del quale sono state comunicate le conclusioni preliminari della Commissione, evidenziando i punti di forza dell'Istituto e le opportunità di miglioramento per il futuro.

E' stato quindi trasmesso all'Istituto il "*peer review report*", cui sono seguite le osservazioni dell'Istituto per addivenire al rilascio del *report* finale da sottoporre all'approvazione dell'OECI unitamente al piano di miglioramento predisposto dall'Istituto che verrà verificato entro un anno. Al termine del percorso di accreditamento OECI, la certificazione è stata conseguita dall'Istituto con validità dal 21 maggio 2015 al 21 maggio 2020. Durante la Assemblea Generale OECI, svoltasi a Porto dal 22 al 24 giugno 2015, il certificato di accreditamento è stato formalmente consegnato al Direttore Scientifico.

L'adesione a questo *network* di *Cancer Centre* europei ha sollecitato l'Istituto a produrre un percorso condiviso per la realizzazione di una strategia pluriennale.

Lo strumento di gestione clinica dei principali percorsi di cura oncologici rappresentato dai DMT è sicuramente l'elemento maggiormente favorente l'integrazione all'interno dell'Istituto e costituisce il luogo fisico dove molte delle principali indicazioni di miglioramento vengono perseguite.

All'interno dei DMT si sta consolidando la cultura dell'approccio multidisciplinare *Evidence Based* (linee guida), la cultura della gestione per processi (PDTA), nonché l'integrazione multiprofessionale nella presa in carico del paziente.

Molteplici sono i progetti rispetto ai quali sono stati prodotti e si stanno producendo modifiche clinico organizzative importanti quali:

- la costituzione del *Team* per le cure di supporto
- la definizione del percorso del paziente oncologico con aspetti emergenti – urgenti
- la razionalizzazione delle piattaforme di biologia molecolare
- la definizione di strategie per l'individuazione di gruppi multidisciplinari e multiprofessionali per la gestione di specifici PDTA oncologici
- l'introduzione delle strategie di *Audit Clinico*.

4.D.5 Il Piano della Sicurezza

Circa il 53% dei cittadini dell'UE considera probabile subire danni a seguito delle cure ospedaliere ricevute nel proprio paese e il 50% ritiene di essere a rischio anche per prestazioni sanitarie ricevute in case di cura private e negli ambulatori di medicina generale. In Italia la percezione dei cittadini legata alla sicurezza in Ospedale è inferiore rispetto alla media dei cittadini europei risultando del 57% il numero dei cittadini che ritengono probabile ricevere dei danni a seguito di ricovero in Ospedale; questo secondo quanto riportato da "*Patient safety and quality of healthcare*".

Nel rispetto delle normative europee sempre più spesso in Europa i Centri di Ricerca e gli Ospedali pongono al centro del loro agire la sicurezza sia verso i pazienti che verso i lavoratori. Sempre più spesso gli ospedali stanno integrando i loro programmi di sicurezza e la sicurezza dei lavoratori del paziente e la loro gestione utilizzando un quadro di sicurezza e sistema di gestione della salute che diventa obiettivo strategico del management aziendale. Un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro integra obiettivi e politiche per la salute e sicurezza nella progettazione e gestione di sistemi di lavoro e di produzione di beni o servizi.

Altro aspetto fondamentale è l'invecchiamento della popolazione lavorativa e le conseguenze quindi che questo fattore ha sulla valutazione dei rischi dove, evidentemente, la valutazione dell'età diventa determinante. Presso l'Istituto il 42,54% della popolazione impiegata ha un'età tra i 50 e 59 anni e oltre l'8% un'età che supera i 60 anni. Difficile pensare ad una corretta movimentazione dei pazienti con indicatori simili senza adeguati ausili per gli operatori o una adeguata progettazione delle stanze di degenza; nel contempo è evidente che movimentare in modo adeguato i pazienti aumenta le possibilità di ripresa ad uno stato attivo del paziente con diminuzione dei tempi di ospedalizzazione.

Molti altri sono i rischi che colpiscono sia i lavoratori che i pazienti nell'ambito delle strutture sanitarie ed è difficile pensare di affrontarli occupandosi solo della componente lavoratore o paziente (vedi rischio infezioni, violenza, incendi, ecc.).

E' quindi necessario un approccio integrato alla sicurezza che sia riconoscibile per i cittadini e che sia garanzia di livello internazionale. Le possibilità future per i cittadini europei di scegliere il Paese dove farsi curare impone alle strutture sanitarie di riferimento un salto di qualità che sia in grado di diventare appetibile non solo per i cittadini locali ma anche rispetto all'Europa, diversamente il danno economico per il sistema sanitario nazionale sarebbe altissimo. L'approccio alla sicurezza non è un mero adempimento ad un vincolo normativo, ma una opportunità di sviluppo sistemico della capacità di gestione del bisogno di cura non solo nei confini regionali e una politica di gestione del "*brand*" aziendale.

Azioni del piano strategico

Fin dalla costituzione l'Istituto si è dato come obiettivo l'applicazione di un sistema di gestione per la sicurezza e la salute dei lavoratori (SGSL). Negli ultimi tre anni si è ottenuta una riduzione di 5 punti degli indici di incidenza e di 9 punti degli indicatori di frequenza degli infortuni tra i lavoratori con un risparmio di 1300 giornate recuperate da assenze legate a cause di infortunio. Un recupero quindi importante sia verso la salute dei lavoratori che la possibilità di offrire un servizio migliore.

Le strategie che si intendono perseguire a breve termine sono:

- proseguire il monitoraggio della sicurezza e l'azione di sensibilizzazione continua

- pubblicare i dati degli audit riferiti al SGSL entro l'anno e gli indicatori relativi gli infortuni ed i cd. "near misses" che abbiano rilevanza di sicurezza sia per gli operatori che l'utenza
- sviluppare il piano di miglioramento aziendale in relazione con il Documento di Valutazione dei rischi
- elaborare il nuovo piano di emergenza aziendale
- completare entro l'anno un sistema di *Balanced Score Card* (BSC) riferito a tutti i lavoratori con chiari gli obiettivi di sicurezza richiesti.

Le strategie che si intendono perseguire entro il triennio sono:

- determinare le condizioni di un approccio integrato verso la sicurezza degli operatori e dei pazienti e visitatori
- determinare le condizioni per una certificazione parziale o totale dell'Istituto nel sistema di riferimento internazionale per la salute e la sicurezza - il Sistema di riferimento OHSAS 18001 - a garanzia sia verso le persone utenti, visitatori e ovviamente lavoratori dell'Istituto ma anche come standard per processi di accreditamento a società scientifiche internazionali nelle quali ovviamente l'Istituto è inserito.

4.D.6 Gli esiti

La valutazione degli esiti fa parte del processo di analisi dell'efficacia esterna e si effettua tramite un sistema di indicatori legati direttamente alla gestione del paziente.

L'Istituto intende sviluppare questo settore con i seguenti strumenti:

- 1) indicatori di carattere generale
 - a) nomenclatura e funzione di descrizione ricavabili dalle basi dati strutturate già disponibili su supporto elettronico
 - b) entità valutata: l'unità operativa
 - c) dimensione temporale limitata
- 2) indicatori specifici per patologia
 - a) nomenclatura e funzione di descrizione ricavabili dalle basi dati strutturate già disponibili su supporto elettronico e/o da un processo di costituzione del dato progettato e governato dai *disease management team* (DMT)
 - b) entità valutata: il PDTA (percorso diagnostico terapeutico assistenziale) trasversale alle unità operative
 - c) dimensione temporale estesa.

Stato attuale e linee prioritarie di intervento

Indicatori di carattere generale: la disponibilità di informazioni strutturate adeguate per l'elaborazione di indicatori di esito del trattamento ospedaliero è ridotta e limita pertanto il numero di tali indicatori. L'Istituto ha sviluppato o ha in corso di sviluppo i seguenti indicatori:

- percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per la stessa categoria diagnostica principale così come individuata dal sistema di classificazione DRG rel.24
- percentuale di rientri non programmati in sala operatoria durante il ricovero o in ricoveri successivi
- percentuale di ripresentazioni al DEA entro 7 giorni per lo stesso problema principale così come classificato nel flusso del debito informativo di PS
- tasso standardizzato di mortalità intraospedaliera e a 30 gg dalla dimissione.

Tutti questi indicatori sono affetti da numerosi fattori di confondimento, alcuni dei quali controllabili con la standardizzazione come nel caso del tasso di mortalità, altri non controllabili e tanto più rilevanti quanto più si allunga la dimensione temporale; per questo motivo il riscontro del fenomeno non supera di regola i 30 giorni.

Hanno inoltre una incidenza attesa molto variabile a seconda della patologia e per lo più molto bassa per cui la loro significatività statistica è rilevante solo su grandi numeri; ne consegue, come indicato in premessa, che possono essere utilizzati solo per la valutazione di struttura.

Indicatori specifici per patologia: in questo settore l'Istituto sta sviluppando alcuni indicatori derivanti, come quelli di carattere generale, dalle informazioni strutturate su supporto elettronico ed altri derivanti da basi dati progettate "ad hoc" dai DMT; la linea prioritaria di intervento è l'area oncologica:

- da informazioni strutturate:
 - curve di sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi secondo Kaplan Meyer, suddivise per macro categorie nosologiche di neoplasie secondo il modello Nocchiero, stratificate per i principali confondenti
 - analisi dei percorsi per *setting* assistenziale nei 5 anni conseguenti alla diagnosi suddivisa per macro categorie nosologiche di neoplasie secondo il modello Nocchiero
- da basi dati "ad hoc" secondo il seguente approccio:
 - individuazione degli *step* fondamentali nella gestione della patologia: prescrizioni, attività e tempi, corrispondenze attività/ruoli
 - individuazione risultati intermedi attesi
 - individuazione risultati finali attesi
 - individuazione delle informazioni e delle modalità di reperimento delle stesse
 - individuazione delle priorità (per rilevanza, pertinenza, sostenibilità, controllabilità, riproducibilità e validità)
 - costruzione della funzione di descrizione
 - costruzione della funzione di valutazione.

Azioni del piano strategico

Per gli indicatori di carattere generale, l'Istituto – nell'arco temporale del Piano strategico - intende:

- 1) proseguire il monitoraggio degli eventi ripetuti e completarne l'inserimento nella BSC del prossimo anno con obiettivi personalizzati per unità operativa
- 2) pubblicare entro l'anno nel cruscotto direzionale i dati relativi alla mortalità intraospedaliera ed a trenta giorni
- 3) effettuare nel corso del secondo anno un *audit* sulle aree critiche partendo dagli *outliers* maggiori.
- 4) individuare per il terzo anno specifici obiettivi per la riduzione della mortalità ed inserirli nella BSC.

Per gli indicatori specifici per patologia, intende:

- 1) pubblicare entro l'anno nel cruscotto direzionale i dati sulle curve di sopravvivenza per patologia e quelli relativi ai percorsi assistenziali nel quinquennio post-diagnosi
- 2) effettuare entro il secondo anno un *audit* sulle curve di sopravvivenza ed analizzare nel dettaglio i percorsi assistenziali nel quinquennio post-diagnosi per individuare inappropriatezze o inadeguatezze rispetto al fabbisogno
- 3) implementare entro il secondo anno la stratificazione delle curve di sopravvivenza per tipo di trattamento ed eseguirne successivamente l'*audit*
- 4) completare entro l'anno da parte dei DMT gli indicatori da basi dati "ad hoc"
- 5) entro il secondo anno procedere alla elaborazione degli indicatori con successivo *audit*.

4.E I SERVIZI

4.E.1 Radiologia

L'organizzazione della moderna Radiologia si avvale di apparecchiature sempre più performanti e in grado di orientare le procedure diagnostiche e interventistiche in modo da soddisfare le necessità del paziente che cambiano a seconda dei diversi quadri patologici e dell'età spesso avanzata. A titolo esemplificativo, in regime di pronto soccorso sarà fondamentale avere apparecchiature altamente performanti per pazienti poco collaboranti e a volte critici, in regime oncologico sarà necessario avere e usare la tecnologia adatta a garantire l'*imaging* diagnostico con le funzionalità maggiormente avanzate con lo scopo di poter predire la risposta o la non-risposta alle costose terapie oncologiche (vedi perfusione in TC, RM *whole-body* e spettroscopia per le applicazioni *body*). In accordo con le attuali linee Europee, l'Istituto indentificherà

gruppi di lavoro specializzati nelle diverse branche della Radiologia (Oncologica, Senologica, Interventistica, Emergenza, etc..) e integrerà tali professionalità nelle attività cliniche e di ricerca dell' Istituto. Inoltre verrà curata e potenziata l'attività di ricerca clinica radiologica con lo scopo di allinearsi agli standard europei e di ottimizzare le risorse a livello locale. La logica è quella di rendere sostenibile ed efficace il settore dell' *Imaging Diagnostico* .

Obiettivo del Piano:

- 1) Implementare gli *standard* delle macchine in dotazione alla Radiologia
- 2) Identificare gruppi di studio specializzati nelle diverse branche della Radiologia secondo le indicazioni ESR (*European Society of Radiology*)
- 3) Implementare l'attività di ricerca clinica radiologica con lo scopo di allinearsi agli standard Europei e di ottimizzare a livello locale le risorse.
- 4) Creazione di una *Breast Unit* entro il 2016 come da delibera dal Ministero della Salute del 18.12.2014.

4.E.2 Medicina di Laboratorio

L'applicazione nella pratica clinica delle nuove frontiere della medicina (medicina personalizzata, epigenetica, diagnosi precoce delle malattie a carattere ereditario, prevenzione e controllo delle patologie proliferative neoplastiche, monitoraggio delle patologie croniche e prevenzione delle loro complicanze, ecc.) si basa sempre più su test di laboratorio ad elevata complessità nel campo della genomica, della proteomica, della farmacogenomica, della metabolomica, ecc.,

La riorganizzazione della diagnostica di laboratorio si focalizza sul raggiungimento di 2 obiettivi strategici:

1. **RAZIONALIZZAZIONE:** Riduzione e ottimizzazione dei costi attraverso interventi di consolidamento delle attività diagnostiche e di massimo utilizzo delle risorse dell'*Information & Clinical Technology* (ICT)
2. **QUALIFICAZIONE:** ridefinizione delle competenze specialistiche mediante l'identificazione di centri di eccellenza inseriti in modelli "*hub and spoke*".

La necessità di ridefinire gli spazi dedicati all'area delle diagnostiche di laboratorio, consolidandole in un'unica sede, ha portato alla definizione di un progetto che prevede la costruzione di un edificio nella parte retrostante il monoblocco, ex-area cucine. Lo scopo è quello di promuovere la qualità modulando i servizi sulla scorta dei bisogni assistenziali estrinsecati nel nuovo atto aziendale, annullando diseconomie organizzative e la parcellizzazione dei processi.

Obiettivo del Piano:

Modernizzazione ed adeguamento della diagnostica di medicina di laboratorio e della patologia clinica agli standard assistenziali e di ricerca dell'Istituto.

4.E.3 Anatomia patologica e diagnostica cellulare e molecolare

L'organizzazione della moderna anatomia patologica comporta il sostegno di attività ancillari, come la diagnostica cellulare citofluorimetrica e la diagnostica molecolare, le quali spesso fanno parte integrante del processo diagnostico. Ad esempio, è oggi impensabile formulare la diagnosi di carcinoma del colon senza determinare le mutazioni geniche del gene K-ras utilizzato dalle cellule neoplastiche, determinazione essenziale per decidere la terapia o meno con farmaci biologici. Ugualmente, è difficile pensare ad una diagnosi di linfoma T in assenza della determinazione.

Queste determinazioni molecolari su DNA sono oggi limitate ad un numero relativamente ristretto di geni e spesso sono state iniziate/determinate in laboratori impegnati per lo più nella ricerca. Tuttavia, il numero dei geni mutati da analizzare si va progressivamente estendendo nelle singole patologie, soprattutto perché si tende a misurare le mutazioni non di geni singoli ma di geni appartenenti a intere *pathways* attivate da un solo recettore. Ad esempio, nel carcinoma del colon il *trend* futuro sarà quello di determinare le mutazioni di k-ras assieme a quelle di altri geni che come K-ras vengono attivati lungo la *pathway* iniziata dall'incontro sulla membrana cellulare dell'*epidermal growth factor* con il suo recettore. Questa tendenza determina l'obbligo di fornire le mutazioni possibilmente presenti nei geni di diverse *pathways* "dipendenti" da un singolo recettore.

Di conseguenza l'Istituto deve essere in grado di organizzare piattaforme diagnostiche specializzate nel determinare la integrità o meno di queste catene di geni. In questo tipo di organizzazione richiede inoltre

che i laboratori di patologia molecolare che conducono tali esami debbano essere certificati per la diagnosi molecolare e specificamente per la diagnosi di ogni singolo gene e/o *pathway*.

Pertanto è indispensabile definire uno o più gruppi dedicati alle prestazioni richieste per queste piattaforme, il cui costo deve gravare sulle prestazioni assistenziali dell'Istituto stesso. L'Istituto può poi richiedere un rimborso regionale qualora le prestazioni stesse vengano erogate secondo le modalità e con le certificazioni sovra-elencate. Questi requisiti diagnostici vengono anche richiesti dagli *sponsors* per i pazienti da arruolare nei *trials* clinici.

La struttura che si prende carico delle piattaforme deve essere in grado di interfacciarsi con le anatomie patologiche, dato che è dovere del patologo la selezione del frammento/fettina da analizzare. Questo campione deve essere arricchito in cellule neoplastiche per non correre il rischio di creare falsi negativi dovuti alla predominanza di cellule normali nel campione. Inoltre, queste unità di "piattaforma" devono prendersi carico della conservazione dei DNA dei pazienti e metterli a disposizione per ulteriori indagini da compiersi da parte dei laboratori di ricerca. Infine, questi gruppi di piattaforma devono occuparsi della acquisizione/manutenzione/efficienza degli strumenti di analisi del DNA per quanto possibile da tenersi distinti dalle attrezzature di ricerca, tenendo presente che i due gruppi di attrezzature (per diagnostica e ricerca) afferiscono a *budget* diversi.

Analoghe considerazioni possono essere fatte per la diagnostica citofluorimetrica, che si affianca e talvolta può sostituire le analisi anatomo-patologiche dei campioni come, ad esempio, nel caso di pazienti leucemici con poche cellule neoplastiche circolanti. La diagnostica citofluorimetrica può essere convenientemente usata per monitorare gli effetti della terapia, ad esempio calcolando la minima dose di cellule neoplastiche rimanenti in circolo dopo una terapia per una leucemia. Anche nel caso della citofluorimetria, si può parlare di piattaforme specifiche per la diagnostica/classificazione di diverse patologie (leucemie acute, malattie linfoproliferative, sindromi mieloproliferative etc.).

Anche in questo caso, queste piattaforme vanno affidate a professionisti specificamente dedicati alla diagnostica e distinti da coloro che fanno ricerca. Questi professionisti, oltre al compito menzionato sopra di interfacciarsi con i patologi per arrivare a soluzioni diagnostiche comuni e a conservare il materiale per futuri studi, devono interfacciarsi con i citogenetisti in quanto la citogenetica con tecniche FISH è un indispensabile strumento in svariate condizioni patologiche.

Obiettivo del Piano:

Formazione di piattaforme diagnostiche di biologia molecolare e citofluorimetriche che servano da ponte fra ricerca e clinica e favoriscano lo sviluppo dell'Istituto in linea con gli Istituti Europei più avanzati per quanto riguarda l'aggiornamento, l'appropriatezza e la certificazione di queste metodiche.

5 OBIETTIVI STRATEGICI DELLA RICERCA

5.A EVOLUZIONE DELLE LINEE DI RICERCA CORRENTE ONCOLOGICA

La ricerca oncologica dell'IST e del San Martino è stata caratterizzata da un atteggiamento ed una strategia di tipo "*bottom-up*"; in altri termini, precedentemente le proposte dei progetti scaturivano dai singoli gruppi, i quali spesso concorrevano a trovare le risorse finanziarie per lo svolgimento dei progetti stessi.

Questa modalità è stata mantenuta anche dopo la fusione dei due enti, tanto da riflettersi nella scelta delle linee di ricerca corrente depositate presso il Ministero della Salute (ricerca sanitaria, rapporti ospite tumore, ottimizzazione personalizzazione delle strategie terapeutiche). Queste linee risultano ampie nella loro definizione e permettono di inserirvi vari tipi di progetti di diversa patologia.

L'approccio *bottom-up* facilita ovviamente la creatività individuale e può condurre all'apertura di inaspettati filoni di ricerca, ma ha un aspetto negativo in quanto può comportare dispersioni in caso di progetti che non giungono all'approvazione, perché non di successo. Inoltre, questo tipo di approccio risulta più adatto ad una ricerca di base piuttosto che non ad una ricerca traslazionale, spesso eseguita su campioni di pazienti piuttosto che su modelli sperimentali in vivo o in vitro. La ricerca traslazionale comporta per sua natura una meticolosa pianificazione sia del lavoro clinico che di quello sperimentale che spesso deriva da osservazione cliniche ed una divisione dei compiti precisi fra chi fa clinica, chi fa diagnostica e chi fa ricerca vera e propria.

Infine una organizzazione di tipo *bottom-up* inevitabilmente conduce alla formazione di piccoli gruppi di ricerca, ciascuno concentrato sul suo progetto che può risultare di scarso respiro per l'esiguità delle forze in campo dei singoli gruppi.

Sulla base di tali considerazioni, per ottimizzare le risorse oggi disponibili e volendo mantenere livelli di eccellenza in alcuni settori strategici per il futuro, appare opportuno un cambio di strategie della ricerca dell'IRCCS in generale e di quella oncologica più in particolare.

Specificamente è necessario procedere a modifiche dell'organigramma in modo tale da creare gruppi di ricercatori maggiormente coesi e cooperanti. Inoltre, occorre identificare la struttura delle *core facilities*, alla quale dovranno essere dedicate risorse adeguate ed ove dovranno essere concentrate le tecnologie più avanzate da rendere disponibili per la ricerca e la diagnostica di alto livello, deputata a funzionare in maniera autonoma ed al servizio dei diversi gruppi di ricerca a vari livelli di tecnologici (ad es. piattaforme diagnostiche di biologia molecolare e citofluorimetria, piattaforme di ricerca per separazioni cellulari, sequenziamento di DNA e sperimentazioni animali) attraverso modalità condivise e trasparenti. Infine, occorre concentrare le forze su obiettivi ben precisi focalizzati su tematiche attuali riguardanti precise patologie di organo (ad es. tumori del polmone, della mammella, del colon o leucemie).

Il fine ultimo di questa strategia è quella di rafforzare la qualificazione dell'Istituto a livello nazionale e internazionale su determinate patologie sulle quali esercitare attrazione di pazienti e di ulteriori finanziamenti.

Un discorso a parte merita l'epidemiologia, la quale si è tradizionalmente sviluppata nel nostro Istituto diversamente da ciò che è accaduto in altre Istituzioni Italiane o straniere. Questa ricerca epidemiologica, che oggi per le sue attività, si potrebbe meglio definire come ricerca sanitaria poiché comprende anche ricerche di tipo organizzativo sulla cura del paziente oncologico terminale, merita di essere sviluppata anche per i suoi riflessi sociali e ambientali. Per le sue caratteristiche e i suoi costi, il peso dello sviluppo di questa ricerca andrebbe suddiviso in *joint-venture* con altre Istituzioni regionali come ARPAL o Regione stessa.

Obiettivo del Piano:

- 1) Focalizzare le linee di ricerca corrente ministeriale oncologica su tematiche attuali riguardanti patologie di organo quali tumori del polmone, della mammella, del colon o leucemie.
- 2) Sviluppare la ricerca epidemiologica evolvendola come ricerca sanitaria tenuto conto della sempre maggiore attenzione alle ricerche di tipo organizzativo sulla cura del paziente oncologico terminale, con riflessi sociali e ambientali.
- 3) Creare gruppi di ricerca maggiormente coesi e cooperanti.

5.B SVILUPPO LINEE DI RICERCA NON ONCOLOGICHE

5.B.1 Area delle Neuroscienze

Le Neuroscienze rappresentano un settore in forte sviluppo nel quale la sfida è costituita dalla necessità di una sintesi che comprenda lo sviluppo delle nuove tecnologie (risonanza magnetica e genomica/proteomica, ad esempio), nuove terapie innovative (farmaci biologici) e personalizzazione delle cure. I filoni portanti della ricerca nell'ambito delle neuroscienze sono consolidati ed in forte sviluppo; le aree di principale interesse riguardano: la neuroimmunologia clinica (sclerosi multipla, con particolare riferimento ai trapianti cellulari), le malattie neurodegenerative (demenza e morbo di Parkinson) e neuromuscolari, le malattie cerebrovascolari (con particolare attenzione alla neuroradiologia interventistica), le neoplasie cerebrali ed i disturbi dell'umore.

Gli assi strategici sono rappresentati dalla valorizzazione dei modelli sperimentali a rapido trasferimento nella clinica, l'attenzione per la fragilità del paziente che invecchia con malattie neurologiche ed il recupero funzionale del danno cerebrale.

L'azione in senso multidisciplinare si svilupperà anche attraverso l'utilizzo di tecnologie appositamente implementate (risonanza cerebrale per lo studio, ad esempio, della connettomica, PET (*Positron Emission Tomography*) per la valutazione di indici di invecchiamento cerebrale e di patologie neurodegenerative).

Di particolare rilievo assumerà la collaborazione con l'area Neuroscienze della Fondazione Istituto Italiano Tecnologia (IIT), sfruttando i nuovi assetti logistici che prevedono la riorganizzazione integrale e l'installazione di nuovi laboratori presso l'edificio IST Nord.

5.B.2 Vascolare

L'area vascolare è sempre stata orientata all'attività di ricerca che nel triennio di riferimento punterà particolarmente sulla caratterizzazione molecolare e funzionale, mediante studi in vitro e clinici in vivo, dei processi alla base della disfunzione endoteliale e delle patologie cardiovascolari attraverso l'analisi dell'espressione di molecole coinvolte nel processo infiammatorio, nel rimodellamento tissutale e nella regolazione dell'espressione genica (microRNA) e la valutazione clinica di pazienti affetti da patologie cardiovascolari allo scopo di identificare *target* molecolari utilizzabili per la cura e la prevenzione di queste patologie. In quest'ottica prosegue la conduzione di studi volti alla valutazione in vitro di composti naturali antiossidanti ad azione vasoprotettiva e di nuovi *scaffold* ingegnerizzati per la creazione di bioprotesi vascolari biodegradabili ad attività riendotelizzante, antitrombogenica e anticalcifica.

Accanto alle ricerche di biologia vascolare viene svolta una intensa attività di ricerca clinica che spazia dalla valutazione di metodiche innovative di trattamento chirurgico delle patologie vascolari, agli studi di efficacia di nuovi farmaci, all'utilizzo delle cellule endoteliali.

5.B.3 Supportive care

Un buon *outcome* chirurgico non può prescindere dalla compresenza e sinergia fra anesthesiologia, terapia intensiva e terapia antalgica, anche tenuto conto che i pazienti che giungono al tavolo operatorio sempre di più appartengono a popolazione di fascia anziana, con molte comorbidità e quindi particolarmente fragili. L'Istituto applica da tempo la medicina perioperatoria, disciplina che pone il paziente al centro del percorso chirurgico inteso non in modo settoriale o specialistico, ma in una visione multidisciplinare delle varie componenti mediche che partecipano in *team* alla cura del paziente medesimo.

In particolare l'anesthesiologia si compone di diverse aree di interesse in vari settori clinici che vanno dalla preparazione pre-abilitazione del paziente candidato all'intervento, al gesto anesthesiologico propriamente detto nella fase operatoria e la cura della fase post-operatoria nell'immediato post-operatorio e in fase prolungata in terapia intensiva, come pure nelle attività di didattica e di ricerca: Anestesia, Medicina della Emergenza, Terapia Intensiva e Terapia del Dolore. In Istituto è stata sviluppata una strategia di collaborazione che ha permesso la realizzazione di una notevole attività di ricerca scientifica riguardante aspetti clinici sperimentali nell'ambito sia della Anestesia che della Terapia Intensiva.

Tale attività di ricerca ha prodotto risultati scientifici che hanno avuto ed avranno nel prossimo futuro una notevole ricaduta clinica per diverse tipologie di pazienti inclusi quelli affetti da differenti patologie tumorali. Infatti, gli studi in Anestesia hanno incluso almeno il 60-70% di pazienti sottoposti ad interventi chirurgici per patologia tumorale, mentre quelli in Terapia Intensiva hanno incluso almeno il 30% di pazienti ricoverati con patologia tumorale.

5.B.4 Area medicina interna e specialità mediche

L'area internistica e delle specialità mediche si caratterizza per una intensa attività di ricerca nelle seguenti principali aree disciplinari:

- a) malattie dell'apparato respiratorio
- b) malattie gastroenterologiche
- c) malattie internistiche
- d) malattie endocrinologiche
- e) patologie cardiologiche
- f) farmacologia
- g) patologie reumatologiche
- h) progetti relativi all'area oncologica
- i) patologie nefrologiche

I filoni portanti della ricerca nell'area internistica sono consolidati; nel triennio di riferimento saranno particolarmente implementati progetti di ricerca clinica e pre-clinica in tutte le diverse aree sopra indicate con l'obiettivo di sviluppare terapie avanzate e biotecnologiche e trasferire al paziente le metodiche diagnostiche e le strategie terapeutiche innovative.

5.C GOVERNANCE DELLA RICERCA PROPRIA DELL'IRCCS

Come detto in precedente paragrafo, l'organizzazione di ricerca del pregresso istituto scientifico era di tipo *bottom-up* con una forte spinta propulsiva proveniente dai singoli gruppi e relativamente poche indicazioni direzionali sia strategiche che tattiche. Questo atteggiamento, alla lunga, comporta una frammentazione dei gruppi di ricerca e una scarsa efficacia sul raggiungimento degli obiettivi utili per l'Istituto, i quali possono perdere la loro iniziale massa critica.

Per rimediare a questa situazione, ricompattando la struttura dei gruppi di lavoro, appare necessario proporre progetti di Istituto, anche attraverso l'utilizzo dei fondi per la ricerca finanziati con il "5 per mille", ai quali collaborino più ricercatori in una ottica multidisciplinare.

Questa strategia mira a:

- favorire una collaborazione su tematiche a vasto respiro sulla base di una pianificazione/gestione della ricerca
- indirizzare i ricercatori su tematiche più traslazionali e organo-specifiche (ad es. tumori del polmone, del tratto gastro-enterico, linfomi)
- creare sinergie tra le diverse attività di ricerca svolte presso l'Istituto mediante l'individuazione di modalità operative condivise
- rafforzare le *core facilities*, con la messa in comune di *know-how*, tecnologie e relative strumentazioni.

Con un approccio di questo genere è anche possibile indirizzare i ricercatori verso una forma di ricerca più traslazionale, consona ad un IRCCS, invertendo la tendenza dei clinici a concentrarsi di più sulla ricerca basata su trial clinici e quella dei ricercatori a focalizzarsi su problematiche di base. Per attuare questa strategia, appare necessario un ottimale funzionamento dei DMT, sia come punto di raccolta di casistica ben studiata che come punto di incontro dei ricercatori con i clinici.

Per migliorare la *governance* e la qualità della ricerca propria dell'IRCCS occorre un controllo maggiore delle proposte di ricerca da inviare ai potenziali enti finanziatori con uno sforzo congiunto di tutti per unire le forze e non solo in occasione della presentazione delle domande, ma anche in seguito nella realizzazione delle ricerche.

Un altro capitolo che impone una revisione della *governance* della ricerca è costituito dalla creazione di *core facilities* più autonome ed efficienti. Con l'avvento di tecnologie sempre più sofisticate, quali quelle di *FACS sorting* o di sequenza del DNA, appare pressante l'individuazione di *core facilities* che garantiscano l'accesso alle strumentazioni ad un numero elevato di ricercatori.

Nell'ottica di una diminuzione delle spese della ricerca, appare evidente che si debba procedere anche ad una razionalizzazione delle strumentazioni in dotazione ai vari laboratori evitando doppioni di strumenti relativamente poco usati, magari con elevate spese di manutenzione, facilitando la dismissione di strumenti in via di obsolescenza e incoraggiando l'uso comune di apparecchi come *real time-PCR* o citofluorimetri.

Sono necessari anche alcuni cambiamenti di tipo gestionale quale la creazione di un sistema di budget della ricerca che permetta di garantire il funzionamento delle *core facilities*, di pianificare una loro eventuale espansione ed anche la copertura di progetti di Istituto.

Per un funzionamento di questo genere, che prevede una maggiore integrazione dei ricercatori presenti nel campus, si ribadisce l'importanza di avere un coordinamento dell'attività dei DAI e della ricerca in genere dell'IRCCS con quella che viene condotta nei DU, in modo da sfruttare al massimo le potenziali sinergie. In questa ottica si potrebbe anche incoraggiare i DU a partecipare alla ricerca di Istituto, studiando delle modalità *ad hoc* per il finanziamento della componente universitaria.

5.D TRASLAZIONALITÀ DELLA RICERCA

Una buona parte della ricerca appropriata per un IRCCS deve necessariamente essere di tipo traslazionale; questa constatazione vale non soltanto per la ricerca oncologica, per la quale l'Istituto ha ottenuto il riconoscimento scientifico, ma anche per ricerche in altre specialità medico chirurgiche presenti in Istituto. L'opportunità di condurre ricerca traslazionale viene offerta soprattutto dalla grande casistica di pazienti e dalla conseguente facilità di impostare studi sui meccanismi di malattia affrontabili sul materiale proveniente dai pazienti, grazie anche ai micrometodi di indagine oggi a disposizione.

La ricerca traslazionale deve comprendere anche gli studi clinici controllati, che non devono riguardare soltanto le fasi due e tre, come avviene oggi nella maggior parte dei casi, ma potrebbe comprendere anche studi di fase uno, fattibili in Istituto con una più razionale e, probabilmente meno affannata, gestione dei posti letto. Fra l'altro una estensione degli studi clinici alle fasi uno (non necessariamente oncologiche) permetterebbe un "salto di qualità" anche agli occhi dell'industria, che certamente potrebbe essere favorevole alla collaborazione sulle fasi due e tre. Questa ricerca traslazionale potrebbe essere valorizzata ed integrata dall'approfondimento di argomenti di base, soprattutto sviluppando sinergie con la parte non-convenzionata (pre-clinica) dell'Università e con altri Enti.

La conduzione di una ricerca traslazionale ottimale prevede alcuni presupposti irrinunciabili, costituiti principalmente dalla qualità della casistica clinica e dalle strette interazioni fra clinici e ricercatori.

Molta della ricerca traslazionale sui meccanismi di malattia si fonda non solo sulla possibilità di avere una ampia casistica ben studiata e caratterizzata per tutti i parametri clinici caratteristici di una buona diagnosi. Ad esempio, per chi studia i linfomi sarà importante non solo avere a disposizione materiale da molti pazienti, ma di avere pazienti che sono già stati investigati per le principali caratteristiche citologiche, di marcatori di membrana e molecolari sulla base di pannelli pre-stabiliti, come si è accennato in altra parte di questo piano.

A questo scopo devono essere approntate/completate tutte piattaforme di metodiche FISH (*Fluorescent in situ hybridization*), di citofluorimetria e di biologia molecolare di cui si è trattato in altra sezione di questo piano. Se, invece, il ricercatore viene per così dire lasciato solo a determinarsi tutti questi parametri necessari, allora la ricerca verrà terribilmente rallentata da una inutile dispersione. Discorsi analoghi valgono per pazienti con patologie neoplastiche, ma anche di altra natura, perché la necessità di avere piattaforme tecnologiche sofisticate ma routinarie si va velocemente affermando in tutta la medicina, indipendentemente dal tipo di specialità considerato.

L'interazione fra clinici e ricercatori è in parte favorita dalla istituzione dei DMT, nei quali, per regolamento, vengono trattati anche gli aspetti della ricerca. Certamente, appare sempre più evidente la necessità di estendere la metodica DMT ad altre patologie, anche non oncologiche, in modo da introdurre una consuetudine di lavoro che faciliti sia la attività di ricerca che quella clinica.

Una particolare annotazione meritano gli aspetti didattici. Fermo restando che la maggioranza della attività e della organizzazione didattica è di competenza istituzionale dell'Università e che l'IRCCS deve contribuire a questa attività fornendo tutto l'appoggio, anche logistico, vi sono tuttavia alcuni punti degni di nota e di implementazione. Ad esempio, il metodo di lavoro dei DMT si fonda sul concetto che le interazioni multidisciplinari fra i medici, fin dalle fasi iniziali della malattia, favoriscono il corretto inquadramento sia della patologia che della relativa terapia. Questi concetti moderni possono venir facilmente trasmessi ai giovani (soprattutto a livello di medici in formazione specialistica, ma verisimilmente anche a livello di studenti di Medicina) facilitando la frequenza alle riunioni dei DMT e dall'illustrazione del metodo di lavoro. Nell'ambito di questa attività i giovani possono anche apprezzare i vantaggi della disponibilità di consulenti come radiologi e patologi e della necessità di poter usufruire di moderne piattaforme diagnostiche. L'insegnamento si gioverebbe certamente dell'estensione del metodo DMT anche ad altre patologie non oncologiche.

Un discorso a parte, e nondimeno molto importante, è costituito dalla formazione del personale sanitario (biologi, chimici, farmacisti); questo personale in futuro verrà a costituire buona parte dell'organico della ricerca e della diagnostica avanzata in Istituto. Mentre i medici hanno un percorso *post-lauream* costituito dalla specializzazione (che in certi casi può essere seguito anche dal dottorato), che indubbiamente facilita

la successiva immissione nel mondo del lavoro e per l'IRCCS può rappresentare una importante fase di selezione, quello del personale sanitario è molto più tortuoso.

Per alcuni, si aprono le porte ai corsi di dottorato, i quali forniscono un buon *training* per la ricerca, ma allo stato attuale non offrono un titolo valido per la eventuale assunzione nel SSN; per altri vi è la possibilità di accedere ad un corso di specializzazione, che tuttavia non offre gli stessi vantaggi anche se fornisce un titolo necessario per l'accesso ai ruoli del SSN.

Molti, infine, non rientrano nei programmi di dottorato o di formazione specialistica e si inseriscono nel mondo del lavoro, ad esempio con contratti di collaborazione in laboratori dell'IRCCS. Tale tipologia di contratto, pur rappresentando una buona occasione per un training tecnologico di alto livello, è caratterizzata dalla saltuarietà e brevità e dalla conseguente mancanza di un programma di training. E' chiaro che la problematica riguardante il reclutamento delle generazioni future vada affrontata in un'ottica di strategia generale con regolamenti che da una parte facilitino il reclutamento e la selezione del personale, e dall'altra disegnino delle *pathway* di carriere possibili tali da far emergere i più meritevoli, senza penalizzare troppo gli altri che, una volta acquisite sofisticate tecnologie, potrebbero essere dirottati su aree più metodologiche delle piattaforme diagnostiche o dei *core services*. Chiaramente per una tale operazione di pianificazione appare necessaria una stretta collaborazione con l'Università anche attraverso specifici accordi.

5.E FINANZIAMENTO DELLA RICERCA DELL'IRCCS

5.E.1 Budget della ricerca

Il budget della ricerca è composto da *items* differenti, nel senso che vi sono alcune spese fisse, altre più o meno espansibili che ricadono sotto il controllo diretto dell'Istituzione e altre che invece ricadono indirettamente sotto il controllo dell'Istituto in quanto vengono gestite dai ricercatori che hanno contribuito al loro reperimento.

Le prime due voci ricadono in gran parte nel capitolo ricerca corrente ministeriale e sono prevalentemente dedicate alla copertura del personale ricercatore; altre spese, praticamente incompressibili, sono rappresentate da manutenzione di strumenti, edifici e quant'altro. Tuttavia, è importante costruire un sistema di budget della ricerca al fine di consentire una migliore organizzazione e gestione delle risorse che possa garantire spazi per implementare il parco strumenti e sviluppare nuove iniziative di ricerca. A questo proposito, è importante notare che al momento le domande per nuove acquisizioni di strumenti per la ricerca, in assenza di specifici finanziamenti, rischiano di essere penalizzate rispetto a quelle più impellenti per le necessità dell'attività clinica.

La voce ricerca finalizzata è controllata più dai ricercatori che dall'Istituto, che esercita una sorta di generale supervisione. Tuttavia, anche un controllo di queste spese in un'ottica di sistema, nell'ambito di un budget generale della ricerca, permetterebbe di suggerire iniziative utili per tutti, quali quelle costituite dalla realizzazione di economie di scala con l'acquisto/utilizzazione comune dei reagenti, dalla stipula di contratti di leasing o in service comuni e da accordi di esternalizzazione di certe attività (ad esempio, fornitura di *Next generation sequencing* a livello di genoma).

Obiettivo del Piano:

Predisporre un sistema integrato di *budget* della ricerca con progressiva applicazione del sistema nell'arco del triennio.

5.E.2 Fund raising

Il discorso *budget* non può prescindere da una strategia per la acquisizione di fondi. Come già detto in precedenza, un incremento del budget della ricerca finalizzata, finanziata da vari enti e Istituzioni, dipende prevalentemente dalla valenza delle proposte di ricerca. Qui, vi è un margine di miglioramento dato dalla possibilità di promuovere la cooperazione intra e intergruppo all'interno dell'Istituto, con produzione di richieste di maggior spessore. Lo stesso discorso può valere per le domande di finanziamento alla Comunità Europea e ad altre Istituzioni Europee e Internazionali.

In questo caso, oltre al rafforzamento interno, è necessario provvedere anche ad un rafforzamento delle relazioni locali, con le Industrie e la Regione, per esempio nell'ambito di strutture come i Poli di Ricerca, e internazionali. A questo scopo si stanno approntando accordi con variate Istituzioni straniere ed è opportuno in futuro intensificare gli scambi di ricercatori, che sono poi quelli che cementano i legami fra Istituti.

Un discorso finale merita l'acquisizione del cosiddetto fondo cinque per mille, che era piuttosto consistente nel pregresso Istituto in quanto le piccole dimensioni facilitavano la fidelizzazione dei pazienti e familiari anche per la atmosfera cordiale che si veniva a creare, nonostante la drammaticità delle situazioni patologiche da trattare. Le dimensioni del nuovo Istituto hanno diluito questa atmosfera, pertanto l'attrazione dei pazienti e la fidelizzazione di pazienti e famiglie deve essere ricostruita usando tecniche di comunicazione classiche con le quali si possano mettere in evidenza sia i meriti clinici dell'Istituzione che i progressi e i risultati in campo scientifico.

Obiettivo del Piano:

Promuovere la cooperazione intra e intergruppo all'interno dell'Istituto, nonché le relazioni esterne attraverso accordi collaborativi con enti nazionali ed internazionali.

5.F MISURABILITA' DEI RISULTATI

L'attuazione degli obiettivi descritti ai paragrafi precedenti non può prescindere dalla enucleazione di indicatori di performance anche per l'area scientifica della ricerca. Accanto ai tradizionali indicatori scientifici, peraltro in parte inseriti nel provvedimento regionale di assegnazione degli obiettivi per gli anni 2013-2015, obiettivo del Piano è costituito dall'individuazione di ulteriori indicatori che possano garantire una oggettiva e sistematica misurabilità dei risultati della ricerca sia per la valutazione del singolo ricercatore che delle strutture.

Obiettivo del Piano:

Implementare il sistema di indicatori scientifici.

5.G ORGANIZZAZIONE DELLA DIREZIONE SCIENTIFICA

La direzione scientifica è investita di compiti che possono venire schematicamente sintetizzati in interni ed in compiti esterni, i primi riguardanti la supervisione di funzioni complesse dell'Istituto ed i secondi rivolti all'acquisizione di fondi, contratti ed all'ottenimento di brevetti.

Come peraltro indicato nella D.G.R. n. 988/2012 recante l'approvazione del piano di riqualificazione della ricerca dell'Istituto, tali compiti non devono essere enfatizzati per evitare una struttura di direzione scientifica complessa e "burocratizzata".

La nuova organizzazione della direzione scientifica, definita nel regolamento di organizzazione e funzionamento, "*risponde a due domande complementari e cioè: i) de-burocratizzazione delle procedure connesse con la direzione scientifica ii) maggiore integrazione con la parte operativa dell'Istituto*" (da DGR n. 988/2012).

Nell'arco temporale del presente Piano si procederà alla valutazione dell'effettiva efficacia di tale tipo di organizzazione rispetto agli obiettivi ed alle azioni di sviluppo della *governance* della ricerca e di miglioramento dei prodotti della ricerca, apportando eventuali correttivi nell'ottica di razionalizzazione delle risorse disponibili e miglior utilizzo delle stesse.

Obiettivo del Piano:

Monitorare l'efficacia dell'organizzazione della direzione scientifica ed individuare le azioni correttive conseguenti.

6 LA SOSTENIBILITA'

6.A LA SOSTENIBILITA' ORGANIZZATIVA ED OPERATIVA

La risposta organizzativa alle esigenze dell'Istituto si è fondata, come già detto, sul modello dipartimentale costituito dai DAI volti anche a favorire la graduale realizzazione del modello dell'intensità assistenziale organizzato in aree articolate per intensità di cura e al conseguente livello di complessità assistenziale.

Elemento fondamentale per la definizione del percorso clinico integrato è il *Disease Management Team* (DMT), ma l'applicazione e l'implementazione del nuovo modello organizzativo non può prescindere da una progettazione spaziale e logistica dell'ospedale per aree omogenee di attività.

E' quindi una linea prioritaria di intervento la progettazione e lo sviluppo di condizioni logistiche coerenti e favorevoli l'ottimale applicazione del modello, facilitando il percorso clinico all'interno delle aree omogenee di attività, permettendo l'integrazione delle diverse professionalità e specificità coinvolte nel DMT e garantendo la condivisione delle risorse umane.

Le aree omogenee di attività sono state progettate per consentire il completamento del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale del paziente al loro interno, con miglioramento dell'efficienza gestionale e riduzione dei tempi di processo della filiera assistenziale.

La vocazione oncologica e polispecialistica sia nel campo dell'assistenza che della ricerca ha portato al disegno di un Istituto in cui sono presenti quattro macro aree omogenee di attività:

A. *Area Onco-ematologica (Comprehensive Cancer Center)*, organizzata su quattro padiglioni connessi funzionalmente – Padiglione ex-IST, Pad. Patologie complesse, Isolamento I e II, quest'ultimo dedicato all'attività di ricerca e didattica. Al suo interno troveranno progressiva collocazione le attività degenziali, di *daycare* ed ambulatoriali delle unità operative oncologiche, di medicina interna ad indirizzo oncologico ed ematologiche a diversa intensità di cura e l'ancillare attività radiologica.

B. *Area Chirurgica* in cui saranno concentrate l'attività chirurgica, endoscopica ed interventistica dell'Istituto, integrate e supportate dalle UU.OO. di anestesia e rianimazione, di diagnostica radiologica, di laboratorio e di anatomia patologica. Saranno inoltre presenti in quest'area le UU.OO. mediche ad alta complessità – Cardiologia, Nefrologia, Pneumologia – le cui attività completano il percorso clinico integrato del paziente chirurgico.

Nel padiglione Monoblocco saranno collocate le sale operatorie, le degenze e gli ambulatori delle strutture chirurgiche – cardiocirurgia, chirurgia addominale, epatobilio-pancreatica, oncologica, toracica, vascolare, ortopedia universitaria, otorinolaringoiatria e maxillo-facciale, trapianti d'organo, urologia. Un nuovo blocco operatorio sarà edificato nell'area retrostante al padiglione Monoblocco e ad esso connesso ed andrà ad integrare 10 sale operatorie già attualmente presenti al secondo e quarto piano.

È prevista, inoltre, una piastra endoscopica multidisciplinare, in cui saranno concentrate le attività endoscopiche delle UU.OO. Gastroenterologia ospedaliera ed universitaria, Pneumologia ed Urologia, le cui degenze ed ambulatori troveranno posto all'interno dell'edificio.

C. *Polo di medicina e delle neuroscienze* in continuità con l'Area dell'Emergenza, organizzato su quattro padiglioni tra loro collegati - DEA, Pad. Specialità, Pad. 40 e Pad. 12. La creazione di un collegamento mediante tunnel e trasporto verticale tra il Pad. Specialità ed il Pad. 12 e tra quest'ultimo ed il Pad. 40 consente di creare continuità tra l'Area dell'emergenza e le UU.OO. che ricevono gran parte dell'output del Pronto Soccorso. Il Pad. Specialità - ospitante il polo neurochirurgico e neurologico con al suo interno le strutture di Neuroradiologia, di Chirurgia d'urgenza e di Ortopedia e Traumatologia d'urgenza - sarà connesso con un polo di medicina per acuti a media-alta intensità di cura sito al Pad. 40 e Pad.12, che comprenderà UU.OO. a vocazione internistica, endocrinologica ed immunologica. Il polo di medicina e delle neuroscienze e l'Area dell'Emergenza sono entrambi dotati di servizi di radiologia dedicati.

D. *Area delle attività territoriali e riabilitative*, sita al Pad. Maragliano, dedicata alla Riabilitazione funzionale, all'hospice e al servizio di dialisi. Il progetto in oggetto prevede il trasferimento di parte dell'attività di dialisi oggi presente all'interno del Pad. Monoblocco.

L'organizzazione in macro aree omogenee di attività si sta realizzando anche attraverso il trasferimento delle UU.OO. assistenziali ubicate al di fuori della cinta ospedaliera in padiglioni intramurari, secondo le linee di indirizzo della Regione Liguria.

I vantaggi offerti dalla nuova soluzione organizzativa risiedono principalmente:

- nella razionalizzazione dei percorsi assistenziali con ricollocazione delle UU.OO. secondo criteri di aggregazione di attività omogenee
- nell'esaurimento dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali all'interno dell'area omogenea con vantaggi organizzativi, di *compliance* e di risorse
- nella facilitazione dell'applicazione del modello dell'intensità assistenziale organizzato in aree articolate per intensità di cura con vantaggi organizzativi e di performance, quali sicurezza, efficienza, efficacia ed economicità dell'assistenza
- nella riduzione del rischio clinico attraverso la collocazione in padiglioni più centrali e dotati di maggiori risorse tecnologiche e di reparti ad elevata intensità di cura
- nella facilitazione dell'articolazioni funzionali del DMT e dell'approccio multidisciplinare alla malattia, con ricadute positive sul percorso assistenziale e sulla ricerca clinica e traslazionale
- nella ottimizzazione delle risorse umane grazie alla rimodulazione organizzativa descritta
- nella dismissione di edifici obsoleti dal punto di vista tecnico impiantistico e del *comfort* alberghiero, con razionalizzazione degli oneri economici.

Tale soluzione organizzativa porrà le basi per implementare il modello per intensità di cure che, pur richiedendo cambiamenti organizzativi significativi, risponderà alle esigenze di razionalizzazione delle risorse e di una loro maggiore produttività, attraverso il miglioramento dell'impiego degli spazi ospedalieri, dell'utilizzo dei posti letto e delle risorse umane. La nuova organizzazione consentirà inoltre di perseguire la presa in carico globale del paziente e l'appropriatezza delle prestazioni, attraverso l'impostazione di percorsi diagnostico-terapeutici finalizzati a fornire un'assistenza continua e personalizzata, che garantisca la centralità del malato.

6.B LA SOSTENIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA

Indicatori economico-gestionale e patrimoniali

Indicatori di Economicità			
Descrizione	2011	2012	2013
Ricavi: Valore della produzione al netto dei costi capitalizzati + Disavanzo autorizzato	522.549	508.886	500.149
1. Rapporto percentuale tra totale costi del personale/totale ricavi gestione caratteristica	(243.325/522.549)	(236.832/508.885)	(229.793/500.149)
	46,6%	46,5%	45,9%
2. Costi di beni e servizi / ricavi	(248.869/522.549)	(235.863/508.885)	(235.515/500.149)
	47,6%	46,3%	47,1%
3. Risultato operativo + disavanzo autorizzato / ricavi (ROS)	(24.537/522.549)	(17.986/508.885)	(17.445/500.149)
	4,70%	3,53%	3,49%
4 Rotazione CI : Ricavi /totale attività	(522.549/363.937)	(508.885/347.474)	(500.149/340.925)
	1,44	1,46	1,47

Patrimoniali

5. Grado di indebitamento: debiti/totale passività	(204.952/363.973)	(180.908/347.473)	(143.253/340.925)
	56,32%	52,06%	42,02%
6. Cespiti per addetto (immobilizzazioni/personale di ruolo)	(246.508/4.810)	(234.986/4.703)	(231.844/4.654)
	51.249	49.965	49.816
7. Durata crediti: Crediti/totale attività	(95.019/363.973)	(92.843/347.473)	(88.118/340.925)
	26,11%	26,72%	25,85%
8. Indice di auto copertura: patrimonio/immobilizzazioni	(139.007/246.508)	(143.881/234.986)	(175.633/231.844)
	56,39%	61,23%	75,75%
9. Indice di disponibilità: attivo circolante/debiti	(116.664/204.952)	(112.091/180.908)	(108.975/143.253)
	92,55%	111,46%	145,55%
10. giorni di ritardo di pagamento al 31.12	270	150	90

L'andamento storico degli indicatori economico - gestionali e patrimoniale mostra una continua attenzione dell'Istituto alla razionalizzazione dei costi di produzione da parte dell'Istituto.

Le azioni volte al contenimento dei costi unitari, alla razionalizzazione delle attività da erogare indirizzando le risorse a disposizione negli ambiti della *mission* aziendale, all'appropriatezza ed alla concentrazione per aree omogenee di attività descritte nel presente Piano, consentiranno di creare lo spazio interno necessario per perseguire una coerente politica di sviluppo e di razionalizzazione dei costi, con il conseguente miglioramento degli indicatori di bilancio per triennio 2014-2016.

Il contenimento del costo del personale e del costo di acquisto di beni e servizi, determinato dalle complessive azioni in materia di reclutamento del personale, dall'applicazione della cd. "*spending review*" ai contratti di beni e servizi, dalle azioni di concentrazione dell'attività assistenziale all'interno della cinta ospedaliera e dal perseguimento dell'appropriatezza, ha comportato un miglioramento dell'efficienza aziendale che ha permesso un mantenimento del livello di redditività dell'Istituto (nel triennio 2011-2013 la diminuzione dell'indice del costo del personale e degli acquisti di beni e servizi è stata superiore rispetto a quello dei ricavi).

La redditività lorda dell'Istituto, rappresentata dall'indice di redditività (ROS), risulta essere in lieve diminuzione in quanto il finanziamento (valore della produzione) è legato più a dinamiche di copertura costi che a remunerazione dell'attività; tuttavia l'indice di rotazione del capitale investito dimostra un trend in aumento.

Le politiche finanziarie di riscossione dei crediti e di copertura dei disavanzi pregressi anche a seguito dei fondi erogati dal D.L. n. 35/2013, insieme ad una riduzione dei costi, hanno determinato un sensibile miglioramento nei tempi di pagamento verso i fornitori (da 270 giorni del 2011 a 90 giorni del 2013); ciò ha permesso un accorciamento del ciclo finanziario del circolante con conseguente aumento del livello di liquidità e miglioramento della capacità di far fronte ai debiti utilizzando la disponibilità.

L'entità del capitale fisso per addetto mostra una diminuzione di valore del patrimonio aziendale che troverà miglioramento nel prossimo triennio attraverso il programma di investimenti già approvato con i fondi FSC e attraverso l'indebitamento dell'Istituto.

Un discorso a parte deve essere invece fatto per la riattivazione dell'attività di trapianto di fegato, in quanto l'analisi dei costi per la ripresa di tale attività evidenzia una spesa aggiuntiva di circa € 1,6 milioni/anno. Tale spesa deriva dalla necessità di implementare la dotazione di personale medico (anestesisti e chirurghi) e quella di personale infermieristico, nonché da maggiori oneri derivanti da materiale di consumo e per l'utilizzo delle strutture. Per tali costi, non ricompresi nell'attuale livello del budget costi assegnato, si ritiene necessario uno specifico finanziamento regionale, non potendo considerarli riconducibili agli spazi di miglioramento dei costi di produzione intrapreso.

Con riguardo in particolare agli interventi strutturali descritti nei paragrafi 6A e 7B, si dettaglia nella tabella che segue la stima dei costi e la fonte delle risorse, nonché la previsione temporale di realizzazione degli interventi medesimi.

Tabella – Fonti di finanziamento e cronoprogramma

(da deliberazione IRCCS n. 204/2014 e Deliberazione di G.R. della Liguria n. 600 in data 23.5.2014)

Titolo intervento	Importo lavori	Importo IVA E SOMME A DISPOSIZIONE	TOTALE INTERVENTO	Fondi sviluppo e coesione (FSC)	Art. 71 Stato ed art. 20	Fondi propri (mutuo autorizzato)	Tempi di realizzazione
Nuovo Blocco Operatorio centralizzato	18.000.000,00	3.046.153,85	21.046.153,85	13.716.094,40	7.330.059,45		30.6.2018
Pad. Specialità: Nuova terapia intensiva neurochirurgica e ristrutturazione area degenza	3.000.000,00	507.692,31	3.507.692,31	3.299.290,22		208.402,09	31.12.2017
Pad. Maragliano: ristrutturazione dialisi e nuovi collegamenti orizzontali e verticali	3.000.000,00	507.692,31	3.507.692,31	3.007.692,31		500.000,00	31.3.2018
Polo oncologico: nuova accessibilità ai padiglioni Ist sud-Isolamento I e Patologie complesse e riorganizzazione piastra ambulatori e day hospital oncologico	4.000.000,00	676.923,08	4.676.923,08	3.976.923,08		700.000,00	31.3.2018
Collegamento padiglioni Medicine (12 e	4.500.000,00	761.538,46	5.261.538,46			5.261.538,46	30.6.2018

40) con diagnostica polo emergenza - riqualificazione interna pad. 12							
Totale	32.500.000,00	5.500.000,00	38.000.000,00	24.000.000,00	7.330.059,45	6.669.940,55	

A tali lavori va aggiunta la realizzazione del nuovo edificio per i Laboratori centralizzati descritto in precedente paragrafo, la cui esecuzione è stata affidata con procedura aperta "leasing in costruendo" ex art. 160 bis del D.Lgs.vo n. 163/2006.

6.C LA SOSTENIBILITA' AMBIENTALE

Nelle strutture sanitarie italiane è ancora troppo limitato l'inserimento d'installazioni energetiche alternative; investire questa tendenza deve diventare una priorità assoluta per gli Amministratori e i tecnici delle Strutture Pubbliche. Proprio per questi motivi, l'Istituto (struttura più "energivora" della Regione Liguria) negli ultimi anni ha realizzato diversi interventi per l'utilizzo razionale delle energie primarie e per lo sfruttamento delle fonti energetiche alternative, tutti finalizzati al contenimento dei consumi per salvaguardare le limitate risorse economiche e ambientali. Questa tendenza è in continua evoluzione nel prossimo triennio.

IL SISTEMA PILOTA DI CONDIZIONAMENTO A POMPA DI CALORE GEOTERMICA

Nell'anno 2006 è stato progettato e installato un sistema pilota di condizionamento con pompa di calore geotermica, in collaborazione con il Dipartimento di Ingegneria della Produzione, Termoenergetica e Modelli Matematici della Facoltà di Ingegneria dell'Università di Genova e con il contributo del Parco Scientifico Regionale; il sistema è in funzione da quasi otto anni a servizio dell'asilo nido aziendale collocato al piano terra del Padiglione Santa Caterina: si può affermare che tra estate e inverno mediamente è risparmiato circa il 50% di energia primaria rispetto ad un sistema tradizionale.

La Regione Liguria, come del resto tutte le altre Regioni, non ha impianti geotermici significativi, l'esperienza pilota dell'Istituto potrebbe essere convenientemente utilizzato e integrato per:

- completare la ricerca intrapresa;
- stabilire la convenienza economica e quella energetica;
- perfezionare alcuni aspetti tecnici di installazione e gestione non ancora completamente risolti.

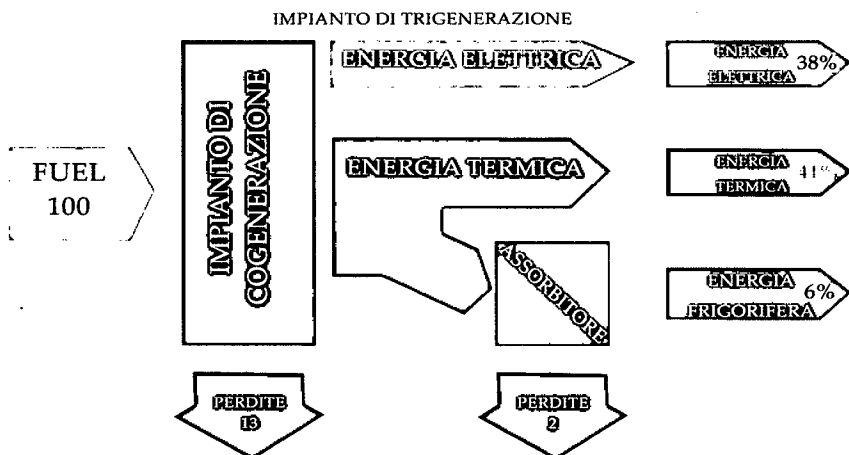
LA CENTRALE DI TRIGENERAZIONE

Dopo una progettazione durata circa un anno, è stato completato e approvato dall'Agenzia Regionale dell'Energia il progetto dell'impianto di trigenerazione; la costruzione è iniziata nell'estate 2012 e ultimata a dicembre 2013. L'energia termica autoprodotta è già utilizzata sia per il riscaldamento/condizionamento, sia per il raffrescamento degli ambienti ottenendo quindi globalmente un ciclo di TRIGENERAZIONE (energia elettrica, termica e frigorifera, prodotte simultaneamente).

Si rispetteranno così le misure prescritte dal Governo in sede di attuazione del Protocollo di Kyoto e dalla Commissione Europea con l'adozione del "Piano di azione per la promozione dell'efficienza energetica nella Comunità europea", e le normative regionali che indicano nella cogenerazione distribuita e nelle fonti rinnovabili le vie per produrre l'energia necessaria a colmare il saldo tra produzione e consumi di energia elettrica.

L'impianto realizzato garantisce un rilevante risparmio di energia rispetto alle produzioni separate di energia elettrica, calore e freddo con sistemi tradizionali, in accordo ai criteri e alle modalità stabiliti dall'Autorità per l'energia elettrica ed il gas nelle varie delibere.

Lo schema che segue rappresenta schematicamente il sistema trigenerativo di cui dispone l'Istituto.

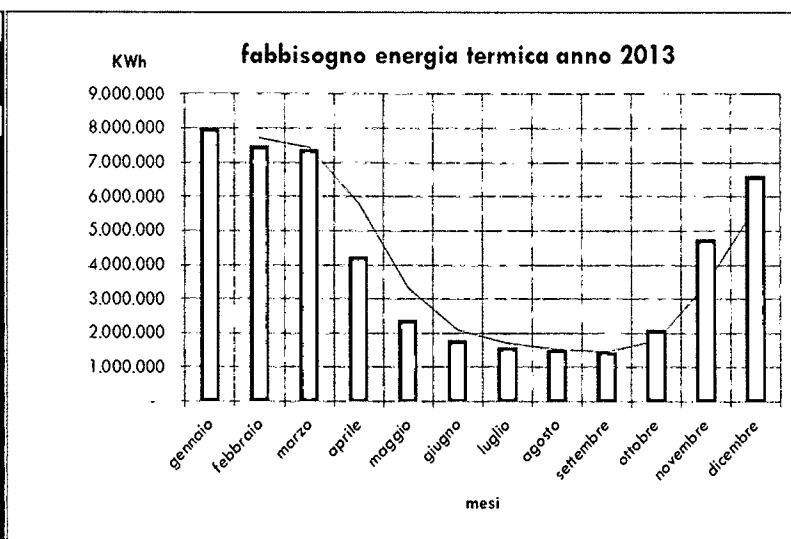


In sintesi i principali risultati conseguibili sotto l'aspetto energetico e ambientale annualmente saranno:

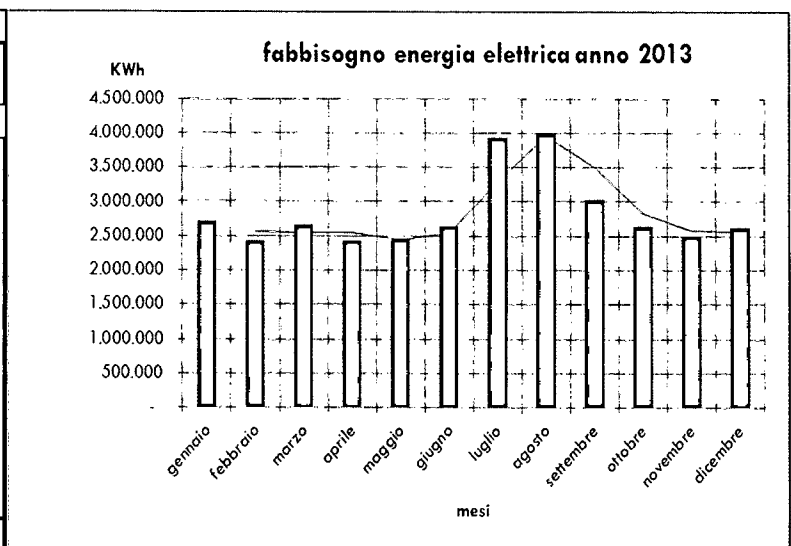
- Energia elettrica autoprodotta e utilizzata direttamente MWh 16.000
- Energia elettrica ceduta all'ENEL MWh 234
- Energia termica recuperata MWh 16.800

I consumi dell'anno 2013, quindi in assenza d'impianto di trigenerazione, sono stati:

anno 2013	
mese	fabbisogno en. termica MWh _t
gennaio	7.970.240
febbraio	7.477.150
marzo	7.380.760
aprile	4.247.210
maggio	2.393.580
giugno	1.808.170
luglio	1.604.120
agosto	1.504.080
settembre	1.448.680
ottobre	2.100.890
novembre	4.754.510
dicembre	6.604.520
TOT anno	49.293.910



anno 2013	
mese	fabbisogno en.elettrica MWh _e
gennaio	2.711.579
febbraio	2.429.635
marzo	2.668.200
aprile	2.429.384
maggio	2.464.080
giugno	2.643.790
luglio	3.930.770
agosto	3.986.740
settembre	3.029.870
ottobre	2.641.290
novembre	2.508.450
dicembre	2.624.010
TOT anno	34.067.798



Confrontando i consumi del 2013, quindi con un impianto di tipo tradizionale, corrispondente a quello ora in uso presso l'Istituto e i consumi futuri con l'apporto dell'autoproduzione si otterrà in termini energetici:

	fabbisogni di energia al 2013			energia primaria necessaria				risparmio di energia	risparmio di energia
	en. Term.	en. El.	en. Totale	metano	en. El.			TEP	%
	MWh	MWh	MWh	m ³	MWh	TEP	TEP	TEP	%
impianto convenzionale	49.294	34.068	83.362	5.477.101	85.169	20.417,92			
impianto trigenerativo	16.800	16.000		3.930.000	0	3.222,60			
integrazione con imp. esistente + ENEL	32.494	18.068	83.362	3.610.434	45.169	11.407,25	14.629,85	5.788,07	28,35%

che corrisponde a un risparmio di energia primaria di poco meno del 30%.

In termini economici:

	metano				en. El.			TOT	risparmio economico	risparmio economico
	m ³	€/m ³	€	€	MWh	€/Mwhe	€	€	%	
impianto convenzionale (**)	5.477.101	0,7	3.833.971		34.068	150	5.110.170	8.944.140		
impianto trigenerativo (*)	3.930.000	0,35	1.375.500	2.639.152	0	150				
integrazione con imp. esistente + ENEL	3.610.434	0,35	1.263.652		18.068	150	2.710.170	5.349.322	3.594.819	40,19%

(*) Il metano utilizzato in trigenerazione è defiscalizzato per la legge sul contenimento dei consumi e lo sfruttamento delle energie alternative e quindi ha un costo di circa la metà di quello utilizzato in centrale termica tradizionale, questo incide considerevolmente sui risparmi economici che si conseguono con questi impianti;

(**) Il costo medio del metano nel 2013 a Genova, fornito a strutture ospedaliere, è stato di 0.70 €/m³.

Considerando che il costo complessivo dell'operazione è stato di circa € 6.000.000, al netto degli oneri finanziari e delle spese accessorie, il rientro dell'investimento avverrà in poco più di due anni.

Per quanto concerne, infine, la produzione di biossido di carbonio (CO₂) con il sistema trigenerativo, si avrà una riduzione di circa il 16% (4.558 tCO₂/a) legata a una riduzione del consumo energetico di circa 5.800 tep (tonnellate equivalenti di petrolio), rispetto alle medesime produzioni energetiche (termica, elettrica, frigorifera) con vettori separati (caldaie, gruppi frigo).

	tradizionale		trigenerazione		risparmio
	Q.tà CO ₂	m ³ - kWh	t/a	m ³ - kWh	
CH ₄	1,80 Kg/m ³	5.477.101,11	9.858,78	7.540.434,44	13.572,78
EE	0,52 Kg/KWh	34.067.798,00	17.613,05	18.067.798,00	9.341,05
TOT			27.471,83		22.913,83
					16,59%

IMPLEMENTAZIONE SISTEMA REGOLAZIONE

La richiesta di un regolare funzionamento degli impianti è in continuo aumento, per ciò da una parte vi è l'ambizione di aumentare il grado di benessere percepito dagli utenti, dall'altra vi è la necessità di evitare inutili sprechi energetici i quali si traducono, in ultima analisi, in diseconomie economiche e ambientali.

Tuttavia, il controllo di un impianto è materia di una certa complessità; la molteplicità e l'età delle tipologie impiantistiche presenti in Istituto e l'elevata inerzia termica delle strutture in cui sono inserite le tubazioni non permettono, infatti, di seguire facilmente la variazione delle condizioni al contorno (carichi endogeni, solar gains, set-point di temperatura, ecc.) che è la finalità della regolazione.

La finalità della termoregolazione degli impianti, quindi, è quella di conseguire un risultato che in prima istanza appare irrealizzabile: abbinare ad un maggior grado di benessere una contemporanea riduzione dei consumi energetici. Naturalmente, l'armonizzazione di questi concetti apparentemente antitetici va mediata cercando di avvicinare il consumo reale dell'impianto a quello che è il valore minimo teorico, a parità di livello di comfort. O, ancora, nel senso di elevare lo stato di benessere in ambiente utilizzando la quantità minore, o al limite uguale di energia termica, ma sfruttata in maniera diversa e più razionale.

Per quanto riguarda l'aspetto del comfort, è stata assunta la temperatura operante quale parametro rappresentativo, mentre per la valutazione del possibile risparmio energetico si è fatto riferimento a quanto previsto dalla normativa di settore.

Con l'implementazione dei sistemi di regolazione ci si prefigge di conseguire due obiettivi:

- il mantenimento di un ambiente termico stabile, entro le condizioni di *comfort* prefissate (in termini di temperatura e umidità relativa interne, di PMV1, di qualità dell'aria interna, ecc.);
- la riduzione del consumo di energia primaria, in quanto l'impianto è chiamato ad adeguare la sua potenza al fabbisogno termico istantaneo, senza inutili sprechi, modulando la temperatura o la portata di fluidi termovettori.

LE STRATEGIE DI SVILUPPO SOSTENIBILE E LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI

Gli interventi che comportano una riduzione studiata dei consumi a parità di quantità e qualità dei fabbisogni soddisfatti, incidendo anche sugli sprechi, sono il metodo corretto di intervenire per soddisfare le sempre crescenti necessità delle varie forme di energia indispensabili al funzionamento della struttura nel rispetto dell'ambiente e delle ormai obbligatorie revisioni e contenimenti delle spese.

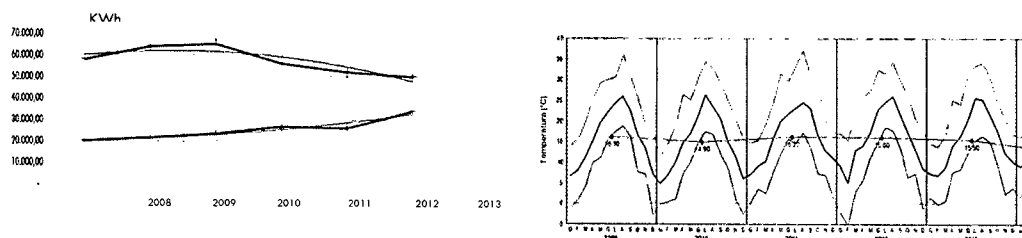
I SISTEMI DI CONDIZIONAMENTO A POMPA DI CALORE GEOTERMICA

L'ottima *performance* sotto il profilo energetico di questo sistema non è bilanciata dai costi di realizzazione in strutture esistenti, soprattutto all'interno degli ospedali, dove gli interventi che implicano proliferazione di polveri e rumori possono provocare ripercussioni pericolose sui pazienti; per questo non è in previsione un aumento di tali sistemi energetici nel breve periodo.

D'interesse, però, è l'eventuale valutazione d'inserimento in edifici di nuova costruzione, per esempio il nuovo blocco operatorio a monte del Padiglione Monoblocco, valutandone i costi di investimento, favoriti dalla possibilità di diffusione superficiale delle tubazioni di scambio termico con il terreno (quelle profonde hanno costi decisamente superiori) ma sfavoriti dalla composizione geologica del terreno in cui sono presenti notevoli estensioni di rocce affioranti.

AMPLIAMENTO DELLA CENTRALE DI TRIGENERAZIONE

Si è osservato in precedenza che le linee tendenziali dei consumi di energie, termica ed elettrica, sono in controtendenza, la prima tende a diminuire e la seconda a crescere.



Il rapporto con l'andamento delle temperature medie annuali, pressoché costante tranne per l'anno 2010 dove si osserva una diminuzione corrispondente all'aumento dell'energia termica, dimostra che la diminuzione del fabbisogno di energia termica è dovuto al contenimento razionale dei consumi in conseguenza degli interventi di riqualificazione degli impianti di riscaldamento e condizionamento.

L'aumento dell'energia elettrica consumata, con ragionamento analogo, è conseguenza dell'accrescimento dei fabbisogni per l'inserimento di tecnologie elettromedicali Hi-tech che aumenta di conseguenza esponenzialmente le potenze installate. Il trend, confermato comunque dai dati aggregati dei rilevamenti nel settore ospedaliero, è di un successivo aumento dei fabbisogni elettrici e diminuzione di quelli termici, su questi ultimi ci sono ancora notevoli spazi di contenimento dei consumi e utilizzo razionale, sino al limite del raggiungimento della parità.

E' quindi ragionevole programmare il raddoppio della centrale di trigenerazione che, per motivi tecnici e di distribuzione, sarebbe opportuno insediare nella parte nord dell'Istituto in prossimità del Padiglione Monoblocco.

IMPIANTI FOTOVOLTAICI

Il Gestore dell'energia ha proposto la realizzazione di un impianto fotovoltaico sulla copertura del Padiglione Monoblocco, con un'estensione di circa 3.000 m², sfruttando la tecnologia dei pannelli in film sottile flessibile a tre strati di silicio amorfo.

L'investimento previsto per l'impianto è di circa 900.000,00 € con una potenza stimabile di 180 KWp, una produzione di 180.000 KWh/anno e un tempo di ritorno senza previsione di finanziamento di circa 9 anni. Considerando la necessità di risanare e riqualificare la copertura del Monoblocco che potrebbe essere la piattaforma a supporto dei pannelli, e considerando che i costi degli impianti fotovoltaici sono in continua riduzione, l'intervento pare conveniente e programmabile.

INTERVENTI DI RIQUALIFICAZIONE DEGLI IMPIANTI ESISTENTI

Lo scopo degli interventi di seguito descritti è d'incrementare l'efficienza dei sistemi di produzione d'energia termica e frigorifera, alla luce anche del nuovo sistema di trigenerazione da poco entrato in produzione.

A tale fine sono stati previsti i seguenti interventi:

- Riqualificazione del sistema di produzione in centrale termica e adeguamento della potenza termica installata in considerando le quote autoprodotte di acqua a 80°C e vapore;
- Potenziamento della rete di teleriscaldamento alimentata con l'acqua calda prodotta dalla centrale di cogenerazione;
- Ampliamento della rete di teleriscaldamento vapore e trasformazione della centrale termica dell'edificio IST Nord in sottocentrale termica.
- Opere di riqualificazione, integrazione ed ampliamento della rete MT ospedaliera.

Per realizzare tali obiettivi dovranno essere riqualificati la centrale termica esistente e le reti di distribuzione; le opere previste per ciascun sottoinsieme modificheranno profondamente l'assetto impiantistico dell'Istituto.

6.D LE POLITICHE PER IL PERSONALE

6.D.1 Valorizzazione delle risorse umane

Le risorse umane sono il patrimonio inestimabile di tutte le aziende di qualsiasi dimensione. Alcuni studi realizzati negli USA dimostrano che l'impiego di personale correttamente formato può essere fino al 230% più produttivo rispetto ad una forza lavoro che non partecipa a corsi di aggiornamento.

I valori sui quali fondare una politica corretta e vincente di gestione delle risorse umane sono il rispetto, il trattamento paritario, lo sviluppo delle capacità individuali, il lavoro di gruppo, l'apprendimento continuo e le comunicazioni aperte.

Una gestione strategica delle risorse umane si realizza quindi attraverso il coinvolgimento e la responsabilizzazione delle persone, affidando loro obiettivi ben definiti al fine di migliorarne le performance ed il rendimento. Ciò implica la necessità di pianificare l'attività, tanto a livello individuale quanto di gruppo (squadra o team), in maniera tale da consentire all'Istituto di raggiungere i propri scopi, attraverso l'utilizzo reciprocamente fruttuoso delle capacità di ognuno. Dalla selezione del personale, alla sua formazione, alla gratifica, agli incentivi, ogni fase deve essere realizzata mantenendo focalizzata l'attenzione sugli obiettivi da raggiungere.

Obiettivo del Piano:

1. Aumentare la competenza professionale dei dipendenti, continuando ad implementare ed investire nella formazione tecnica e di gestione del rischio attuando i piani formativi annuali
2. Migliorare il livello di "impegno" ed il senso di appartenenza all'Istituto da parte dei dipendenti, accrescendo la loro consapevolezza sul tema della sostenibilità ed investendo su formazione e sviluppo
3. Semplificare e aumentare la trasparenza nella gestione delle persone attraverso il potenziamento di processi e strumenti "Human Resource".

6.D.2 Programmi formativi

I cambiamenti in atto richiedono la presenza di personale qualificato e aggiornato per garantire lo sviluppo delle competenze professionali e per intervenire su eventuali meccanismi di esclusione e demotivazione che possono derivare dai processi di innovazione.

Per questo l'Istituto ha previsto, all'interno della propria organizzazione, una apposita struttura dedicata alla formazione e alla valorizzazione delle risorse umane con lo scopo di promuovere la realizzazione di un'efficace analisi dei fabbisogni formativi e la pianificazione e programmazione delle attività formative per assicurare il diritto individuale alla formazione permanente in coerenza con gli obiettivi istituzionali anche mediante l'impiego delle metodologie di formazione a distanza.

Le attività formative devono rispondere a standard di qualità ed assicurare il controllo del raggiungimento degli obiettivi di crescita professionale dei partecipanti e di miglioramento dei servizi resi ai cittadini attraverso un sistema di governo, di monitoraggio e controllo che consenta di valutarne l'efficacia e la qualità.

Obiettivo del Piano:

Garantire la qualità e l'efficacia del processo formativo mediante:

1. la qualificazione dei profili attualmente esistenti e l'analisi aggiornata dei profili professionali mancanti che dovrà costituire la base dei programmi di formazione e di riqualificazione del personale
2. l'informatizzazione nell'ottica di una maggiore trasparenza e di una migliore organizzazione del lavoro.

6.D.3 Sistema di valutazione individuale

La valutazione individuale è uno strumento fondamentale per lo sviluppo delle risorse umane che si inserisce in un più generale processo della loro razionale e corretta gestione e rispetto al quale l'attribuzione di incentivi economici costituisce solo una, pur rilevante, componente.

La "valutazione individuale" è innanzitutto valorizzazione delle "risorse umane" al fine di :

- 1) evidenziare l'importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza mettendo in risalto il comportamento e la capacità professionale, la capacità gestionale e manageriale
- 2) chiarire e comunicare che cosa ci si attende – produttività in termini di performance individuale rispetto agli obiettivi assegnati - valore di risultato atteso rispetto agli indicatori predeterminati
- 3) supportare le singole persone nel miglioramento della loro *performance* anche attraverso idonei percorsi di monitoraggio ed intervento correttivo ai fini dell'allineamento dell'azione con gli obiettivi complessivi dell'azienda;
- 4) valutare la performance e comunicare i risultati e le aspettative future alla singola persona
- 5) contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole.

Il sistema di valutazione adottato dall'Istituto vuole valorizzare e misurare in maniera equilibrata e integrata la dimensione organizzativa e la dimensione individuale delle prestazioni rese e dei risultati conseguiti. Consente, inoltre, l'applicazione dei sistemi premianti previsti dalle norme vigenti.

Obiettivo del Piano:

Applicare un sistema di valutazione delle risorse umane che consenta:

- la valorizzazione delle risorse umane
- la coerenza con i documenti di programmazione aziendale
- la trasparenza, con particolare riferimento alle informazioni concernenti le misurazioni e valutazioni della *performance*
- la chiarezza ed intelligibilità degli indicatori qualitativi e delle metriche utilizzate
- l'illustrazione dei descrittori degli indicatori qualitativi e delle metriche utilizzate
- la diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del valutatore
- la preventiva e formale definizione e illustrazione degli obiettivi e dei comportamenti organizzativi richiesti ai valutati da parte dei valutatori nonché massima chiarezza degli stessi
- il miglioramento della qualità dei servizi offerti
- la chiarezza nell'individuazione di fasi, tempi, modalità, soggetti e responsabilità del processo nonché nella definizione delle modalità di raccolta dei dati
- la differenziazione dei giudizi

- la partecipazione attiva al procedimento da parte del valutato, anche attraverso il diritto al contraddittorio nonché tramite la previsione di apposita procedura di conciliazione
- la periodicità annuale del processo con la definizione di *step* intermedi
- la piena responsabilità del valutatore sulla valutazione dei collaboratori e sul grado di partecipazione ai risultati
- il collegamento della valutazione al sistema premiante.

6.E LA COMUNICAZIONE ED IL COINVOLGIMENTO

L'Istituto orienta le proprie strategie gestionali ed organizzative alla valorizzazione della centralità del cittadino – utente quale interlocutore privilegiato: la comunicazione assume quindi un ruolo centrale all'interno del Piano Strategico, al fine di stabilire relazioni con i cittadini e concorrere ad affermare il loro diritto ad una comunicazione efficace.

All'art. 48 del Regolamento di Organizzazione e Funzionamento si declina come obiettivo istituzionale la diffusione delle informazioni relative ai servizi resi ed ai processi organizzativi, attraverso azioni di comunicazione che garantiscano la trasparenza e la massima condivisione delle informazioni.

Tra le azioni messe in atto per la tutela dei diritti del cittadino, un ruolo principale è rappresentato dalla Carta dei Servizi, che prevede specifiche iniziative nel campo della comunicazione, del *marketing* sociale, della formazione e dell'aggiornamento del personale, dell'educazione sanitaria, della consultazione delle rappresentanze dell'utenza, della pubblicizzazione sistematica di piani, programmi e responsabilità di particolare rilevanza per l'utenza, favorendo momenti istituzionali d'incontro ed azioni tesi all'affermazione del senso di appartenenza e al miglioramento dello stato dei rapporti.

E' presente l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) che ha il compito di facilitare gli utenti nella comunicazione con l'ospedale, mettendo a disposizione sportelli per il contatto diretto, ma anche strumenti di informazione e servizi telematici. L'U.R.P. mantiene i rapporti con le associazioni di volontariato e di tutela del malato e con il Comitato Misto Consultivo e si occupa di realizzare e diffondere la Carta dei Servizi. Gestisce reclami, osservazioni e segnalazioni di disservizio da parte degli utenti e collabora ad assicurare l'esercizio del diritto di accesso alla documentazione amministrativa (ai sensi della Legge 241/90).

L'Istituto ha elaborato per gli anni 2014 e 2015 il proprio Piano della Comunicazione inteso quale strumento per coniugare strategie, obiettivi, destinatari, azioni e mezzi di comunicazione, secondo un disegno organico e razionale, ai cui contenuti si rimanda. Ogni anno tale Piano sarà riprofilato secondo le esigenze ed i risultati delle attività svolte, con il fattivo contributo delle Associazioni di volontariato e di tutela del malato.

L'attività di comunicazione interna prevede azioni orientate ad informare il personale sulle principali linee strategiche dell'Istituto, a sensibilizzarlo e motivarlo sul raggiungimento degli obiettivi indicati, attraverso i seguenti strumenti:

- revisione del sito Intranet per renderlo sempre più fruibile alle componenti interne
- comunicazioni a tutte le strutture ed ai professionisti operanti al loro interno
- mailing list aziendale
- rete telefonica interna
- organizzazione di corsi per la formazione continua del personale sanitario ed, in particolare, corsi sulla comunicazione tra operatori e tra operatore e paziente.

La comunicazione esterna è utilizzata per dialogare direttamente con tutti gli interlocutori esterni (cittadini, organismi e strutture della società, altre istituzioni sanitarie e di ricerca) o per rivolgersi a tutta l'utenza potenziale attraverso azioni di comunicazione di massa ed ha tra i suoi obiettivi:

- far conoscere l'Istituto, i servizi e i progetti
- facilitare l'accesso ai servizi e agli atti
- conoscere e rilevare i bisogni dell'utenza
- migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi
- favorire i processi di sviluppo sociale, economico e culturale
- accelerare la modernizzazione di apparati e servizi
- svolgere azioni di sensibilizzazione e *policy making*.

Gli strumenti individuati per garantire lo svolgimento delle diverse attività di informazione e di comunicazione sono:

- comunicazione ai mezzi di informazione di massa: tv e televideo, radio e stampa locale
- comunicazione scritta: comunicati stampa
- comunicazione visiva: manifesti, cartellonistica, foto, cataloghi
- comunicazione parlata: conferenze stampa
- comunicazione on line: sito web, portali pubblici, reti civiche, newsletter, posta elettronica
- organizzazione eventi: conferenze, congressi, ecc.

In particolare, viene prevista l'evoluzione del sito web ad un nuovo sito gestito da una redazione web dedicata in sinergia con il Comitato per la comunicazione e con la rete aziendale dei RAQ, quali portatori delle informazioni delle singole strutture alla redazione web ed al Comitato per la comunicazione.

Gli obiettivi di comunicazione devono essere anche orientati a migliorare l'accessibilità ai servizi, l'ascolto ed a qualificare l'accoglienza delle strutture di "front office" quali centralino e portinerie, rinnovando ed implementando percorsi formativi per gli operatori sugli aspetti di comunicazione con cittadini e pazienti, organizzazione aziendale, senso di appartenenza e valori quali la cortesia ed il sorriso, la qualificazione e precisione delle risposte.

Obiettivi del Piano:

Evoluzione dei siti Internet ed Intranet. Piena operatività del Comitato per la comunicazione e del gruppo di redazione web. Realizzazione eventi tematici. Realizzazione iniziative di formazione del personale.

7 GLI INVESTIMENTI E LA LOGISTICA

7.A GLI INVESTIMENTI

La definizione progettuale degli interventi di ristrutturazione definita dalla Direzione Strategica, coadiuvata dal Collegio di Direzione ed approvata da Regione Liguria e meglio descritta ai paragrafi 6A e 7B, troverà realizzazione grazie alle fonti di finanziamento indicate al paragrafo 6B e secondo il cronoprogramma indicato nel medesimo paragrafo.

Per quanto riguarda gli investimenti tecnologici siano essi volti direttamente all'attività di assistenza che alle tecnologie di supporto, l'attuale complessiva situazione economica regionale e nazionale impone una valutazione molto attenta delle scelte, sia con riferimento alle ricadute all'interno della singola organizzazione sanitaria sia sulla complessiva organizzazione del sistema sanitario regionale e sui benefici per i cittadini.

Regione Liguria ha adottato con provvedimento di G.R. n. 225/2011 il modello di *Health Technology Assessment* (HTA), costituendo una rete HTA regionale per sviluppare e realizzare iniziative, progetti ed interventi volti proprio all'ottimizzazione delle attività di valutazione sistematica delle tecnologie sanitarie nell'ambito del SSR ed al supporto operativo dell'applicazione della metodologia HTA a livello aziendale.

Il collegio di direzione, quale organo di governo clinico a supporto della direzione generale, ha approvato l'organizzazione della rete aziendale HTA dell'Istituto, definendo le modalità di percorso valutativo con riguardo alla sostenibilità organizzativa, operativa, tecnologica, finanziaria, di contesto e di priorità nell'ambito delle attività dipartimentali e nel rispetto delle indicazioni della DGR n. 225/2011.

Purtroppo l'attuale livello dei costi autorizzato non consente una programmazione degli investimenti che possa soddisfare sia le ordinarie sostituzioni delle attrezzature guaste e non più riparabili, che le sostituzioni di quelle obsolete o tecnologicamente superate; per le medesime motivazioni anche le necessità di implementazioni e sviluppo che dovrebbero essere garantite all'Istituto, nel rispetto delle indicazioni della HTA regionale, talvolta non risultano consentiti.

7.B LA RISTRUTTURAZIONE E LA LOGISTICA

Al fine della realizzazione del modello organizzativo descritto nei paragrafi precedenti, la progettazione spaziale e logistica dell'ospedale per aree omogenee di attività prevede l'esecuzione degli interventi sinotticamente riportati di seguito:

- edificazione dei nuovi laboratori centralizzati nell'area retrostante al Padiglione Monoblocco

- creazione del nuovo blocco operatorio e interventistico che comprenderà:
 - sale operatorie in un nuovo edificio posto nell'area retrostante al Padiglione Monoblocco
 - unità di anestesia e rianimazione nel corpo del Padiglione Monoblocco
 - una piastra endoscopia interventistica multidisciplinare
- riorganizzazione del Monoblocco come polo chirurgico, con trasferimento di tutte le degenze e ambulatori afferenti alle UU.OO. chirurgiche o con attività interventistica
- collocazione in quest'area delle UU.OO. mediche ad alta complessità – Cardiologia, Nefrologia, Pneumologia – le cui attività completano il percorso clinico integrato del paziente chirurgico
- implementazione del Polo onco-ematologico (cuore del *Comprehensive Cancer Center*) costituito dal Pad. IST sud, dal Pad. Patologie Complesse e dal Pad. Isolamento I, tra loro connessi mediante struttura di collegamento, con progressiva concentrazione delle attività degenziali, di *daycare* ed ambulatoriali delle UU.OO. Oncologiche, ematologiche e di medicina interna ad indirizzo oncologico, in seguito al trasferimento delle UU.OO. chirurgiche nel nuovo blocco operatorio
- riorganizzazione del Padiglione Specialità a seguito del trasferimento della Clinica Neurologica universitaria per la creazione di un polo neurologico e neurochirurgico completo di attività neuroradiologica e di terapia intensiva
- riqualificazione dei Padiglioni 12 e 40 a reparti degenziali internistici per acuti a media-alta intensità di cura; il collegamento mediante tunnel e trasporto verticale tra il Pad. Specialità ed il Pad. 12 e tra quest'ultimo ed il Pad. 40 consentirà la continuità con l'Area dell'emergenza e con i servizi radiologici
- riorganizzazione del Pad. Maragliano a polo riabilitativo e trasferimento di parte dell'attività di dialisi presente all'interno dell'Istituto.

L'Area Chirurgica sarà completata dall'edificio posto nell'area ex-sedime cucine retrostante al padiglione Monoblocco ed ad esso collegato, destinato all'attività diagnostica assistenziale di laboratorio dell'Istituto. La costituzione e il potenziamento del polo chirurgico presso il Pad. Monoblocco rende ottimale la localizzazione del nuovo edificio, destinato ai laboratori centralizzati.

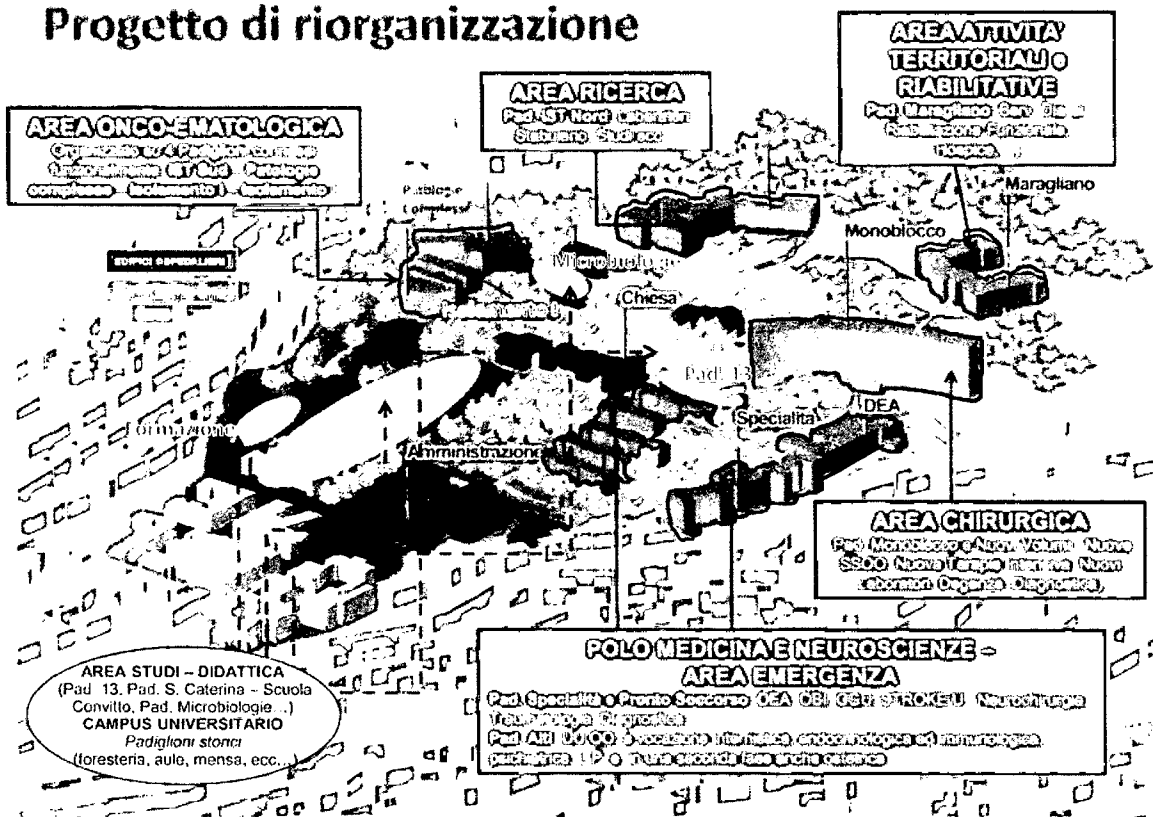
Alla luce della nuova organizzazione aziendale, la costruzione di tale edificio si è resa necessaria per soddisfare l'opportunità di aggregare funzionalmente e gestionalmente gran parte dell'attività diagnostica dei laboratori medici dell'Istituto, al fine di condividere le risorse tecnologiche ed umane per l'ottimizzazione del loro utilizzo, migliorare l'efficienza gestionale attraverso l'unificazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e le procedure organizzative, riunendo in un'unica struttura l'attività delle UU.OO. Medicina di Laboratorio, Igiene, Microbiologia, le Anatomie Patologiche, Laboratorio di Autoimmunità e Centro Trasfusionale. Il potenziamento di quest'ultimo assume una notevole rilevanza alla luce della Deliberazione della Giunta Regionale n. 708 del 14 giugno 2013, che prevede di accentrare i test di validazione del sangue prelevato nel territorio regionale sull'unico polo del Centro Regionale Sangue (CRS) dell'Istituto e di concentrare le lavorazioni sui due poli di banca del sangue, di cui uno operante presso l'Istituto.

Nel nuovo edificio è prevista un'area dedicata alla crioconservazione, nella quale troveranno collocazione le attività cliniche della Banca del Sangue Cordonale della Regione Liguria, il Centro Cellule Staminali e Terapia Cellulare, lo stoccaggio di Cellule Staminali Emopoietiche residue, l'attività di crioconservazione a lunga scadenza di ovociti e/o gameti, l'attività di crioconservazione e stoccaggio degli spermatozoi, la Banca delle Cornee Melvin Jones e le Biobanche dei tessuti e delle cellule delle UU.OO. di Anatomia Patologica.

La costituzione e il potenziamento del polo chirurgico presso il Pad. Monoblocco rende particolarmente ottimale la localizzazione dei nuovi laboratori, la cui posizione consente di collegare direttamente il piano dell'anatomia patologica con il blocco operatorio, ubicato alla stessa quota del Padiglione, migliorando ulteriormente la logistica e l'integrazione tra l'attività chirurgico – interventistica e la diagnostica.

Nel disegno seguente sono declinate le aree ad attività omogenee sopra descritte:

Progetto di riorganizzazione



Tale disegno riorganizzativo, la cui realizzazione come già detto è garantita dagli specifici finanziamenti attualmente assegnati all'Istituto, rappresenta una prima fase del percorso di revisione/modernizzazione degli assetti strutturali dell'ospedale. Sono infatti in corso di studio progettuale ulteriori fasi di interventi, necessari per completare il processo di riorganizzazione dell'Istituto e finalizzati a garantire la piena realizzazione dell'azienda ospedaliera universitaria integrata. Verrà favorita la previsione di momenti di incontro, condivisione e dialogo volti a sviluppare al meglio le soluzioni per favorire lo sviluppo delle infrastrutture dedicate alla didattica ed alla ricerca. Per tali ulteriori fasi si rimanda ai successivi piani annuali di attuazione del presente Piano, che potranno essere declinati nel limite della sostenibilità economica e del reperimento dei necessari finanziamenti.

8 ANALISI DELLE CRITICITA'

8.A LE ATTRAZIONI OSPEDALIERE E LE FUGHE. CAPACITÀ DI ATTRAZIONE E MOBILITÀ PASSIVA

L'Istituto orienta la propria attività verso la soddisfazione completa del fabbisogno del proprio bacino locale di utenza (aree Valbisagno, Medio-levante e Levante metropolitana) e verso l'offerta di prestazioni di alta ed altissima complessità per tutto il territorio di Regione Liguria e per cittadini di altre Regioni, in particolare per il settore oncologico.

Stato attuale capacità di attrazione

L'analisi della produzione di ricovero 2013, stratificata per macro-aree di provenienza dei pazienti (metropolitana, altre ASL liguri, altre Regioni, cittadini stranieri) documenta la situazione descritta nelle tabelle che seguono: la prima evidenzia la casistica suddivisa per categoria diagnostica principale (MDC) secondo il sistema DRG rel.24, con i due indici classici di attrazione (da fuori area metropolitana e da altre Regioni) per il totale dei ricoveri; la seconda è ristretta ai soli ricoveri con diagnosi principale oncologica.

La base dati utilizzata comprende sia i ricoveri ordinari che i ricoveri diurni in quanto questi ultimi costituiscono una percentuale importante soprattutto per l'area oncologica, anche per pazienti provenienti

da altre Regioni, e sul totale dell'attività rappresentano comunque volumi non trascurabili tra i pazienti provenienti da altre ASL della Liguria.

Totale Ricoveri

mdc	descrizione	area Metropolitana	altre ASL liguri	altre Regioni	cittadini stranieri	totale	% altre ASL	% altre Regioni
01	SISTEMA NERVOSO	4.547	447	256	52	5.302	8,4%	4,8%
02	PATOLOGIA OCULISTICA	1.111	363	516	22	2.012	18,0%	25,6%
03	PATOLOGIA ORL	1.392	235	156	15	1.798	13,1%	8,7%
04	SISTEMA RESPIRATORIO	3.838	275	267	33	4.413	6,2%	6,1%
05	SISTEMA CIRCOLATORIO	5.462	597	230	49	6.338	9,4%	3,6%
06	SISTEMA DIGESTIVO	3.983	325	241	42	4.591	7,1%	5,2%
07	SISTEMA EPATOBILIARE	2.333	248	180	15	2.776	8,9%	6,5%
08	MUSCOLOSCHEL. E CONNETTIVO	3.984	433	340	40	4.797	9,0%	7,1%
09	SOTTOCUTANEO E MAMMELLA	2.386	510	306	36	3.238	15,8%	9,5%
10	ENDOCRINO, NUTRIZ. E METAB.	857	105	89	14	1.065	9,9%	8,4%
11	RENE E VIE URINARIE	3.154	370	258	34	3.816	9,7%	6,8%
12	RIPRODUTTIVO MASCHILE	718	76	56		850	8,9%	6,6%
13	RIPRODUTTIVO FEMMINILE	1.331	383	107	10	1.831	20,9%	5,8%
14	GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	2.986	388	165	82	3.621	10,7%	4,6%
15	NEONATI	1.271	201	64	9	1.545	13,0%	4,1%
16	EMOPOIETICO E IMMUNITARIO	727	150	213	14	1.104	13,6%	19,3%
17	TUMORI SCARS.DIFF. E MIELOPROL	3.929	1.260	515	26	5.730	22,0%	9,0%
18	MALATTIE INFETTIVE E PARASS.	1.348	79	99	24	1.550	5,1%	6,4%
19	MALATTIE E DISORDINI MENTALI	1.899	47	61	12	2.019	2,3%	3,0%
20	ABUSO ALCOOL E FARMACI	117	3	3	6	129	2,3%	2,3%
21	TRAUMAT. E AVVELENAMENTI	297	36	22	3	358	10,1%	6,1%
22	USTIONI	2				2		
23	FATTORI ASPECIFICI	1.124	164	123	14	1.425	11,5%	8,6%
24	TRAUMI MULTIPLI RILEVANTI	109	24	16	12	161	14,9%	9,9%
25	INFEZIONI DA HIV	99	30	13	2	144	20,8%	9,0%
NA	NON ATTRIBUIBILE	291	45	52	1	389	11,6%	13,4%
PR	PRE-MDC	155	78	103	3	339	23,0%	30,4%

La tabella evidenzia una buona capacità di attrazione per l'ematologia (mdc 16, 17 e PR) e l'oculistica (mdc 02) sia per quanto riguarda le altre ASL liguri che le altre Regioni e una buona capacità di attrazione per le altre ASL liguri per la patologia ORL (mdc 03), sottocute e mammella (mdc 09), riproduttivo femminile (mdc 13) ed infezioni da HIV (mdc 25).

Ricoveri Con Diagnosi Principale Oncologica

mdc	descrizione	area Metropolitana	altre ASL liguri	altre Regioni	cittadini stranieri	totale	% altre ASL	% altre Regioni
01	SISTEMA NERVOSO	219	60	11	3	293	20,5%	3,8%
02	PATOLOGIA OCULISTICA	10		3		13		23,1%
03	PATOLOGIA ORL	254	48	43	4	349	13,8%	12,3%
04	SISTEMA RESPIRATORIO	926	126	150	4	1.206	10,4%	12,4%
05	SISTEMA CIRCOLATORIO	10	5	1	2	18	27,8%	5,6%
06	SISTEMA DIGESTIVO	1.052	132	77	6	1.267	10,4%	6,1%
07	SISTEMA EPATOBILIARE	621	104	68	2	795	13,1%	8,6%
08	MUSCOLOSCHEL. E CONNETTIVO	265	72	20	1	358	20,1%	5,6%
09	SOTTOCUTANEO E MAMMELLA	1.445	331	102	13	1.891	17,5%	5,4%
10	ENDOCRINO, NUTRIZ. E METAB.	113	26	14	3	156	16,7%	9,0%
11	RENE E VIE URINARIE	530	45	46		621	7,2%	7,4%
12	RIPRODUTTIVO MASCHILE	313	31	21		365	8,5%	5,8%
13	RIPRODUTTIVO FEMMINILE	492	125	45	5	667	18,7%	6,7%
16	EMOPOIETICO E IMMUNITARIO	66	14	14	2	96	14,6%	14,6%
17	TUMORI SCARS.DIFF. E MIELOPROL	3.756	1.232	491	25	5.504	22,4%	8,9%
25	INFEZIONI DA HIV	1				1		
NA	NON ATTRIBUIBILE	55	15	12		82	18,3%	14,6%
PR	PRE-MDC	60	34	70	1	165	20,6%	42,4%

Si conferma con maggiore evidenza la capacità di attrazione nell'area ematologica, sia per residenti in altre ASL liguri che da altre Regioni e quella dell'area oculistica, sia pure su piccoli numeri. Confermata, ma in misura minore, l'attrattività nella mdc del riproduttivo femminile; per la patologia ORL si evidenzia una maggiore attrazione da altre Regioni rispetto alla tabella precedente così come per la patologia ortopedica ma nei confronti di residenti in altre ASL liguri. Alta l'attrazione verso le altre ASL liguri per l'mdc del sistema circolatorio ma su piccoli numeri. Buona l'attrazione verso le altre ASL per le neoplasie del sistema nervoso.

Azioni del piano strategico

Per l'individuazione delle aree nosologiche sulle quali concentrare il miglioramento quali-quantitativo dell'offerta è indispensabile una lettura comparata dei dati sulla capacità di attrazione dell'IRCCS con quelli relativi alla mobilità passiva in carico alla Regione Liguria.

Queste ultime informazioni sono disponibili attualmente solo per l'anno 2012 e vengono quindi presentate nella seguente tabella sinottica.

mdc	descrizione	ricoveri IRCCS 2013 complessivi			ricoveri IRCCS 2013 per neoplasia			ricoveri residenti liguri 2012	
		totali	% altre ASL	% altre Regioni	totali	% altre ASL	% altre Regioni	totali	% passiva
01	SISTEMA NERVOSO	5.302	8,4%	4,8%	293	20,5%	3,8%	22.968	9,4%
02	PATOLOGIA OCULISTICA	2.012	18,0%	25,6%	13		23,1%	8.210	25,8%
03	PATOLOGIA ORL	1.798	13,1%	8,7%	349	13,8%	12,3%	10.224	16,7%
04	SISTEMA RESPIRATORIO	4.413	6,2%	6,1%	1.206	10,4%	12,4%	21.291	6,2%
05	SISTEMA CIRCOLATORIO	6.338	9,4%	3,6%	18	27,8%	5,6%	33.087	11,7%
06	SISTEMA DIGESTIVO	4.591	7,1%	5,2%	1.267	10,4%	6,1%	24.102	10,8%
07	SISTEMA EPATOBILIARE	2.776	8,9%	6,5%	795	13,1%	8,6%	11.129	9,4%
08	MUSCOLOSCHEL. E CONNETTIVO	4.797	9,0%	7,1%	358	20,1%	5,6%	47.269	22,7%
09	SOTTOCUTANEO E MAMMELLA	3.238	15,8%	9,5%	1.891	17,5%	5,4%	12.470	9,6%
10	ENDOCRINO, NUTRIZ. E METAB.	1.065	9,9%	8,4%	156	16,7%	9,0%	9.078	13,3%
11	RENE E VIE URINARIE	3.816	9,7%	6,8%	621	7,2%	7,4%	15.089	8,4%
12	RIPRODUTTIVO MASCHILE	850	8,9%	6,6%	365	8,5%	5,8%	4.979	17,2%
13	RIPRODUTTIVO FEMMINILE	1.831	20,9%	5,8%	667	18,7%	6,7%	10.362	15,1%
14	GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	3.621	10,7%	4,6%				21.490	5,8%
15	NEONATI	1.545	13,0%	4,1%				11.776	6,0%
16	EMOPOIETICO E IMMUNITARIO	1.104	13,6%	19,3%	96	14,6%	14,6%	5.254	3,2%
17	TUMORI SCARS.DIFF. E MIELOPROL	5.730	22,0%	9,0%	5.504	22,4%	8,9%	15.580	9,6%
18	MALATTIE INFETTIVE E PARASS.	1.550	5,1%	6,4%				4.572	5,4%
19	MALATTIE E DISORDINI MENTALI	2.019	2,3%	3,0%				9.065	9,9%
20	ABUSO ALCOOL E FARMACI	129	2,3%	2,3%				949	31,0%
21	TRAUMAT. E AVVELENAMENTI	358	10,1%	6,1%				1.831	13,7%
22	USTIONI	2						192	6,3%
23	FATTORI ASPECIFICI	1.425	11,5%	8,6%				6.235	16,1%
24	TRAUMI MULTIPLI RILEVANTI	161	14,9%	9,9%				381	7,1%
25	INFEZIONI DA HIV	144	20,8%	9,0%	1			469	10,9%
NA	NON ATTRIBUIBILE	389	11,6%	13,4%	82	18,3%	14,6%	765	4,2%
PR	PRE-MDC	339	23,0%	30,4%	165	20,6%	42,4%	639	20,0%

Dalla lettura delle percentuali sulla mobilità passiva complessiva risultano evidenti le aree più critiche sulle quali dovrà concentrarsi l'azione dell'Istituto, soprattutto per la medio-alta e altissima complessità e per l'area oncologica in generale: patologie oculistiche ed ORL, nonostante i buoni livelli di attrattività soprattutto nel settore oncologico, patologie ortopediche, patologie dell'apparato riproduttivo maschile e

femminile; attenzione verrà posta anche all'area del sistema digestivo ed epatobiliopancreatico che vede una mobilità passiva non altissima ma una attrazione modesta ed all'area delle patologie endocrine, nutrizionali e metaboliche.

Gli strumenti che si ritengono indispensabili a tale scopo sono i seguenti:

- presa in carico della persona assistita trasferendo progressivamente il *management* dalla gestione delle prestazioni alla gestione dei percorsi diagnostico terapeutici (PDTA): completamento di quelli previsti per l'area oncologica entro il primo anno, individuazione nell'anno successivo dei percorsi principali per l'area ortopedica e quella endocrina-metabolica e loro completamento entro il terzo anno
- la forte integrazione tra strutture e professionisti mediante l'estensione alle diverse aree nosologiche dei *disease management team* (DMT): in parallelo a quanto sopra, completamento dell'attività di quelli previsti per l'area oncologica entro il primo anno e costituzione nell'anno successivo di quelli relativi all'area ortopedica e quella endocrina-metabolica che completeranno l'attività entro il terzo anno.
- organizzazione delle aree assistenziali per intensità di cura
- continuo aggiornamento delle procedure e dei processi in particolare per quanto riguarda la chirurgia mini-invasiva e l'interventistica.

8.B LE INTERAZIONI CON IL TERRITORIO

8.B.1 Il Paziente fragile e la continuità di cura

Come già detto l'Istituto è impegnato nel perseguire il miglioramento dell'attività assistenziale nei confronti dei pazienti fragili: pazienti di età avanzata o molto avanzata, affetti da patologie multiple croniche, con stato di salute instabile e con terapie poli-farmacologiche in atto. In questi pazienti gli effetti delle malattie e dell'invecchiamento sono spesso complicati da problematiche di tipo socio-economico ed eventi morbosi anche semplici rappresentano un elemento di destabilizzazione tale da condurli al Pronto Soccorso dell'Istituto (nel 2013 circa 29000 pz ultrasessantacinquenni si sono presentati in P.S.), con conseguente allettamento e rischio infettivo elevato.

Attraverso una gestione integrata ospedale-territorio è possibile, soprattutto per questi pazienti, passare da una medicina di "attesa" ad una medicina di "iniziativa", come auspicato dal modello organizzativo "*Chronic Care Model*".

Azioni del Piano strategico

- 1) Attivazione di DMT e relativi PDTA riguardanti alcune patologie croniche (ad es. diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva insufficienza renale cronica, demenza).
- 2) L'allettamento prolungato del paziente fragile comporta sia un elevato rischio di perdita di autonomia che di insorgenza di decubiti: la mobilitazione precoce assistita da parte di operatori socio sanitari e la prevenzione-trattamento precoce di eventuali decubiti, grazie all'implementazione del team infermieristico dedicato, può consentire una riduzione dei citati rischi.
- 3) Lo stato di fragilità, unitamente ai tempi di ricovero non sempre brevi data la complessità di questa tipologia di pazienti, comporta un aumento del rischio di contrarre infezioni nosocomiali: è necessario implementare le misure di monitoraggio del rispetto delle procedure aziendali volte a prevenire l'insorgenza di tali infezioni e razionalizzare l'utilizzo delle terapie antibiotiche.
- 4) Miglioramento della attività ortogeriatrica per i pazienti con recente intervento ortopedico, attraverso l'inserimento in dotazione organica nelle UU.OO Ortopediche di personale medico geriatra, che gestisca le eventuali complicanze internistiche.
- 5) Nel corso dell'ultimo decennio i progressi tecnici della medicina e ragioni di carattere economico hanno incentivato una compressione sempre maggiore della durata media della degenza nelle strutture ospedaliere per acuti; questo tuttavia si può accompagnare ad un rischio aumentato di re-ospedalizzazione e ad un'aumentata frequenza di ricoveri impropri, se la dimissione non è sufficientemente protetta. Per rendere operativa la continuità di cura del paziente fragile e la relativa interazione con il territorio è indispensabile quindi implementare il sistema di dimissione protetta, già in parte realizzato con il Progetto Codice d'Argento avviato nel 2010 che ha inteso dare impulso alla

continuità assistenziale, partendo dall'IRCCS e coinvolgendo gli attori territoriali. Scopo dello stesso è la promozione di un Servizio di Rete sociosanitario, che dal momento dell'accesso in Pronto Soccorso consenta di identificare il paziente fragile, lo accoglia e lo accompagni durante il percorso terapeutico all'interno dell'Ospedale ed all'esterno e tramite la continuità assistenziale andando ad integrarsi con gli attori delle cure primarie (particolarmente il Medico di Medicina Generale ed il Distretto), ma ancora di più sostenga la famiglia e la persona fragile accompagnandola ad una situazione di stabilità per ridurre, per quanto possibile, i ricoveri ripetuti o impropri.

- 6) Sottoscrizione di un impegno di reciprocità con le Aziende Sanitarie Territoriali per la gestione dei percorsi dei pazienti fragili, in applicazione alla DGR n. 450 del 18/04/2014.

Obiettivi:

1. Attivazione di DMT e relativi PDTA riguardanti alcune patologie croniche prevedendo una riorganizzazione interna per la creazione di gruppi di lavoro multidisciplinari
2. Riduzione del numero di lesioni da decubito insorte in regime di ricovero
3. Riduzione del numero di infezioni (richiede aumento nel numero di infermieri adeguatamente istruiti)
4. Riduzione della mortalità legata alle complicanze nelle UU.OO. di Ortopedia
5. Attivazione di una ulteriore Comunità familiare collocata in Val Bisagno (zona deprivata che afferisce preferenzialmente al nostro Istituto) ed implementazione del Progetto Codice d'Argento con copertura di altri distretti (richiede investimenti integrati ospedale - territorio)
6. Ulteriore sviluppo del progetto di cui al punto 5) mediante ridefinizione dell'emergenza, sotto il profilo "dell'utilità sociale", procedendo all'attivazione del numero 116/117, che l'Europa ha individuato per rispondere ai casi di richiesta di aiuto, non sempre collegati a malattia, ma piuttosto alle condizioni di fragilità e solitudine, riqualificando particolarmente il ruolo della Guardia Medica ed il collegamento con il 118. In questi termini, si andrebbe a sperimentare l'attivazione di un collegamento tra il 118 ed il numero sperimentale 116/117, che potrebbe "dirottare" le comunicazioni non emergenziali raccolte dal sistema 118 alla rete assistenziale territoriale, utilizzando per le risposte cliniche la Guardia medica a domicilio che può avvalersi delle sedi ambulatoriali delle "Case di salute" attive fino alle 20 o degli stessi Poliambulatori dove si dovrà prevedere una posizione "stanziale" della Guardia Medica nelle ore notturne
7. Obiettivi già definiti nella deliberazione di Giunta Regionale n. 450/14 (riduzione re-ricoveri a 30 giorni e a 1 anno per scompenso, broncopneumopatia cronica ostruttiva, diabete).

9 IL CONTROLLO STRATEGICO

La necessità di realizzare l'integrazione tra le molteplici linee – assistenza, ricerca, didattica – e la presenza di più "attori" - che concorrono a diverso livello e competenza alla realizzazione degli scopi istituzionali - ha reso complessa la definizione dei contenuti del Piano strategico. Al fine di consentire la verifica del livello di attuazione, lo stesso deve essere realizzato attraverso piani annuali di revisione programmando l'attività annuale necessaria per il raggiungimento degli obiettivi del Piano medesimo.

L'attività di controllo strategico, disciplinata all'art. 10 del Regolamento di organizzazione e funzionamento, viene svolta dalla Direzione Generale con l'apporto dell'U.O. Controllo di Gestione e dell'Organismo Indipendente di Valutazione e si sostanzia nell'analisi della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra le missioni affidate dalle norme, gli obiettivi operativi prescelti, le scelte operative effettuate e le risorse umane, finanziarie e materiali assegnate, nonché nella identificazione degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità per la mancata o parziale attuazione e delle eventuali azioni correttive.

In considerazione dell'obbligatoria sinteticità del documento, gli obiettivi indicati nel Piano strategico saranno oggetto di specifici piani operativi individuanti la programmazione temporale e le modalità di attuazione.