



SALUTE E RICERCA PER CRESCERE INSIEME

BILANCIO DI MANDATO 2015-2018
IRCCS BURLO GAROFOLO



SALUTE E RICERCA PER CRESCERE INSIEME

BILANCIO DI MANDATO 2015-2018
IRCCS BURLO GAROFOLO



SOMMARIO



PRESENTAZIONE	5
----------------------------	---

CAPITOLO 1

CONTESTO DI RIFERIMENTO	7
--------------------------------------	---

1.1 LA STORIA: DA OSPEDALETTO A IRCCS.....	7
--------------------------------------------	---

1.2 IL CONTESTO DEMOGRAFICO SOCIO-SANITARIO	9
---------------------------------------------------	---

CAPITOLO 2

ORGANIZZAZIONE AZIENDALE	17
---------------------------------------	----

2.1 LA NOSTRA ORGANIZZAZIONE	19
------------------------------------	----

2.2 LE RISORSE UMANE.....	21
---------------------------	----

2.3 ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA.....	33
---------------------------------------	----

2.4 TUTELA DELLA PRIVACY	34
--------------------------------	----

CAPITOLO 3

STAKEHOLDERS	35
---------------------------	----

3.1 CITTADINI.....	35
--------------------	----

3.2 FORNITORI.....	43
--------------------	----

3.3 PARTNERSHIP CON ALTRI ENTI DI RICERCA E PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI.....	44
----------------------------------------------------------------------------	----

3.4 ASPETTI ETICI.....	44
------------------------	----

CAPITOLO 4

GOVERNO AZIENDALE	47
--------------------------------	----

4.1 LA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE	47
---------------------------------------	----

4.2 POLITICHE PER LA QUALITÀ	49
------------------------------------	----

4.3 GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO.....	50
---------------------------------------	----

4.4 L'ATTIVITÀ IN RETE	51
------------------------------	----

4.5 RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ.....	54
------------------------------------	----

4.6 FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO	55
--------------------------------------	----

4.7 NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI	56
---------------------------------------	----

4.8 INFORMATIZZAZIONE.....	59
----------------------------	----

4.9 INTEGRAZIONE CON ASUITS	63
-----------------------------------	----

CAPITOLO 5

BILANCIO DELLE ATTIVITÀ	67
--------------------------------------	----

5.1 RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI AZIENDALI.....	67
---------------------------------------------	----

5.2 "PATTO DG"	69
----------------------	----

5.3 ATTIVITÀ DI RICOVERO, AMBULATORIALE E PS	69
----------------------------------------------------	----

5.4 QUALITÀ DEGLI ESITI	80
-------------------------------	----

5.5 AREA EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE.....	83
-------------------------------------------	----

CAPITOLO 6

LA RICERCA	87
-------------------------	----

6.1 PERSONALE DELLA RICERCA	89
-----------------------------------	----

6.2 FONTI DI FINANZIAMENTO	90
----------------------------------	----

6.3 PROGETTI DI RICERCA	91
-------------------------------	----

6.4 I PRODOTTI DELLA RICERCA.....	96
-----------------------------------	----

6.5 I RECENTI SUCCESSI DELL'IRCCS	100
-----------------------------------------	-----

CAPITOLO 7

SOSTENIBILITÀ ECONOMICA, FINANZIARIA E PATRIMONIALE	103
----------------------------------------------------------------------	-----

7.1 PERFORMANCE ECONOMICA	103
---------------------------------	-----

7.2 SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E PATRIMONIALE.....	108
---------------------------------------------------	-----

7.3 DETERMINAZIONE E DISTRIBUZIONE DEL VALORE AGGIUNTO	110
--------------------------------------------------------------	-----

7.4 LE DONAZIONI E IL 5X1000	112
------------------------------------	-----

7.5 INVESTIMENTI	113
------------------------	-----

CAPITOLO 8

IL NUOVO BURLO	119
-----------------------------	-----

CAPITOLO 9

UNO SGUARDO AL FUTURO	121
------------------------------------	-----

UN GIORNO AL BURLO	122
---------------------------------	-----

GLOSSARIO	125
------------------------	-----



PRESENTAZIONE



Perché un Bilancio di Mandato, il primo del Burlo? Per due ordini di motivi:

- Per dovere di trasparenza, per rendicontare le attività che abbiamo svolto in questi anni e dare una chiave di lettura a quanto è stato fatto, al di là della semplice elencazione di attività e di bilanci, a volte difficilmente leggibili dai non addetti ai lavori. Gli anglosassoni usano il termine *accountability*, difficilmente traducibile in italiano, per indicare “la responsabilità, da parte degli amministratori che impiegano risorse finanziarie pubbliche, di rendicontarne l’uso sia sul piano della regolarità dei conti sia su quello dell’efficacia della gestione”.
- Per storicizzare quanto fatto in questi anni e condividerlo con tutti coloro che hanno contribuito a realizzarlo. Quanto riportato in questo Bilancio è infatti il risultato dell’impegno di quanti hanno lavorato e lavorano nel nostro Istituto, con dedizione, spirito di sacrificio, motivazione e orgoglio, per rispondere con professionalità e umanità a coloro che quotidianamente a noi si affidano in situazioni di disagio e sofferenza, contribuendo a mantenere l’eccellenza nel campo dell’assistenza, della ricerca e della didattica.

Siamo partiti dal Libro Bianco realizzato nel novembre 2015, a breve distanza dall’insediamento della nuova Direzione Strategica, per definire una fotografia della situazione, una linea di partenza con la quale confrontarsi a fine mandato, e individuare le priorità dell’Istituto.

Il Bilancio di Mandato è quindi il racconto di come in questi anni abbiamo lavorato insieme sulla scala dei valori, sul ruolo e posizionamento del Burlo a livello regionale e nazionale e, nello stesso tempo, sulla sostenibilità aziendale con una politica di contenimento dei costi e di incremento, quantitativo e qualitativo, dell’attività, sia in ambito assistenziale che in quello della ricerca scientifica.

Questi risultati sono stati il presupposto per il recente affidamento al Burlo del coordinamento della Rete Pediatrica del FVG e per l’attesa conferma, nel contesto dell’imminente riforma del Servizio Sanitario Regionale, del proprio ruolo di IRCCS autonomo.

Avere una grande e prestigiosa storia alle spalle non è merito nostro, è una grande opportunità; progettare il futuro, invece, è il nostro compito e la nostra principale responsabilità.

Gianluigi Scannapieco
Direttore Generale



CAPITOLO 1

CONTESTO DI RIFERIMENTO



1.1 LA STORIA: DA OSPEDALETTO A IRCCS

Con la denominazione “Ospedale Infantile”¹, popolarmente chiamato Ospedaletto, si inaugura il 19 novembre 1856 una Fondazione di beneficenza ospedaliera con lo scopo di “assicurare gratuitamente ai fanciulli di poveri genitori adeguato asilo”, dove “vengono accolti e trattati gratuitamente fanciulli d’ambo i sessi, realmente poveri, di tutti i culti, ed affetti da morbi curabili.” Patrocinante dell’iniziativa assistenziale e la ricca e multiethnica borghesia cittadina, desiderosa di esprimere anche concretamente il proprio impegno filantropico, e nel contempo sottolineare all’Imperatore il proprio coinvolgimento

nella promozione dello stato sociale. Rappresenta uno dei primi Ospedali Pediatrici istituiti al mondo, il secondo in Italia.

Nel 1907, a seguito del lascito fondazionale di duecentomila corone austriache da parte della baronessa Maria Anna Laura Garofolo, nata Burlo, ultima erede della famiglia, l’ospedale assume la denominazione Ospedale Infantile e Pie Fondazioni Burlo Garofolo. Nel 1928, grazie ad un importante lascito da parte della Fondazione dott. Alessandro de Manussi, viene costruito un padiglione per il ricovero di bambini con malattie croniche, incurabili e per bambini minorati. L’Istituzione si intitola “Ospedale Infantile e Pie Fondazioni Burlo Garofolo e dott. Alessandro ed Aglaia de Manussi”.

¹. Nell’Osservatorio Triestino del 19 novembre 1856 si legge. “Oggi, giorno di S. Elisabetta, onomastico della graziosissima M.S. la nostra Imperatrice e Regina, e vigilia del fausto di Lei arrivo fra noi, ebbe luogo la solenne apertura del nuovo Ospitale per bambini, iniziato dalla pietà di S.E. la signora Baronessa di Mertens, or sono poche settimane, ed il quale, per la solerzia ed attività dell’ottima ed egregia iniziatrice, del lodevole comitato, e mercé la generosità e lo spirito di beneficenza dei nostri buoni concittadini, poté essere posto così prontamente in attività. Il nuovo Ospizio, posto nel locale dei R.R.P.P. Mechitaristi sul colle di Santa Lucia degli Armeni, è, sebbene alquanto ristretto per ora, opportunissimo all’uopo, perché in posizione salutare, benissimo ventilato e lontano da ogni strepito od incomoda vicinanza. L’egregio sig. Dr. Lorenzutti, direttore del civico ospitale e zelante membro del comitato, annunciava con brevi parole, ma calde ed eloquenti, l’apertura solenne del nuovo ospitale, ringraziando i benemeriti fondatori e pregandoli a voler continuare anche per l’avvenire il valido loro patrocinio al nuovo Istituto. Monsignor Illustrissimo e rev.mo il nostro Vescovo, benediceva indi il nuovo ospitale coi riti consueti, dopo di che il signor barone Carlo di Pascotini, i.r. consigliere aulico, per espresso incarico di S.E. il signor Luogotenente, ringraziava con sentite parole monsignor Vescovo d’aver invocato le celesti benedizioni sul nascente Ospizio...”.

Tabella 1: Gli Ospedali Pediatrici

OSPEDALE	CITTÀ	ANNO DI APERTURA
Hopital des enfants malades (Necker)	Parigi	1802
Ospedale pediatrico S. Anna	Vienna	1837
Ospedale infantile Regina Margherita	Torino	1843
Ospedale Elisabetta	Berlino	1843
Great Ormond Street	Londra	1852
Children Hospital	Philadelphia	1855
Spedale Infantile	Trieste	19/11/1856
Children Hospital	Boston	1869
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù	Roma	1869
Ospedale dei Bambini	Palermo	1882
Ospedale Meyer	Firenze	1891
Ospedale dei Bambini Vittore Buzzi	Milano	1906
Istituto Giannina Gaslini	Genova	1931

Inizialmente collocato, sino al 1869, sul colle di San Vito, al pianterreno dell'Ospizio dei Padri Mechitaristi, nell'odierna via dei Giustinelli, e successivamente sino al 1938 nella seconda sede ubicata in via del Bosco 4, l'Ospedaletto viene quindi spostato in Villa Bousquet a Chiabola superiore; alla fine di un complesso trasferimento, l'edificio principale di via dell'Istria 65, progettato dall'architetto triestino Vittorio Frandoli, per una capienza di centocinquanta posti letto, viene inaugurato il 21 aprile 1938.

Nel corso del secondo dopoguerra vengono inaugurati due nuovi padiglioni, destinati uno ai lattanti e l'altro ai bambini affetti da tubercolosi polmonare, portando la capacità ricettiva della struttura a 600 posti letto. Accanto all'attività di assistenza, a partire dal 1955 il Burlo istituisce, su autorizzazione dell'Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica, di concerto con il Ministro della Pubblica Istruzione, una Scuola per puericultrici e vigilatrici d'infanzia.

Per i bambini malati costretti a lunghe degenze, il Provveditorato agli Studi apre in quegli anni al Burlo due classi di scuola materna e sei corsi elementari interni.

Nel 1964, con il D.P.R. n. 1421/1964 l'Ospedale infantile si fonde con la "Società amici dell'infanzia"; portando all'interno dell'Istituto le competenze, i ruoli e i pazienti della Clinica per

le malattie dei bambini, riservata ai lattanti e alla seconda infanzia e viene costruito il Centro Immaturo. Pochi anni dopo, nel 1967, acquisisce le Cattedre universitarie di Pediatria e Puericoltura. Con Decreto del Ministro della Sanità di concerto con quello della Pubblica Istruzione, in data 10/12/1968, a norma dell'art. 1 della Legge 12/2/1968 n. 132, all'Ospedale viene riconosciuto il carattere di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e con Decreto del 3/3/1969 viene approvato lo Statuto organico, in base al quale l'Ente assume la denominazione di "Istituto per l'Infanzia e Pie Fondazioni Burlo Garofolo e dott. Alessandro ed Aglaia de Manussi".

Poco dopo, nel 1972, con l'arrivo della Divisione di Ostetricia e Ginecologia, modifica ancora gli ambiti assistenziali trasformandosi da Ospedale Pediatrico in Materno-Infantile, con una concezione, per l'epoca, originale nel panorama sanitario italiano. Nasce pressappoco negli stessi anni e si sviluppa in una prima fase entro gli anni Settanta e successivamente negli anni ottanta un modello assistenziale che consiste in quella che allora si chiamava "umanizzazione delle cure": accesso ai genitori sempre libero, riduzione delle formalità nei rapporti tra familiari e personale di assistenza, attenzione ai bisogni psicologici del bambino. Di questo modello, se non la paternità esclusiva, se ne

sono fatti interpreti con un contributo certo essenziale che ha fatto scuola in Italia, i maestri prof. Franco Panizon e prof. Sergio Nordio, arrivati in Istituto nel 1968.

Nel 1978 l'Istituto acquisisce le cattedre di Igiene e di Genetica e nel 1979 la cattedra di Ostetricia e Ginecologia.

L'ultimo decennio del ventesimo secolo propone all'Istituto la ricontestualizzazione della propria missione, nell'ambito della nuova organizzazione di tipo aziendalistico, secondo gli schemi e gli indirizzi contenuti nella legge 502/92.

Negli anni 2000 il Burlo Garofolo rivisita il suo passato riformulando il presente e proponendosi come Ospedale per la salute materno infantile, polo di riferimento pediatrico della Regione FVG.

Con Decreto del Ministero della Salute del 23/11/2017, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana Serie Generale - n. 13 del 17/01/2018, è stato confermato il riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS nella disciplina «Materno infantile»

Con DGR n. 730 del 21/03/2018 è stata istituita la Rete Pediatrica del FVG, coordinata dal Burlo, coronamento di un percorso che ha portato l'Istituto al centro della Sanità regionale per l'ambito materno-infantile e che rappresenta il punto di partenza per il futuro ruolo del Burlo nella Sanità e nella Ricerca regionale e nazionale.

1.2 IL CONTESTO DEMOGRAFICO SOCIO-SANITARIO

Negli ultimi 10 anni in Italia, come pure in FVG, si è assistito a fondamentali trasformazioni socio-demografiche, caratterizzate da una progressiva decrescita e invecchiamento della popolazione residente. A partire dal 2015, il consistente saldo naturale negativo (dovuto all'effetto congiunto del calo delle nascite e dell'aumento dei decessi) unito alla continua diminuzione del saldo migratorio, ha portato al decremento della popolazione.

In Italia il saldo naturale nel 2017 è negativo (-183.000) come pure in FVG (-6.500). L'aumento della sopravvivenza e il calo della

natalità ha reso l'Italia uno dei paesi con più elevato livello di invecchiamento. L'età media ha oltrepassato i 45 anni e la popolazione sotto i 15 anni continua a ridursi (13,4% nel 2017 a livello nazionale, 12% in FVG).

A contrastare il processo di invecchiamento interviene la presenza straniera, che tra il 2007 e il 2017 è quasi raddoppiata. Nel 2017 a livello nazionale gli stranieri rappresentavano l'8,3% della popolazione residente e in FVG l'8,8%, con un aumento del 2,6% rispetto al 2016 nella nostra Regione.

Anche in area materno-infantile la situazione epidemiologica del FVG rispecchia quella nazionale. Due sono i fenomeni che la caratterizzano: il progressivo calo di natalità e fecondità e il miglioramento generale dello stato di salute dei bambini accompagnato da un aumento nella complessità di alcune malattie pediatriche, sia in acuto che in cronico. Altri fenomeni di rilievo, alla cui conoscenza peraltro il nostro Istituto sta contribuendo attraverso il coordinamento di attività di ricerca e monitoraggio, sono quelli legati agli stili di vita della popolazione pediatrica e alla mortalità materna.

Denatalità

A partire dal 2009 abbiamo assistito in Italia ad un progressivo calo del numero di nati, analogamente a quanto avvenuto in molti paesi sviluppati. La cosa si può notare nella figura 1 dove nel 2017 la forma della base della piramide si restringe rispetto al 2008 per effetto della riduzione della natalità.

In Italia i nati nel 2017 sono stati 464.000 (-2% sul 2016). Nell'arco di 9 anni (dal 2008 al 2017) le nascite in Italia sono diminuite di oltre 100 mila unità. Le cause della riduzione della natalità sono molteplici: il progressivo calo delle nascite da coppie di genitori entrambi italiani, il venir meno della spinta dell'immigrazione (dal 2012 la natalità è in calo anche per gli stranieri), la progressiva "occidentalizzazione" dei costumi degli immigrati (famiglie meno numerose), la riduzione del contingente di donne in età feconda (15-50 anni), il progressivo spostamento in avanti del calendario riproduttivo, la crisi economica.

La fecondità nel 2017 è stata pari a 1,34 figli per donna, con valore analogo a quello del 2016. La figura 2 evidenzia il progressivo calo a partire dal 2010 (1,46). L'età media delle madri al parto sale a 31,8

anni nel 2017. Anche questo indicatore è in continuo aumento in Italia sin dal 1980 (27,5 anni). La riduzione della propensione, negli ultimi decenni, a procreare (indice di fecondità) interessa tutte le Regioni italiane,

Figura 1. Piramidi delle età della popolazione italiana e straniera residente al 1° gennaio - Anni 2008 e 2017 (valori percentuali)

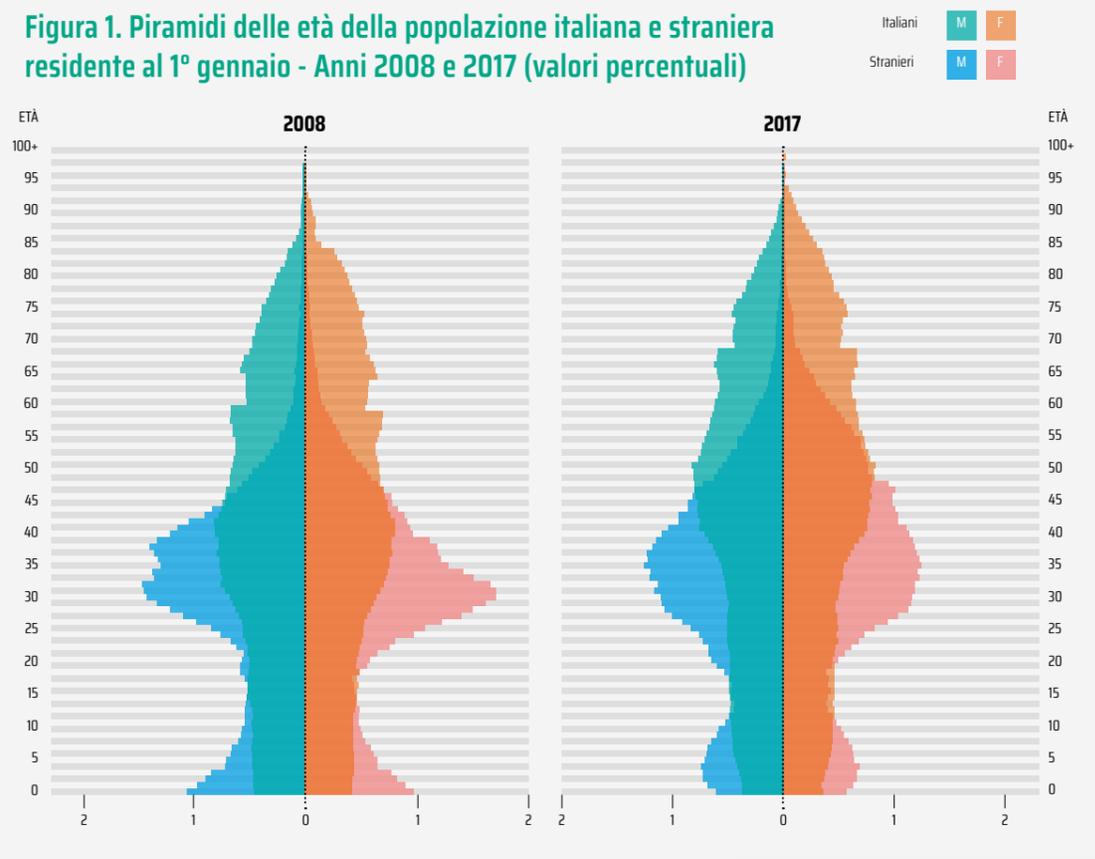
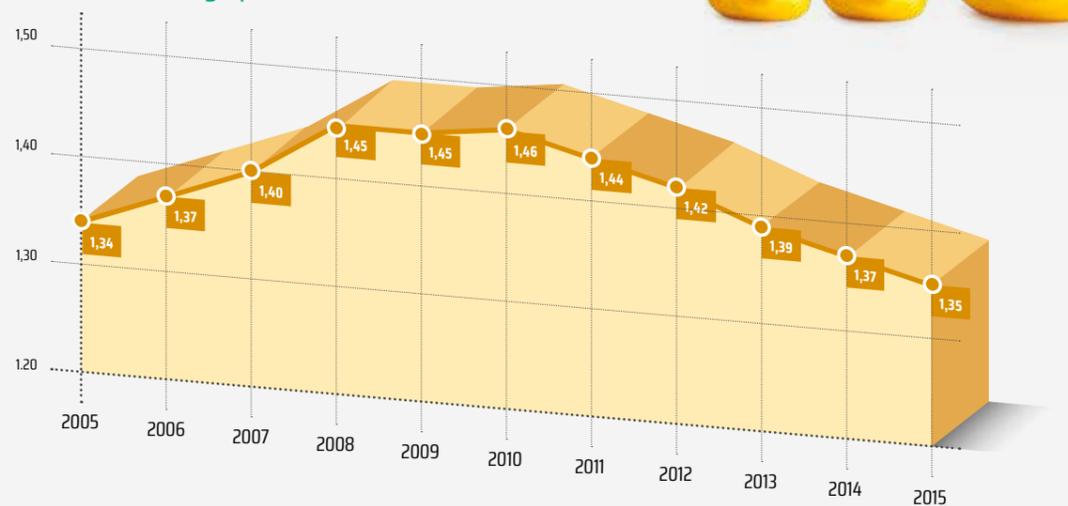


Figura 2. Andamento della fecondità in Italia, anni 2005-2015
Numero medio di figli per donna



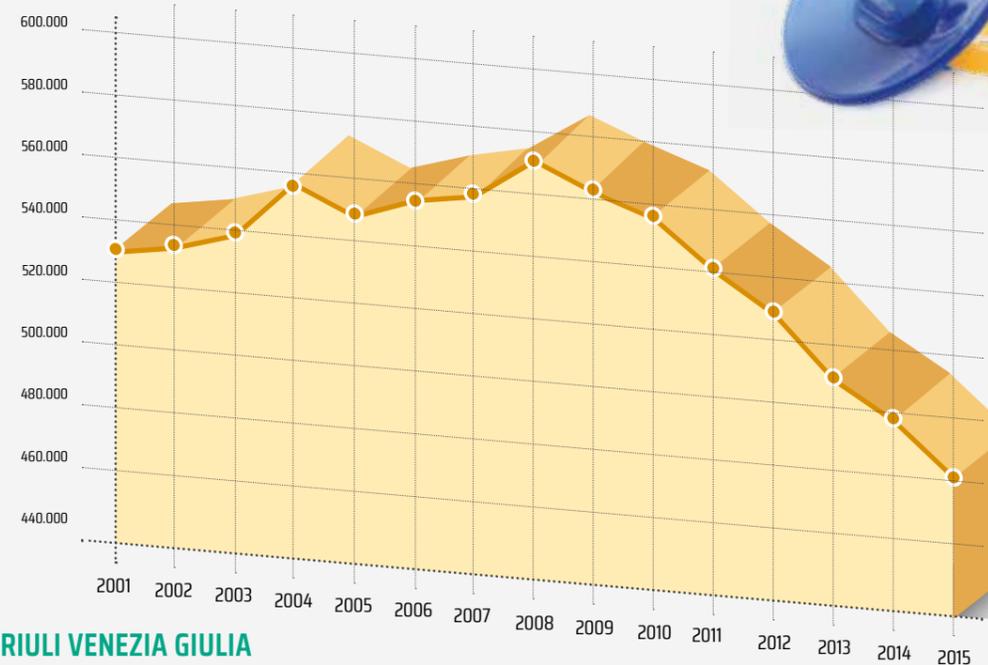
determinando la riduzione delle nascite e modificando le caratteristiche strutturali del comportamento riproduttivo, quali l'ordine e la cadenza delle nascite.

15 anni è sostanzialmente sovrapponibile all'andamento nazionale (Figura 3). Il tasso di natalità per mille abitanti è sceso da 8,2 nel 2011 a 7,0 nel 2015; l'età media della madre al parto è salita

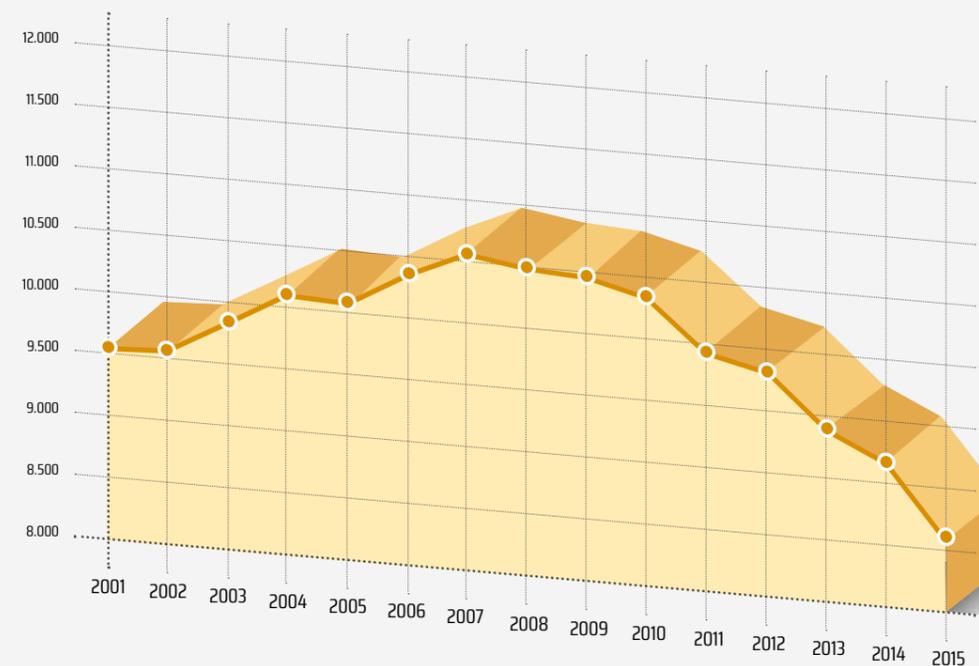
La riduzione delle nascite in FVG negli ultimi

Figura 3. Nati vivi in Italia e in FVG, andamento dal 2001 al 2015 (fonte: Istat e SISR FVG)

ITALIA



FRIULI VENEZIA GIULIA



da 31,5 anni nel 2011 a 31,9 anni nel 2015.

In Tabella 2 si riporta il dato relativo all'andamento delle nascite per Struttura di nascita in FVG nel periodo 2011-2017,

Tabella 2. Totale dei parti in Regione FVG per Struttura ospedaliera, trend temporale 2011-2017

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Δ% 2011-2017
P.O. S.Maria Misericordia Udine	1.601	1.583	1.607	1.526	1.491	1.605	1.523	-5%
IRCCS Burlo Garofolo	1.751	1.776	1.600	1.613	1.528	1.569	1.495	-15%
P.O. S.Maria Angeli Pordenone	1.113	1.069	1.041	959	935	1.001	987	-11%
P.O. San Vito	776	805	791	776	725	956	799	3%
P.O. San Daniele	1.115	1.120	996	1041	880	879	905	-19%
P.O. Palmanova	846	802	809	758	770	846	729	-14%
Policlinico San Giorgio Pordenone	808	741	743	757	696	716	694	-14%
P.O. Monfalcone	494	503	466	616	708	664	741	+50%
P.O. Tolmezzo	496	531	521	518	509	459	388	-22%
P.O. Latisana	450	478	445	406	440	110	0	
P.O. Gorizia	347	343	275	135	0	0	0	
Totale	9.799	9.756	9.295	9.108	8.683	8.805	8.261	-16

Lo stato di salute dei bambini

Grazie alle migliori condizioni di vita, alla diagnosi prenatale, agli screening neonatali, ai vaccini e all'efficacia della prevenzione e delle cure, lo stato di salute dei bambini in Italia è progressivamente migliorato. Si stanno invece profilando problemi nuovi, legati prevalentemente agli stili di vita (es. sedentarietà, obesità) e all'incremento di patologie croniche, disabilità gravi, malattie complesse e disagio psichico, conseguenza anche dei cambiamenti nella struttura delle famiglie e della società in generale.

In FVG nell'anno 2017 erano presenti 181.476 residenti <18 anni e 9 strutture di ricovero con competenza pediatrica. I dati epidemiologici per la Regione confermano il generale miglioramento dello stato di salute dei bambini dimostrato ad esempio dai tassi di mortalità in età pediatrica che

che evidenzia ancora il trend in calo con una differenza percentuale dal 2011 al 2017 del 16% a livello regionale.

sono tra i più bassi in Italia (nel 2015 il tasso di mortalità sotto l'anno di vita è stato di 2,1x1.000 in FVG vs 2,9 a livello nazionale, fonte ISTAT).

I tassi di ospedalizzazione in età pediatrica nel 2015 sono risultati tra i più bassi a livello nazionale, in calo rispetto al 2010 (Tabella 2).

Il trend in calo dei ricoveri pediatrici è evidenziabile anche in termini assoluti: dal 2011 al 2017 si sono ridotti complessivamente del 9% (Figura 4). Il conteggio sintetizzato nella figura non tiene conto dei ricoveri con DRG 391, corrispondente al neonato sano.

Viceversa, gli accessi al Pronto soccorso pediatrico per i soggetti tra 0 e 16 anni, cioè per la fascia accolta dalla maggior parte dei presidi ospedalieri con struttura di Pediatria, sono in progressivo e continuo aumento in

Tabella 3. Tassi (x 1000) di ospedalizzazione in regime ordinario e diurno per l'età pediatrica, FVG e Italia, anni 2010 e 2015

	RICOVERI ORDINARI		RICOVERI IN REGIME DIURNO	
	2010	2015	2010	2015
FVG	47,4	41,7	26,4	23,7
Italia	76,5	60,8	39,3	29,0

Figura 4. Ricoveri Ospedalieri pediatrici (0-17 anni) in FVG. Trend temporale 2011-2017



Regione, confermando il trend nazionale. Nel 2017 in FVG ci sono stati 91.845 accessi vs 88.635 nel 2016 (+4%). Il 92% degli accessi sono avvenuti presso Pronto soccorso pediatrici o comunque presidi ospedalieri con struttura di Pediatria e con guardia pediatrica H24. La maggior parte degli accessi pediatrici ai Pronto soccorso della Regione riguarda casi non urgenti o con urgenze differibili che in gran parte potrebbero essere valutati e risolti in un contesto extra-ospedaliero. I dati presentati mostrano infatti una percentuale molto bassa di accessi per codice rosso o giallo (8% a livello regionale) e una quota ancora

minore di ricoveri sul totale degli accessi (3%). Sia l'elevato numero di accessi che la bassa gravità denotano la necessità di una maggiore integrazione tra ospedale e territorio.

Obesità e stili di vita

Le attività di sorveglianza nutrizionale realizzate in Regione sotto il coordinamento dell'IRCCS Burlo Garofolo, consentono di valutare lo stato ponderale, abitudini alimentari e stili di vita nell'arco di tutta l'età pediatrica e a partire dalla gravidanza. Dati raccolti nell'ambito del progetto regionale "Obesità in gravidanza" indicano a inizio

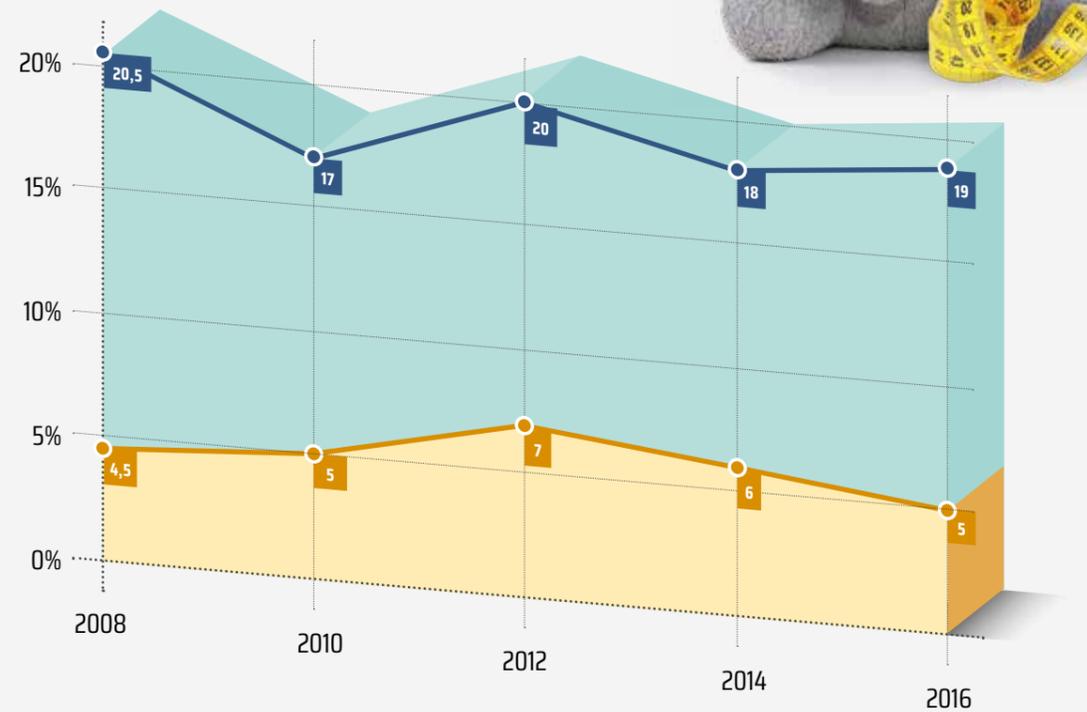
gravanza la presenza di eccesso ponderale nel 25% delle gravide (con prevalenza di sovrappeso e obesità rispettivamente di 17,1% e 8%). Rispetto alle linee-guida internazionali, a termine gravidanza il 34% delle donne presenta un incremento ponderale eccessivo e il 29% troppo basso.

Il progetto nazionale "OKkio alla salute" fornisce informazioni su peso corporeo, statura,

alimentazione, attività fisica e altri aspetti della salute su un campione rappresentativo di bambini della scuola primaria. I risultati evidenziano per la regione FVG un trend di sovrappeso e obesità sostanzialmente stabile, con il 19% dei bambini sovrappeso e il 5% obesi nel 2016, al di sotto della media nazionale (21% e 9% rispettivamente) (Figura 5). Complessivamente il 24,2% dei bambini della Regione Friuli Venezia Giulia presenta un

Figura 5. Trend temporale di sovrappeso e obesità in FVG, rilevate nell'ambito del progetto OKkio alla salute

■ Sovrappeso ■ Obesità



eccesso ponderale e solo 1 bambino su 3 ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età; il consumo di frutta e verdura tra i bambini della regione è insufficiente e la percezione dei genitori sullo stato nutrizionale dei loro figli, della loro alimentazione e del livello di attività fisica appare errata.

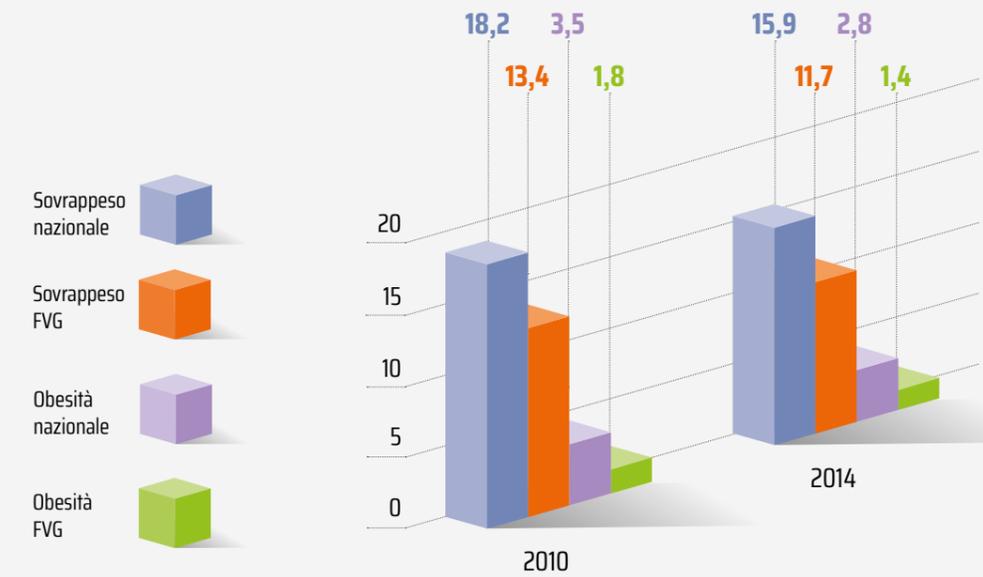
Informazioni sulla salute degli adolescenti (tra

13 e 15 anni) sono fornite dallo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare) che, per il 2014, riporta trend di sovrappeso e obesità per il FVG stabili e al di sotto della media nazionale (Figura 6).

HBSC evidenzia inoltre che la maggioranza dei ragazzi svolge attività fisica 2-3 volte a



Figura 6. HBSC: Trend temporale della percentuale di sovrappeso e obesità dal 2010 al 2014, FVG e Italia

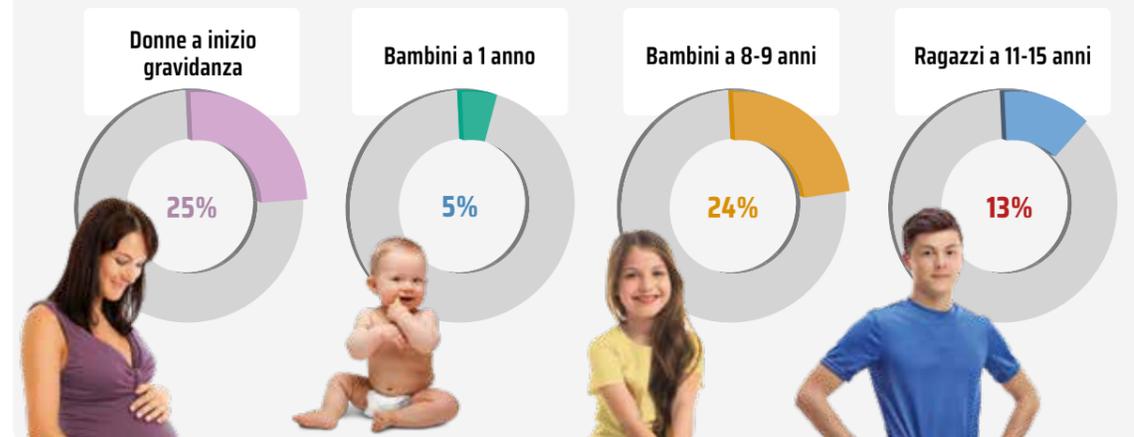


settimana e solo 1 ragazzo su 10 raggiunge il valore raccomandato di sette giorni alla settimana, con sedentarietà maggiore nelle ragazze; 1 ragazzo su 4 in regione guarda la TV oltre le due ore al giorno. L'utilizzo di computer, tablet o smartphone è in aumento: 1 ragazzo su 7 li usa più di 2 ore al giorno per giocare e 1 su 5 per chattare. Alcuni comportamenti a rischio sono diffusi: l'11% dei ragazzi coinvolti nella rilevazione ha dichiarato di

fumare sigarette, anche se non abitualmente, con un picco tra i quindicenni (27%); la percentuale dei ragazzi che dichiarano di bere alcolici, anche se raramente, è circa del 50%; il 20% dei quindicenni ha fatto uso di cannabis.

La figura 7, descrive, a partire dai dati dei progetti di sorveglianza coordinati dall'Istituto, lo stato ponderale della popolazione del FVG nell'arco di tutta l'età pediatrica e a partire dalla gravidanza.

Figura 7. Eccesso di peso della popolazione del Friuli Venezia Giulia in gravidanza e in età pediatrica



Mortalità materna

In Italia, il tasso di mortalità materna per 100.000 nati vivi (MMR) che nel 2012 si attestava secondo dati Istat a 2 e secondo stime dell'OMS a 4¹, risulterebbe in realtà ancora significativamente sottostimato. I risultati di uno studio di record-linkage, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e che ha visto la partecipazione del

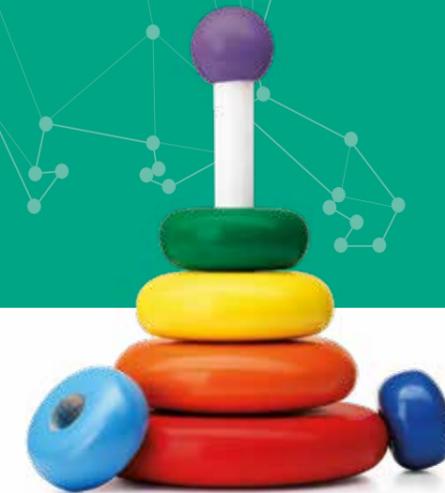
Friuli Venezia Giulia dal 2017, indicano che il MMR sarebbe più del doppio. Le stime condotte dal Burlo Garofolo per la regione, seguendo i protocolli ISS, mostrano che nonostante la nostra regione abbia un MMR tra i più bassi a livello nazionale, il problema dei suicidi in gravidanza e nel primo anno dopo l'esito di gravidanza è significativamente più alto che nelle altre regioni considerate.

1. WHO. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Geneva, World Health Organization, 2015



CAPITOLO 2

ORGANIZZAZIONE AZIENDALE



L'Atto Aziendale è il documento che individua e definisce l'assetto istituzionale e quello organizzativo dell'IRCCS Burlo Garofolo¹. Definisce l'identità aziendale, mission e vision, valori e il modello organizzativo dell'Azienda.

Elemento caratterizzante della nostra organizzazione è la piena integrazione fra assistenza e ricerca, che si declina nel modello organizzativo dipartimentale: non vi è distinzione fra Dipartimenti assistenziali e della ricerca: tutti i Dipartimenti sanitari svolgono entrambe le attività e afferiscono al Direttore Sanitario e al Direttore Scientifico per gli ambiti di rispettiva competenza.

La Mission aziendale

Il Burlo Garofolo, in quanto ospedale di alta specializzazione di rilievo nazionale e in coerenza con gli indirizzi del Piano Sociosanitario Regionale, garantisce l'assistenza ad alta complessità e specialità per l'area materno-infantile in ambito regionale, nazionale e internazionale, in rete con le strutture di Pediatria e Ostetricia-Ginecologia regionali e con gli Ospedali Pediatrici italiani. Garantisce inoltre l'assistenza materno-infantile di base per

l'area triestina, in collaborazione con l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste.

Il Burlo, in quanto IRCCS, coerentemente con le Direttive del Ministero della Salute e in rete con gli altri IRCCS, svolge istituzionalmente attività di ricerca clinica traslazionale e gestionale in ambito materno-infantile, rappresentando il riferimento per la Regione nella definizione delle politiche sanitarie in questo ambito.

Il Burlo, in quanto sede di riferimento per il Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute dell'Università degli Studi di Trieste per l'ambito materno-infantile, garantisce l'integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca, contribuendo al raggiungimento delle finalità proprie dell'Università.

La Vision aziendale

La visione strategica del Burlo è orientata a:

- Garantire lo stesso, elevato, livello di salute a tutti i bambini, gli adolescenti e le donne della Regione Friuli Venezia Giulia, direttamente o indirettamente,

1. Decreto del DG n. 100 del 10/11/2016

svolgendo il ruolo di hub regionale per l'area materno-infantile, in un sistema hub-spoke non solo ospedaliero, ma anche ospedale-territorio, coordinando nel contempo la ricerca e l'innovazione, nonché la didattica e la formazione per l'area materno-infantile.

- Sviluppare il proprio ruolo nella rete assistenziale e scientifica nazionale e internazionale al fine di confrontare e trasferire esperienze, nonché di rappresentare un polo di attrazione per pazienti e professionisti, promuovendo nel contempo la crescita e lo sviluppo di altre realtà sanitarie, soprattutto in aree disagiate del mondo.

I Valori aziendali

L'identità dell'Istituto si fonda su principi e valori condivisi, che ispirano gli scopi, le azioni e i comportamenti di tutti coloro che vi lavorano, concorrono all'adempimento della sua missione e ne orientano la programmazione strategica. Il Burlo si riconosce nel sistema dei valori della Costituzione, del Ministero della Salute e della Regione FVG, e d'altra parte condivide il sistema di valori legato alla ricerca clinica.

Vengono considerati valori aziendali:

1. Centralità della persona: "Persone che si prendono cura di Persone"

Per centralità della persona s'intende la capacità del "sistema azienda" di porre al centro delle sue azioni la persona, intesa sia come soggetto fruitore che come soggetto erogatore di assistenza, realizzando una organizzazione di "Persone che si prendono cura di Persone".

2. Equità e Universalità

Promuovere la cultura dell'accoglienza in sanità, semplificando i percorsi e facilitando la rimozione di eventuali ostacoli all'accesso ai servizi, in base ai bisogni specifici.

Garantire l'accesso alle attività erogate in qualità di centro hub, sviluppando modalità organizzative capaci di rispondere alle richieste in base all'appropriatezza e attraverso la creazione di "reti" che permettano ai profes-

sionisti di collaborare anche a distanza, valorizzando l'integrazione tra attività istituzionali e attività sociali, culturali, di volontariato e di assistenza sociale.

3. Eticità

Riconoscere la rilevanza delle problematiche di natura etica relative alla pratica clinica, alla sperimentazione e all'organizzazione, impegnandosi a tutelarne i principi nei rispettivi ambiti anche attraverso la creazione di organismi dedicati.

4. Trasparenza

Rendere visibile e comprensibile il processo decisionale, all'interno e all'esterno dell'Istituto, attraverso la disponibilità al confronto, la definizione di regole esplicite nell'acquisizione e cessione dei servizi, nella definizione degli obiettivi, nel monitoraggio del loro stato di avanzamento e del grado di raggiungimento, anche nell'ottica della prevenzione della corruzione. Questo presuppone un'adeguata comunicazione che garantisca una trasparente informazione e rendicontazione sull'utilizzo e valorizzazione delle risorse assegnate.

5. Integrazione

Garantire la presa in carico complessiva del singolo caso, con piena integrazione fra le diverse componenti professionali, fra i dati consolidati della pratica clinica, quelli della ricerca traslazionale e la didattica, anche attraverso la condivisione di percorsi clinico-assistenziali, al fine di offrire un'assistenza di qualità tesa al continuo miglioramento.

6. Metodologia

Utilizzare un adeguato approccio metodologico, basato sull'analisi puntuale e condivisa dei dati e dei processi, nonché sul confronto con precedenti esperienze di successo, come elemento imprescindibile per garantire che il processo decisionale, sia in ambito sanitario che amministrativo e gestionale, avvenga in modo rigoroso e trasparente.

7. Sostenibilità

Promuovere la sostenibilità complessiva del sistema sanitario, intesa come capacità di sviluppare politiche gestionali attente

ai problemi di sostenibilità ambientale, economica e organizzativa con particolare attenzione al benessere organizzativo, al rispetto dei principi di pari opportunità e al contrasto di qualsiasi forma di discriminazione. La sostenibilità deve nascere dalla consapevolezza delle risorse a disposizione, dalla costante attenzione a evitarne lo spreco e dall'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie ("la risposta giusta, con la giusta priorità, da parte dell'operatore sanitario giusto, nel contesto assistenziale giusto, a chi ne ha effettivamente bisogno").

8. Qualità della prestazione sanitaria e amministrativa

- Promuovere percorsi assistenziali in grado di avvalersi delle diverse e specifiche competenze professionali allo scopo di realizzare un'assistenza appropriata, basata sui bisogni complessivi dei destinatari e sulle migliori evidenze scientifiche, sicura nonché ispirata al principio delle cure progressive in relazione alle caratteristiche di intensità e complessità degli interventi necessari.
- Perseguire la tutela dal rischio sia per gli utenti che per gli operatori, non solo attraverso la realizzazione di soluzioni tecniche, strutturali e organizzative come da obbligo normativo, ma anche e soprattutto adottando strategie di partecipazione attiva, consapevole e informata nelle relazioni di cura.
- Garantire la tracciabilità delle attività assistenziali erogate attraverso una corretta gestione della documentazione sanitaria e la trasparenza dei processi decisionali clinici nella tutela del trattamento dei dati concernenti lo stato di salute della persona assistita.
- Promuovere l'adozione di procedure amministrative volte a prevenire/mitigare i rischi amministrativi-contabili e a garantire la massima efficienza, assicurandone l'uniformità e l'integrazione a livello aziendale.

9. Ricerca e Innovazione

- Promuovere la ricerca e l'innovazione in ambito di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini nell'ambito materno-infantile che, per complessità, gravità e rarità, necessitano di soluzioni innovative realizzate anche in stretta collaborazione con Università e altri Enti regionali, nazionali e internazionali e con il mondo delle imprese.
- Promuovere l'innovazione gestionale attraverso lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi di erogazione delle prestazioni sanitarie.

2.1 LA NOSTRA ORGANIZZAZIONE

L'assetto organizzativo prevede una Direzione strategica e una gestione operativa basata sul modello dipartimentale.

La **Direzione strategica** è composta dal Direttore Generale, dal Direttore Scientifico, nonché dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, che lo coadiuvano nell'esercizio delle funzioni che gli sono attribuite. È sede del governo dell'Azienda e ad essa compete la definizione delle strategie e delle politiche aziendali.

Il **Direttore Sanitario**, in particolare, dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari. È responsabile del processo di governo clinico dell'Istituto, con riferimento sia alla qualità, che all'efficienza e all'efficacia.

Il **Direttore Amministrativo** dirige i servizi amministrativi dell'Istituto; indirizza, coordina ed orienta l'esercizio di tutte le funzioni tecniche, amministrative e logistiche a supporto dell'organizzazione e dell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

La Direzione strategica si avvale di uno staff di supporto posto alle dirette dipendenze del Direttore Generale, articolato in strutture, uffici e servizi, che svolge funzioni di pianificazione e controllo direzionale, di gestione della comunicazione interna ed esterna, della formazione e della sicurezza.



Sono **Organi aziendali**:

- il **Direttore Generale**, nominato dal Presidente della Regione, sentito il Ministro della Salute e il Rettore dell'Università di Trieste: è l'organo responsabile della gestione complessiva dell'Istituto del quale è il legale rappresentante e titolare dei rapporti esterni.
- il **Direttore Scientifico**, nominato dal Ministro della Salute, sentito il Presidente della Regione, è responsabile delle attività di ricerca dell'Istituto e della gestione dei finanziamenti della ricerca dei quali neozia l'appropriato utilizzo con il Direttore Generale;
- il **Consiglio di Indirizzo e Verifica**, composto di tre componenti designati dalla Giunta regionale, uno designato dal Consiglio delle Autonomie Locali e uno designato dal Ministro della Salute. Il Consiglio indirizza l'attività dell'Istituto e ne verifica la congruità rispetto alle finalità strategiche e agli obiettivi assistenziali e di ricerca perseguiti;
- il **Collegio Sindacale**, è l'organo collegiale titolare della funzione di controllo istituzionale sull'andamento delle attività dell'Istituto e sulla rispondenza delle attività di governo e di gestione della stessa ai principi di legalità e di economicità, in particolare sotto il profilo della gestione economica, finanziaria e patrimoniale.

Sono altresì indicati quali **Organismi collegiali**:

- il **Collegio di Direzione**: svolge funzione consultiva e concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria;
- il **Consiglio dei sanitari**: è organismo elettivo, svolge funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal Direttore Sanitario;
- l'**Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)**, è costituito con atto del DG ed è composto da tre unità esterne all'Istituto che,

complessivamente, assicurano l'esperienza nel campo del management, della valutazione delle prestazioni, della valutazione del personale e della programmazione e controllo di gestione. L'OIV valuta, sotto il profilo gestionale, l'effettiva attuazione da parte delle strutture aziendali delle scelte contenute negli atti di indirizzo strategico, in termini di congruenza tra obiettivi prefissati e risultati ottenuti. Tale funzione di controllo s'inserisce nella logica più ampia del processo strategico di pianificazione e controllo aziendale;

- i **Collegi tecnici**, sono nominati dal DG ed effettuano la verifica delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti da parte di tutti i dirigenti, ai fini del conferimento o della conferma degli incarichi;
- il **Comitato tecnico scientifico (CTS)**: è nominato dal Direttore Scientifico e presieduto dallo stesso e ha funzioni oltre che consultive, di supporto tecnico scientifico all'attività clinica di ricerca;
- il **Comitato Unico di Garanzia (CUG)**, per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni: sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing;
- il **Comitato Etico Unico Regionale (CEUR)**, secondo quanto previsto dalla normativa regionale, ha competenza nelle valutazioni delle sperimentazioni proposte sul territorio regionale riguardanti le strutture sanitarie del Servizio Sanitario Regionale. A livello aziendale le attività della ricerca clinica e i rapporti con il CEUR vengono coordinati dall'Ufficio per la Ricerca Clinica.

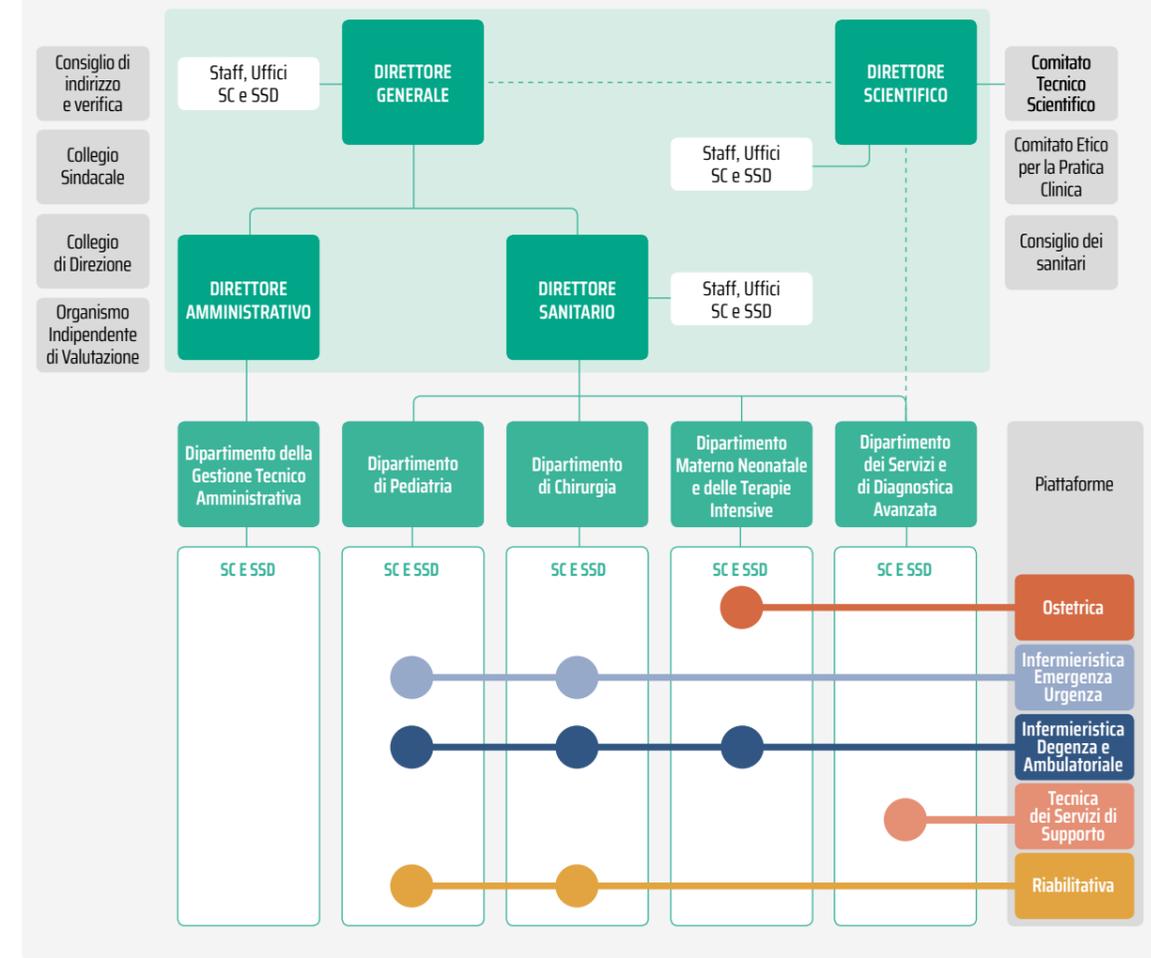


- il **Comitato di Bioetica** per la Pratica Clinica Materno-infantile e per la Salute della Donna¹: ha il fine di assicurare un adeguato esame delle possibili problematiche etiche connesse alle attività

cliniche e assistenziali proprie delle specifiche aree materno-infantile e della salute della donna.

L'organigramma aziendale è illustrato di seguito:

Figura 8. Organigramma aziendale



2.2 LE RISORSE UMANE

2.2.1 Le politiche del personale

In questi anni l'Istituto ha posto al centro dell'attenzione il miglioramento del processo produttivo, rispetto al quale le politiche del personale rappresentano una leva strategica fondamentale: il personale non viene più considerato solo come il principale fattore di costo aziendale, ma come la principale risorsa produttiva dell'IRCCS. In tal senso la gestione del

capitale umano è stata inquadrata in una logica di tipo strategico- funzionale, attraverso una politica non solo di nuovo reclutamento, ma anche attraverso un utilizzo appropriato delle risorse e attraverso un processo premiante sia in termini retributivi che di sviluppo, al fine di rafforzare la ricerca dell'adeguatezza qualitativa della produzione nei confronti dei compiti affidati e del livello dei servizi da erogare.

L'ultimo quadriennio è stato caratterizzato

1. Decreto del DG n. 49 del 20/04/2018

dalla redazione ed applicazione del nuovo Atto Aziendale mediante l'emanazione di regolamenti attuativi relativi agli incarichi dirigenziali, alle posizioni organizzative e ai coordinamenti. In questo percorso il fattore tempo è stato determinante, e in effetti, una volta approvato l'Atto Aziendale, entro un anno è stata garantita la piena attuazione del nuovo modello organizzativo, con l'attivazione di tutte le nuove SC/SSD e disattivazione di quelle non più previste, la nomina dei nuovi responsabili di SC/SSD, la pressoché completa assegnazione degli incarichi dirigenziali, delle posizioni organizzative e dei coordinamenti.

In particolare si è dato corso alla copertura delle nuove SC e SSD, caratterizzata da un importante turnover, legate al nuovo assetto organizzativo e a numerosi pensionamenti, in linea e nel rispetto delle indicazioni regionali relative al cronoprogramma di attivazione e dismissione delle stesse.

Tale cambiamento, se da una parte ha rappresentato un momento di potenziale criticità legato al venir meno di professionisti esperti che hanno contribuito in modo importante al raggiungimento di elevati standard assistenziali e di ricerca, dall'altro ha rappresentato l'opportunità di nuovi inserimenti e di una gestione efficace del cambiamento del ruolo regionale del nostro Istituto.

Il turnover dei responsabili di SC e SSD è stato realizzato in parte valorizzando personale già in servizio presso il nostro Istituto, in parte con personale proveniente da altre Aziende Sanitarie, in particolare da alcuni dei più prestigiosi ospedali pediatrici italiani, a testimonianza della capacità del Burlo di rappresentare anche un polo di attrazione per professionisti qualificati. Nella tabella 4 viene evidenziata la situazione di partenza e quella di arrivo per le SC e SSD Aziendali.

Tabella 4. Responsabili di SC/SSD

STRUTTURA (Atto Aziendale 2011)	STRUTTURA (Atto Aziendale 2016)	RESPONSABILE 2015	RESPONSABILE 2018	PROVENIENZA
Direzione Strategica	Direzione Generale			
SC Pianificazione, controllo direzionale e sviluppo	SSD Programmazione e Controllo	Patrizia Visconti <i>f.f.</i>	Alessandra Rachelli <i>ad interim</i>	Burlo
Direzione Amministrativa	Direzione Amministrativa			
SC Politiche e gestione del personale	SSD Politiche del Personale	Serena Sincovich	Eugenio Possamai <i>ad interim</i>	Burlo
SC Ingegneria clinica, acquisizione tecnologie, beni e servizi	SC Ingegneria Clinica, informatica e approvvigionamenti	Riccardo Zangrando	Eugenio Possamai <i>ad interim</i>	Burlo
SC Servizio Economico-finanziario	SC Gestione Economico-Finanziaria	Alessandra Rachelli <i>f.f.</i>	Alessandra Rachelli	Burlo
SC Affari Generali e Legali	SC Affari Generali e Legali	Benedetta Smedile	Daniela Zaro <i>f.f.</i>	ASUITS
SC Servizio Tecnico edile-impiantistico	SC Gestione Tecnica e Realizzazione del nuovo ospedale	Massimiliano Liberale	Elena Clio Pavan	ASUITS
Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria			
SS Direzione delle professioni sanitarie	SC Direzione delle professioni sanitarie	Maria Rosaria Bortoluzzi <i>f.f.</i>	Livia Bicego <i>f.f.</i>	ASUITS
SC Farmacia e Farmacologia clinica	SSD Farmacia	Aba Pettinelli <i>f.f.</i>	Anna Arbo	AAS 2

Dipartimento di Diagnostica avanzata e Sperimentazioni Cliniche	Dipartimento dei Servizi e della Diagnostica Avanzata			
SC Genetica medica	SC Genetica Medica	Vanna Pecile <i>f.f.</i>	Paolo Gasparini	Burlo Convenzionato UNITS
	SSD Diagnostica avanzata microbiologica traslazionale		Manola Comar	Convenzionato UNITS
SC Radiologia ad indirizzo pediatrico	SCR Radiologia pediatrica	Pierpaolo Guastalla	Massimo Gregori	Burlo
SC Immunopatologia clinica, materno-fetale e dei trapianti con servizio d'urgenza	SCR Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	Oriano Radillo <i>f.f.</i>	Oriano Radillo	Burlo
SSD Epidemiologia clinica e ricerca sui servizi sanitari	SCR Epidemiologia clinica e ricerca sui servizi sanitari	Luca Ronfani <i>f.f.</i>	Luca Ronfani	Burlo
Dipartimento di Pediatria	Dipartimento di Pediatria			
Pediatria d'urgenza e Pronto soccorso pediatrico	SC Pediatria d'urgenza e Pronto soccorso pediatrico	Egidio Barbi	Claudio Germani <i>f.f.</i>	Burlo
UCO Clinica pediatrica	SCU Clinica Pediatrica	Alessandro Ventura	Egidio Barbi	Burlo Convenzionato UNITS
SC Neuropsichiatria infantile	SC Neuropsichiatria infantile	Marco Carrozzi	Marco Carrozzi	Burlo
SC Oncoematologia pediatrica	SC Oncoematologia	Giorgio Zanazzo <i>f.f.</i>	Marco Rabusin	Burlo
Dipartimento di Pediatria	Dipartimento di Chirurgia			
SC Chirurgia e urologia pediatrica	SC Chirurgia	Waifro Rigamonti <i>f.f.</i>	Jurgen Schleef	Ospedale infantile "Regina Margherita" Torino
SC Odontostomatologia pediatrica	SSD Odontostomatologia	Gabriella Clarich	Milena Cadenaro	ASUITS Convenzionato UNITS
SC Oculistica e strabologia	SC Oculistica	Stefano Pensiero <i>f.f.</i>	Stefano Pensiero	Burlo
SC ORL e Audiologia	SC ORL e Audiologia	Eva Orzan	Eva Orzan	Burlo
Dipartimento materno neonatale	Dipartimento materno neonatale e delle terapie intensive			
SC Clinica Ostetrica e Ginecologica	SC Clinica Ostetrica e Ginecologica	Giuseppe Ricci	Giuseppe Ricci	Burlo Convenzionato UNITS
SC Patologia Ostetrica	SSD Gravidanza a rischio	Salvatore Alberico	Gianpaolo Maso	Burlo
SC Neonatologia e terapia intensiva neonatale	SC Neonatologia	Sergio Demarini	Francesco Maria Risso	Istituto Gaslini di Genova
SSD Diagnostica ecografica prenatale e ginecologica	SSD R Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale	Tamara Stampalija <i>f.f.</i>	Tamara Stampalija	Burlo
SC Anestesia e rianimazione	SC Anestesia e rianimazione	Stefano Furlan	Raffaella Sagredini	Ospedale infantile "Regina Margherita" Torino
SSD PMA	SCR Fisiopatologia della Riproduzione Umana e PMA	Giuseppe Ricci <i>ad interim</i>	Giuseppe Ricci <i>ad interim</i>	Burlo Convenzionato UNITS

Il personale presente in Istituto, comprensivo di personale universitario convenzionato, si articola come segue:

Tabella 5

	31.12. 2014	31.08. 2018
RUOLO SANITARIO		
Medici	134	141
Farmacisti	3	4
Biologi	12	13
Chimici	1	1
Psicologi	2	4
Altri dirigenti sanitari	1	1
Personale infermieristico/ostetrico	289	293
Personale tecnico sanitario	32	23
Altro personale sanitario	44	38
Totale ruolo sanitario	518	518
RUOLO TECNICO PROFESSIONALE		
Dirigenti tecnici professionali	3	4
Operatori tecnici- OSS	95	96
Altro personale tecnico	23	24
Totale ruolo tecnico	121	124
RUOLO AMMINISTRATIVO		
Dirigenti amministrativi	5	8
Personale amministrativo	71	68
Totale ruolo amministrativo	76	76
TOTALE COMPLESSIVO	715	718

Politiche per la stabilizzazione del personale precario

Nel corso del quadriennio 2015/2018, l'Istituto ha posto particolare attenzione alle normative volte alla stabilizzazione del personale precario, in applicazione, in particolare, del D.Lgs.75/2017. Si è dato corso alla stabilizzazione del personale in possesso dei requi-

siti di cui al comma 1 dell'art. 20 del D.Lgs. 75/2017 e riguardante figure professionali dell'area del comparto (23 unità) e della dirigenza medica (5 unità).

Il Burlo ha adottato anche il Piano degli interventi straordinari per la stabilizzazione del personale precario, il documento che analizza la situazione del precariato al Burlo al 31 dicembre 2017 e disciplina, sempre sulla base della stessa norma, tempistiche e modalità per le ulteriori stabilizzazioni mediante concorso: ai precari interni, infatti, sono riservati il 50% dei posti disponibili nel prossimo biennio.

Regolamenti

L'adozione del nuovo Atto Aziendale ha determinato altresì la revisione di tutti i regolamenti aziendali, e in particolare di quelli che attengono all'area delle risorse umane:

- Regolamento sugli incarichi dirigenziali delle aree della dirigenza;
- Regolamento sulle posizioni organizzative del comparto;
- Regolamento sui coordinamenti del comparto;
- Regolamento sulla valutazione della performance del comparto;
- Regolamento sull'orario di lavoro della dirigenza e del comparto;
- Regolamento sull'attività libero professionale.

Personale della ricerca

L'Istituto è coinvolto nel percorso di stabilizzazione del personale con contratto di lavoro flessibile addetto all'attività di ricerca negli IRCCS. Questa possibilità, prevista dalla Legge 205/2017 (legge di bilancio 2018), stabilisce l'istituzione presso gli IRCCS di un ruolo non dirigenziale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria, previa definizione di apposita sezione nel CCNL comparto sanità che ne identificherà profilo e trattamento economico ed emanazione di decreto e regolamenti sulle modalità di recluta-

Figura 9. Distribuzione del personale in base al genere

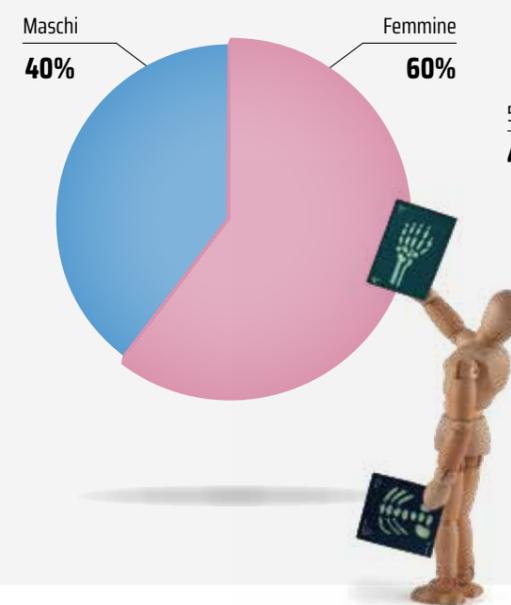


Figura 10. Distribuzione del personale per fasce d'età

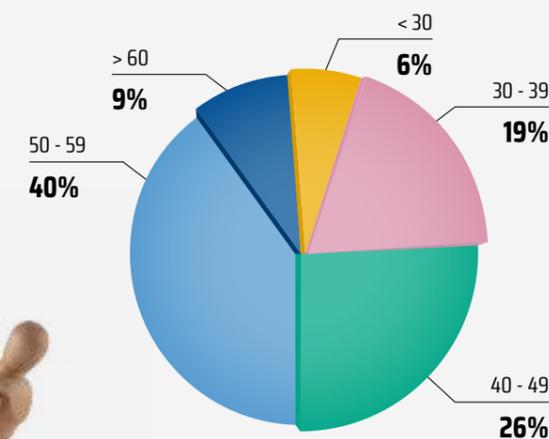


Tabella 6. Costo del personale, compresi gli oneri

	2015	2016	2017
Personale sanitario	28.893.326	28.707.569	28.128.684
Personale professionale	186.794	200.255	194.395
Personale tecnico	3.725.987	3.699.769	3.899.505
Personale amministrativo	2.654.252	2.515.769	2.444.527
IRAP su personale dipendente	2.334.891	2.311.169	2.294.373
TOTALE	37.795.250	37.434.531	36.961.484

mento e di valutazione. Nell'attesa che questo percorso normativo vada a regime, si è provveduto a "mettere in sicurezza" i ricercatori precari in attività presso il Burlo in modo da garantire la continuità per loro e per la ricerca dell'Istituto.

Relazioni sindacali

I profondi cambiamenti che hanno coinvolto l'ambito del personale sono stati realizzati anche grazie alla piena collaborazione con le Organizzazioni sindacali che hanno discusso, condiviso e contrattato molteplici tema-

tiche e in particolare tutti gli atti derivanti dall'applicazione del nuovo Atto Aziendale e dall'introduzione di nuovi modelli organizzativi.

Principali accordi sottoscritti:

- Graduazione incarichi dirigenza medica e sanitaria.
- Graduazione incarichi dirigenza PTA.
- Contrattazione risorse per istituzione nuovo assetto posizioni organizzative e coordinamenti.

- Progressioni economiche orizzontali del comparto dal 2016.
- Definizione di fondi contrattuali in applicazione della normativa vigente.

Le Professioni sanitarie

Le Professioni sanitarie perseguono, per gli ambiti di competenza, l'ottimizzazione della risposta ai bisogni di salute del bambino e della donna attraverso la gestione efficiente delle risorse umane e materiali, nonché la continua ricerca ed adozione di modelli di cura organizzativi innovativi, rispettosi della dimensione etica e deontologica, attenti alla formazione ed allo sviluppo delle diverse professionalità. Vengono garantite attività di monitoraggio continuo, valutazione e rinnovo dei processi diagnostici, di cura, assistenziali, riabilitativi, in un'ottica di efficientamento e qualificazione. Viene posta molta attenzione alla programmazione quali-quantitativa delle dotazioni considerando i diversi setting aziendali ed i profili professionali, l'inserimento del personale neo acquisito, lo sviluppo e l'aggiornamento professionale, le priorità nell'allocazione delle risorse, il perseguimento di un'assistenza personalizzata calibrata sulle peculiarità dell'utenza 0-18 nonché delle donne che si rivolgono all'Istituto.

Le attività di formazione continua ed aggiornamento vengono finalizzate ad innovare conoscenze e competenze professionali, abilità assistenziali, tecniche e di management con un'attenzione particolare al progresso scientifico, tecnologico ed all'ambito della ricerca così come previsto dalla particolare "natura" istituzionale dell'Azienda.

L'elaborazione, la diffusione e l'adozione di linee guida e percorsi assistenziali e di cura in ambito materno-neonatale-pediatico e ginecologico, unita alla promozione e realizzazione della funzione di ricerca scientifica nell'ambito di competenza delle Professioni sanitarie, rappresenta un impegno sempre più concreto e significativo.

È stata anche posta attenzione al coinvolgimento del personale nelle linee di ricerca sia

interne che esterne all'Istituto, in particolare negli studi su compliance alle precauzioni standard, family centered care, promozione dell'allattamento al seno, soddisfazione lavorativa e utilizzo della job rotation, presenza del coordinatore in fascia oraria pomeridiana, valutazione della complessità assistenziale, carico di lavoro ed effetti sul professionista, consulenza etica nelle terapie intensive pediatriche e monitoraggio delle lesioni da pressione. I professionisti sanitari vengono coinvolti anche negli studi sperimentali farmacologici e non.

In questi ultimi anni si è inoltre investito nella ricerca di modelli organizzativi e assistenziali innovativi e sull'attenzione al monitoraggio degli esiti dell'assistenza erogata a partire da una sempre più precisa attribuzione di ruoli, funzioni e responsabilità.

L'organizzazione dei processi di cura a partire dall'individuazione e realizzazione delle piattaforme assistenziali previste dalla normativa regionale e quindi recepite dall'Atto Aziendale, rappresenta un esempio particolarmente significativo della volontà di innovazione e qualificazione dell'IRCCS Burlo Garofolo.

Protocollo di inserimento del neoassunto

È stata predisposta una guida per il personale neoassunto, contenente le informazioni necessarie per una rapida ed efficace integrazione nel contesto lavorativo. La guida offre indicazioni utili per muoversi facilmente all'interno dell'Istituto, favorisce l'apprendimento dei regolamenti che disciplinano l'accesso ai servizi e la conoscenza dell'articolazione e dell'organigramma, permette una prima conoscenza e condivisione dei principi e dei valori che orientano i comportamenti coerenti con la cultura organizzativa.

Il percorso di inserimento prevede l'assegnazione e responsabilizzazione di un tutor di riferimento. Vengono identificate fasi dettagliate e personalizzate del percorso, che vengono valutate attraverso apposite schede.

Al personale neoassunto viene consegnata una cartella contenente materiale per l'orientamento, informativo e formativo su diverse tematiche quali carta dei diritti del bambino in ospedale, privacy, anticorruzione, rischio clinico, quaderno di calcolo farmacologico, procedure in uso all'interno dell'IRCCS.

Job rotation delle Professioni sanitarie

La *job rotation* (rotazione lavorativa) prevede l'assegnazione del dipendente ad un'area assistenziale diversa per un determinato periodo di tempo. Secondo alcuni autori, tale pratica consente ai professionisti di raggiungere prestazioni più elevate, permettendo una crescita continua, un'estensione delle conoscenze e delle abilità andando così a garantire complessivamente un aumento delle performance nell'assistenza al paziente, ancor più in ambito pediatrico.

Il progetto, avviato da due anni presso il nostro Istituto, ha permesso di garantire sempre più una presa in carico globale dell'utenza che afferisce alle diverse strutture e di avviare il cambiamento organizzativo in piattaforme ossia sviluppare approcci organizzativi innovativi ed integrati per l'assistenza anche mediante la revisione e la semplificazione dei processi e dei percorsi di cura, la definizione di strategie di pianificazione, di governo e di gestione complessiva delle risorse umane e materiali. Una delle peculiarità nell'avvio e nella gestione dell'organizzazione e pianificazione dell'assistenza in piattaforme è appunto quella di individuare, avvicinare ed accostare le numerose attività presenti ed interdipendenti, perseguite e realizzate da una pluralità di attori, finalizzate al disegno di una "singola" ed omogenea struttura organizzativa.

2.2.2 Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere dei lavoratori e contro le discriminazioni

Il Comitato, istituito nel 2015, esercita i compiti propositivi, consultivi e di verifica

in precedenza demandati ai Comitati per le Pari Opportunità e ai Comitati paritetici sul Mobbing. Ha composizione paritetica ed è formato da componenti designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali rappresentative e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione, nonché da altrettanti componenti supplenti. Il CUG del Burlo aderisce al protocollo istitutivo del tavolo permanente dei CUG di Trieste, coordinato dalla Consiglieria di Parità.

Nell'ambito delle attività di promozione della cultura del rispetto della dignità della persona nel contesto lavorativo, ha progettato due eventi formativi sugli strumenti di prevenzione e contrasto al fenomeno del mobbing e aderito alla campagna "Un posto occupato" contro la violenza alle donne.

2.2.3 Il Centro Sociale Ospedali Riuniti e Operatori Riuniti della Sanità di Trieste (CSOORRST)

Nel 2018 il Burlo Garofolo ha stipulato una convenzione con il CSOORRST, circolo dopolavoro di ASUITS, così da consentire l'iscrizione anche ai propri dipendenti. Il "circolo dopolavoro" è un luogo di incontro, di relazioni, di condivisione per i lavoratori della sanità e le loro famiglie. Propone viaggi e weekend a prezzi vantaggiosi, iniziative per i bimbi e innumerevoli convenzioni in svariati settori merceologici a favore dei dipendenti ospedalieri e familiari/simpatizzanti.

2.2.4 Il Benessere Organizzativo e i questionari sul clima interno

Nel 2015 sono stati valutati e diffusi i risultati dell'indagine sul benessere organizzativo dei dipendenti del Sistema Sanitario del FVG, svolta nel dicembre 2014, che ha coinvolto in modo anonimo 3.455 (17%) dipendenti a tempo determinato e indeterminato, eseguito utilizzando una piattaforma web. L'indagine prevedeva due questionari, uno destinato ai responsabili di struttura, l'altro al restante personale.

Tra i punti di forza emersi nel report conclusivo, vi sono la considerazione del personale

per i propri dirigenti, riconosciuti come competenti ed equi, nonché gli aspetti intrinseci e caratteristici della prestazione lavorativa, quali il sentimento di autorealizzazione personale e professionale.

La Direzione Strategica ha preso atto degli esiti del questionario individuando quattro aree da migliorare e potenziare: la formazione, la comunicazione interna, il percorso di budget e la sicurezza nei luoghi di lavoro.

2.2.5 Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

L'IRCCS Burlo Garofolo, consapevole che l'attuazione di un sistema finalizzato a sostenere il raggiungimento degli obiettivi di salute e sicurezza sul lavoro può favorire l'efficienza, il miglioramento dei livelli di salute, sicurezza e benessere sul lavoro e la creazione di un buon clima aziendale, ha posto in essere programmi ed iniziative specifiche per promuovere la salute ed il benessere lavorativo, che sono in particolare incentrati sulla sorveglianza sanitaria e la prevenzione e gestione dello stress-lavoro correlato.

Prevenzione e gestione dello stress-lavoro correlato

Lo stress-lavoro correlato è un insieme di reazioni fisiche ed emotive che si manifesta quando le esigenze lavorative non sono commisurate alle capacità o risorse del lavoratore. Al fine di prevenire e gestire i potenziali effetti negativi derivanti da tale rischio l'IRCCS ha attivato un processo basato su quattro fasi:

- istituzione di un Gruppo di Lavoro interfunzionale;
- valutazione oggettiva preliminare degli indicatori/eventi sentinella statisticamente rilevanti;
- analisi soggettiva dei lavoratori attraverso questionario di valutazione;
- focus group e colloqui, per la definizione di un piano di miglioramento.

I risultati dell'analisi effettuata hanno supportato la definizione della strategia

di azione, per il raggiungimento di un programma di prevenzione e gestione dello stress-lavoro correlato sempre più efficace, dove sono previsti interventi di diverso livello come:

- mantenere l'orientamento alla prevenzione primaria e secondaria anche attraverso azioni informative ai lavoratori finalizzate alla comprensione del fenomeno dello stress lavoro correlato e all'acquisizione di competenze utili alla sua prevenzione e gestione e, alla luce delle evidenze raccolte, prevedere azioni di counseling organizzativo per le Strutture/Equipe/Gruppi di lavoro che ne esprimano la necessità;
- mantenere l'orientamento alla prevenzione terziaria attraverso il consolidamento dell'attività di consulenza psicologica individuale e di gruppo e prevedere interventi di debriefing per situazioni ad alto impatto emotivo.

Andamento degli infortuni in Azienda

Gli indicatori individuati in riferimento alla salute e sicurezza sono:

1. L'andamento infortunistico: nel triennio 2015-2016-2017 evidenzia una riduzione continua nel tempo. (Figura 11)
2. Andamento infortunistico per tipologia di accadimento: anche questo indicatore mostra una riduzione nel corso degli anni. (Tabella 7)
3. L'analisi degli *indicatori dei quasi incidenti/incidenti/eventi sentinella* ha prodotto dati confortanti: si evidenzia un trend positivo, sia in termini di efficacia che di efficienza dello strumento di raccolta delle informazioni utilizzato. I numeri esprimono inoltre la sensibilità degli operatori alla segnalazione dell'evento dunque alla partecipazione attiva della sicurezza aziendale.
4. L'analisi dell'*andamento della sorveglianza sanitaria* riproduce una fotografia istantanea sullo stato di salute della popolazione lavorativa: il numero

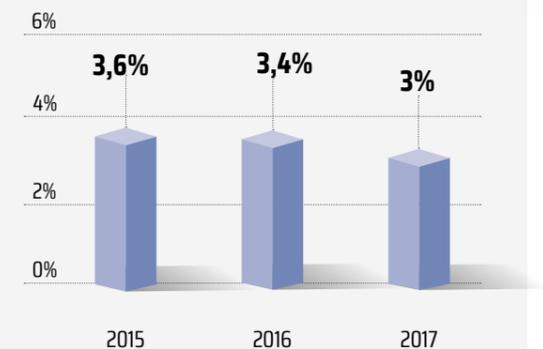
delle visite effettuate non rappresenta solo un mero rispetto delle norme, ma ci consente anche di individuare quelle misure organizzativo - gestionali atte a collocare le persone all'idonea mansione e all'idonea attività.

La popolazione lavorativa sottoposta a sorveglianza sanità comprende tutti i lavoratori che sono esposti ad una attività rischiosa:

- 79% sesso femminile.
- La classe di età significativamente più numerosa è la classe della popolazione femminile 44-59 anni.
- Età media pari a 47,3 anni.

Tutti i lavoratori operanti presso l'Istituto vengono sottoposti alla Sorveglianza Sanitaria, come da normativa vigente¹. Il Medico Competente programma ed effettua la sorveglianza sanitaria dei lavoratori attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici, tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati. La sorveglianza

Figura 11. Percentuale numero infortuni occorsi nell'anno / numero addetti nell'anno di riferimento



sanitaria comprende accertamenti preventivi e periodici per constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui i lavoratori sono destinati ai fini della valutazione della loro

Tabella 7. Andamento infortunistico per tipologia di accadimento

MODALITÀ DI ACCADIMENTO INFORTUNISTICO	ANNO DI RIFERIMENTO		
	2015	2016	2017
Colpito da oggetto inanimato	0	3	1
Sollevando - spostando	0	0	1
Elettrocuzione	0	1	0
Urtare contro	5	2	4
Scivolare - inciampare - cadere in piano	4	6	6
Schiacciamento	3	3	0
Percosso da paziente	1	1	2
Cadere dalle scale	6	1	2
Caduta da	0	0	1
Assunzione postura incongrua, movimento scoordinato	6	8	0
TOTALE	25	25	17

1. art. 41 del D.Lgs n.81 del 08/04/2008 e s.m.i.

idoneità alla mansione specifica. Gli accertamenti includono esami clinici, biologici e indagini diagnostiche mirate al rischio ritenute necessarie dal medico competente.

- L'indicatore della **formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro** è indicativo non solo di un adempimento di norma, vale a dire l'obbligo di formare i collaboratori, ma testimonia anche l'impegno costante di promuovere la salute e la sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro e diffondere la cultura della sicurezza. (Figura 12)
- L'indicatore che si riferisce alle agevolazioni economiche in materia di salute e sicurezza è un dato che si riproduce annualmente attraverso la riduzione del tasso del premio assicurativo denominato "oscillazione per prevenzione" (OT/24) per conto dell'INAIL. L'agevolazione è significativa, poiché non solo rappresenta la tendenza al miglioramento dell'organizzazione attuata attraverso l'implementazione di un sistema di gestione sulla sicurezza e salute sul lavoro, bensì riproduce un monitoraggio condotto da parte di un organismo esterno attraverso la verifica documentale e il successivo riconoscimento della riduzione del tasso del premio assicurativo.

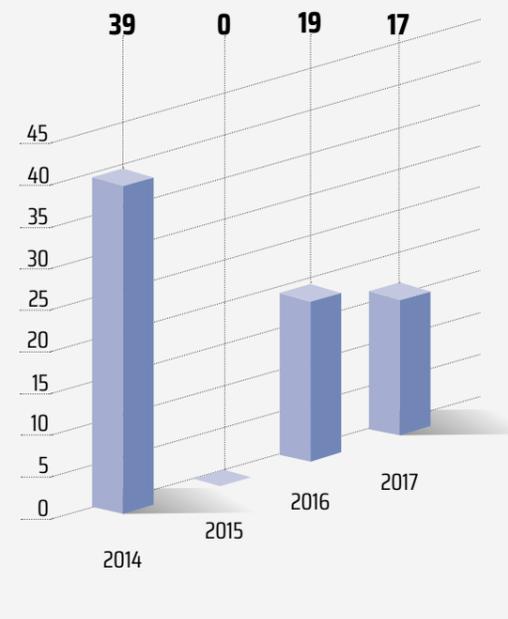
Sorveglianza sanitaria dei lavoratori e radioprotezione

Un particolare aspetto della Sorveglianza Sanitaria è quella dedicata agli operatori esposti a radiazioni ionizzanti.

Dal 01/01/1996 è entrato in vigore il D.Lgs. 230/1995 che tutela la salute dei lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti (RI) tramite un sistema di sorveglianza sanitaria della popolazione e la protezione dell'ambiente dalle RI¹, la sorveglianza sanitaria è eseguita con periodicità semestrale (categoria A) o annuale (categoria B), a seconda dell'esposizione.

La Sorveglianza Medica, pertanto, è l'insieme delle visite mediche, delle indagini specia-

Figura 12. Corsi in materia di salute e sicurezza sul lavoro organizzati nel quadriennio 2014-2017



listiche e di laboratorio, dei provvedimenti sanitari adottati dal Medico Autorizzato, al fine di garantire la protezione sanitaria dei lavoratori esposti. È prevista la prosecuzione della sorveglianza medica anche dopo la cessazione dell'esposizione a RI, qualora il medico autorizzato o competente lo ritenga necessario.

La radioprotezione dei lavoratori viene completata dalla sorveglianza fisica, che è l'insieme dei dispositivi adottati, delle valutazioni, delle misure e degli esami effettuati, delle indicazioni fornite e dei provvedimenti formulati dall'Esperto Qualificato al fine di garantire la protezione sanitaria dei lavoratori e della popolazione.

Allo scopo di meglio oggettivare questo secondo aspetto di sorveglianza, al personale dipendente e/o ad esso equiparato vengono assegnati degli strumenti di misura dell'esposizione esterna alle radiazioni ionizzanti, detti dosimetri, che possono essere a corpo intero o a bracciale.

Presso il nostro Istituto il dosimetro viene

consegnato alle due seguenti categorie di lavoratori, come da classificazione da parte dell'Esperto Qualificato:

- categoria A: medici radiologi, tecnici ed infermieri di radiologia;
- categoria B: medici ortopedici e infermieri di sala operatoria e sala gessi.

2.2.6 Vaccinazione dei dipendenti

La base legislativa delle vaccinazioni negli operatori sanitari è il D.Lgs. n. 9 aprile 2008, n.81, articolo 279, mentre le indicazioni fornite dai CDC (Center for Disease Control and Prevention) dividono le vaccinazioni in:

- fortemente raccomandate: HBV, influenza, morbillo, parotite, rosolia, varicella;
- indicate in circostanze particolari (tipologia di attività, motivi sanitari individuali): tetano e difterite, TB, HAV, tifo, rabbia, antipolio, vaiolo, Neisseria meningitidis.

La vaccinazione per morbillo, parotite e rosolia è raccomandata per gli operatori sanitari esposti ad alto rischio biologico potenziale (reparti pediatrici, pronto soccorso, rianimazione, otorinolaringoiatria, psichiatria infantile) e per il personale non immune al fine di evitare la trasmissione a particolari gruppi di pazienti (immunocompromessi, gestanti).

Per quanto sopra esposto, ad ogni frequentante l'Istituto a vario titolo viene richiesta la certificazione di avvenuto test di Mantoux e delle vaccinazioni eseguite.

In occasione delle visite della Sorveglianza Sanitaria il personale sottoposto a visita viene intervistato riguardo alla vaccinazione contro il morbillo, rosolia e parotite e, in alcuni casi, vengono dosati gli anticorpi specifici. In caso di mancata copertura (naturale o da vaccino), il dipendente viene inviato presso il servizio vaccinazioni dell'Azienda Sanitaria ASUITS per eseguire tale vaccinazione.

Inoltre, al fine di una sensibilizzazione sull'argomento vaccinazioni, durante tutto

l'anno viene svolta attività formativa all'interno del corso accreditato ECM "La prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza", nel quale è prevista una sessione sulle vaccinazioni degli operatori.

Ogni anno, in occasione della campagna di vaccinazione antinfluenzale regionale, la Direzione Sanitaria offre a tutti gli operatori dell'Istituto l'opportunità di potersi vaccinare: tutti gli operatori frequentanti a vario titolo l'Istituto (compresi i dipendenti dei servizi in appalto), sono invitati a sottoporsi alla vaccinazione a tutela della propria salute e di quella degli utenti con i quali sono a contatto. Anche le Associazioni ed i rispettivi volontari sono tenuti al rispetto degli obblighi vaccinali, come previsto dal Regolamento dell'Istituto per le attività delle Associazioni di Volontariato adottato in data 3 aprile 2018. Nonostante l'impegno profuso, analogamente a quanto avviene in pressoché tutte le Aziende Sanitarie, le percentuali di adesione sono ancora molto basse (fra l'11% e il 17%), pur essendo tra le migliori rilevate nell'ambito delle Aziende Sanitarie regionali e sostanzialmente in linea con quanto avviene a livello nazionale.

2.2.7 Ospedale libero dal fumo

Dal 1° gennaio 2014 il Burlo Garofolo è diventato un ospedale libero dal fumo: in base al D Lgs. n.6 del 12 gennaio 2016 vige il divieto di fumo in tutto l'ambito ospedaliero (incluso il giardino e gli altri spazi esterni), per incentivare un comportamento che conduca ad importanti benefici per tutta l'utenza.

Si tratta di un programma condotto assieme al Comune di Trieste che prevede l'invito a non fumare in tutte le aree frequentate da minori e donne in gravidanza, nei parchi pubblici, nelle scuole, nelle aree sanitarie, ecc.

In questo contesto viene vietato anche l'uso delle sigarette elettroniche, per le quali non è possibile escludere il rischio di effetti dannosi per la salute umana, in particolare per i consumatori in giovane età e donne in gravidanza o che allattano.

1. art. 85 del D.Lgs. 230/95

2.2.8 Gestione dell'ambiente

L'IRCCS Burlo Garofolo attua procedure specifiche per l'identificazione, l'esame e la valutazione degli aspetti ambientali riconducibili ai suoi processi, attività e servizi. Tali aspetti ambientali sono identificati, registrati e classificati, in relazione agli impatti ambientali prodotti. Le procedure di valutazione prendono in considerazione i seguenti aspetti:

- emissioni nell'atmosfera;
- scarichi dei corpi idrici;
- utilizzo dell'energia;
- produzione e gestione dei rifiuti.

Nel rispetto dell'ambiente e degli adempimenti di norma l'Istituto, nel corso del 2018, ha provveduto a riqualificare l'area dedicata all'isola ecologica a supporto della corretta gestione dei rifiuti.

Dal 2015 l'Istituto persegue inoltre l'obiettivo di fornire un'adeguata formazione dei lavoratori per la corretta gestione dei rifiuti prodotti, in particolare di quelli sanitari a rischio biologico.

L'Istituto, attraverso un piano di monitoraggio e controllo, raccoglie tutti i reflui derivanti dalle attività dei laboratori classificati quali pericolosi conferendoli successivamente a smaltimento specifico. Tutti i reflui sono monitorati annualmente attraverso procedure di controllo specifiche per verificarne l'ammissibilità nei corpi recettori ed il rispetto dei limiti di legge.

A tutela dell'ambiente l'IRCCS ha come obiettivo non solo il corretto conferimento del rifiuto, ma anche la sua riduzione: nell'ultimo quadriennio, ad esempio, l'introduzione della refertazione PACS ha permesso la contrazione dei rifiuti radiologici.

L'IRCCS, nell'ottica del miglioramento continuo, persegue l'obiettivo di ridurre l'impatto am-

bientale nel contenimento delle risorse anche attraverso il risparmio energetico: tutti i corpi luminosi, ove possibile, sono stati sostituiti con lampadine a basso consumo o nella variabile LED o attraverso sistemi differenziali.

2.2.9 La comunicazione interna

In questi anni è stata posta particolare attenzione alla comunicazione interna all'Istituto, volta a far circolare le informazioni in un'ottica di assoluta trasparenza e nella convinzione che il pieno coinvolgimento del personale nelle scelte, nelle strategie e nelle attività aziendali rappresenti uno strumento fondamentale per creare senso di appartenenza e garantire il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

La comunicazione interna si avvale dei seguenti strumenti:

- Incontri settimanali della Direzione Strategica per affrontare le tematiche emergenti e monitorare l'attività.
- Incontri settimanali della Direzione con gli uffici amministrativi e di staff per illustrare e discutere i provvedimenti e per condividere l'andamento dell'Istituto.
- Incontri bimestrali con i Responsabili di SC/SSD, Coordinatori/PO e staff per illustrare l'andamento dell'Istituto e raccogliere commenti/suggerimenti.
- Incontri bimestrali aperti a tutto il personale per illustrare l'andamento dell'Istituto.
- Incontri con cadenza almeno bimestrale con le OOSS.
- Incontri di negoziazione di budget e di monitoraggio degli obiettivi.
- Incontri mirati su tematiche specifiche attinenti alle singole strutture aziendali.
- Utilizzo di Intranet e mailing list aziendale a scopo informativo.
- Spinta al corretto funzionamento dei Comitati e delle Assemblee di Dipartimento (assegnato come obiettivo di budget).

2.3 ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Il vigente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza dell'IRCCS, adottato con decreto del DG n.7 del 26/01/2018, recepisce gli esiti di un processo avviato con l'adozione del primo piano aziendale relativo al triennio 2013-2015 e dei successivi aggiornamenti¹ e accoglie gli aggiornamenti emersi come necessari a seguito dell'Aggiornamento 2015² del Piano Nazionale Anticorruzione 2016³, dell'Aggiornamento 2017⁴ e delle istruzioni e deliberazioni emanate dall'ANAC.

Il documento conferma, in parte, le previsioni del piano precedente e accoglie, altresì, le novità, modifiche e integrazioni in buona parte resesi indispensabili anche a seguito del lavoro svolto dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza con l'apposito Gruppo Multidisciplinare Anticorruzione e Trasparenza, che ha visto una condivisione degli obiettivi, dei percorsi formativi e la più ampia partecipazione di tutti i dipendenti.

Il Piano, che comprende il programma per la trasparenza in applicazione del Decreto legislativo di riordino del tema della trasparenza n. 33 del 14 marzo 2013, come modificato dal D.Lgs. 25 maggio 2016 n. 97, è redatto allo scopo di definire le modalità, la tempistica e gli strumenti che l'IRCCS intende adottare:

- per assicurare, attraverso un adeguato livello di trasparenza, la conoscenza, da parte dei cittadini e delle imprese, dei servizi resi dalle amministrazioni pubbliche, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative, nonché delle loro modalità di erogazione;
- per garantire la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità attraverso la prevenzione dei fenomeni corruttivi.

Tali obiettivi si instaurano in quelli più generali del sistema "Pubblica

1. triennio 2014-2016, triennio 2015-2017, triennio 2016-2018, triennio 2017-2019

2. determinazione ANAC Autorità Nazionale Anticorruzione n. 12 del 28 ottobre 2015

Amministrazione" che vengono perseguiti attraverso lo sviluppo del:

- Principio di trasparenza quale asse portante delle politiche di prevenzione della corruzione;
- Principio di accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività aziendale.

Quale metodologia operativa e funzionale per promuovere e monitorare il livello di trasparenza è stato individuato lo strumento dell'audit e pertanto sono state inserite nel piano di audit del sistema qualità aziendale specifici momenti di monitoraggio dello stato di aderenza della trasparenza attuati mediante una specifica *check-list* elaborata nell'ambito di un progetto specifico nel 2014.

Nel 2017 è stato effettuato un *audit* cumulativo relativo alle attività di anticorruzione e trasparenza svolte dalle strutture amministrative e sanitarie⁵, utilizzando una specifica *check-list*.

Lo stato di implementazione dell'Amministrazione Trasparente, a seguito delle novità introdotte dal D.Lgs. 97/2016, è stato certificato dall'Organismo Indipendente di Valutazione dell'Istituto, secondo la nuova griglia e le indicazioni fornite dall'ANAC.

L'impegno aziendale verso i temi della Trasparenza e dell'Anticorruzione si è concretizzato anche in un percorso formativo in tema di controllo interno, rivolto principalmente alle strutture amministrative e di supporto.

Nel corso del 2016 è stata sviluppata, con formatori esterni, un'attività di mappatura dei processi interni alla Direzione scientifica in cui sono state evidenziate le criticità, i punti e le azioni di miglioramento.

Nel corso del 2017 l'attività di mappatura è stata completata: la mappatura è propedeutica ad un miglioramento dell'analisi dei rischi di corruzione in applicazione della legge 190/2012 ed alla certificazione del bilancio. L'adozione delle misure di prevenzione non

3. delibera ANAC n. 831 del 20 agosto 2016

4. Delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017

5. prot. int n. 86/2018



può infatti prescindere da un'approfondita analisi del contesto in cui opera l'amministrazione e dalla analisi e valutazione dei rischi specifici a cui sono esposti i vari uffici o procedimenti. In particolare, nell'ambito dell'analisi del contesto interno, il Piano Nazionale Anticorruzione prevede come requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione un'accurata ed esaustiva mappatura dei processi interni all'organizzazione.

L'analisi dei processi è stata condotta parallelamente al percorso di completa revisione di tutti i regolamenti e delle procedure aziendali, in particolare di quelli previsti nel nuovo Atto Aziendale.

2.4 TUTELA DELLA PRIVACY

L'Istituto si attiene al Regolamento UE n. 679/2016 per quanto concerne il trattamento dei dati personali in ambito sanitario. In aggiunta l'Istituto si attiene alle indicazioni della Direzione Centrale Salute della Regione FVG per le pubbliche amministrazioni del

SSR attraverso la partecipazione a specifici tavoli tecnici.

A tal fine, sposando la logica del Garante della Privacy, ha attivato misure per contenere i rischi di mancata riservatezza dei dati su tutti i processi sanitari, per i quali elabora la propria valutazione del rischio.

L'accesso alle prestazioni sanitarie è subordinato all'acquisizione di un consenso scritto al trattamento dei dati personali. In assenza di tale documento è possibile la presa in carico di un paziente esclusivamente in regime di emergenza-urgenza e per 48 ore, il cui superamento determina detta acquisizione. I dati sono trattati informaticamente attraverso software regionali, anch'essi regolarmente sottoposti a vigilanza per quanto riguarda gli adempimenti normativi.

Con Decreto del DG n. 83 del 13/07/2018 è stato nominato il Data Protection Officer interno coadiuvato da un Gruppo Multidisciplinare Privacy, da lui coordinato, che ne supporta le attività di controllo, sorveglianza, formazione ed informazione previste dal Regolamento.



CAPITOLO 3

STAKEHOLDERS



3.1 CITTADINI

3.1.1 Il sistema di relazioni e gli strumenti di comunicazione

Il Burlo Garofolo orienta la programmazione delle proprie attività e delle strategie organizzative alla valorizzazione della centralità del cittadino. In questa prospettiva, sono garantiti per il tramite dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) e comunicazione, l'ascolto, la partecipazione e la tutela delle persone attraverso il costante impiego delle principali metodiche istituzionali di informazione, comunicazione e accoglienza, tra le quali: la Carta dei servizi, il sistema di gestione dei reclami, le indagini di qualità percepita e la mediazione linguistico-culturale.

Le Carte dei Servizi, le Guide alle Strutture, l'informazione sanitaria.

Nel biennio 2016-2017 sono state prodotte e pubblicate:

- La Carta dei Servizi, aggiornata in conformità alle "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi

assistenziali in area pediatrico-adolescenziale" del Ministero della Salute e preventivamente sottoposta a consultazione dalle Associazioni di volontariato convenzionate.

- La Carta dei Servizi del percorso nascita, che fornisce informazioni sull'offerta e sulle modalità di accesso ai servizi territoriali e ospedalieri che possono sostenere, tutelare ed accompagnare le donne e le loro famiglie durante la gravidanza, la nascita ed i primi mesi di vita del bambino.
- Le Guide ai servizi di tutti i reparti dell'Istituto, in cui vengono illustrate le modalità di accesso, le caratteristiche organizzative e le attività caratterizzanti.
- I Libretti informativi sui temi della salute, prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie attinenti al nostro ambito disciplinare.

Attività di Comunicazione

In questi anni è stata particolarmente curata la comunicazione interna ed esterna, nella convinzione che la trasparenza e la condivi-

sione siano essenziali per il buon andamento dell'Istituto, oltre a realizzare un adeguato empowerment dei cittadini, garanzia di efficienza ed efficacia delle prestazioni sanitarie.

- **Il Portale WEB:** il sito web *www.burlo.trieste.it* è stato costruito per essere a misura di donne, famiglie e bambini ed è pertanto di facile accessibilità e navigazione. Garantisce la reperibilità di tutte le informazioni relative alla configurazione degli assetti organizzativi, all'erogazione dei servizi, al trattamento medico e chirurgico delle patologie di competenza, ai consigli relativi alla prevenzione e alle azioni di primo soccorso, all'organizzazione degli eventi formativi e congressuali, alla partecipazione ai progetti di ricerca scientifica. Utilizza un linguaggio semplice ma preciso, comprensibile e traducibile, visto l'alto tasso di utenza straniera.

Nel 2017 sono state effettuate 1.116.727 visualizzazioni da parte di 292.931 utenti, prevalentemente di sesso femminile (75%), con un picco nella fascia di età 25-40 anni.

I dati del primo semestre 2018 sono confortanti e in netto aumento (1.170.430 accessi da parte di 158.743 utenti in soli sei mesi) e confermano l'elevata componente femminile (74%) e il picco di età (25-40 anni) dell'utenza.

I dati di accesso riferiti al 2017 e al primo semestre 2018 indicano un incremento degli accessi attraverso dispositivi mobili (dal 55,93% al 60,74%), confermando la tendenza nazionale.

- **Canale Twitter:** istituito dal marzo 2017, fornisce quotidianamente informazioni sui servizi e sulle iniziative dell'Istituto, nonché utili consigli per risolvere i piccoli problemi di salute e strumenti di educazione sanitaria.
- **Canale Youtube aziendale:** viene utilizzato con funzione informativa ma anche e soprattutto per diffondere video educativi sulle semplici pratiche sanitarie e assistenziali.

- **Incontri con le Associazioni di Volontariato:** ne vengono organizzati almeno un paio all'anno e l'anno scorso è stata organizzata la prima "Giornata della Trasparenza per rendicontare alle Associazioni sugli impegni presi dall'Istituto.
- **Ufficio Stampa:** gestisce i rapporti con i media per favorire un'informazione corretta e aggiornata.
- **Campagne di sensibilizzazione** per l'erogazione all'IRCCS del 5x1.000.

3.1.2 Accoglienza tutela partecipazione

L'Ufficio Informazioni

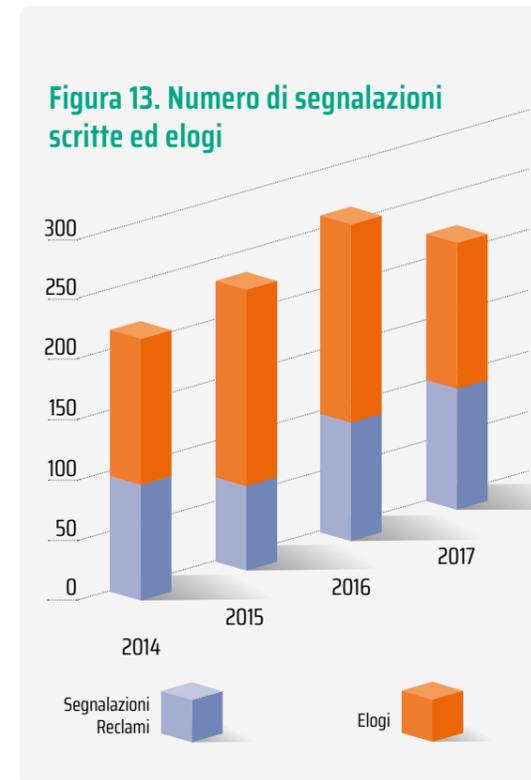
Coordinato dall'URP, ha il compito di orientare e supportare l'utenza nell'accesso alla struttura, e aggrega funzioni di front office per le attività dell'Archivio cartelle cliniche, per la consegna dei referti di laboratorio e di radiologia, per le campagne di comunicazione e per il 5x1.000.

Gestione elogi, segnalazioni, reclami

La gestione delle segnalazioni presentate dagli utenti è un processo strategico che consente di migliorare il servizio alla luce delle considerazioni provenienti dall'utente, predisponendo azioni correttive o preventive; permette inoltre di migliorare la soddisfazione e il consenso attorno all'organizzazione stessa e ai servizi/prodotti erogati, diventando così un modo per migliorare e monitorare più in generale la qualità e per diffondere l'immagine di un'organizzazione attenta alle esigenze e ai feedback dei suoi utenti/clienti.

L'URP coordina questo processo e applica la procedura di Gestione delle Segnalazioni che disciplina le modalità di trattamento dei reclami con l'obiettivo di assicurare il contenimento, la risoluzione ed il monitoraggio degli eventi negativi e/o disservizi che abbiano negato o limitato all'utente la possibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie. Ogni reclamo viene classificato utilizzando una codifica

definita a livello regionale, che individua la causa del disservizio all'origine della segnalazione. L'URP produce e diffonde con regolarità i dati sull'andamento delle segnalazioni/reclami/elogi, distinti per categoria e Struttura. L'analisi delle segnalazioni rappresenta un importante elemento di input per la programmazione aziendale. (Figura 13)



Il tempo di risposta alle segnalazioni scritte viene garantito per il 90% dei casi entro i 30 giorni previsti dalla norma.

La qualità percepita

La qualità percepita è un aspetto della qualità complessiva che concorre a definire il valore di un servizio. Valutare la qualità percepita, interrogarsi circa la soddisfazione del paziente vuol dire valorizzare la sua soggettività nella consapevolezza che le dimensioni della qualità sono molteplici e assumono diversi significati a seconda degli attori coinvolti.

Nella realtà pediatrica chi risponde/partecipa ai vari processi di rilevazione della qualità percepita (siano questionari autocompilati,

focus group, interviste ecc) è usualmente il genitore del bambino ospedalizzato. Tenuto conto di questa premessa e nell'ottica del rispetto della Carta dei diritti del bambino in Ospedale, abbiamo ideato e somministrato dei questionari che si rivolgono direttamente ai bimbi. Nel 2014 è stata valutata per la prima volta la qualità percepita di minori e genitori ricoverati presso la degenza chirurgica (66 adulti-44 bambini/ragazzi) e nel 2015 la valutazione è stata estesa, con la medesima modalità, alla degenza della Clinica Pediatrica (88 adulti-43 bambini/ragazzi).

Nel 2015 l'ospedale ha aderito alla survey "Il servizio di ricovero ospedaliero ordinario. L'esperienza dei pazienti", promossa dalla Regione FVG e basata su un questionario sviluppato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Il questionario che si compone di 50 domande distribuite in 12 sezioni è stato somministrato con intervista telefonica (169 interviste) ai pazienti dimessi dai reparti di degenza non intensiva. Gli esiti della rilevazione e del "benchmark" con le altre Aziende della Regione sono visionabili nella pagina web dell'URP.

Nel biennio 2016/2017 il punto di vista dell'utenza è stato "esplorato" con modalità attive in due progetti di ricerca:

- Il Progetto QuaNDO (Qualità alla Nascita e Diritti Ora): Uno studio di implementazione, con fasi di investigazione osservazionale, degli standard internazionali relativi ai diritti universali delle donne e il miglioramento della qualità delle cure nel parto e post-parto (818 questionari), realizzato in collaborazione con l'Università di Trieste.
- Il Progetto: *Strategie della comunicazione in ambito sanitario e scientifico. Ruolo dei social media e del web*, volto allo studio di un possibile sistema di comunicazione (*off-line e on-line*) coerente con l'esperienza del paziente e con le sue aspettative (282 questionari per la valutazione del percorso nascita e 504 questionari on line per la valutazione del sito web). Al Progetto di durata biennale (2016-2017) hanno collaborato le istituzioni

scientifiche: Scuola Internazionale di Studi Avanzati di Trieste (SISSA) e l'Università "Luigi Bocconi -CERMES" di Milano.

Mediazione linguistico culturale

Per favorire il corretto utilizzo dei servizi sanitari e la comunicazione tra operatori e cittadini stranieri, è attivo un programma di mediazione culturale. Gli interventi di mediazione socio culturale e

interpretariato linguistico sono forniti da personale qualificato proveniente da varie aree linguistiche. (Tabella 8)



Tabella 8. Attività di mediazione linguistico-culturale.

ANNO	N. INTERVENTI MEDIAZIONE	N. ORE MEDIAZIONE	DURATA MEDIA INTERVENTO DI MEDIAZIONE
2014	1.205	2.158,5	1,8
2015	1.285	2.296	1,8
2016	1.857	3.304	1,7
2017	1.818	3.124	1,7
2018 (I semestre)	822	1.468,5	1,8

Servizio Sociale

Il Servizio Sociale Ospedaliero è inserito dal 2016 nell'Ufficio Continuità Assistenziale, che ha come obiettivo quello di favorire e gestire la continuità assistenziale tra ospedale e i servizi socio sanitari territorialmente competenti, sia regionali che extra-regionali per le donne e bambini assistiti dall'Istituto. Opera in sinergia con tutte le strutture presenti all'interno dell'Istituto, secondo un approccio di tipo globale, capace di cogliere aspetti complessivi dell'individuo con uno sguardo attento alle diverse dimensioni della vita della persona, che hanno un'influenza importante sulla salute della persona stessa.

L'assistente sociale ha due funzioni fondamentali: la prima è orientare il lavoro dei professionisti sanitari verso una più completa presa in carico dei pazienti, arricchendoli così della dimensione sociale; la seconda invece riguarda l'aiuto alla persona assistita (o ai suoi familiari), nella comprensione del contesto ospedaliero, delle regole e dei propri

diritti, sostenendola e accompagnandola a seconda delle necessità, nell'integrazione con i servizi territoriali.

L'attività del Servizio Sociale ospedaliero si caratterizza per interventi di:

- *Consulenza sociale: colloqui informativi*, di orientamento, di segretariato sociale a seconda del bisogno socio-sanitario emerso, colloqui di supporto e accompagnamento per la gestione delle problematiche relative alle patologie invalidanti, colloqui finalizzati a promuovere la presa in carico territoriale, attraverso un'anamnesi della storia personale e familiare dell'assistito;
- *Integrazione ospedale-territorio*: lavoro di rete, finalizzato a promuovere, attivare o potenziare tutte le risorse individuali, familiari e sociali finalizzati a sostenere la donna o il/la bambino/a durante il percorso assistenziale e terapeutico.... In tale attività rientra l'esercizio delle funzioni di raccordo con

l'Autorità Giudiziaria e le Forze dell'Ordine, per tutte le situazioni in cui un bambino/a possa trovarsi in situazione di rischio o pregiudizio, così come le collaborazioni con strutture di accoglienza, Consolati e Ambasciate per la gestione delle situazioni di minori stranieri non accompagnati.

- *Partecipazione a tavoli regionali e a progetti con i servizi socio sanitari e con il privato sociale*, sul tema della violenza alle donne e ai bambini e attività di formazione sullo stesso argomento rivolta agli operatori dell'IRCCS e a professionisti esterni (educatori, insegnanti...);
- *Dimissioni protette* finalizzate a garantire la continuità del percorso assistenziale in collaborazione con i servizi territorialmente competenti.

La Scuola in ospedale

In Istituto sono presenti le sezioni ospedaliere di scuola primaria e secondaria di primo e secondo grado che svolgono attività educativo-didattiche, garantendo il collegamento con le scuole d'appartenenza e il diritto all'istruzione dei minori degenti. Pur rivolgendosi a tutti, la scuola in ospedale assume particolare significato per i lungodegenti e per chi vive ricoveri ripetuti.

È un servizio gratuito, statale, attivo durante l'anno scolastico, rivolto a tutti i reparti dell'ospedale. La frequenza dell'attività è riconosciuta dalla normativa che la equipara a quella della scuola di appartenenza. Si svolge secondo il calendario scolastico degli istituti cui è affidato il servizio: il II circolo, l'Istituto comprensivo Dante e il Liceo Petrarca di Trieste.

L'attivazione dell'intervento avviene, come previsto dalla Circolare ministeriale 353/1998, "senza particolari formalità, sulla base della sola dichiarazione della classe frequentata resa da uno dei genitori". La sua attuazione prevede una stretta collaborazione con tutto il gruppo di lavoro che segue il degente per poter predisporre attività didat-

tiche personalizzate, adatte alla situazione psicofisica dell'allievo.

L'intervento può essere richiesto rivolgendosi alle scuole, al personale di reparto o alle docenti direttamente o tramite mail, utilizzando gli indirizzi presenti nei volantini affissi nei reparti.

Il Bar

A giugno 2018 è stato inaugurato il bar, un ulteriore servizio messo a disposizione dei pazienti (grandi e piccoli) e delle loro famiglie e dei dipendenti.

La realizzazione del bar viene incontro a specifiche richieste dell'utenza dell'ospedale e rappresenta uno dei modi per migliorare l'accoglienza ed essere attenti ai bisogni semplici ma reali di chi si reca al Burlo.

3.1.3 La partecipazione

Il volontariato

Il Burlo Garofolo promuove forme di collaborazione con le Associazioni di volontariato e di rappresentanza dei malati, per realizzare strumenti efficaci di comunicazione, di rilevazione delle reciproche esigenze, di integrazione delle rispettive potenzialità e competenze e la costruzione di progetti comuni, al fine di conseguire i migliori risultati per i pazienti e le loro famiglie.

Le attività di volontariato all'interno delle strutture sono rese in regime convenzionale dalle organizzazioni iscritte da almeno sei mesi nel Registro prescritto dal Codice del terzo Settore e che dimostrino la compatibilità delle loro finalità rispetto all'attività istituzionale dell'IRCCS, nonché le capacità operative necessarie allo svolgimento delle attività per le quali viene richiesto il convenzionamento.

Nel 2018 è stato revisionato "Il regolamento per le attività delle associazioni di volontariato" che disciplina indicatori e requisiti in tema di Privacy e tutela dei dati personali e sensibili, sicurezza e prevenzione, rispetto degli obblighi vaccinali.

Associazioni convenzionate:**A.B.C. Associazione per i Bambini Chirurgici del Burlo onlus**

www.abcburlo.it

Alcuni bambini nascono con patologie malformative che comportano spesso ricoveri e interventi chirurgici complessi. A.B.C. aiuta questi bimbi, ricoverati presso il reparto di Chirurgia, e i loro genitori ad affrontare in modo possibilmente più sereno il percorso di cura. A.B.C. supporta l'ospedale con strumentazione specialistica, formazione per gli operatori, allestendo alcuni spazi del reparto e sostenendo la ricerca scientifica nel campo della Chirurgia Pediatrica. L'Associazione accoglie gratuitamente i genitori che vengono da fuori Trieste in tre case durante la degenza dei loro piccoli, garantisce sostegno psicologico e la presenza quotidiana dei volontari in reparto.

A.G.M.E.N. - F.V.G.

www.agmen-fvg.org

L'Associazione è nata a Trieste nel 1984, per iniziativa di alcuni genitori, per l'assistenza ai bambini affetti da tumore o malattie del sangue, e alle loro famiglie, seguiti dalla SC Oncoematologia Pediatrica. Fornisce accoglienza gratuita nelle quattro foresterie ai bambini in terapia e post-trapianto provenienti anche da fuori regione e dall'estero, sostegno psicologico in reparto e fuori reparto con i gruppi di Auto Mutuo Aiuto, i gruppi Adolescenti e domiciliare in tutta la regione.

Il supporto al reparto consiste nell'acquisto di apparecchiature e attrezzature, aggiornamento e formazione personale medico e infermieristico, finanziamento borse di studio e sostegno a progetti di ricerca.

AID Associazione Italiana Dislessia – Sezione di Trieste

trieste.aiditalia.org

L'AID intende operare per combattere le difficoltà dei soggetti con dislessia evolutiva, cooperando con le istituzioni e con i servizi che si occupano dello sviluppo e dell'educazione dei bambini.

Associazione APS Mamme alla Pari – Trieste

www.facebook.com/mammeallapari.trieste/

Le Mamme alla Pari di Trieste sono un gruppo di volontarie che, partendo dalla loro esperienza di mamme, hanno voluto approfondire tematiche che riguardano l'allattamento al seno, per essere di sostegno pratico ed emotivo alle donne che desiderano allattare. A questo scopo hanno preso parte a corsi di formazione organizzati da ASUITS, diventando Peer Counselor e mettendo a disposizione delle nuove famiglie tempo ed esperienza, nell'ottica di dare le giuste informazioni ed accompagnare ad una scelta serena, senza giudizio.

Le volontarie dell'associazione sono facilmente raggiungibili tramite mail o messaggi sulla pagina Facebook e successivamente a disposizione per consulenze telefoniche.

Sono presenti nella stanza allattamento dell'Istituto con orari indicati settimanalmente nella stanza stessa e sulla pagina Facebook.

ASTRO- Associazione Triestina Ospedaliera per il Sorriso dei Bambini ONLUS

www.astrotrieste.it

I volontari dell'ASTRO sono presenti, dal lunedì al sabato, mattina e pomeriggio, talora anche alla domenica mattina, presso la sala giochi del reparto di Pediatria. I bambini ed i loro familiari trovano un ambiente sereno per trascorrere del tempo in buona compagnia: leggere, giocare, disegnare, dipingere, sono le attività principali con i volontari Astro.

L'attività si svolge quotidianamente anche nei reparti di Chirurgia, Pronto Soccorso, ambulatori, DH e, su richiesta, in Neonatologia, Rianimazione, Maternità.

Ogni anno Astro organizza, in sala giochi della pediatria, le feste di Halloween, Natale e Carnevale.

AZZURRA Associazione Malattie Rare O.N.L.U.S.

www.azzurramalattierare.it

Finanzia la ricerca scientifica e dottorati di

ricerca dell'I.R.C.S.S. Burlo Garofolo.

Aiuta le famiglie di pazienti affetti da patologia rara, con l'iniziativa "Momenti di Respiro". Fornisce servizi riabilitativi ed integrativi: servizio 4 Passi assistenza infermieri, operatori socio-sanitari e operatori educatori, servizio Orphadent (primo in Italia) cure odontoiatriche a domicilio in collaborazione con la Clinica Odontostomatologica, servizio Blue Code in collaborazione con il Pronto Soccorso.

Casa Mia

www.associazionecasamia.it/le-case.html

L'Associazione Casa Mia ha realizzato una struttura idonea ad offrire ospitalità temporanea e gratuita a quei familiari che, provenienti da fuori città prestano assistenza ai parenti ricoverati all'ospedale di Trieste per gravi patologie o per importanti interventi chirurgici, a fronte di un contributo libero. La struttura ha una capacità di accoglienza di 12 persone in 6 camere da 2 posti letto, cucina, soggiorno, 3 bagni, lavanderia e stileria.

Centro di Aiuto alla Vita "Marisa"

www.cav-trieste.it

L'Associazione è finalizzata a prevenire e far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza. Si propone inoltre di svolgere azioni di sensibilizzazione al valore della vita fin dal concepimento e di promozione di una cultura dell'accoglienza e della solidarietà, soprattutto nelle nuove generazioni. In Italia operano attualmente 316 Centri, di cui 8 nella nostra Regione. Presso l'open space del Punto Volontariato al piano terra dell'Istituto le volontarie del Centro di Aiuto alla Vita sono a disposizione delle donne con una gravidanza difficile o anche indesiderata e dei neogenitori per le prime necessità dei neonati tutte le mattine dei giorni feriali.

Comitato Provinciale per l'UNICEF di Trieste

www.unicef.it

Il Comitato Italiano per l'UNICEF è presente in modo capillare sul territorio nazionale

attraverso una rete di 110 Comitati Regionali e Provinciali, coordinati dai rispettivi Presidenti, a loro volta nominati dal Consiglio Direttivo.

I Comitati locali sono parte integrante dell'UNICEF Italia e hanno il compito di attuare a livello locale le iniziative nazionali e internazionali di sensibilizzazione e di raccolta fondi a beneficio dei programmi sostenuti dall'UNICEF Internazionale, tramite contatti diretti con cittadini, scuole, enti locali e altre articolazioni territoriali delle istituzioni e della società civile.

Fondazione Luchetta Ota D'Angelo Hrovatin O.N.L.U.S.

www.fondazioneLuchetta.org

Sorta nel 1994 dopo i tragici fatti di Mostar con la morte degli operatori RAI Marco Luchetta, Sasa Ota e Dario D'angelo e della Somalia con la morte di Miran Hrovatin, con la contribuzione di enti e cittadini, ha creato strutture di accoglienza per bambini malati vittime della guerra e del disagio sociale ospitandoli con le loro famiglie durante i periodi di cura presso strutture ospedaliere tra cui, in primis, il Burlo Garofolo. La Fondazione con i suoi oltre 80 volontari gestisce 3 strutture di accoglienza (via Valussi, via Rossetti e via Chiadino) e alcuni appartamenti, anche in social housing, a Trieste. Sono assistiti giornalmente, tra malati e familiari, oltre 50 persone presenti nelle strutture.

Gruppo Azione Umanitaria Friuli Venezia Giulia

www.clown-arpa.it

Servizio di clown-dottori presso le SC di Oncoematologia, Chirurgia, Pediatria e Pronto soccorso.

L'intervento del clown-dottore è quello di mutare segno alle emozioni negative delle persone che si trovano in difficoltà di tipo sanitario e/o sociale, attraverso le arti della clownerie (comicità, giocoleria, improvvisazione teatrale, musica, burattini, magia ecc.).

L'obiettivo principale è quello di addolcire la vita dei degenti, scandita da visite mediche, esami diagnostici e terapie, attraverso figure amichevoli e portatrici di comicità che donano risate, sogni, un pò di fantasia e tanto amore, stemperando e sdrammatizzando le paure e le ansie del ricovero.

INSÙ Associazione Giovani Diabetici sezione di Trieste

www.insuagdtrieste.it

È un'associazione nata e voluta da un gruppo di genitori accomunati nell'aver un figlio affetto da diabete di tipo 1, che sentono la necessità di conoscere, capire e "imparare" il diabete, per poterlo accettare, affrontare e infine viverci assieme in modo sereno.

Lavora in ambito scolastico, sportivo e a livello istituzionale per far comprendere che il diabete non può e non deve limitare la crescita umana dei nostri figli per i giovani con diabete organizziamo momenti di confronto e attività ludiche per socializzare. Per i genitori realizza percorsi formativi e offre un sostegno sociale, sanitario e relazionale.

La Leche League Italia ONLUS (Lega per l'allattamento materno).

www.lllitalia.org

La Leche League Italia Onlus è un'associazione di volontariato, apolitica, aconfessionale e non a scopo di lucro, il cui obiettivo è offrire informazioni, incoraggiamento e sostegno alle mamme che desiderano allattare i loro figli.

Le consulenti dell'associazione assistono gratuitamente le madri nella normale gestione dell'allattamento via internet, tramite i contatti telefonici, gli incontri periodici di gruppo.

La Leche League Italia è presente anche nella città di Trieste fin dal 1998. Le Consulenti collaborano attivamente con i Distretti sanitari di ASUITS e offrono consulenze telefoniche gratuite alle mamme, organizzano incontri ed eventi su tutto il territorio comunale.

Legg Italiana Fibrosi Cistica

www.assfibrosifvg.altervista.org

La sezione del FVG è stata fondata nel 1989 da un gruppo di genitori e tuttora è formata da genitori e pazienti. Fornisce supporto alle famiglie e ai bambini/ragazzi, nonché ai pazienti adulti affetti dalla patologia; finanzia la ricerca scientifica e la formazione degli operatori del centro FC. Collabora ed è socia della L.I.F.C., l'Associazione Nazionale che raggruppa tutte le Associazioni regionali.

Scricciolo ONLUS, "Associazione di genitori di bambini nati prematuri e a rischio"

www.scricciolonlus.it

Costituita nel 2007 da un gruppo di genitori che hanno avuto i propri bambini prematuri ricoverati presso il reparto di Terapia Intensiva Neonatale. Dispone di un appartamento a pochi metri dal Burlo, con 6 posti letto, per accogliere le mamme dei bimbi ricoverati, provenienti da fuori comune.

L'Associazione è presente in reparto ogni 15 giorni per incontrare i genitori e assieme a loro parlare dei problemi che emergono durante il ricovero e al momento della dimissione.

In caso di dimissioni difficili e soprattutto dopo un lungo ricovero, l'Associazione offre il proprio sostegno alle famiglie anche a domicilio.

3.1.4 La Fondazione Burlo Garofolo

Tutti i principali Ospedali Pediatrici italiani (e stranieri) hanno istituito da tempo Fondazioni a supporto dell'assistenza e della ricerca, che sviluppano attività di fund raising e iniziative di promozione e comunicazione. Finalmente, dopo un percorso intrapreso quasi vent'anni fa, è stata istituita, in data 01/02/2018, la Fondazione Burlo Garofolo, che ha iniziato la sua attività dopo l'avvenuta iscrizione al registro delle persone giuridiche del Ministero in data 05/09/2018. Il CDA della Fondazione è composto da nove componenti, in rappresentanza del mondo sanitario, della ricerca, imprenditoriale e della cultura di tutta la Regione FVG.

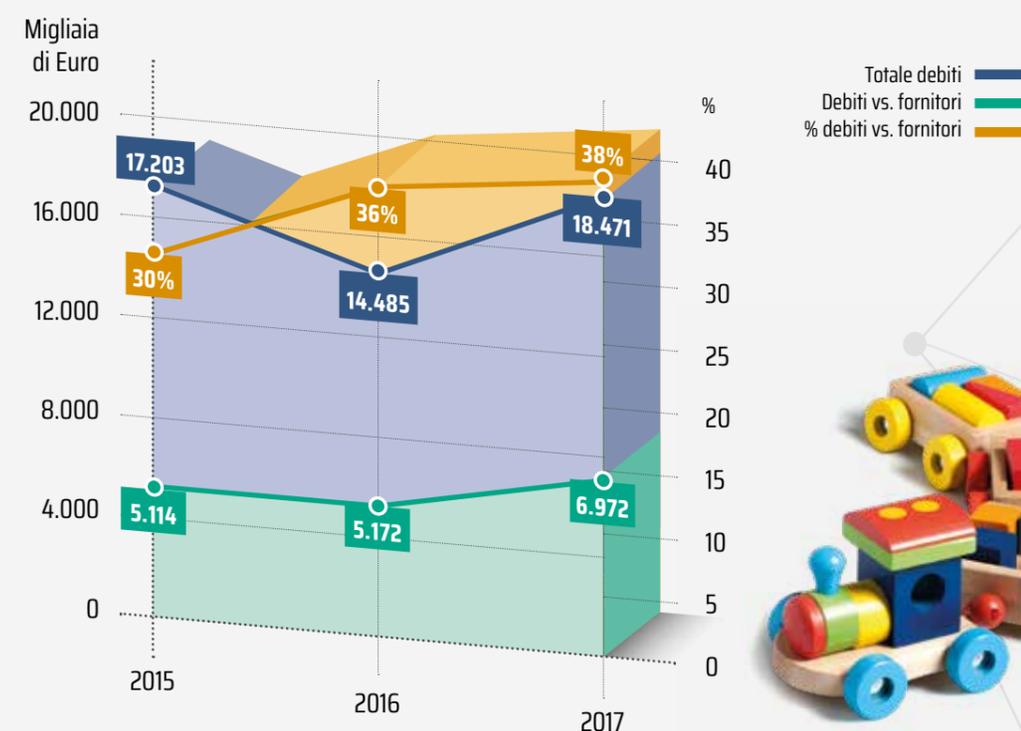
3.2 FORNITORI

L'Istituto è attento alle esigenze e alle aspettative legittime dei propri fornitori ed è impegnato con loro in un dialogo continuo. Alla crescita dimensionale degli ultimi anni si è accompagnata la crescita dell'importanza di tutta la catena dei fornitori, con i quali si cerca di favorire rapporti di collaborazione di lungo periodo.

Il totale dei debiti verso fornitori, pur mantenendo un valore costante in termini assoluti, presenta un andamento altalenante in termini percentuali per le variazioni nel totale degli altri debiti, per lo più derivanti dai pagamenti di fine anno dei debiti tributari e previdenziali. (Figura 14)

L'Istituto, a partire dall'esercizio 2009, ha adottato nuove procedure organizzative - riscontro automatico delle fatture e gestione scadenziario fornitori - che garantiscono il tempestivo pagamento delle somme dovute per somministrazione, forniture ed appalti. Inoltre l'introduzione a regime dal 2015 della fatturazione elettronica nei confronti di tutte le Pubbliche Amministrazioni ha ulteriormente snellito e reso più efficiente il processo di pagamento. L'introduzione di una forte automatizzazione della fase di registrazione delle fatture elettroniche con una notevole riduzione di tempi ed errori dovuti ad attività data entry manuale, lo smistamento delle fatture ricevute verso le strutture liquidatrici in formato digitale

Figura 14. Debiti dal 2016 al 2017



attraverso uno strumento di workflow documentale (Sistema Interscambio Dati Regionale - SDI FVG) e l'utilizzo puntuale dello scadenziario hanno consentito la riduzione dei tempi di registrazione e

pagamento delle fatture, favorendo la dematerializzazione e la standardizzazione dei processi.

In relazione alla situazione debitoria, pertanto, viene garantito il 100% dei

pagamenti delle fatture entro la scadenza dei termini previsti dal decreto legislativo 231/2002 s.m.i., e il tempo medio di pagamento risulta essere inferiore ai 60 giorni (per il 2017 è pari a una media di 55 giorni).

Il prospetto seguente rappresenta l'indicatore di tempestività dei pagamenti, inteso come la differenza tra la data di scadenza delle fatture e la data di emissione dell'ordinativo di pagamento per l'ultimo triennio e per il secondo trimestre 2018: (Tabella 9)

Tabella 9. Dati tempestività pagamenti

2015	2016	2016	II TRIM. 2018
-4,68	-6,26	-5,19	-5,03

3.3 PARTNERSHIP CON ALTRI ENTI DI RICERCA E PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

L'IRCCS attua misure idonee di collegamento e sinergia con altre strutture di ricerca e di assistenza sanitaria pubbliche e private al fine di sviluppare comuni progetti di ricerca e protocolli di assistenza, di promuovere la circolazione delle conoscenze e delle competenze per garantire al paziente le migliori opportunità di cura e all'IRCCS stesso la possibilità di perseguire obiettivi di ricerca avanzata coerenti con il proprio mandato istituzionale.

In particolare, l'IRCCS favorisce e sviluppa sinergie e alleanza all'interno di una rete integrata regionale e nazionale materno-infantile e dell'età evolutiva al fine della condivisione di competenze, professionalità e tecnologie.

A tale scopo l'IRCCS ha attivato nel periodo 2015/2018 collaborazioni scientifiche, cliniche, assistenziali, didattiche e formative con oltre 200 enti tra strutture di ricerca, università e altri soggetti pubblici e privati

in ambito regionale, nazionale ed anche internazionale, che sono state formalizzate attraverso la stipula di specifiche Convenzioni, Protocolli e Accordi di collaborazione, Partenariati, Cooperation Agreement, Material Transfer Agreement ed altre idonee intese.

Fra i principali Enti con i quali sono stati sottoscritti accordi si segnala: UNITS, Area Science Park, CBM, SISSA, Università "Luigi Bocconi", IRCCS Giannina Gaslini, ISS, Azienda Ospedaliera di Padova, ICGEB, Università degli Studi "La Sapienza"

Le Reti per la Ricerca sono descritte nel Capitolo 6.

3.4 ASPETTI ETICI

Ufficio per la Ricerca Clinica (URC) Comitato Etico Unico Regionale per la Ricerca

L'URC è stato istituito con Decreto DG n. 18 del 20 febbraio 2017, successivamente alla destituzione del Comitato Indipendente per la Bioetica dell'IRCCS Burlo Garofolo, avvenuta in data 31/03/2016, e alla creazione del nuovo Comitato Etico Unico Regionale del FVG (CEUR), che dal 2016 ha il compito di valutare tutte le sperimentazioni da effettuare sul territorio regionale, presso le Aziende Sanitarie, comprese le strutture private accreditate.

L'URC è stato creato per sovrintendere a tutti gli aspetti tecnici, logistici, amministrativi e metodologici connessi alla predisposizione di quanto necessario per l'avvio e lo svolgimento di studi clinici, osservazionali e sperimentali promossi dall'Istituto e tessere i rapporti con il CEUR per tutte le attività (ad es. istruttorie, raccolta documentale) necessarie alla valutazione da parte dell'Organismo regionale anche di studi con Sponsor *profit*.

L'URC, a composizione multidisciplinare, si avvale di personale dell'IRCCS afferente a diverse articolazioni aziendali, di alta qualificazione e con competenze specifiche in diversi ambiti come la biostatistica

e l'epidemiologia, la metodologia degli studi clinici, la bioetica, gli aspetti giuridici, economico-contabili, farmacologici e dei dispositivi medici.

L'URC ha il compito di supportare il ricercatore per tutte le attività inerenti la corretta conduzione di uno studio clinico, dal rapporto con la segreteria del CEUR o con le autorità competenti (ad esempio AIFA) e gli Sponsor, agli atti procedurali connessi agli aspetti autorizzativi ed economici derivanti dalla formulazione del parere da parte del CEUR, al monitoraggio degli studi e alle attività di vigilanza sulla sicurezza dei pazienti e dei prodotti sperimentali, siano essi medicinali o dispositivi medici.

Dal momento della sua istituzione, l'URC si è riunito mensilmente dal luglio 2017, ha valutato 33 ricerche correnti promosse dai ricercatori dell'Istituto e ha valutato 19 studi multicentrici tra *profit*, *no profit* e progetti per tesi di laurea.

Comitato di Bioetica per la Pratica Clinica Materno-infantile e per la Salute della Donna

È stato costituito conformemente a quanto stabilito dalla DGR n. 73/2016 e dagli allegati "Indirizzi per la costituzione ed il funzionamento dei Nuclei Etici per la Pratica Clinica presso gli enti del Servizio sanitario regionale", nonché in attuazione dell'Atto Aziendale dell'Istituto, per la durata di tre anni e con il fine di assicurare un adeguato esame delle possibili problematiche etiche connesse alle attività cliniche e assistenziali proprie delle specifiche aree materno-infantile e della salute della donna. Il Comitato di Bioetica è composto da esperti esterni e da dipendenti del Burlo ma anche di tutte le Aziende Sanitarie della Regione, in quanto vuole rappresentare uno strumento di supporto e consulenza non solo per il Burlo ma per l'ambito materno-infantile e per la salute della donna a livello regionale.





CAPITOLO 4

GOVERNO AZIENDALE



4.1 LA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE

Processo di programmazione e controllo

Mediante il processo di programmazione e controllo economico-gestionale la Direzione Strategica definisce, in coerenza agli obiettivi e principi della programmazione sanitaria regionale e nazionale, gli obiettivi generali aziendali, le strategie per il loro raggiungimento e gli strumenti per garantirne una adeguato monitoraggio.

Con la programmazione attuativa la Direzione aziendale concretizza la pianificazione strategica pluriennale nell'ambito dell'arco temporale annuale. Sono atti della programmazione attuativa il PAO (Piano Attuativo Ospedaliero) annuale, con gli atti relativi al bilancio preventivo e il documento aziendale annuale di *budget*.

Il Controllo di Gestione ha la funzione di guidare l'Istituto verso gli obiettivi definiti dalla Direzione rilevando, attraverso la misurazione di appropriati indicatori, lo scostamento tra gli obiettivi pianificati e i risultati

conseguiti e informando di tali scostamenti gli organi responsabili, affinché possano attuare le opportune azioni correttive.

Il sistema di gestione per *budget* è lo strumento con il quale l'Istituto definisce, con i propri diversi livelli organizzativi, il perseguimento efficace ed efficiente delle strategie aziendali in rapporto alle risorse assegnate. Nell'annuale processo di *budgeting* vengono declinati in progetti/obiettivi operativi le linee della programmazione attuativa tracciate nel PAO.

Con Decreto del DG. n.32 del 05/04/2016 è stato regolamentato e formalizzato il processo di budget, che è strettamente collegato al sistema di misurazione e valutazione della *performance*.

Il ciclo della gestione del budget ha valenza annuale ed è strettamente collegato alla pianificazione e valutazione delle *performance* a livello d'Istituto e di ciascun Centro di Responsabilità. È articolato in quattro fasi:

a) Programmazione

Gli obiettivi programmatici dell'Istituto vengono individuati annualmente nel PAO, in cui sono formalizzate le annuali

scelte operative aziendali, derivanti essenzialmente dalla programmazione nazionale e regionale, in particolar modo dalle Linee di Gestione annuali del Servizio Sanitario Regionale. Nello stesso PAO vengono definiti anche gli obiettivi di area scientifica correlati al ruolo istituzionale proprio degli IRCCS, nonché eventuali specifici obiettivi derivanti da piani di settore. Gli obiettivi vengono integrati con gli obiettivi assegnati al DG e devono essere in linea con il bilancio economico preventivo.

b) Negoziazione del budget

La negoziazione avviene tra la Direzione strategica e il responsabile di ogni Centro di Responsabilità, con il supporto degli uffici della Programmazione e Controllo. Gli obiettivi da perseguire vengono esposti nella scheda di *budget* che contiene gli indicatori di verifica, le relative soglie e le risorse assegnate. Nell'ambito dell'assegnazione del *budget*, il DG individua anche gli obiettivi rilevanti ai fini della corresponsione dei compensi incentivanti, la cui valutazione sul livello di raggiungimento compete all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), che la effettua sulla base di predefiniti criteri oggettivi.

La fase di negoziazione si conclude con l'approvazione del DG delle schede degli obiettivi di *budget* negoziati con i diversi Centri di Responsabilità. Gli obiettivi assegnati in sede di budget sono integrati dagli obiettivi previsti negli Accordi Regionali sulle Risorse Aggiuntive Regionali (RAR) e successivamente declinati a livello aziendale.

c) Svolgimento e misurazione dell'attività (Reporting)

Sono effettuati monitoraggi periodici, di norma trimestrali, per analizzare il grado di raggiungimento degli obiettivi, anche al fine di attuare eventuali azioni correttive ed eventuali revisioni dell'obiettivo e verifiche periodiche, secondo le tempistiche definite per il pagamento dei saldi parziali dagli accordi integrativi aziendali. I *report*

espongono in modo sintetico l'andamento dei principali fenomeni rilevati dal sistema informativo e utili a una comprensione dell'andamento globale dell'Istituto; sono definiti nei contenuti e nella forma in relazione ai principali destinatari degli stessi: Direzione Strategica e responsabili di Struttura. L'andamento dei principali fenomeni e indicatori è sintetizzato nel cruscotto direzionale.

d) Valutazione

Nella relazione sulle *performance* sono esposti sia i risultati relativi al raggiungimento degli obiettivi delle diverse strutture operative, sia la sintesi degli obiettivi collegati alle RAR.

Centri di responsabilità

Gli obiettivi e le risorse sono assegnati ai Centri di Responsabilità, che, individuati in armonia con l'organigramma aziendale, si distinguono in Centri di Attività e di Centri di Risorsa.

Ai Centri di Attività compete l'efficace perseguimento degli obiettivi sanitari, assistenziali o di supporto assegnati, da garantirsi mediante il migliore impiego delle risorse attribuite. A ciascun Centro di Attività è preposto il responsabile della struttura organizzativa corrispondente.

Ai Centri di Risorsa compete la gestione complessiva di un'intera categoria di risorse utilizzate da più Centri di Responsabilità. Al Responsabile del Centro di Risorsa compete l'adozione di tutti gli atti ed i provvedimenti amministrativi necessari per l'acquisizione, gestione e pagamento delle risorse assegnate.

Le tempistiche della programmazione aziendale sono strettamente collegate a quelle della programmazione regionale e sono in linea con le indicazioni nazionali¹.

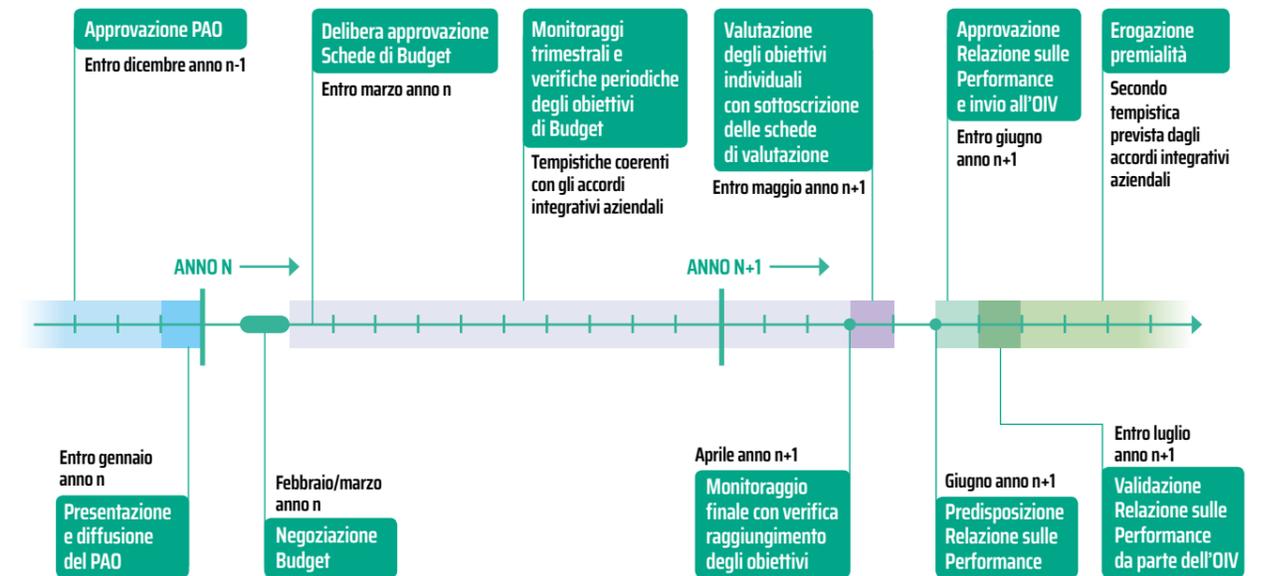
Entro il mese di novembre, di norma, la Regione FVG emana le linee per la gestione del SSR per l'anno successivo. Tali linee vengono recepite dalle singole aziende nei propri atti di programmazione annuale (PAL/PAO), i quali vengono adottati con-

giuntamente ai bilanci preventivi, di norma, entro il 31/12. I PAL/PAO delle singole aziende vengono successivamente approvati ed eventualmente integrati dalla Regione con provvedimento formale (solitamente entro il primo semestre dell'anno).

Successivamente la Regione assegna ai Direttori Generali delle Aziende del SSR obiettivi specifici per l'anno in corso: il 25% degli obiettivi è collegato al rispetto dei tempi d'attesa mentre la restante parte è

collegata ad obiettivi strategici regionali.

Il percorso di budget a livello aziendale, così come specificato nel summenzionato regolamento si svolge successivamente alla formale adozione del PAO affinché gli obiettivi assegnati alle strutture siano coerenti con gli indirizzi della programmazione regionale ed aziendale; si conclude di norma entro il 31/3 e viene successivamente formalizzato con l'adozione di un provvedimento.



La validazione finale degli obiettivi di budget è effettuata dall'OIV¹, composto da tre unità esterne all'Istituto che complessivamente assicurano l'esperienza nel campo del *management*, della valutazione delle prestazioni, della valutazione del personale e della programmazione e controllo di gestione; uno dei componenti deve essere un medico esperto in organizzazione sanitaria.

L'OIV valuta, sotto il profilo gestionale, l'effettiva attuazione da parte delle strutture aziendali delle scelte contenute negli atti di indirizzo strategico, in termini di congruenza tra obiettivi prefissati e risultati ottenuti. Tale funzione di controllo s'inserisce nella logica più ampia del processo strategico di pianificazione e controllo aziendale.

L'attività dell'OIV è disciplinata da apposito Regolamento, approvato dall'OIV stesso, che stabilisce criteri, modalità e termini di funzionamento.

4.2 POLITICHE PER LA QUALITÀ

4.2.1 Accredimento e certificazione

L'Istituto, in quanto ospedale di secondo livello del SSR del FVG, è struttura sanitaria pubblica autorizzata e accreditata ai sensi degli artt. 8 bis, 8 ter e 8 quater del D.lgs n. 502/1992, rispetto ai requisiti generali, di degenza, ambulatoriali e di branca specialistica di competenza. In tale contesto è sottoposto a verifiche di sorveglianza esterne

¹ I componenti sono stati nominati con decreto DG n. 92 del 17/09/2015, successivamente modificato con Decreto DG n. 9 del 15/02/2017

con frequenza di norma biennale o triennale, da parte di valutatori regionali: l'ultima verifica è stata effettuata nel giugno 2016 e un sopralluogo di monitoraggio è stato effettuato nel maggio 2017, che ha confermato l'autorizzazione e l'accreditamento con riserva, con scadenze previste per il 2019 (accreditamento) e 2024 (autorizzazione). L'autorizzazione e accreditamento istituzionali riguardano anche il ruolo di Provider di ECM dell'Istituto: l'ultima verifica, effettuata il 10 maggio 2018, ha confermato l'accreditamento.

In quanto erogatore di prestazioni di eccellenza, quali il trapianto di midollo osseo nei pazienti pediatrici e le tecniche omologhe ed eterologhe per la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), risponde della conformità agli standard ministeriali gestiti dal Centro Nazionale Trapianti e dal Centro Nazionale Sangue. A tal fine è sottoposto a verifiche nazionali biennali da parte dei valutatori ministeriali. Nell'ambito di tale complesso contesto di sorveglianza, il Programma Trapianti di Cellule Staminali Emopoietiche per pazienti pediatrici dell'IRCCS ha ottenuto la piena certificazione, ai sensi dei decreti legislativi 191/2007 e 16/2010, da parte del Centro Nazionale Sangue e Centro Nazionale Trapianti in ottobre del 2017. In aggiunta, il suddetto Programma Trapianti è coinvolto in un percorso di adesione a standard internazionali specifici (programma Jacie - Fact).

Il Centro di PMA omologa ed eterologa risulta attualmente accreditato con riserva.

L'Istituto, in ottemperanza alle norme sul riordino della disciplina degli IRCCS, e in particolare dell'art. 13 del D. lgs 288/2003, ha inoltre certificato 17 delle sue strutture ai sensi della normativa ISO 9001, edizione 2015. A seguito dell'ultima verifica, effettuata il 19-20 febbraio 2018, è stato conferito il certificato di conformità ai sensi della norma 9001:2015 a tutte le strutture valutate.

ONDA, l'Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere, dal 2007 attribuisce

i Bollini Rosa agli ospedali italiani "vicini alle donne" che offrono percorsi diagnostico-terapeutici e servizi dedicati alle patologie femminili di maggior livello clinico ed epidemiologico riservando particolare cura alla centralità della paziente. Per il biennio 2018-2019 il Burlo ha ottenuto ancora una volta 3 bollini rosa (il massimo livello, ininterrottamente dal 2009). A livello nazionale sono state premiate 306 strutture, delle quali solo 71 hanno ottenuto tre bollini, 183 due bollini e 52 un bollino. In FVG 8 strutture hanno ottenuto il riconoscimento, solo il Burlo e ASUITs hanno ottenuto i 3 bollini.



4.3 GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

La gestione del rischio clinico, a garanzia e tutela dell'erogazione di assistenza e cure sicure, all'interno dell'Istituto, è integrata a livello regionale nella Rete Cure Sicure del FVG, istituita con DGR n.1970/2016, il cui modello organizzativo prevede la condivisione di programmi, progetti, obiettivi ed indicatori, oltre alla diffusione della cultura della sicurezza a tutti i livelli e i contesti sanitari e socio-sanitari, ospedalieri e territoriali, pubblici e privati accreditati convenzionati con il SSR. Le tematiche prioritarie sono:

- uso sicuro dei farmaci, compresi i programmi di riconciliazione farmacologica, del sangue e degli emoderivati;
- *incident reporting* e applicazione di strumenti di analisi degli eventi avversi più gravi;
- corretta identificazione del paziente (paziente corretto, procedura corretta, lato corretto)
- sicurezza del percorso chirurgico;
- qualità e sicurezza della documentazione sanitaria;

- informazione e consenso informato;
- prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza;
- uso corretto degli antibiotici (*antibiotic stewardship*) per il contenimento e la prevenzione dell'insorgenza del fenomeno dell'antibioticoresistenza;
- prevenzione delle lesioni da pressione;
- prevenzione delle cadute accidentali;
- controllo del dolore;
- promozione delle buone pratiche;
- promozione del coinvolgimento attivo e consapevole dei pazienti/cittadini;
- appropriatezza delle prestazioni erogate

La centralità e la rilevanza della sicurezza del paziente in Istituto in tutti i regimi di erogazione delle prestazioni sanitarie, siano esse ambulatoriali o di ricovero, sono inoltre evidenziate dal PAO annuale, in cui il piano della sicurezza delle cure è un documento autonomo, allegato al Piano stesso, e declinato nelle tematiche prioritarie elencate con azioni di miglioramento, indicatori specifici e monitoraggio periodico, e fortemente orientato alla formazione e all'aggiornamento continuo.

A dicembre 2017 è iniziata la collaborazione con gli altri ospedali pediatrici italiani appartenenti all'AOPI, e con il Centro Gestione Rischio Clinico, della Regione Toscana, specificatamente nell'ambito del rischio clinico per affrontare tematiche peculiari dell'età pediatrica o comunque molto diverse in età pediatrica, per migliorare la sicurezza delle cure dei piccoli pazienti, in particolare nei seguenti ambiti: strutturare un progetto di ricerca sull'incidenza di eventi avversi da farmaci; mappare le buone pratiche già in essere nei diversi ospedali; realizzare una raccolta di raccomandazioni sui seguenti temi prioritari: handover tra i diversi livelli di cura, la sepsi nel paziente pediatrico, il percorso chirurgico e le procedure con sedazione eseguite al di fuori delle sale operatorie.

4.4 L'ATTIVITÀ IN RETE

In coerenza con la Missione e Visione aziendale, l'obiettivo principale del lavorare in rete, integrando l'ambito ospedaliero con quello territoriale, è quello di garantire lo stesso, elevato, livello di salute, a tutti i bambini, gli adolescenti e le donne della Regione, a prescindere dalla sede di erogazione delle cure. Questo può essere ottenuto concentrando le competenze nei centri hub, e garantendo nel contempo una "rete di prossimità" per i bisogni semplici/frequenti, in modo tale da spostare il bambino (e le famiglie) solo quando è strettamente necessario: tutte le volte che è possibile si devono spostare i professionisti o le informazioni. In tal modo vengono garantite sicurezza/efficacia e alta professionalità a prescindere dalla sede di erogazione delle prestazioni. Questa modalità organizzativa riesce a conciliare il modello Hub e Spoke, che prevede inevitabilmente la concentrazione delle competenze, con la possibilità di evitare disagi "migrazioni" dei pazienti dalle periferie verso i centri hub.

In tal senso, nell'ultimo quadriennio il Burlo ha posto al centro della sua strategia l'apertura e il confronto con le realtà ospedaliere e territoriali regionali e nazionali, attivando e partecipando a tutta una serie di reti assistenziali, gestionali e della ricerca.

A. Reti assistenziali

1. Attività presso altre Aziende

Nella logica di spostare i professionisti e le informazioni piuttosto che i pazienti per realizzare operativamente il modello Hub e Spoke ("il Burlo a km 0": garantire le migliori risposte in prossimità dei bisogni), i professionisti del Burlo garantiscono, con cadenza settimanale, attività di chirurgia ambulatoriale, Day Surgery e visite ambulatoriali presso altre Aziende Sanitarie regionali sulla base di apposite convenzioni.

L'attività erogata riguarda principalmente le seguenti specialità presso AAS 2, AAS 3 e AAS 5:

- Chirurgia pediatrica
- Ortopedia e Traumatologia
- Oculistica
- Endocrinologia pediatria
- Attività di guardia pediatrica

2. Coordinamento di attività su scala regionale in ambito pediatrico

Nel corso del quadriennio, come da programmazione regionale, sono state sviluppate le seguenti attività:

- **Screening neonatale metabolico esteso**
L'attività è iniziata nel 2016 come LEA regionale, consentendo alla Regione FVG di anticiparla di un anno rispetto all'inserimento nei LEA nazionali. Nel 2017 8.429 neonati sono stati sottoposti a screening metabolico esteso ed è stato possibile individuare patologie rare e potenzialmente gravi fin dalla nascita, evitando il decesso o esiti invalidanti.

Nel 3% dei casi sono stati avviati protocolli speciali per neonati con:

- età gestazionale inferiore a 34 settimane o peso neonatale inferiore a 2000 grammi,
- trasfusione di sangue o plasma prima delle 36 ore di vita,
- nutrizione parenterale (somministrazione di aminoacidi e/o lipidi) in corso,
- parto gemellare.

Nello 0,98% dei casi è stato effettuato il retesting per malattie metaboliche (ipotiroidismo congenito escluso) e sono stati individuati 6 casi di patologia. La realizzazione del test di seconda istanza o "second-tier test", sullo stesso campione, ha comunque permesso di ridurre i richiami evitando stress inutile ai genitori.

È stata attivata una procedura di richiamo con diversa modalità di urgenza in base alla valutazione del livello di rischio. I neonati con una marcata alterazione dei valori o con un profilo

metabolico fortemente significativo di malattia metabolica sono stati inviati tempestivamente ai centri clinici di riferimento mentre ai neonati con una lieve alterazione è stato richiesto un campione di controllo.

Lo Screening neonatale metabolico esteso è attivo in tutti i Punti nascita. Sono stati effettuati incontri di monitoraggio e di aggiornamento in tutti i punti nascita. È stato organizzato il 15/09/2017 il congresso "Programma di Screening Neonatale Esteso in FVG: progetto, risultati, criticità e confronto".

- **Screening oftalmologico neonatale:** avviato nel corso del 2017, il protocollo è stato diffuso e viene applicato in tutti i punti nascita. Sono stati effettuati 4 incontri di formazione a Trieste, Pordenone, Udine e San Daniele. Ai corsi hanno partecipato pediatri ospedalieri e PLS.
- **Screening audiologico neonatale:** è stato rivisto il protocollo ed effettuata la formazione a tutti i punti nascita con l'organizzazione di 3 eventi formativi a Trieste, Pordenone e Udine. L'applicazione del protocollo è consolidata in tutti i punti nascita.
- Nel corso del 2017 e 2018 sono state avviate le attività preliminari per lo **screening del portatore della fibrosi cistica**, che andranno a regime nel corso del 2019.
- **Farmacia galenica pediatrica regionale:** sono state realizzate le azioni propedeutiche, edili-impiantistiche e organizzative, allo sviluppo del progetto di produzione dei farmaci galenici pediatrici presso la Farmacia del Burlo per tutte le Aziende Sanitarie regionali.

3. Coordinamento Interaziendale Materno Infantile

tra l'Istituto Burlo Garofolo e l'AAS5: è stato istituito¹ al fine di valorizzare le competenze ed esperienze di entrambe le aziende attraverso la condivisione di una strategia complessiva e di una regia organica in grado di coordinare le

diverse sinergie operative e le possibili collaborazioni negli ambiti clinico/sanitario, della ricerca scientifica e gestionale, della formazione e della didattica e della divulgazione.

4. Rete pediatrica regionale

A completamento e integrazione di tutte le attività precedentemente citate, nelle Linee di gestione del SSR del 2017 è stato dato mandato all'IRCCS di predisporre un documento che descrivesse lo scenario attuale e di prospettiva della assistenza ospedaliera riguardante la popolazione pediatrica ed adolescenziale. Il documento, *La pediatria ospedaliera del FVG - proposta di rete pediatrica ospedaliera regionale*, è stato predisposto congiuntamente da professionisti individuati dagli Enti del Servizio sanitario regionale e coordinato dall'IRCCS Burlo.

Successivamente, con DGR 730 del 21 marzo 2018, è stata istituita la Rete Pediatrica del FVG, coordinata dal DG del Burlo, con l'obiettivo di integrare l'ambito ospedaliero e quello territoriale al fine di garantire lo stesso, elevato, livello di salute, a tutti i bambini e gli adolescenti della Regione, a prescindere dalla sede di erogazione delle cure, superando l'attuale frammentazione dei punti di erogazione delle prestazioni pediatriche ospedaliere.

Il modello di governance scelto per la Rete Pediatrica regionale recepisce l'Accordo della Conferenza Stato Regioni n. 248/2017, garantendo la previsione che a livello di ogni singola regione e provincia autonoma venga istituito il *Comitato regionale per l'assistenza pediatrica e adolescenziale*, ed è coerente con le *Linee Guida Reti Cliniche* dell'AGENAS che prevedono un apposito organismo di livello regionale, il *Coordinamento regionale della rete*. In particolare, la governance della rete pediatrica è assicurata dal *Comitato regionale per l'assistenza pediatrica e adolescenziale* che si avvale di *Gruppi multidisciplinari regionali per patologia* e di un ufficio di coordinamento¹. Al *Comi-*

¹. Istituito con Decreto del DG n.67 del 31/05/2018

tato regionale per l'assistenza pediatrica e adolescenziale si affianca e riferisce il *Comitato di coordinamento della ricerca pediatrica*.

Il Comitato regionale per l'assistenza pediatrica e adolescenziale, come da indicazioni della DGR 730/2018, ha elaborato e presentato alla Direzione Centrale Salute in data 29/09/2018, il documento programmatico per le attività e la formazione in ambito pediatrico da inserire nelle Linee per la Gestione 2019.

B. Associazione Ospedali Pediatrici Italiani (AOPI): l'associazione riunisce i 13 principali Ospedali pediatrici italiani che, attraverso specifiche progettualità, persegue l'obiettivo di continuare a garantire la specificità pediatrica nel SSN e nei SSR:

- Progetto gestionale "Revisione classificazione e remunerazione delle prestazioni"
- Progetto gestionale "Focus pediatrico sperimentazioni cliniche /logistica"
- Progetto gestionale "Costi Standard pediatrici"
- Progetto gestionale "Piani di efficientamento dm 21 giugno 2016"
- Progetto organizzativo "Centri maltrattamento e abuso minori"
- Progetto ricerca sanitaria "Modellistica rete pediatrica"
- Progetto ricerca scientifica "Farmaci Offlabel"
- Progetto ricerca infermieristica "RN4CAST"
- Progetto "Comunicazione"

C. Associazioni delle Aziende Sanitarie:

l'IRCCS Burlo Garofolo è associato a Feder-sanità ANCI e inoltre nel corso del 2017 ha aderito alla FIASO (principale associazione delle Aziende Sanitarie italiane), entrando nel Direttivo Nazionale in qualità di rappresentante del FVG.

¹. Decreto del DG n. 96 del 10/08/2018

D. Reti finalizzate alla ricerca, descritte nel capitolo 6 “Ricerca”, alle quali partecipa l'IRCCS:

- Rete IDEA (socio fondatore): rete degli IRCCS pediatrici.
- Rete INCIPIT (socio fondatore): rete della ricerca clinica pediatrica.
- Rete NETVAL: rete per il trasferimento tecnologico della ricerca.

E. Trieste Capitale Europea della Scienza:

Trieste è stata scelta per l'organizzazione di ESOF 2020, la più rilevante manifestazione europea focalizzata sul dibattito tra scienza, tecnologia, società e politica. La manifestazione si svolgerà a Trieste dal 4 al 10 luglio 2020. L'IRCCS Burlo Garofolo, insieme alle altre Istituzioni ed Enti di ricerca di Trieste, è coinvolto nel percorso e in particolare partecipa al gruppo S2M (Science to Medicine).

4.5 RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ

Il Burlo diventa sede universitaria nel 1967, quando acquisisce le Cattedre universitarie di Pediatria e Puericultura dell'Università di Trieste.

Sulla base del Protocollo d'Intesa Regione-Università vigente, a differenza di ASUITS e ASUIUD, il Burlo non è un'Azienda integrata con l'Università ma rappresenta la sede delle attività didattiche del Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute dell'Università di Trieste per l'area materno-infantile e ginecologica; il rapporto è regolato da un Protocollo attuativo. Il rapporto con UNITS è ormai consolidato nel tempo e, in coerenza con la Missione aziendale, consente una piena integrazione fra le attività di assistenza, didattica e ricerca.

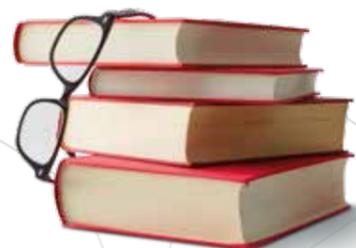
Presso il Burlo sono presenti:

- Due SC Universitarie (Clinica Pediatrica e Clinica Ostetrico-Ginecologica), una SC (Genetica Medica) e due SSD (Diagnostica Avanzata Microbiologica e Odontostomatologia) a temporanea direzione universitaria.

- Direzione delle Scuole di Specializzazione in Pediatria, Ostetricia-Ginecologia, Genetica; il Burlo è sede formativa per la Scuola di Specializzazione in Odontoiatria Pediatrica.
- Corso di laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia.
- Sede formativa del Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria e del Corso di Laurea triennale in Igiene Dentale dell'Università degli Studi di Trieste.
- Corso di Laurea triennale in Ostetricia.
- Dottorato di ricerca in Scienze della Riproduzione e dello sviluppo.
- Master di I livello in Infermieristica Pediatrica.
- Master di II livello in Chirurgia isteroscopica.
- Master di II livello in Laparoscopia: dall'anno accademico 2018-2019.
- Corso di Perfezionamento in Diagnosi prenatale e trattamento chirurgico delle malformazioni: dall'anno accademico 2018-2019.
- Il personale dell'Istituto è attivamente coinvolto in qualità di docente/tutor nei seguenti corsi di laurea attivati da UNITS E UNIUD: Tecniche di Radiologia medica, Tecniche di Laboratorio biomedico, Infermieristica, Fisioterapia.

Il Burlo contribuisce per oltre il 30% alla produzione scientifica del Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche e della Salute di UNITS.

Vengono inoltre sviluppate attività di ricerca con il Dipartimento di Scienze della Vita per il dottorato di ricerca in Neuroscienze e Scienze Cognitive e con il Dipartimento di Fisica per il dottorato di ricerca in Nanotecnologie.



4.6 FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

L'Istituto considera la formazione continua una risorsa fondamentale per governo aziendale e un incentivo in grado di supportare i cambiamenti organizzativi richiesti dalle politiche sanitarie. Si tratta quindi di un investimento:

- finalizzato a sviluppare e rafforzare le conoscenze e le competenze del personale in un processo continuo e permanente;
- orientato a favorire il trasferimento delle migliori evidenze scientifiche nella pratica professionale nonché a rafforzare e consolidare la qualità dell'assistenza sanitaria in termini di sicurezza, efficacia, efficienza, coinvolgimento degli utenti e degli operatori, appropriatezza ed equità delle prestazioni.

L'Ufficio Formazione (UF) è una struttura di staff che afferisce direttamente al DG: provvede alla progettazione partecipata del piano della formazione dell'Istituto, in coerenza con i programmi di sviluppo dello stesso, dopo ricognizione del fabbisogno formativo effet-

tuata tra le componenti professionali, e si occupa della progettazione e della realizzazione di eventi di formazione residenziale (FR) e formazione sul campo (FSC). La programmazione delle attività formative è strutturata attraverso un piano annuale, realizzato in forma partecipata dal Comitato Scientifico per la Formazione.

L'UF ha ottenuto la qualifica di Provider ECM regionale autorizzato e accreditato dal 30/05/2016, confermato con decreto regionale del 31/07/2018. Tale accreditamento riconosce all'IRCCS Burlo Garofolo la responsabilità di tutto il percorso formativo: dall'ideazione, alla coerenza con gli obiettivi strategici aziendali, alla pianificazione e realizzazione degli eventi fino al rilascio degli attestati finali con il riconoscimento dei crediti ECM che tutti i professionisti sanitari devono acquisire ogni anno. Dal 08/03/2018 l'Ufficio Formazione è certificato UNI EN ISO 9001:2015.

Per la realizzazione degli eventi formativi e di diffusione scientifica l'IRCCS si avvale dei contributi di docenti interni all'Istituto e di docenti esterni sia regionali, sia extra - regionali ma anche di docenti internazionali. (Figure 15-16-17)

Figura 15. Corsi realizzati nel quadriennio 2014 - 2017

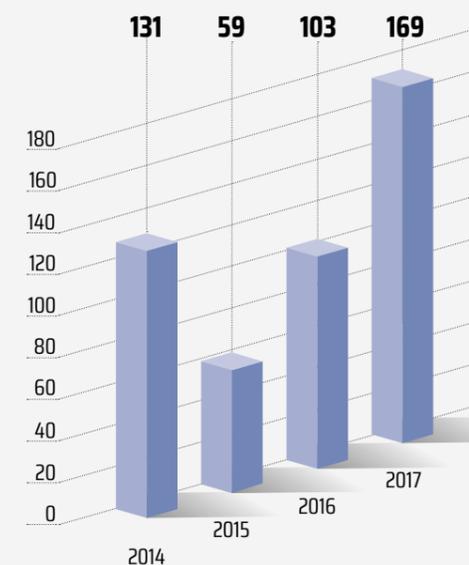


Figura 16. Personale interno ed esterno formato nel quadriennio 2014 - 2017

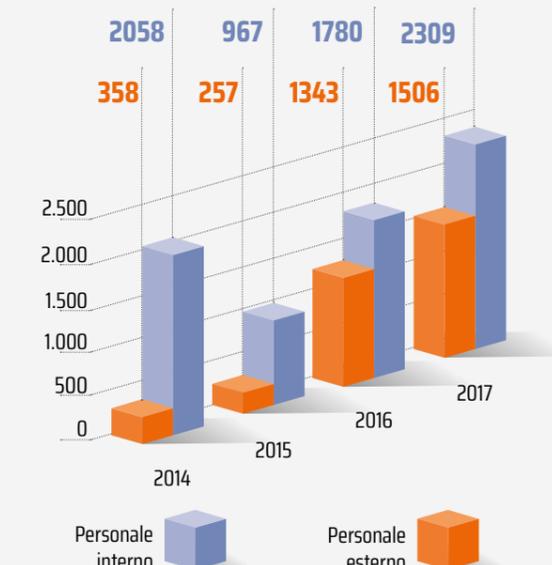
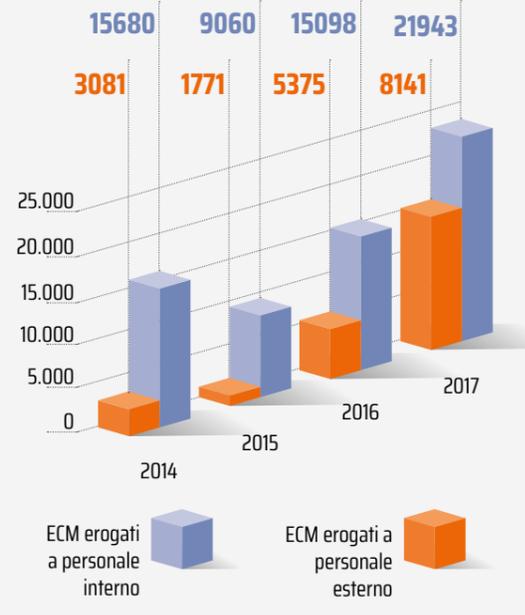


Figura 17. Numero di crediti ECM assegnati al personale interno ed esterno nel quadriennio 2014 - 2017



L'UF sviluppa progetti di ricerca atti ad efficientare la propria attività e a valorizzarne le competenze. È sottoposto inoltre ad attività di verifica da parte del team dei valutatori aziendali, che hanno il compito di segnalare le non conformità e di promuoverne il miglioramento continuo, attivando le azioni preventive e correttive del caso.

4.7 NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI

4.7.1 Le Piattaforme della cura

Il modello organizzativo di funzioni e servizi adottato dall'IRCCS è a matrice. Prevede Dipartimenti che aggregano SC e SSD e Piattaforme tecnico-assistenziali dedicate ed impegnate soprattutto nella definizione, organizzazione e garanzia dei processi di cura, che attraversano trasversalmente i Dipartimenti. All'interno delle piattaforme sono previste articolazioni organizzative (Aree di coordinamento) che concretizza-

no obiettivi, programmi, piani di lavoro e attività di prevenzione, diagnosi, cura ed abilitazione.

Ogni Piattaforma è diretta da un Responsabile, professionista tecnico-sanitario con assunzione diretta di elevata responsabilità ed autonomia gestionale nell'organizzazione dei processi di cura, che fa capo al Direttore della SC Professioni Sanitarie. Ogni Area viene gestita da un coordinatore delle professioni sanitarie con elevato grado di esperienza e specializzazione professionale.

Le Piattaforme della cura rispondono con modalità assistenziali e percorsi organizzativi definiti e calibrati a partire dai diversi quadri patologici, dalla durata dell'accoglienza, dalla complessità dei *setting* e dall'intensità delle cure richieste.

Sono state attivate le seguenti Piattaforme:

- piattaforma infermieristica degenza e ambulatori, dove sono state previste quattro aree di coordinamento: oncoematologia, degenza pediatrica 1 e ad alta complessità, degenza pediatrica 2, area pediatrica diurna.
- piattaforma infermieristica emergenza urgenza, dove sono state previste quattro aree di coordinamento: urgenza pediatrica, rianimazione, terapia intensiva neonatale e nido, blocco operatorio.
- piattaforma ostetrica, dove sono state previste tre aree di coordinamento: sala parto, degenza ginecologica e area diurna ginecologica, degenza ostetrica e area diurna ostetrica.
- piattaforma tecnica dei servizi di supporto, dove è stata prevista un'area di coordinamento tecnico - diagnostica.

4.7.2 Progetto Sale operatorie

Nel corso del 2017 è stato effettuato un percorso di monitoraggio di attività, costi e tempi di utilizzo delle sale operatorie al fine di incrementarne l'efficienza, condiviso con i responsabili delle

strutture chirurgiche. La programmazione dell'attività chirurgica è stata oggetto del progetto regionale di formazione/intervento "Lean management", affidato da EGAS e alla Fondazione CUOA, al quale l'IRCCS ha partecipato con l'obiettivo di ottimizzare l'attività chirurgia attraverso un'analisi organizzativa. Sono state rilevate le criticità presenti nel percorso chirurgico sia in ambito ginecologico che pediatrico e sono stati messi in atto interventi coinvolgenti tutto il personale afferente al Dipartimento Chirurgico e al Dipartimento Materno Neonatale e delle Terapie Intensive, al fine di incrementare la qualità dei servizi erogati mediante la riduzione degli sprechi e delle azioni ridondanti, il miglior utilizzo delle risorse disponibili e l'ottimale gestione di alcuni processi critici.

Gli interventi attuati per migliorare i tempi nel percorso pre-operatorio di donne e bambini hanno previsto l'aumento di 4 ore alla settimana per le visite anestesio-logiche pre-intervento: due ambulatori pomeridiani sono stati spostati al mattino così da far concludere la giornata pre-operatoria entro le 14.

Sono state inoltre evidenziate criticità nella stesura delle liste d'attesa presenti nel sistema ADT che sono state affrontate insieme ai professionisti identificando gli errori commessi nella fase di inserimento ed attivando gli interventi correttivi.

La revisione dei modelli organizzativi delle sale operatorie ha contribuito al netto incremento dell'attività chirurgica che è stata realizzata negli ultimi anni (Capitolo 5).

4.7.3 "Punto Benvenuto"

Dal 2017 il Burlo ha organizzato uno spazio di accoglienza dedicato ai bambini che devono essere accolti in ospedale per un ricovero, consapevoli del momento delicato che i piccoli pazienti e la famiglia devono affrontare al momento dell'ingresso in Ospedale.

L'area è accessibile dalle h. 7.00 alle h. 19.00, dal lunedì al venerdì, per chi ha

un ricovero prenotato, che in questa sede viene formalizzato con la compilazione della prevista modulistica e del consenso al trattamento dei dati personali da parte dei genitori, la consegna del braccialetto identificativo e del libretto illustrativo della struttura di accoglienza. È qui che si possono richiedere il certificato di ricovero ed i buoni mensa per un genitore o un accompagnatore.

Il "Punto Benvenuto" si trova al piano terra della palazzina centrale, sulla destra dell'ingresso principale e si può raggiungere seguendo le indicazioni lungo il corridoio. Il Punto Benvenuto è dotato di uno spazio giochi.

La nuova modalità organizzativa ha comportato significative ricadute in termini di qualità percepita da parte dell'utenza.

Il Punto Benvenuto ha inoltre gestito il progetto regionale "Recall" - Indagine telefonica somministrata entro 5gg dalla dimissione dopo ricovero programmato in area pediatrica o chirurgica: dal luglio 2017, sono state effettuate 1.200 interviste su 1.280 utenti candidati, con significative ricadute in termini di valutazione decorso post degenza pediatrica e prevenzione ricoveri ripetuti e complicanze.

4.7.4 Progetto Continuità Assistenziale

Con l'aumento negli ultimi decenni dei bisogni complessi nella popolazione, la progressiva deospedalizzazione delle cure, la crescente necessaria integrazione e collaborazione tra i servizi territoriali ed ospedalieri per garantire la presa in carico globale della persona, nonché le aumentate necessità di sostenibilità del sistema sanitario, la letteratura scientifica recente evidenzia che coordinamento e continuità delle cure sono fondamentali per offrire un'assistenza appropriata in particolare per le persone con bisogni complessi, che sono maggiormente esposte a rischio di frammentazione

delle cure e peggiori esiti di salute.

Da queste premesse, nel 2016 l'Istituto ha deciso di istituire l'Ufficio Continuità Assistenziale (UCA), dedicato a promuovere e gestire la continuità assistenziale tra ospedale e servizi territoriali neonati, bambini, adolescenti e donne assistiti/e dal Burlo, con bisogni sanitari e sociali tali da richiedere una presa in carico integrata ospedale-territorio. Secondo l'Atto Aziendale, l'UCA ha le funzioni di:

1. implementare e monitorare percorsi atti a favorire il lavoro di rete con i servizi sanitari, socio-sanitari o ospedalieri (anche extraregionali), territorialmente competenti, al fine di garantire un'adeguata presa in carico dei casi a media/alta complessità e progetti personalizzati;
2. individuare modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni finalizzate alla continuità assistenziale;
3. collaborare alle attività relative allo sviluppo e alla partecipazione dell'Istituto alle reti regionali di patologia. Si occupa inoltre di gestire due progetti di ricerca sul tema della continuità assistenziale in ambito pediatrico, uno avviato nel 2016 come ricerca corrente, e l'altro avviato nel 2018, grazie ad un finanziamento regionale, con un approfondimento sulle patologie *life-limiting e life-threatening*.

Lo staff UCA ad oggi è costituito da un'équipe multidisciplinare (assistente sociale, 2 infermiere, psicologa) con due ricercatrici assegnate per lo svolgimento dei progetti di ricerca. Lo staff lavora in modo condiviso e funziona come punto di raccordo sia interno all'ospedale (individuazione delle situazioni da valutare e/o per cui attivare il sistema di continuità), sia con i servizi territoriali e socio-sanitari a livello locale, regionale ed extra regionale, per la gestione dei percorsi assistenziali delle persone prese in carico.

Per migliorare l'identificazione e gestione all'interno dell'ospedale delle situazioni

che possono richiedere una presa in carico integrata ospedale-territorio, nell'ultimo anno l'UCA ha svolto le seguenti attività:

1. incontri formativi per personale interno ed esterno all'Istituto sul tema della continuità in ambito pediatrico;
2. migliore definizione dei passaggi per l'identificazione e segnalazione delle situazioni di interesse con strumenti dedicati (es. checklist), nell'ambito degli accordi inter-istituzionali;
3. implementazione un sistema interno di registro e monitoraggio delle situazioni in carico (nuove e non). A questo proposito si segnala che il numero di situazioni gestite e documentate da UCA nei primi 9 mesi del 2018 è di 62 donne e 179 bambini/e e ragazzi/e; nel quinquennio precedente (1.1.2013 - 31.12.2017) sono state registrate 295 dimissioni in continuità assistenziale (solo minori di età).

Per migliorare la continuità delle cure all'uscita dall'ospedale per donne e minori con bisogni sanitari e sociali tali da richiedere una presa in carico integrata con i servizi territoriali ed altri professionisti coinvolti (sanitari, sociali, medico di famiglia), nell'ultimo anno l'UCA si è occupato di partecipare alla definizione, stesura e formalizzazione di accordi interaziendali per garantire la continuità assistenziale per bambini/e e ragazzi/e con bisogni speciali di salute, adolescenti a rischio per dipendenze o salute mentale, donne in gravidanza con rischio psicosociale e sanitario. Inoltre, ha avviato i lavori di ricerca con il coinvolgimento delle Aziende del SSR sui modelli organizzativi in essere per i bambini con bisogni speciali di salute.

4.7.5 Cosa fare se...

Spesso l'accesso alle strutture sanitarie (PLS, PS pediatrico, visite urgenti) nasce da bisogni relativamente semplici che potrebbero essere affrontati e gestiti dalle famiglie se fossero fornite degli strumenti

adeguati per farlo. Per raggiungere questo obiettivo, l'IRCCS ha attivato, in accordo con i PLS, il progetto "Cosa fare se": nella home page del sito web aziendale vi è una sezione che riporta schede riguardanti i sintomi più frequenti che un bambino può presentare (febbre, tosse, cefalea, ecc.), fornendo alcuni semplici ed utili consigli per affrontarli e gestirli a domicilio, spiegando nello stesso tempo quali sono i segnali di allerta che devono indurre a ricorrere al PLS o al PS pediatrico. In tal modo si tende a realizzare l'empowerment delle famiglie, fornendo informazioni certificate ed evitando il ricorso incontrollato al web, e nello stesso tempo si cerca di evitare gli accessi inutili alle strutture sanitarie. Gli stessi consigli vengono veicolati sul canale Twitter aziendale e sono in fase di preparazione alcuni video veicolanti le stesse informazioni, da diffondere sui vari canali aziendali (sito web, canale Twitter, canale Youtube, monitor aziendali).

4.8 INFORMATIZZAZIONE

L'Ufficio Sistema Informativo dell'IRCCS "Burlo Garofolo" si pone come strumento aziendale che raccoglie, gestisce e valuta le istanze di tipo informatico, informativo e tecnologico che riguardano i processi amministrativi, sanitari e scientifici.

Tale informatizzazione coinvolge tutti i processi aziendali assicurandone non solo il dovuto funzionamento ma anche livelli di protezione sempre più elevati in conseguenza dell'aumento delle minacce e dei rischi sia interni che esterni. Temi come la sicurezza informatica e la cyber security coinvolgono processi amministrativi di rendicontazione, programmazione e controllo; lo scambio di informazioni e conoscenze scientifiche tra diversi gruppi di ricerca; e, in particolare, in una realtà sanitaria, il corretto accesso, la trasmissione e la conservazione sicure dei

dati sanitari dei soggetti interessati.

È necessario quindi trovare un equilibrio tra le misure di sicurezza, la tracciabilità e la pertinenza nell'accesso ai dati e la loro fruibilità o usabilità, la necessità di poter scambiare informazioni per la corretta cura di pazienti e malati. In tal senso il Burlo è dotato di una infrastruttura di rete e di sistemi che non solo sono a norma ma sono scalabili e flessibili permettendo il lavoro di ricercatori, medici, amministrativi in stretto contatto con i rispettivi Enti regionali che erogano servizi amministrativi e sanitari e con quelli nazionali e ministeriali adibiti alla ricerca.

Tale equilibrio ha permesso la realizzazione dello sportello virtuale del cittadino che permette un accesso rapido e controllato a partire dalla prenotazione della prestazione fino alla possibilità di scaricare on-line i referti utilizzando alcuni tra gli strumenti più diffusi come servizi web, smartphone, e app. Accanto a tale flessibilità vi è quindi anche la sicurezza che i dati di tipo clinico e sanitario subiscano trattamenti adeguati come dimostrano anche alcuni importanti riconoscimenti (1° premio AIC - Health Technology Challenge 2018) che il Burlo stesso ha raggiunto nel campo della sicurezza informatica e della cybersecurity dei dispositivi medici ospedalieri.

Dal punto di vista della digitalizzazione dell'attività sanitaria e amministrativa, l'ultimo quadriennio ha rappresentato una vera rivoluzione per l'Istituto, che finalmente ha raggiunto gli standard regionali e nazionali nella digitalizzazione (con firma digitale quando richiesta) dei documenti. Queste realizzazioni rappresentano il necessario presupposto per popolare di contenuti il Fascicolo Sanitario elettronico ("Sesamo") recentemente attivato in FVG nonché per fornire un fondamentale strumento per le attività della Rete Pediatrica Regionale del FVG. (Figure 18-19-20-21-22, Tabella 10)

Figura 18. Referti ambulatoriali firmati digitalmente al 31/12/2014

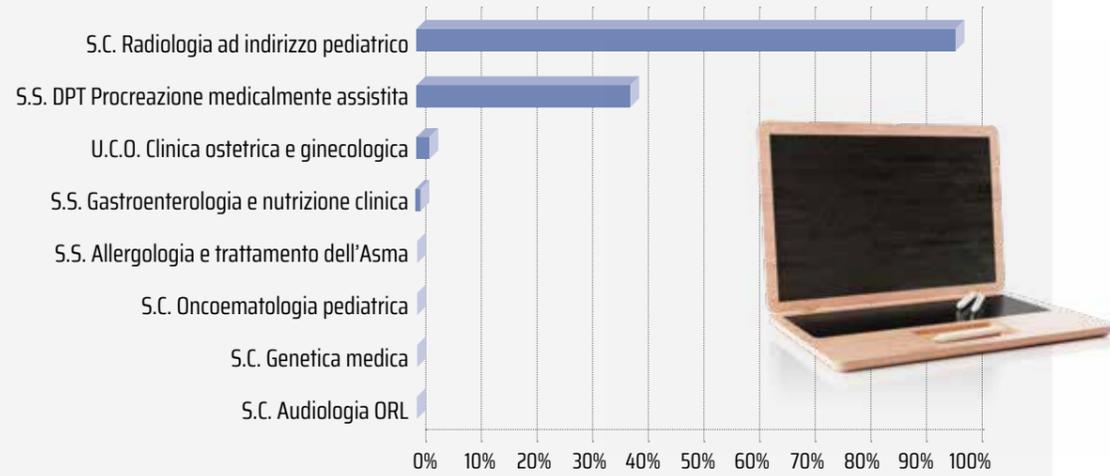


Figura 19. Percentuale referti ambulatoriali firmati digitalmente al 30/06/2018

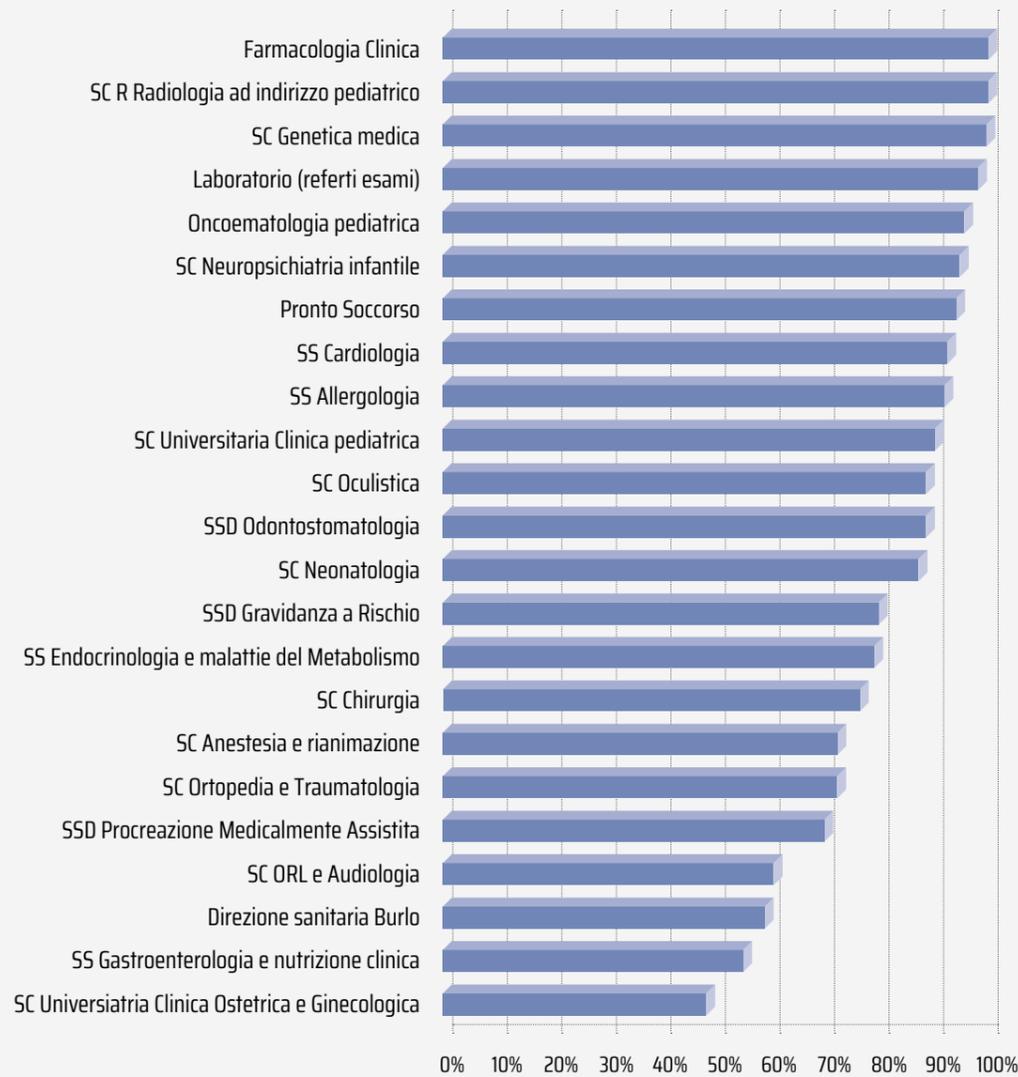


Figura 20. Andamento del numero dei referti ambulatoriali prodotti e firmati digitalmente



Figura 21. Percentuale di lettere di dimissione firmate digitalmente al 30/06/2018

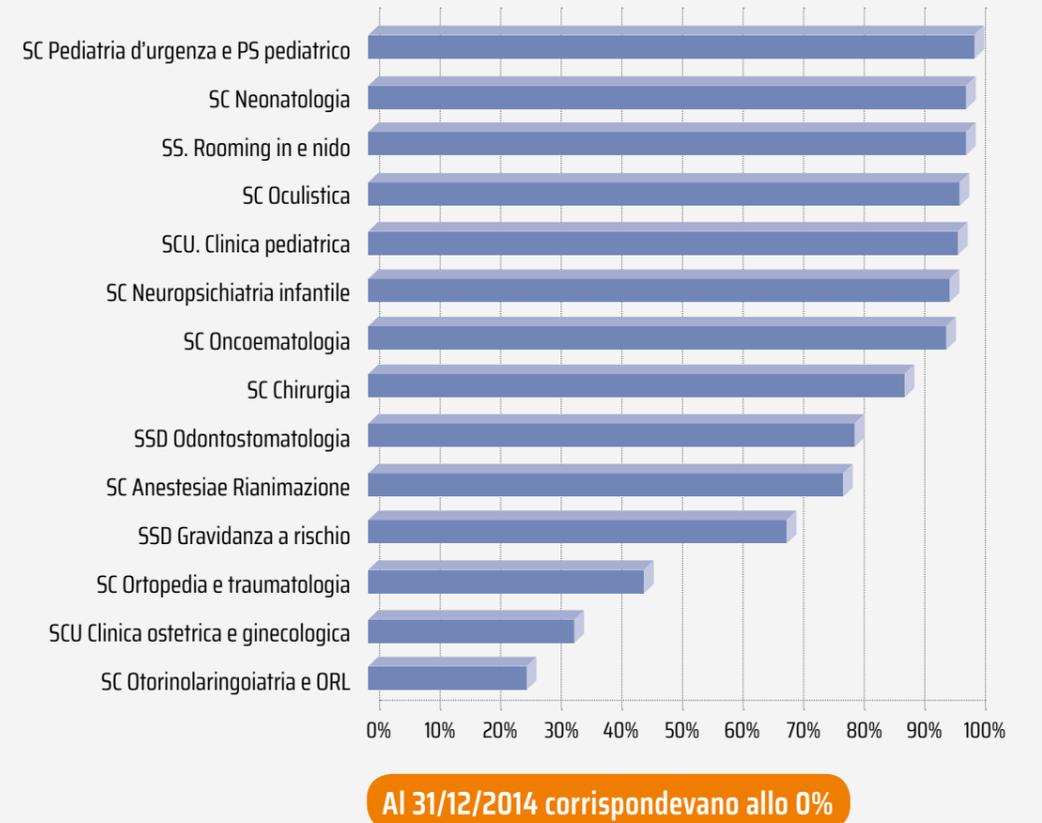


Figura 22. Andamento del numero di lettere di dimissione prodotte e firmate digitalmente

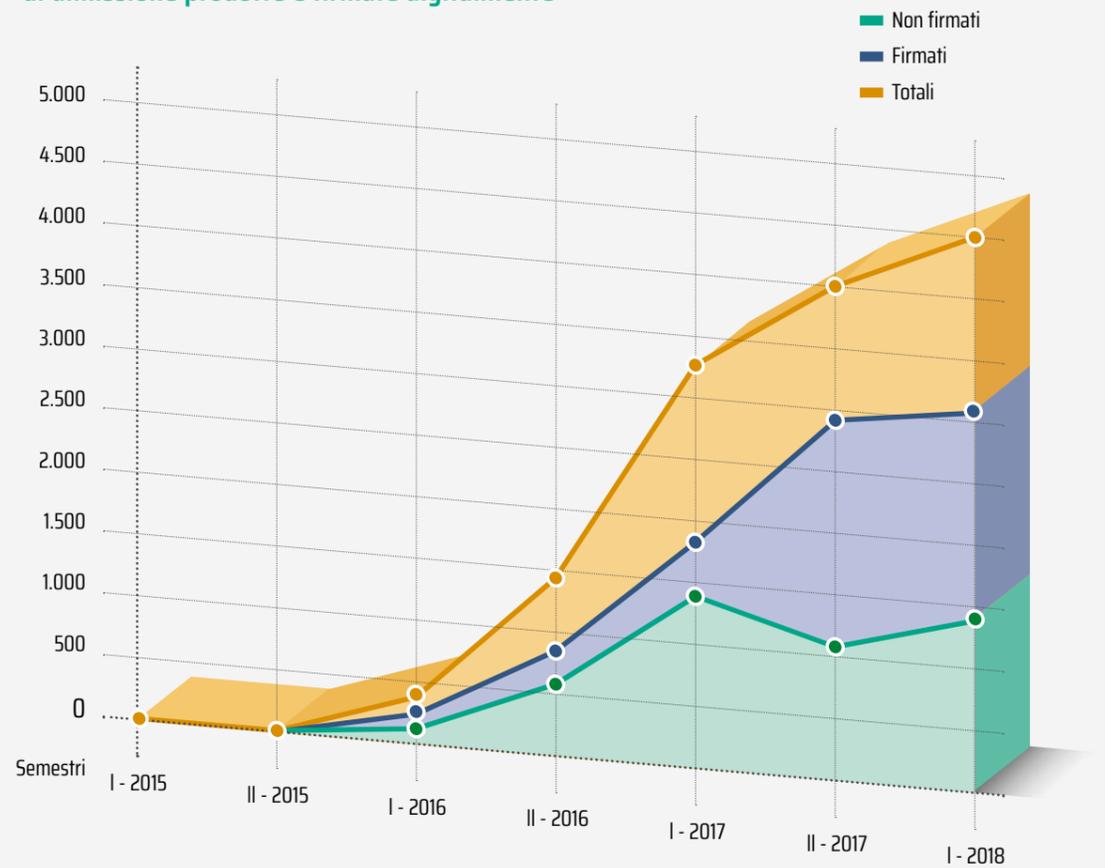


Tabella 10. Percentuale documenti sanitari firmati digitalmente

FIRME DIGITALI	2015	2016	2017	I SEMESTRE 2018
Referti ambulatoriali	35%	65,11%	70,60%	79%
Lettere di dimissione	0%	60,7%	66,13%	72%
Referti PS		52,1%	83%	94%
Referti Cardionet		88,63%	98,77%	92%

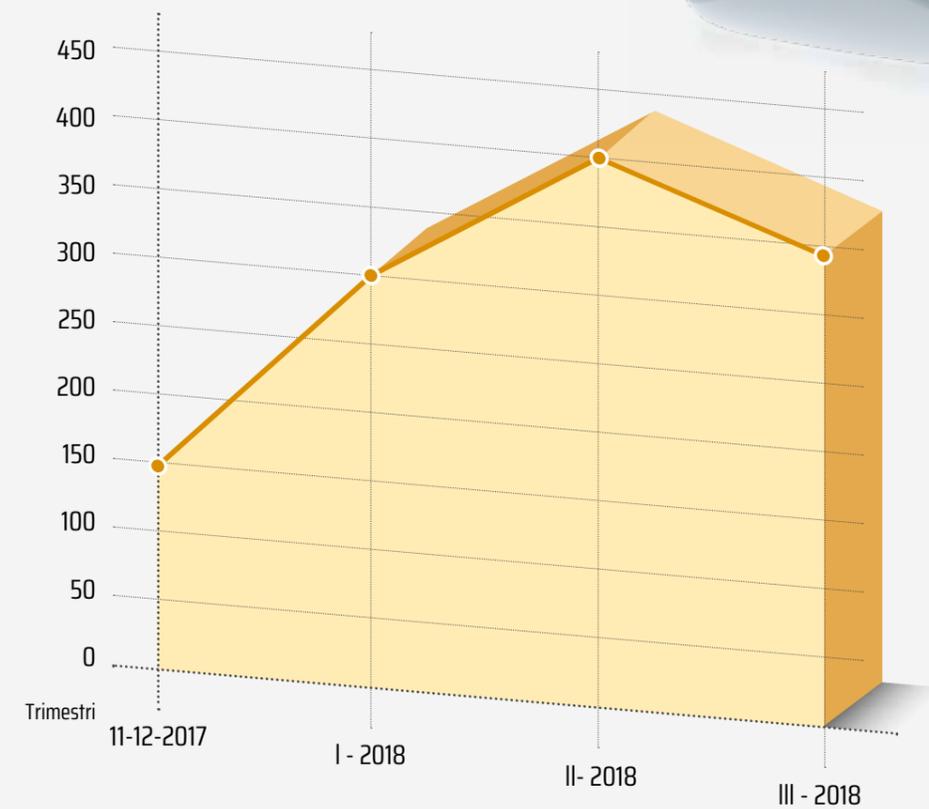
A partire dal 15/11/2017 è stata attivata la possibilità di scaricare online alcuni referti di laboratorio in modo semplice e sicuro, tale da garantire il rispetto della privacy previsto dalla norma, senza essere costretti ad un ulteriore accesso allo sportello solo per ritirare il referto cartaceo. (Figura 23)

La digitalizzazione dei documenti sanitari prodotti al Burlo, in associazione ai servizi online già messi a disposizione della

Regione, ha consentito di arrivare alla creazione dello **“Sportello virtuale del cittadino”**: tutte le operazioni di prenotazione, pagamento e scarico referti online sono state riunite in un'unica area del portale aziendale **“Il nuovo sportello del Burlo: il tuo smartphone”**.

Infine, a partire dal 20/12/2017, è stato introdotto un innovativo sistema eliminacode al CUP, utilizzabile in remoto tramite una

Figura 23. Numero di referti scaricati online



App, che consente al cittadino di evitare l'accesso al CUP per ottenere il ticket per la prenotazione: viene data infatti la possibilità di prenotare in remoto un appuntamento invece di attendere in coda; il sistema eliminacode ne terrà conto e farà entrare l'utente prenotato appena scattato l'orario. L'App registra automaticamente l'appuntamento nella propria agenda e avvisa l'utente nell'imminenza dell'evento. Il servizio è completamente gratuito.

Ricette dematerializzate

Il processo di informatizzazione si è completato con la digitalizzazione delle **“ricette rosse”**, sia per la prescrizione di farmaci che per la prescrizione di prestazioni. In questo modo, oltre a veicolare in tempo reale i flussi informativi all'interno dell'Istituto e all'esterno verso la Regione e il MEF, viene garantita una semplificazione

delle prenotazioni delle prestazioni sanitarie e dell'accesso ai farmaci da acquistare in farmacia. (Figure 24-25)

4.9 INTEGRAZIONE CON ASUITS

Nel corso dell'ultimo quadriennio la collaborazione tra IRCCS Burlo Garofolo e ASUITS in materia di attività reciprocamente prestate di carattere sanitario, tecnico e amministrativo è proseguita sempre in termini di flessibilità e approccio integrato, a garanzia di efficienza, efficacia e uniformità nella gestione delle attività istituzionali di entrambe le Aziende.

Nel corso del 2017 è stato portato a regime il progetto di integrazione delle attività del Laboratorio di Patologia Clinica e di Microbiologia, iniziato alla fine del 2016,

Figura 24. Numero di ricette prodotte dematerializzate per la prescrizione di farmaci

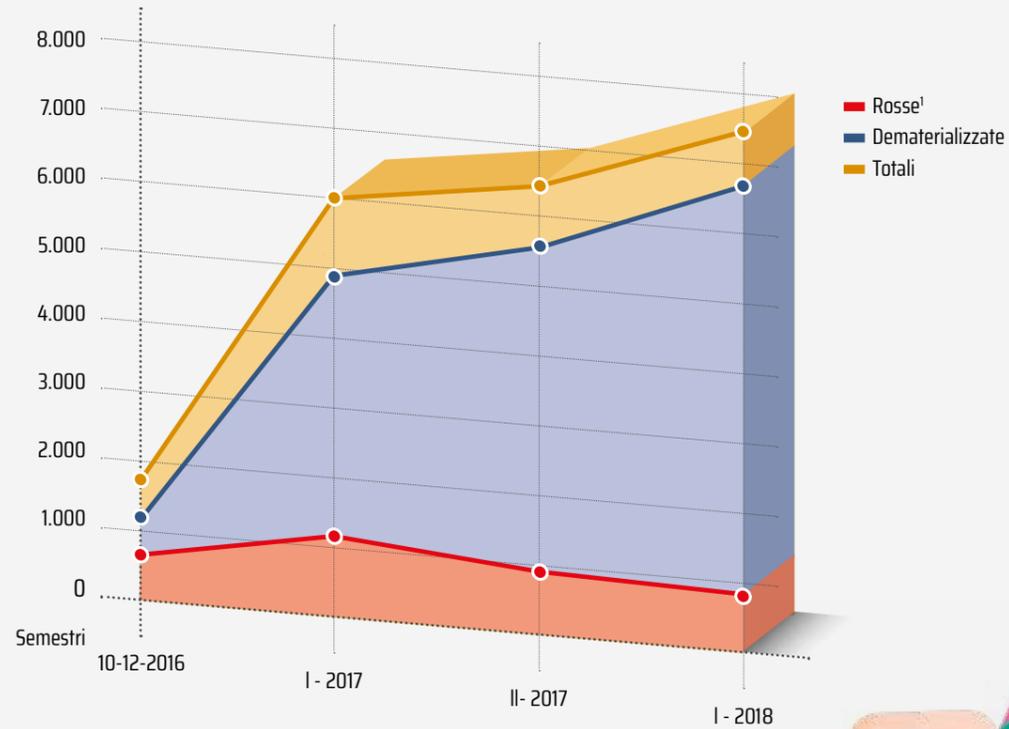
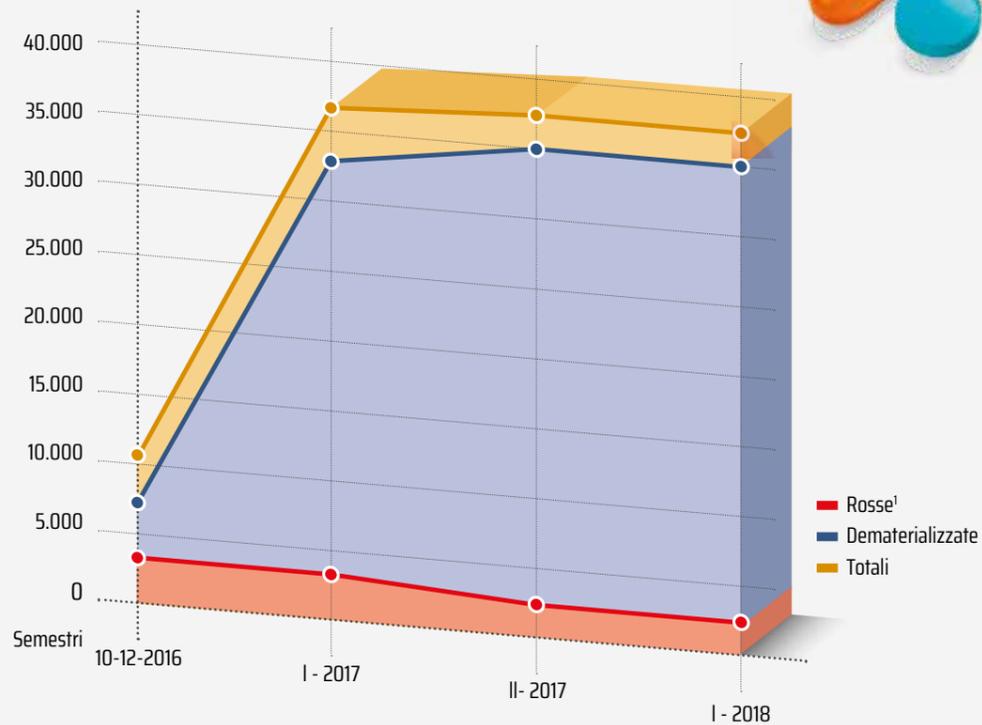


Figura 25. Numero di ricette dematerializzate per la prescrizione di prestazioni sanitarie



1. Le ricette "rosse" sono quelle prodotte informaticamente, stampate e firmate

che prevede l'istituzione di un laboratorio spoke di ASUITS presso il Burlo per tutta l'attività di routine e l'attivazione di un laboratorio hub presso il Burlo per la diagnostica avanzata e traslazionale (area patologia clinica e microbiologia).

Sempre nel 2017 è stata avviata la collaborazione nell'utilizzo del robot chirurgico per l'ambito ginecologico. In diversi settori specialistici, inoltre, i professionisti sanitari del Burlo hanno condiviso con quelli di ASUITS percorsi/gruppi di lavoro nonché integrato reciprocamente l'attività assistenziale.

I principali ambiti di collaborazione riguardano:

- Sinergia sull'area del Personale:
 - gestione delle funzioni di trattamento giuridico ed economico del personale dell'IRCCS;
 - gestione delle acquisizioni e degli incarichi funzionali del personale;
 - funzione previdenziale
- Sinergia sull'Ufficio Tecnico
- Attività di Centralino unico;
- Prestazioni sanitarie reciproche;
- Prestazioni sanitarie di odontostomatologia pediatrica;
- Funzione ambiente;
- Prestazioni di medico competente;
- Prestazioni reciproche di ostetriche.





CAPITOLO 5

BILANCIO DELLE ATTIVITÀ



La definizione dell'identità e del ruolo aziendali, della missione e della visione e la messa in atto dei modelli organizzativi e delle innovazioni gestionali descritte in precedenza, hanno portato al raggiungimento degli obiettivi che viene rendicontato nel presente capitolo. Innanzitutto viene illustrato il grado di raggiungimento degli obiettivi che la Regione ha dato al nostro Istituto e

quelli previsti nell'ambito del cosiddetto "Patto del DG".

5.1 RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI AZIENDALI 2015-2018

Anno 2015. Vengono pienamente raggiunti 32 macroobiettivi su 43, circa il 74 % degli obiettivi totali.

Tabella 11. Raggiungimento Obiettivi Aziendali - Anno 2015

OBIETTIVI	RAGGIUNTI	PARZIALMENTE RAGGIUNTI	NON RAGGIUNTI	STRALCIATI ¹	TOTALE OBIETTIVI ASSEGNATI
Linea 3.1 Progetti di riorganizzazione delle funzioni	1	1		1	3
Linea 3.2 Prevenzione	12				12
Linea 3.3 Assistenza primaria	7				7
Linea 3.4 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali	4	3		3	10
Linea 3.5 Assistenza farmaceutica - Afir	3	1		1	5
Linea 3.7 Progetti attinenti le attività amministrative e tecniche	5	1			6
TOTALE	32	6	0	5	43

1. Si tratta di obiettivi non valutati in quanto il raggiungimento non è imputabile all'attività dell'Istituto.

Tabella 12. Raggiungimento Obiettivi Aziendali - Anno 2016

OBIETTIVI	RAGGIUNTI	PARZIALMENTE RAGGIUNTI	NON RAGGIUNTI	STRALCIATI ¹	TOTALE OBIETTIVI ASSEGNATI
Linea 3.1 Progetti di riorganizzazione delle funzioni	6			3	9
Linea 3.2 Promozione della salute e prevenzione	13				13
Linea 3.3 Assistenza primaria	21		1		22
Linea 3.4 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali	14	4	2	3	23
Linea 3.4.8 Rischio clinico	14				14
Linea 3.5 Assistenza farmaceutica - Afir	11	1		1	13
Linea 3.6 Progetti attinenti la programmazione degli interventi socio-sanitari	2				2
Linea 3.7 Sistema informativo	9	1	1	5	16
TOTALE	90	6	4	12	112

Tabella 13. Raggiungimento Obiettivi Aziendali - Anno 2017

OBIETTIVI	RAGGIUNTI	PARZIALMENTE RAGGIUNTI	NON RAGGIUNTI	STRALCIATI ¹	TOTALE OBIETTIVI ASSEGNATI
Linea 3.1 Progetti di riorganizzazione delle funzioni	13	2		2	17
Linea 3.2 Promozione della salute e prevenzione	21	1	3	1	26
Linea 3.3 Assistenza primaria	14	1	1	1	17
Linea 3.4 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali	13		3	2	18
Linea 3.4.8 Rischio clinico	2			1	3
Linea 3.5 Assistenza farmaceutica - Afir	10	1	1	1	13
Linea 3.6 Progetti attinenti la programmazione degli interventi socio-sanitari	4				4
Linea 3.7 Rapporti con i cittadini	4	3		3	10
Linea 4. Flussi informativi e valutazioni	5			1	6
Linea 5. Il sistema informativo	6	3		11	20
Rapporti con l'Università	3				3
TOTALE	95	11	8	23	137

1. Si tratta di obiettivi non valutati in quanto il raggiungimento non è imputabile all'attività dell'Istituto.

Anno 2016. Vengono pienamente raggiunti 90 macroobiettivi su 112, circa l'80 % degli obiettivi totali.

Anno 2017. La tabella evidenzia un buon livello di raggiungimento degli obiettivi regionali, risultando pienamente raggiunti 95 macro obiettivi su 137, e cioè circa l'83% degli obiettivi

totali (senza considerare gli obiettivi stralciati, in quanto in quanto il non raggiungimento non è imputabile all'attività dell'Istituto).

Anno 2018. Il monitoraggio è stato formalizzato nel II rendiconto quadrimestrale 2018¹ ed evidenzia in prospettiva il quasi completo raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Tabella 14. Raggiungimento Obiettivi Aziendali - Anno 2018

OBIETTIVI	OBIETTIVI IN LINEA	OBIETTIVI NON IN LINEA	TOTALE OBIETTIVI ASSEGNATI
Linea 3.1 Progetti di riorganizzazione delle funzioni	13	0	13
Linea 3.2 Promozione della salute e prevenzione	32		32
Linea 3.3 Assistenza distrettuale	12		12
Linea 3.4 Assistenza farmaceutica	16		16
Linea 3.5 Assistenza socio-sanitaria	11		11
Linea 3.6 Progetti clinico assistenziali	20		20
Linea 3.7 Rapporti con i cittadini	11		11
Linea 4. Flussi informativi e valutazioni	8		8
Linea 5. Il sistema informativo	5	1	6
TOTALE	128	1	129

5.2 "PATTO DG"

La Regione assegna gli obiettivi annuali ai fini della valutazione dei Direttori Generali degli Enti del SSR. La tabella 15 evidenzia la percentuale di raggiungimento degli obiettivi da parte del Direttore Generale dal 2014 al 2018, effettuata formalmente dalla Regione solo per gli anni 2015 e 2016; per il 2017 e il 2018 si riporta un'autovalutazione.

Tabella 15

ANNO	PROVVEDIMENTO	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI
2015	DGR 1922 dd 6/10/2017	76,77%
2016	DGR 728 dd 21/3/2018	81,60%
2017	Autovalutazione inviata alla DCS con Bilancio d'esercizio ²	97,63% su 75 punti ³
2018	Autovalutazione inviata alla DCS nel II quadrimestrale ⁴	93,16% su 75 punti ³

1. decreto DG 115 dd 28/9/2018

2. Decreto DG n. 51/2018

3. Escluso l'obiettivo tempi di attesa, che pesa 25 pt - in attesa di report regionale di rilevazione

4. Decreto DG n.115 dd 28/9/2018

- lo sforzo di garantire l'appropriatezza dei setting assistenziali trasformando prestazioni precedentemente in regime di DH, potenzialmente inappropriate, a prestazioni ambulatoriali.
- Il trasferimento ad ASUITS delle prestazioni di laboratorio di routine nell'ambito della riorganizzazione del laboratorio di area vasta, avvenuto alla fine del 2015. (Figure 26-27-28-29, tabelle 16-17)

Figura 26. Volumi di attività di ricovero 2014-2017



Figura 27. Volumi dell'attività di ricovero per area di assistenza 2014-2017

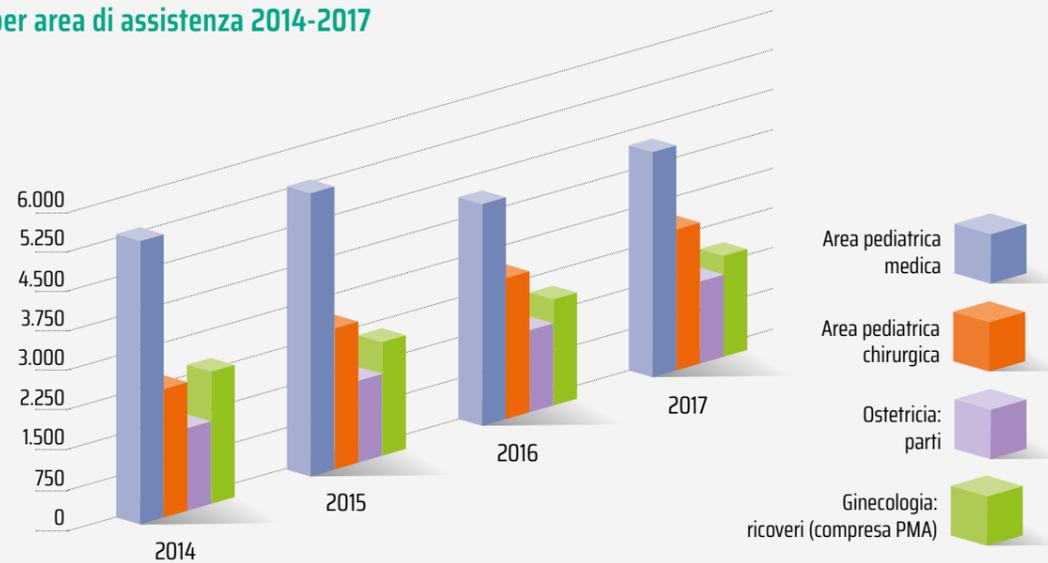


Tabella 16. Volumi dell'attività di ricovero: confronto I semestre 2017 - I semestre 2018

	I SEMESTRE 2017	I SEMESTRE 2018	DELTA I SEMESTRE 2018 I SEMESTRE 2017
Ricoveri DH	1.374	1.738	26,49%
Ricoveri ordinari senza parti	2.767	2.956	6,83%
RICOVERI TOTALI SENZA PARTI	4.141	4.694	13,35%
Parti	692	668	-3,47%
RICOVERI TOTALI CON PARTI	4.833	5.362	10,95%

Tabella 17. Volumi dell'attività di ricovero per area assistenziale: confronto I semestre 2017-I semestre 2018

	I SEMESTRE 2017	I SEMESTRE 2018	DELTA I SEMESTRE 2018 I SEMESTRE 2017
Area pediatrica medica	1.867	2.060	10,34%
Area pediatrica chirurgica	1.337	1.547	15,71%
Ginecologia	937	1.087	16,01%
RICOVERI TOTALI SENZA PARTI	4.141	4.694	13,35%
Parti	692	668	-3,47%
RICOVERI TOTALI CON PARTI	4.833	5.362	10,95%

Figura 28. Distribuzione dei ricoveri in base alla provenienza (gennaio-giugno 2018)

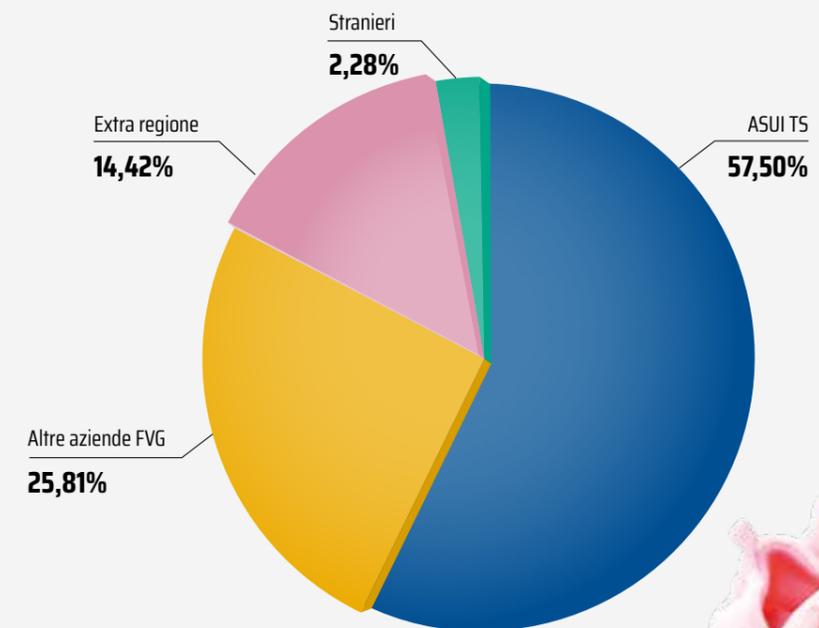
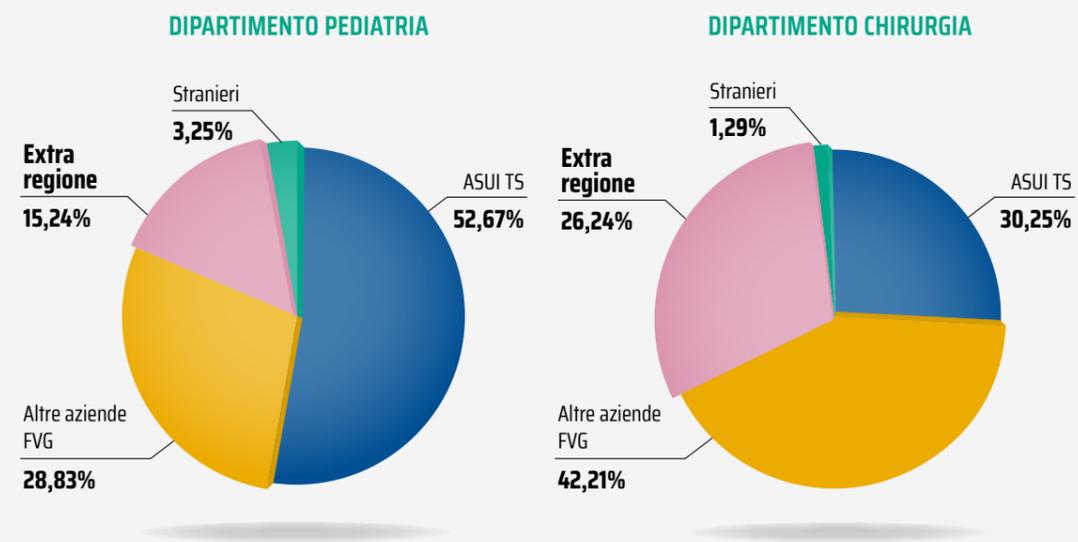


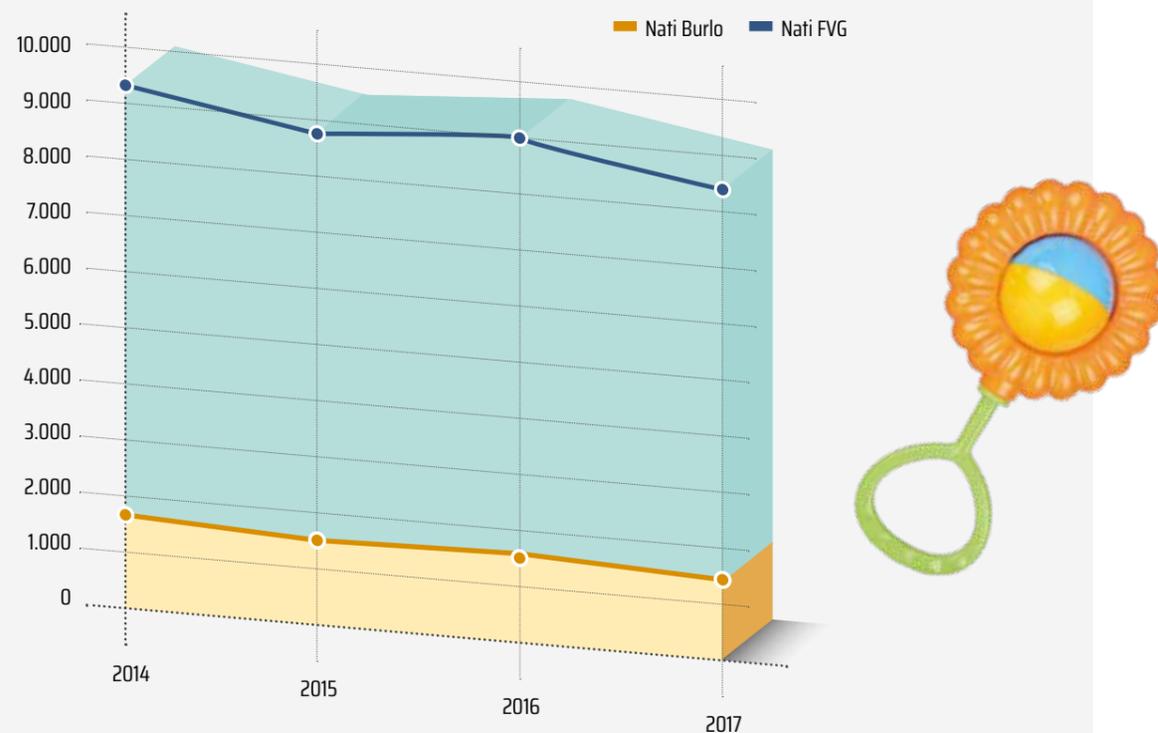
Figura 29. Distribuzione dei ricoveri in base alla provenienza per area di assistenza (I semestre 2018)



Nel 2017, il 18% dei ricoveri 0-17 anni in FVG (2.430/13.433) riguardava soggetti non residenti in Regione (attrazione extraregionale). Il 64% dell'attrazione è avvenuta presso l'IRCCS BurloGarofolo

di Trieste (1.555/2.430), l'8% presso il PO Santa Maria degli Angeli di Pordenone (198/2.430), il 7% presso il PO Santa Maria della Misericordia di Udine (177/2.430).

Figura 30. Andamento delle nascite in Regione FVG e presso l'IRCCS Burlo Garofolo



Gli accessi al PS pediatrico vedono un progressivo incremento, anche se le situazioni realmente urgenti/emergenti sono relativamente infrequenti. (Tabelle 18-19)

L'attività di PS rispetta pienamente gli indicatori monitorati nella griglia LEA, come mostrato nella tabella 20.

Tabella 18. Accessi al Pronto Soccorso per codice colore. Anni 2014 - 2017

	2014	2015	2016	2017
INGRESSI TOTALI	22.039	21.730	22.885	23.852
Codice bianco	6.351	6.303	7.347	6.892
Codice verde	14.240	13.812	13.773	15.243
Codice giallo	1.419	1.593	1.715	1.681
Codice rosso	29	22	50	36

Tabella 19. Accessi al Pronto Soccorso per codice colore - I semestre 2017 - I semestre 2018

	I SEMESTRE 2017	I SEMESTRE 2018	DELTA I SEMESTRE 2018 I SEMESTRE 2017
INGRESSI TOTALI	12.753	12.884	1,03%
Codice bianco	3.628	3.378	-6,89%
Codice verde	8.183	8.443	3,18%
Codice giallo	919	1.031	12,19%
Codice rosso	23	32	39,13%

Tabella 20. Indicatori LEA per il Pronto Soccorso

	2015	2016	2017	I SEM. 2018	SOGLIA 2018
Pronto soccorso ed emergenza urgenza: ridurre l'attesa dei codici verdi portandolo entro 1h almeno nell'80% dei casi	78,88%	77,58%	74,33%	68,77%	> 65% Hub
Pronto soccorso ed emergenza urgenza: aumentare la percentuale dei pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85%	95,00%	96,40%	94,50%	95,70%	> 75% Hub

Aldilà dell'andamento del numero delle prestazioni, è importante sottolineare come sia ancora più evidente l'incremento del

tariffato, indicativo di un aumento della complessità delle prestazioni. (Figura 31, tabella 21)

Figura 31. Tariffato complessivo

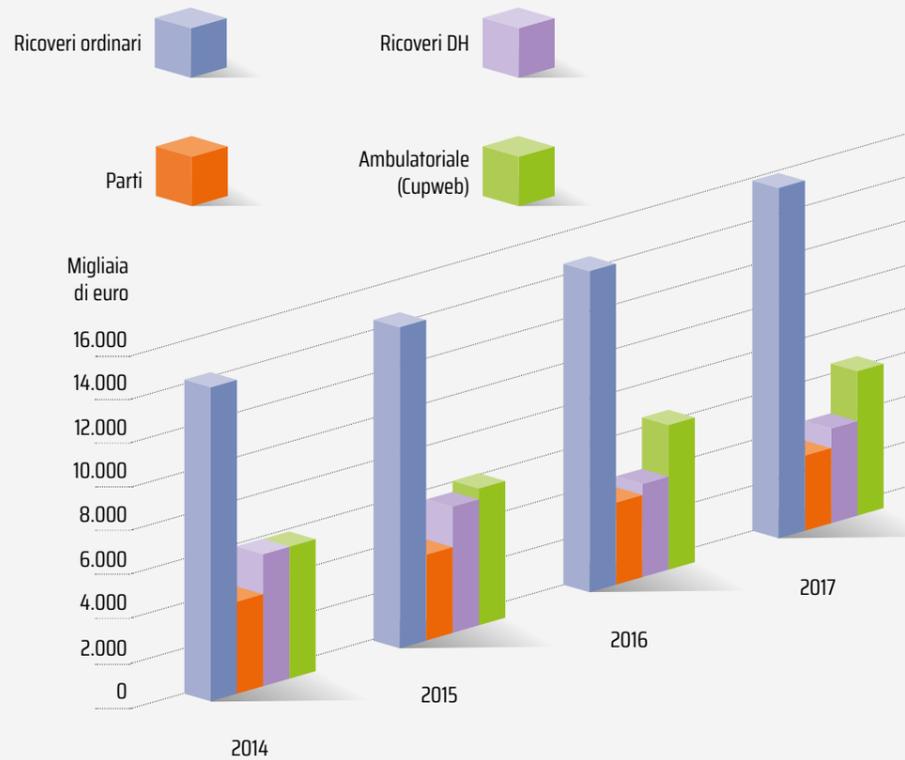


Tabella 21. Tariffato complessivo: I semestre 2017 – I semestre 2018

	I SEMESTRE 2017	I SEMESTRE 2018	DELTA I SEMESTRE 2018 I SEMESTRE 2017
Ricoveri ordinari (al netto parti)	7.455.901	8.177.697	9,68%
Ricoveri DH	1.833.186	2.187.003	19,30%
Attività ambulatoriale	3.185.281	3.842.701	20,64%
TOTALE SENZA PARTI	12.474.368	14.207.401	13,89%
Parti	1.612.709	1.518.536	-5,84%
TOTALE CON PARTI	14.087.077	15.725.937	11,63%

La figura 32 e la tabella 22 mostrano chiaramente un netto incremento dell'attività chirurgica in tutti i settori, in particolare nell'area chirurgica pediatrica

e nell'area ginecologica, frutto degli importanti interventi di riorganizzazione delle sale operatorie e, più in generale, di tutto il percorso del paziente chirurgico.

Figura 32. Interventi chirurgici per area di assistenza

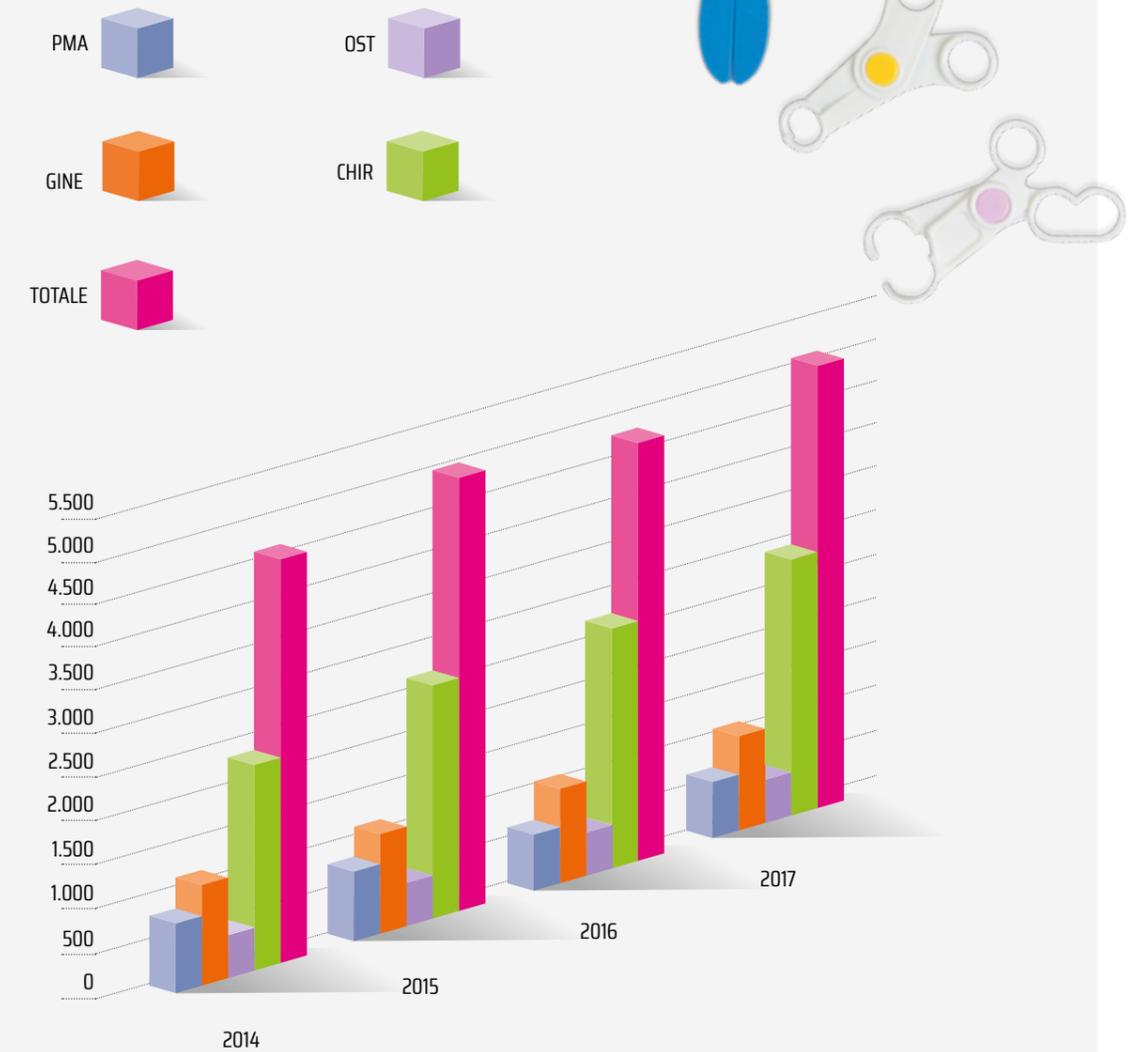


Tabella 22. Interventi chirurgici per area di assistenza I semestre 2017 – I semestre 2018

	I SEMESTRE 2017	I SEMESTRE 2018	DELTA I SEMESTRE 2018 I SEMESTRE 2017
Chirurgia	1.379	1.506	9,21%
Ostetricia	217	216	-0,46%
Ginecologia	549	714	30,05%
PMA	313	360	15,02%
TOTALE	2.458	2.796	13,75%

Nel contesto chirurgico vi sono alcuni ambiti di alta specializzazione che meritano

di essere sottolineati. (Tabelle 23-24, figure 33-34)

Tabella 23. Artrodesi vertebrale

	2014	2015	2016	2017	I SEMESTRE 2018
Regionali	8	10	8	11	3
Extra-regionali	35	37	44	48	29
TOTALE	43	47	52	59	32

Figura 33. Artrodesi vertebrale

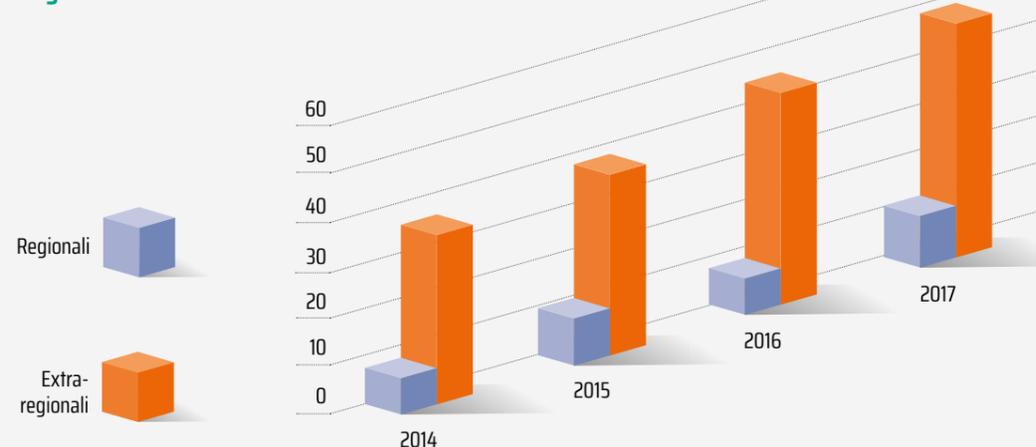
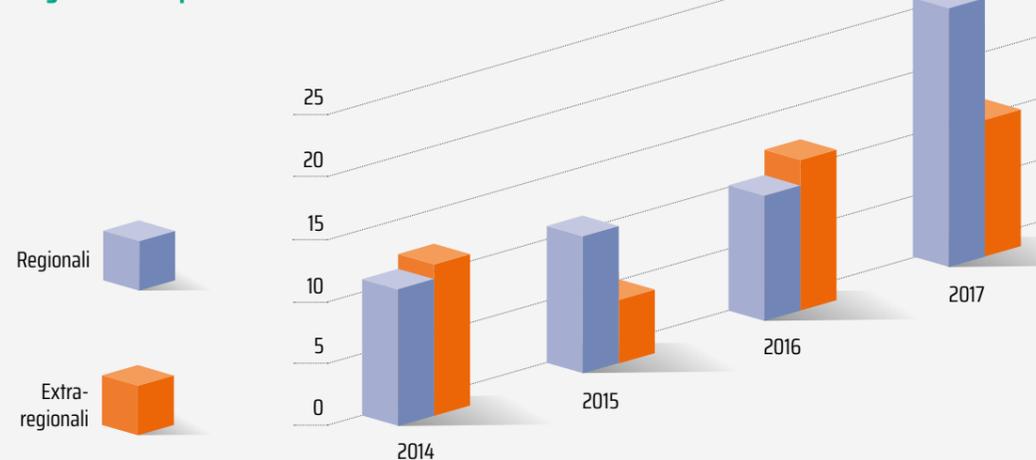


Tabella 24. Impianti cocleari

	2014	2015	2016	2017	I SEMESTRE 2018
Regionali	11	11	10	21	11
Extra-regionali	12	5	12	11	6
TOTALE	23	16	22	32	17

Figura 34. Impianti cocleari



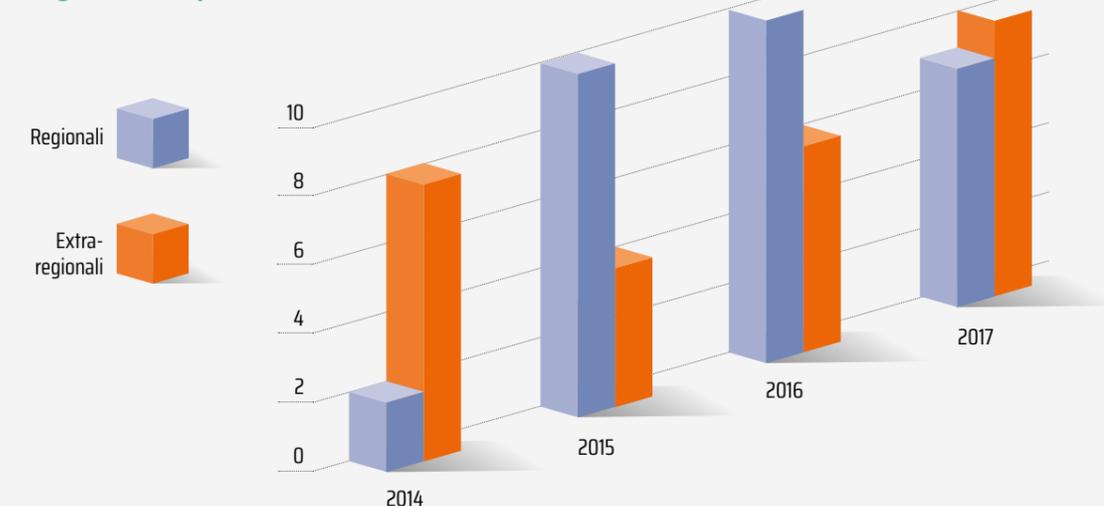
Anche l'attività di trapianto di midollo osseo su pazienti con patologie

oncoematologiche presenta un incremento. (Tabella 25, figura 35)

Tabella 25. Trapianti Midollo osseo

	2014	2015	2016	2017	I SEMESTRE 2018
Regionali	2	10	10	7	8
Extraregionali	8	4	6	8	2
TOTALE	10	14	16	15	10

Figura 35. Trapianti di midollo



In figura 36 e in tabella 26 (nella pagina successiva) è illustrato l'andamento dell'attività ambulatoriale. Il calo dell'attività del labo-

ratorio registrato fra il 2016 e 2017 è dovuto alla riorganizzazione dell'attività con trasferimento ad ASUITS dell'attività di routine.

Figura 36. Volumi di attività ambulatoriale

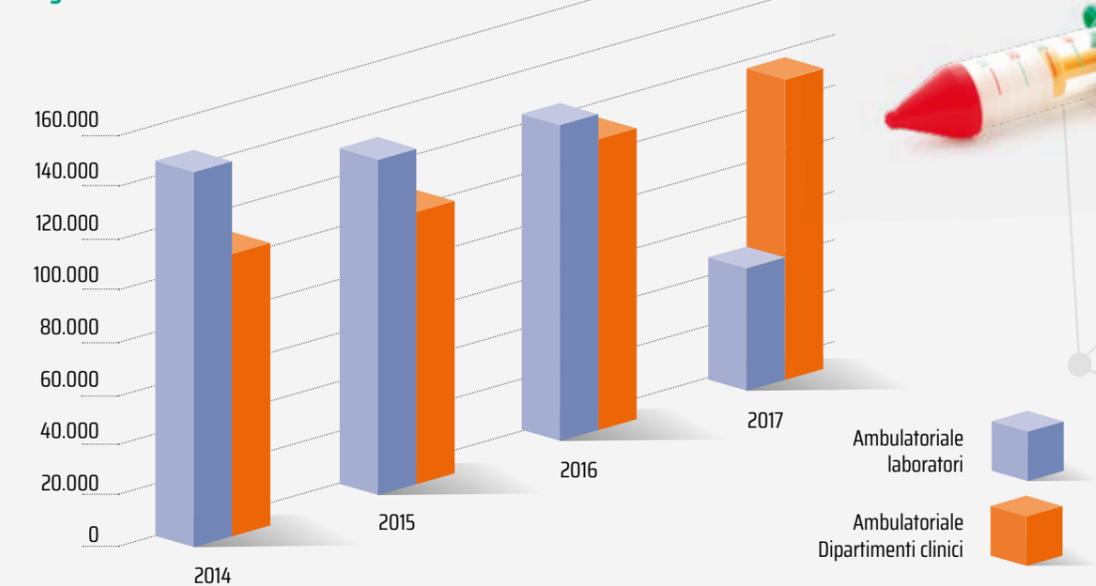


Tabella 26. Volumi attività ambulatoriale I semestre 2017 – I semestre 2018

	I SEMESTRE 2017	I SEMESTRE 2018	DELTA I SEM. 2018 I SEM. 2017
Ambulatoriale Dipartimenti Clinici	58.464	64.560	10,43%
Ambulatoriale laboratori	19.849	24.086	21,35%
TOTALE	78.313	88.646	13,19%

Attività di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)

Presso l'Istituto vengono svolte attività di PMA omologa, dal 1990, ed eterologa, dal dicembre 2015. Le attività sono distinte in I livello (Inseminazione in-

trauterina - IUI) e II livello (Fecondazione in vitro IVF).

Il Burlo rappresenta l'unico centro in FVG per le attività di PMA eterologa di I livello.

L'attività erogata nel triennio è riassunta in tabella 27.

Tabella 27. Attività di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)

IUI OMOLOGA:	2015	2016	2017
N° cicli iniziati	331	326	339
N° IUI eseguite	309	303	291
% GRAVIDANZE	10,7%	10,6%	6,2%
IUI ETEROLOGA:	2015	2016	2017
N° cicli iniziati		8	7
N° IUI eseguite		8	7
% GRAVIDANZE		25%	42,8%
IVF OMOLOGA:	2015	2016	2017
N° cicli iniziati	458	349	353
N° ET*	333	255	253
% GRAVIDANZE	24,0%	35,3%	26%
A fresco:			
N° cicli iniziati	397	297	293
N° ET*	289	206	199
% GRAVIDANZE	25,2%	34,5%	26,1%
Da scongelamento embrioni:			
N° cicli iniziati	58	48	55
N° ET*	44	46	52
% GRAVIDANZE	15,9%	39,1%	26,9%
Da scongelamento ovociti:			
N° cicli iniziati	3	4	5
N° ET*	0	3	2
% GRAVIDANZE	0%	33,3%	0%

IVF ETEROLOGA:	2015	2016	2017
N° cicli iniziati		70	75
N° ET*		59	62
% GRAVIDANZE		40,7%	45,2%
Da donazione ovociti:			
N° cicli iniziati		52	47
N° ET*		45	38
% GRAVIDANZE		48,9%	57,9%
Da donazione seme:			
N° cicli iniziati		8	8
N° ET*		6	5
% GRAVIDANZE		33,3%	20%
Da doppia donazione:			
N° cicli iniziati		5	4
N° ET*		4	3
% GRAVIDANZE		0%	33,3%
Da scongelamento embrioni eterologa:			
N° cicli iniziati		5	16
N° ET*		4	16
% GRAVIDANZE		0%	25%

*ET: trasferimento di embrioni

Pazienti stranieri

Facendo seguito ad una lunga tradizione, in questi anni il Burlo ha continuato a farsi carico, con il fondamentale supporto delle Associazioni, della cura di bambini, adolescenti e mamme che provengono dall'estero, in particolare da zone disagiate del mondo:

Tabella 28

	2015	2016	2017
Pazienti	107	113	107
Ricoveri	224	222	192

Tabella 29. Distribuzione per età dei pazienti accolti da Paesi stranieri

	2015	2016	2017
0-5	41	43	37
6-10	18	27	26
11-14	15	14	11
15-18	9	5	13
>18	24	24	20

Tabella 30. Tariffato (€) per prestazioni eseguite a pazienti stranieri

	2015	2016	2017
	909.260	405.680	945.802

5.4 QUALITÀ DEGLI ESITI

La certificazione dell'adempimento relativo all'area "mantenimento nell'erogazione dei LEA" avviene attraverso l'utilizzo di un definito set di indicatori, raccolti in una griglia. La griglia è prodotta a livello nazionale e la regione FVG ha stabilito di mantenere un monitoraggio costante su alcuni di questi indicatori. I principali indicatori che riguardano l'area materno-infantile sono i seguenti: (Tabella 31)

Gli indicatori dei LEA monitorati dalla Regione FVG nel corso del 2015 sono stati integrati da altri indicatori di performance, elaborati dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, all'interno del "Progetto Bersaglio", cui la regione FVG ha aderito a partire dal 2014.

Il rispetto di alcuni di questi indicatori è stato assegnato come obiettivo nel Patto del DG ed è stato successivamente declinato alle diverse strutture in sede di budget. (Figura 37)

Si riporta nella tabella sottostante un andamento dei risultati del bersaglio nel triennio di riferimento: la percentuale di indicatori "verdi" è in miglioramento ed è superiore al 50%. (Tabella 32)

Nell'analisi degli indicatori l'IRCCS ha segnalato che alcuni di essi male si adattano ad un Ospedale Materno-Infantile e in particolare ad un IRCCS. In tal senso il nostro Istituto ha avviato, nell'ambito di AOPI e in collaborazione con la Scuola Superiore S. Anna, un progetto di una revisione degli indicatori di area materno-infantile.

Figura 37. Bersaglio Burlo 2017

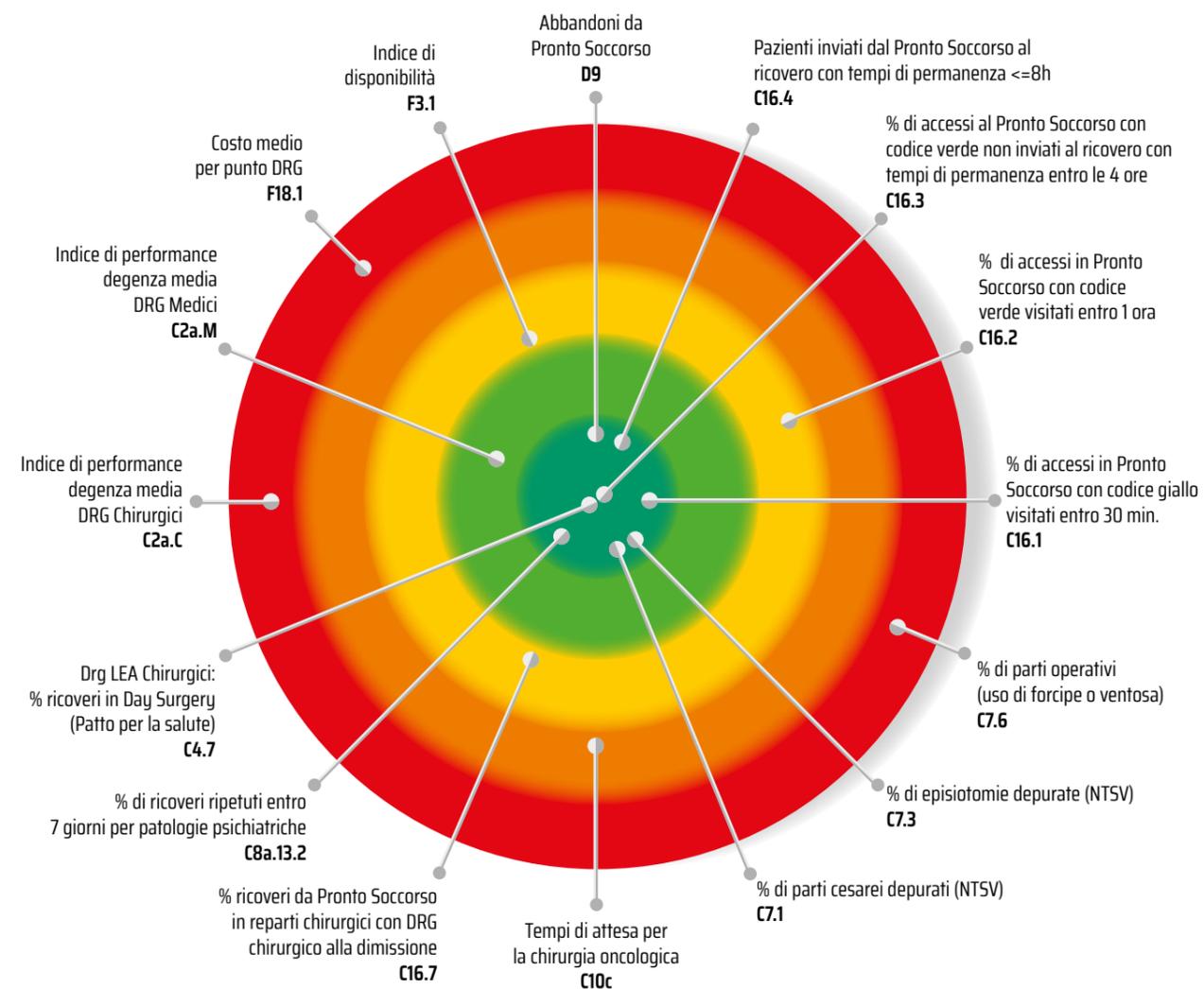


Tabella 32

SINTESI BERSAGLIO	2015	2016	2017
Rosso	1,5	1,5	3
Arancione	3,5	0,5	1
Giallo	3	5	3
Verde	8	8	8
TOTALE INDICATORI	16	15	15
% INDICATORI VERDI	50%	53%	53%

Tabella 31

	2015	2016	2017	I SEMESTRE 2018	SOGLIA 2018
% DH medico per acuti con finalità diagnostica adulti	77%	51,6%	48,17%	49,53% 40% ¹	<28%
%DH medico per acuti con finalità diagnostica pediatrici		48,94%	56,63%	53,61% 29% ¹	<42%
Percentuale parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti depurati	18,00%	15,34%	15,31%	16,04%	<20%
Percentuale parti indotti farmacologicamente	23,00%	17,20%	15,97%	21,97%	<22%
Rapporto tra ricoveri ordinari con DRG ad alto rischio di inappropriatazza ed i ricoveri ordinari attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza	0,31%	0,30%	0,29%	0,30%	< 0,32%

1. Al netto delle esclusioni: sono stati esclusi quei casi che prevedono procedure che necessitano del ricovero in DH per la tipologia della prestazione o del paziente.

Programma nazionale esiti (PNE)

Il Programma nazionale esiti è uno strumento di misurazione, analisi, valutazione e monitoraggio delle performance clinico-assistenziali delle strutture sanitarie a disposizione delle Regioni, delle aziende e dei professionisti per il miglioramento continuo del nostro SSN. I risultati di PNE, attività che

AGENAS svolge per conto del Ministero della Salute, sono pubblicati annualmente sul sito web dedicato.

Nel grafico seguente, tratto dal report PNE 2016 di AGENAS, viene messa a confronto la performance del Burlo in ambito Ostetrico con la media nazionale, sottolineando l'ottima performance del nostro Istituto.

Figura 38. I parti a confronto (anno 2015)



5.5 AREA EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE

La SC Epidemiologia Clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari coordina, su incarico della DCS, una serie di attività di monitoraggio regionali in area materno-infantile, che riguardano in particolare:

- sorveglianza nutrizionale, con valutazione di stato ponderale, abitudini alimentari e stili di vita nell'arco di tutta l'età pediatrica e a partire dalla gravidanza;
- incidenza e prevalenza di endometriosi (Registro Endometriosi);
- l'analisi delle nascite in FVG (Rapporto CeDAP).

La SC è inoltre coinvolta in una serie di attività di networking internazionale, attraverso la collaborazione con le attività del Global Burden of Disease (GBD) attraverso le attività della SS Centro Collaboratore dell'OMS per la salute materno - infantile.

5.5.1. Obesità in gravidanza

Questo innovativo progetto, unico nel suo genere in Italia e realizzato dall'Istituto con il supporto dalla DCS, ha sviluppato in FVG un sistema di sorveglianza regionale che fornisce dati annuali di prevalenza di sovrappeso/obesità in donne in gravidanza. L'eccesso di peso nella donna in gravidanza comporta infatti conseguenze negative per la sua salute e per quella del bambino, nel breve e nel lungo termine, e i dati epidemiologici disponibili non sono sufficienti a descrivere la prevalenza del fenomeno e i suoi trend temporali. La rilevazione riguarda le donne in gravidanza che accedono al SSR per il primo controllo ecografico e che successivamente partoriscono in punti nascita della Regione. La sorveglianza prevede due momenti di rilevazione: primo controllo ecografico (11a-14a settimana di EG) e termine della gravidanza (sala parto). Gli esiti di interesse sono:

1. il BMI preconcezionale, con peso autodichiarato dalla gestante.

2. l'incremento ponderale in gravidanza (con statura e peso misurati alla prima ecografia e a termine gravidanza). I dati raccolti alla prima ecografia sono inseriti nel "G2 clinico", il sistema in uso in FVG per registrare i dati clinici dei pazienti, quelli raccolti in sala parto nel flusso CeDAP, da cui sono desunte anche variabili sociodemografiche di interesse (area geografica di residenza, età, scolarità, nazionalità). Il sistema è andato a regime nel 2016.

5.5.2. OKkio alla salute

È un progetto nazionale promosso nel 2007 dal Ministero della Salute insieme con il MIUR ed è coordinato dall'ISS di Sanità in collaborazione con le Regioni. L'IRCCS Burlo Garofolo funge da referente regionale presso l'ISS. Questo sistema di sorveglianza raccoglie periodicamente informazioni su peso corporeo, statura, alimentazione, attività fisica e altri aspetti della salute su un campione rappresentativo di bambini della scuola primaria. Lo scopo principale di OKkio alla salute è di comprendere la dimensione del fenomeno dell'obesità e del sovrappeso tra i bambini, seguirne l'andamento nel tempo e valutare la presenza di alcuni fattori correlati per programmare interventi efficaci di promozione della salute. Ad oggi a livello nazionale sono state realizzate cinque raccolte dati: 2008/9, 2010, 2012, 2014 e 2016. La nostra Regione ha partecipato a tutte queste rilevazioni. La popolazione identificata per la rilevazione è quella delle scuole elementari, in particolare della classe terza (circa 8 anni di età). Il metodo di campionamento prescelto è quello "a grappolo", con estrazione delle classi da valutare a partire dalle liste di campionamento predisposte dagli Uffici Scolastici. La rilevazione del peso del bambino e delle altre variabili di interesse avviene a scuola, nel periodo aprile-maggio, ad opera di operatori sanitari dei Dipartimenti di prevenzione, opportunamente addestrati. Nel 2016, ultima rilevazione realizzata, sono stati coinvolti in FVG 1.648 bambini e 84 scuole.

5.5.3. Health Behaviour in School Children (HBSC)

Lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare) è un'indagine internazionale coordinata dall'Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa che si svolge ogni 4 anni con l'obiettivo di monitorare, descrivere e comprendere i fenomeni e i comportamenti correlati con la salute presente e futura nella popolazione pre-adolescente quali: abitudini alimentari scorrette, sedentarietà, abuso di alcol, consumo di tabacco, uso di sostanze stupefacenti, gioco d'azzardo, abitudini sessuali, infortuni. L'indagine coinvolge ragazzi di 11, 13 e 15 anni. Lo studio HBSC è attivo in Italia dal 2002 e dal 2010 ha previsto una rappresentatività sia nazionale che regionale, permettendo di avere dati a livello di ciascuna regione, elemento essenziale per definire politiche di intervento. Il FVG ha partecipato alla raccolta dati nel 2010, 2014 e 2018, con le attività coordinate dall'Istituto su incarico della DCS. Il metodo di campionamento prescelto è quello "a grappolo", con estrazione delle classi da valutare a partire dalle liste di campionamento predisposte dagli Uffici Scolastici. Lo strumento utilizzato per la raccolta delle informazioni è un questionario, auto-compilato dai ragazzi in forma anonima, che comprende sei sezioni riguardanti: dati anagrafici (età, sesso, struttura familiare); classe sociale (occupazione e livello di istruzione dei genitori); indicatori di benessere percepito (stato di salute e di benessere); autostima (valutazione del proprio aspetto fisico e del grado di accettazione di sé); rete di sostegno socio-affettivo (rapporto con i genitori, i coetanei, l'ambiente scolastico); comportamenti collegati alla salute (attività fisica e tempo libero, abitudini alimentari e igiene orale, alcol e fumo). Nel 2014, ultima rilevazione per cui sono disponibili risultati, sono state coinvolte 174 classi in regione per un totale di 2.674 ragazzi.

5.5.4. Registro endometriosi

In data 11 ottobre 2012 il FVG ha promulgato la prima Legge in Italia per la tutela delle donne affette da Endometriosi con l'obiettivo di promuovere la prevenzione e la diagnosi precoce di tale patologia, nonché il miglioramento della qualità delle cure e la diffusione della conoscenza dell'endometriosi e dei suoi effetti dal punto di vista sanitario, sociale e lavorativo. Al fine di stabilire appropriate strategie d'intervento, monitorare l'andamento, la ricorrenza della malattia, rilevare le problematiche connesse e le eventuali complicanze è stato istituito il Registro regionale dell'endometriosi, che è stato affidato dalla DCS all'IRCCS Burlo Garofolo. A partire dal 2015 il registro ha prodotto dati di incidenza e prevalenza su endometriosi e adenomiosi, aggiornandoli periodicamente. Le attività del registro sono state anche oggetto di pubblicazione su rivista internazionale.¹

5.5.5. Rapporto CeDAP. Nascere in Friuli Venezia Giulia

L'Istituto ha curato le due edizioni del "Rapporto CeDAP. Nascere in Friuli Venezia Giulia", che fanno riferimento agli anni 2005-2010 e 2011-2013 e che illustrano i dati rilevati dal flusso informativo del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP). Il Rapporto rappresenta un importante riferimento per i professionisti delle Unità Operative di Ostetricia e di Pediatria/Terapia Intensiva Neonatale, per i gruppi di lavoro che approfondiscono le problematiche inerenti il percorso nascita, per chi è chiamato a prendere decisioni organizzative e politiche in quest'area, nonché per tutti coloro che, a vario titolo, si occupano di salute materno-infantile.

5.5.6. Global Burden of Disease

Il GBD offre uno strumento per quantificare la perdita di salute dovuta a centinaia di patologie, lesioni e fattori di rischio, in modo che i sistemi di salute possano essere migliorati e le disuguaglianze possano essere mitigate. Per allineare i sistemi di salute alle

popolazioni servite, i policymakers devono in primo luogo comprendere la vera natura delle sfide di salute nei loro Paesi e come tali sfide cambino nel tempo. Le stime del GBD incorporano sia l'incidenza che la prevalenza di una data patologia o fattore di rischio sia il danno relativo che questa causa. Raccolti ed analizzati da un consorzio di oltre 1.000 ricercatori in oltre 100 Paesi, sotto il coordinamento dell'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, Università di Washington), i dati forniti dal GBD catturano la mortalità prematura e la disabilità per più di 300 patologie e lesioni in 188 Paesi, per età e sesso, dal 1990 ad oggi, consentendo confronti nel tempo, tra gruppi d'età, e tra popolazioni. La flessibilità della strumentazione del GBD consente aggiornamenti regolari sulla base della disponibilità di nuovi dati e studi epidemiologici. Tali strumenti possono quindi essere usati a livello globale, nazionale e locale per comprendere le tendenze di salute nel tempo, allo stesso modo in cui i dati sul prodotto interno lordo vengono usati per monitorare l'attività economica di un Paese. Gli epidemiologi dell'Istituto collaborano alle attività del GBD dal 2007, avendo partecipato alle stime a partire dalla prima fase esplorativa. Si sono occupati di stimare il peso globale dell'otite media, forniscono dati italiani e collaborano alla stesura di rapporti e pubblicazioni. Il Burlo riveste, a partire da quest'anno, il ruolo di Coordinatore del gruppo italiano del GBD.

5.5.7. Attività del Centro Collaboratore dell'OMS per la salute materno-infantile

Il Centro Collaboratore dell'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) dell'IRCCS Burlo, istituito nel 1992, ha svolto le seguenti attività:

- Collaborato con l'OMS per lo sviluppo di linee guida (in totale sono state sviluppate 22 linee guida, diffuse nei 163 stati membri).
- Sviluppato 33 moduli formativi sulle cure alla mamma ed il neonato, aggiornati in base alle evidenze scientifiche (diffuse nei 53 stati membri della Regione Europea OMS).

- Sviluppato standard e nuovi strumenti OMS per migliorare la qualità delle cure materne, neonatali e pediatriche, con focus in particolare sugli strumenti di valutazione della qualità delle cure ospedaliere.
- Condotta ricerca a diverso livello su nuovi approcci per migliorare la qualità delle cure materno infantili.
- Contribuito alla stesura del nuovo piano strategico per la Salute Riproduttiva nella Regione Europea dell'OMS.
- Sviluppato per l'OMS un manuale su come condurre in maniera efficace gli audit dei casi di Near-Miss, e come assicurarne la qualità.
- Contribuito alla revisione del Manuale OMS sulle cure Essenziali del Neonato.
- Contribuito allo sviluppo di un nuovo manuale OMS sulla "Supportive Supervision".
- Condotta numerose revisioni sistematiche, ed altre forme di sintesi delle evidenze, utilizzate dall'OMS per informare lo sviluppo di Linee Guida, raccomandazioni e politiche.
- Fornito supporto a circa venti paesi in diverse regioni (Europa, Africana, America Latina e Sud-Est Asiatico) in collaborazione con OMS e con altre agenzie delle Nazioni Unite (UNICEF, UNFPA), agenzie non governative, università ed altri partner per favorire la diffusione delle raccomandazioni OMS, con particolare focus sulla qualità delle cure materno-infantili.

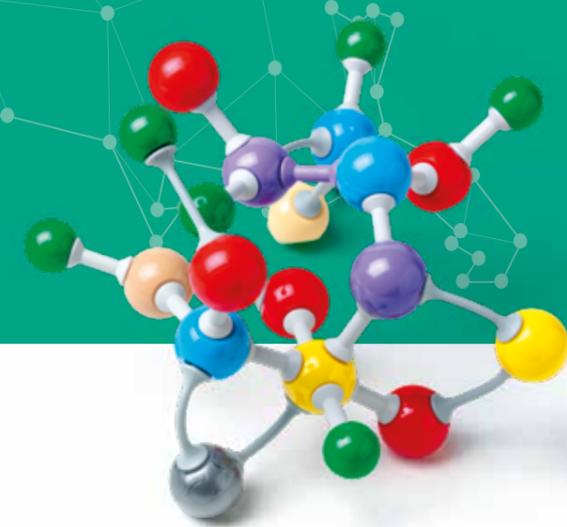


1. Morassutto C. et al.; Incidence and Estimated Prevalence of Endometriosis and Adenomyosis in Northeast Italy: A Data Linkage Study. PLoS One 2016;11:e0154227.



CAPITOLO 6

LA RICERCA



Il Burlo Garofolo di Trieste è uno degli ospedali pediatrici più antichi d'Europa, fondato nel 1856. Il 10/12/1968 ha ottenuto il riconoscimento di IRCCS e oggi è uno dei 51 IRCCS italiani riconosciuti dal Ministero della Salute, uno dei 2 IRCCS pubblici materno-infantili (l'altro è il Gaslini di Genova). In quanto IRCCS è sottoposto a periodiche valutazioni da parte del Ministero della Salute. Con Decreto del Ministero della Salute del 23/11/2017 (GU - n. 13 del 17/01/2018), è stato confermato il riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS nella disciplina «Materno infantile».

Il Burlo collabora strettamente con UNITS ospitandone, all'interno del Dipartimento di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute le Cattedre di Pediatria, Ostetricia e Ginecologia, e Genetica, i corsi di laurea triennale e magistrale di Medicina e Chirurgia, Ostetricia, Odontoiatria, Scuole di Specializzazione, Dottorati di ricerca e Master. Le attività di didattica sono strettamente integrate con le attività di assistenza e ricerca svolte dalle strutture sanitarie aziendali.

Svilupa inoltre attività di ricerca con il Dipartimento di Scienze della Vita di UNITS per il dottorato di ricerca in Neuroscienze e Scienze Cognitive e con il Dipartimento di Fisica di UNITS per il dottorato di ricerca in Nanotecnologie

La ricerca è attuata attraverso la programmazione triennale di progetti istituzionali la cui attività, nell'ambito dell'area di riconoscimento, si articola secondo le linee di ricerca e gli obiettivi indicati ed approvati nel documento programmatico triennale degli IRCCS.

Le Linee di ricerca riconosciute dal Ministero includono:

Linea 1 - Salute Riproduttiva, Medicina Materno-Fetale e Neonatologia:

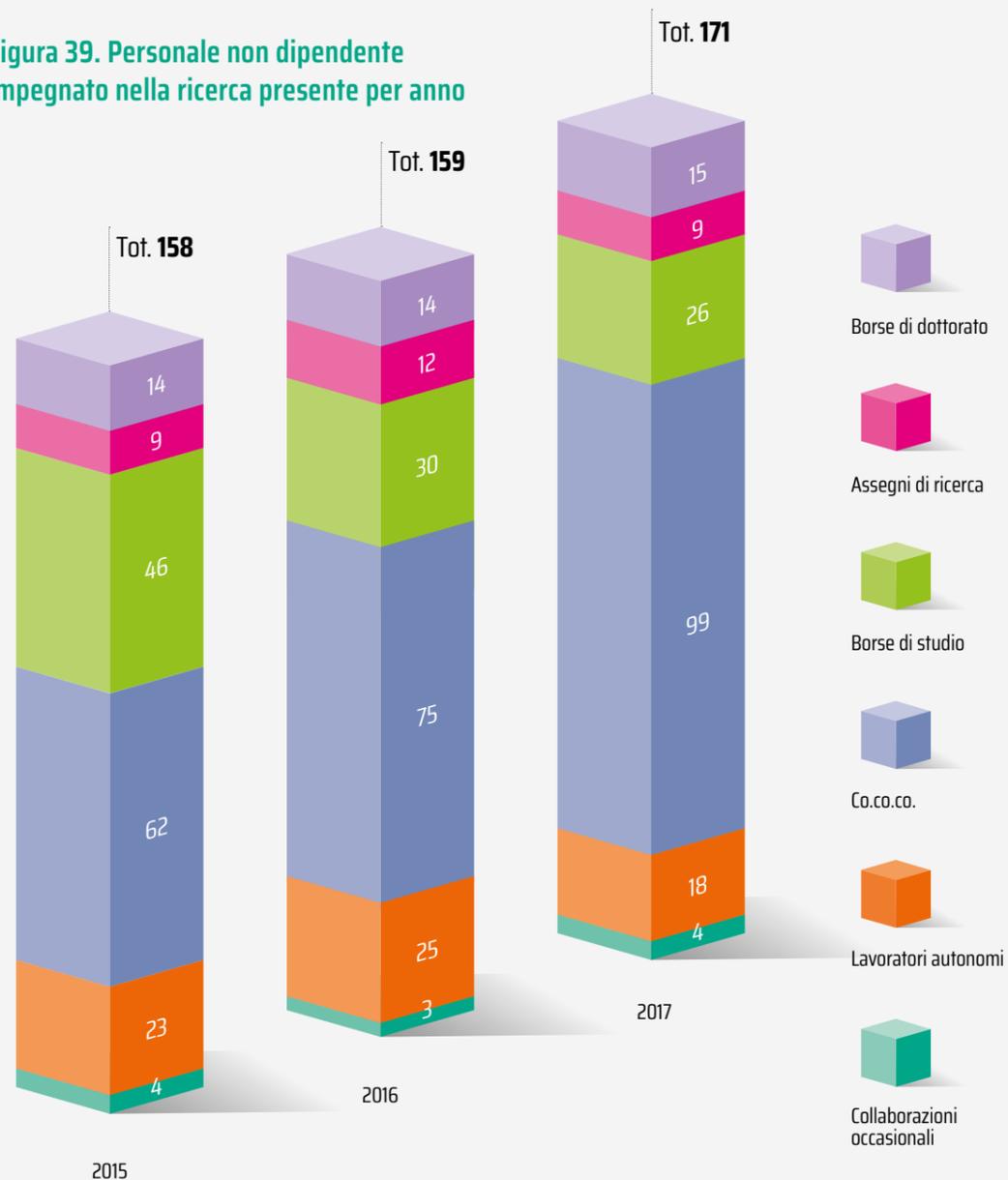
- meccanismi sottostanti riproduzione e gravidanza per la prevenzione e trattamento della sterilità e procreazione medicalmente assistita, della poliabortività e del parto pretermine;
- malattie sessualmente trasmissibili;
- diagnostica prenatale delle malformazioni e validazione di marcatori precoci di alterazioni cromosomiche;

- sviluppo e validazione di marcatori di benessere fetale;
- gestione della gravidanza e del parto ad alto rischio;
- determinanti ambientali e gravidanza;
- presidi diagnostici e terapeutici per l'apparato riproduttivo della donna;
- ricerche sul neurosviluppo del neonato;
- aspetti critici della nutrizione;
- sperimentazione di modelli innovativi per la qualità dei servizi sanitari.

Linea 2 - Scienze Mediche e Chirurgiche dell'Infanzia e dell'Adolescenza

- disturbi del neurosviluppo, malattie rare e polifattoriali, patologie infiammatorie e disordini dell'immunità, malattie metaboliche, patologie autoimmuni dell'intestino e tumori infantili indagati attraverso approcci integrati con studi di genetica, di meccanismi molecolari, di immunogenetica e di farmacogenetica;
- malattie rare orfane di diagnosi;
- dolore nel bambino;

Figura 39. Personale non dipendente impegnato nella ricerca presente per anno



- studi epidemiologici sul rapporto tra ambiente e sviluppo neurocognitivo e motorio;
- prevenzione dei difetti dell'udito.

Linea 3 - Innovazione e Diagnostica Avanzata in Area Materno Infantile

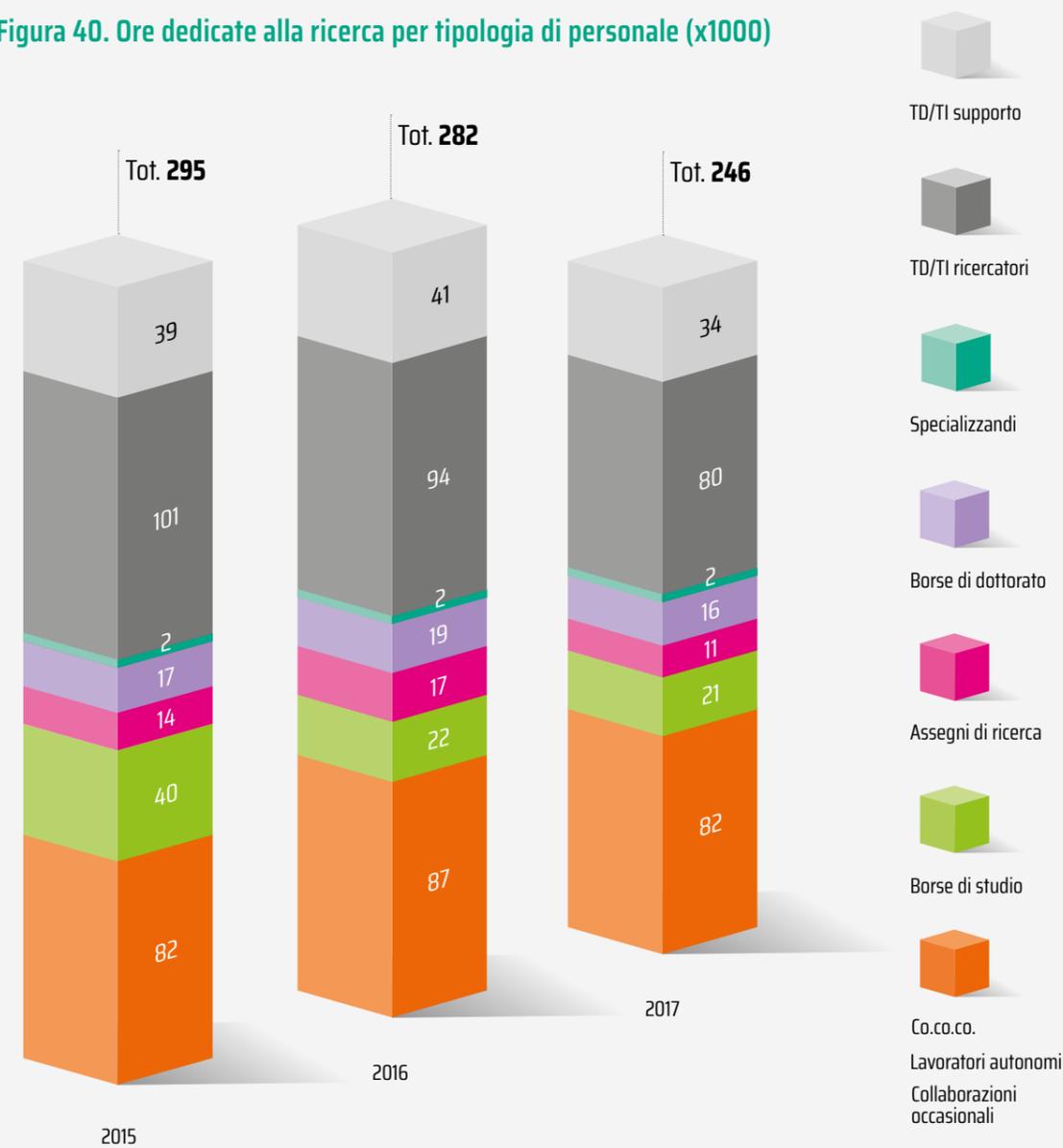
- diagnostica avanzata con particolare riguardo alla genetica, anche attraverso la bioinformatica;
- sviluppo di marcatori e nanovettori per tecniche diagnostico-terapeutiche innovative;

- tecniche diagnostico-terapeutiche innovative nell'ambito di patologie a trasmissione verticale;
- alterazioni della flora batterica (microbioma) in patologie dell'apparato genitale femminile e pediatriche.

6.1 PERSONALE DELLA RICERCA

Tutto il personale del Burlo Garofolo concorre alle attività di ricerca. Nella sua veste di IRCCS, il Burlo Garofolo ha attivato annualmente, grazie anche a fondi esterni, più di 150 tra contratti di collaborazione, borse di ricerca, assegni e borse di dottorato di ricerca. (Figure 39-40)

Figura 40. Ore dedicate alla ricerca per tipologia di personale (x1000)



6.2 FONTI DI FINANZIAMENTO

Il Burlo, in qualità di IRCCS, riceve dal Ministero della Salute un finanziamento annuale in base alla performance scientifica pari a circa 2.200.000 € per la cosiddetta "Ricerca Corrente" (RC), ma la capacità di attrarre fondi,

grazie all'eccellente produttività scientifica, fa in modo che l'Istituto possa disporre annualmente, in media, di altri 1.500.000 €, tra fondi derivanti da 5 per Mille, Ricerca finalizzata (RF), finanziamenti in Conto Capitale (CC) e altro (bandi competitivi, CCM, AIFA, donazioni da privati, ecc.). (Figura 41, tabella 33)

Figura 41. Finanziamenti per la Ricerca Corrente negli ultimi 5 anni

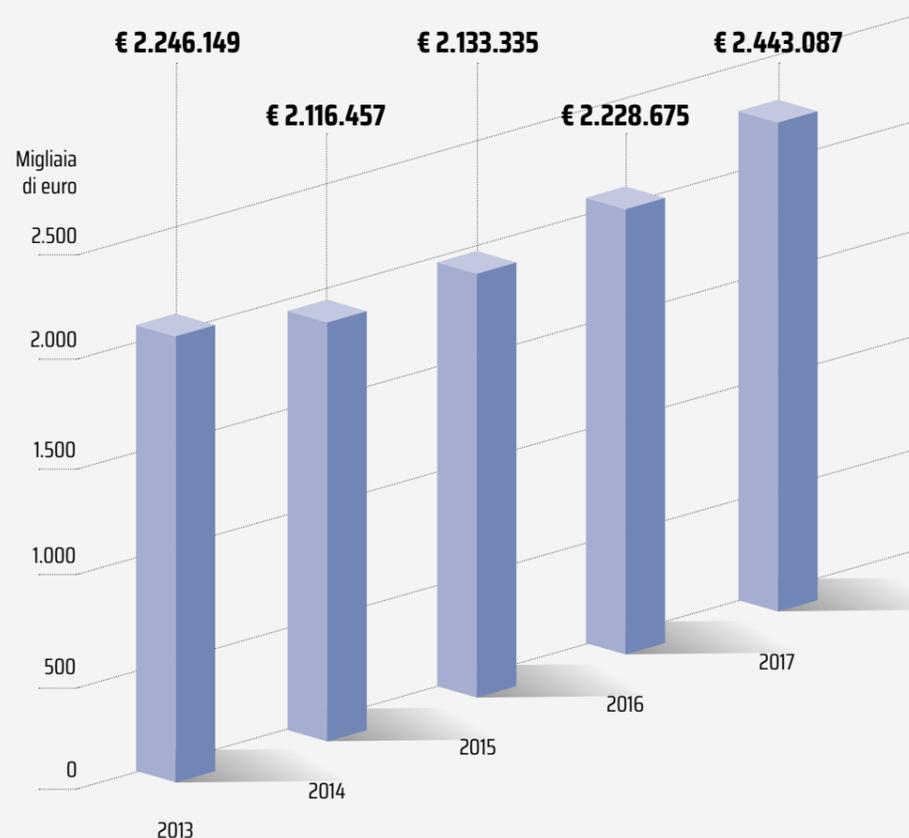


Tabella 33. Altri finanziamenti per la ricerca negli ultimi 5 anni

TIPOLOGIA	2013	2014	2015	2016	2017
CC					455.512
RF		1.235.275		521.722	1.245.000
5x1000	420.057	421.069	422.933	530.630	492.842
Altro	473.220	156.358	147.864	1.424.513	1.627.917
TOTALE	893.277	1.812.703	570.797	2.476.866	3.821.271

6.3 PROGETTI DI RICERCA

Nel triennio 2015-2017 sono stati sviluppati ben 92 progetti grazie ai fondi ministeriali della ricerca corrente. (Figura 42)

Principali progetti di Ricerca Corrente attivati nel 2015:

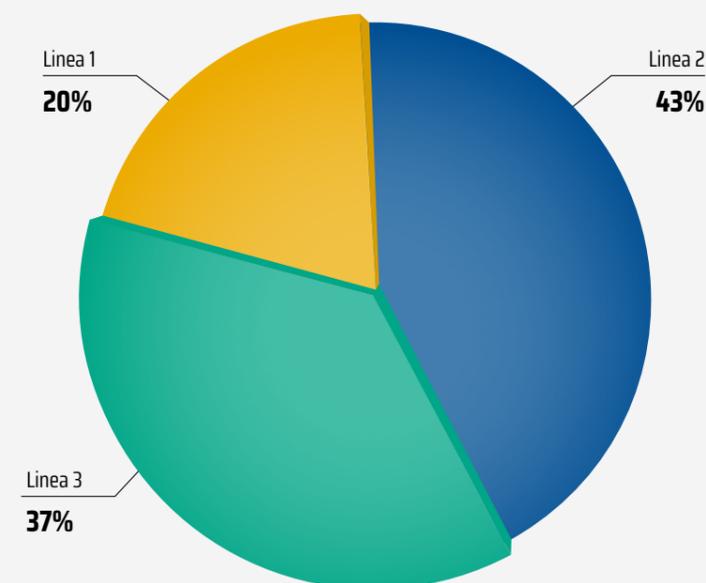
- Identificazione della componente genetica della dislessia come supporto per la sua diagnosi precoce.
- Identificazione della componente genetica del PTC grave.
- Strategie della comunicazione in ambito sanitario e scientifico: ruolo dei social media e del web.
- Progetto R.I.D.O.: Restare in rete dall'Ospedale.
- Anticorpi contro la transglutaminasi "cerebrale" tipo 6 nella malattia celiaca in età pediatrica.

- Studio della frequenza della Disomia Uniparentale in 160 pazienti con ID e/o malformazioni in 1.000 individui sani.
- Diagnosi preimpianto mediante screening delle aneuploidie cromosomiche (PGS).
- Studio farmacologico prospettico sulla malattia veno-occlusiva epatica in pazienti pediatrici sottoposti a trapianto di cellule staminali ematopoietiche.
- L'impatto della diagnosi sulla qualità di vita, la morbilità e la mortalità nelle famiglie di bambini con disabilità neurocognitiva. Il caso della paralisi cerebrale infantile e del ritardo mentale.

Principali progetti di Ricerca Corrente attivati nel 2016:

- Segni e sintomi predittivi di infezione severa in età pediatrica: studio prospettico in setting a bassa e alta

Figura 42. Progetti di RC per linea di ricerca



- prevalenza - pediatria di base e pediatria d'urgenza - l'esperienza della regione Friuli Venezia Giulia.
- La sicurezza informatica dei dispositivi medici in una rete IT-medica.
- Sequenziamento dell'esoma nei feti con anomalie morfologiche riscontrate con l'ecografia.
- Approfondimenti genetici riguardanti le alterazioni della secrezione insulinica: diabeti monogenici e iperinsulinismi congeniti.
- Le bambine ed i bambini con speciali bisogni di salute. Valutazione della continuità assistenziale e dei percorsi di cura integrati ospedale-territorio in Friuli Venezia Giulia.
- Valutazione di tecniche di crioconservazione di ovociti e tessuto ovarico mediante spettroscopie a raggi X.
- Ricerca di variazioni nel trascrittoma uterino correlate a neoplasie (benigne e maligne), fertilità, impianto.
- Chemioterapia intraperitoneale del carcinoma ovarico mediante sistemi nanoparticellari ad elevata affinità per le cellule tumorali.
- Valutazione e presa in carico della disforia di genere in età pediatrica.
- Il ruolo del gusto nel controllo del diabete mellito di tipo 1.
- Analgesedazione per iniezioni di tossina botulinica in bambini con spasticità muscolare in paralisi cerebrale infantile.
- Dexmedetomidina intranasale come premedicazione per esofagogastroduodenoscopia.
- Percorso diagnostico molecolare per l'identificazione di alterazioni genetiche in pazienti con diagnosi di disturbo dello spettro autistico.
- Malattia celiaca e allergia severa alle proteine alimentari.

- Valutazione della barriera entero-vascolare nei quadri clinici dell'intolleranza al glutine geneticamente determinata
- Studio pilota, spontaneo, prospettico, multicentrico per verificare la fattibilità di una metodica di screening per la colestitasi nei primi 3 mesi di vita basata sulla valutazione del colore delle feci mediante scala cromatica



Principali progetti di Ricerca Corrente attivati nel 2017:

- Sperimentazione della tecnologia VAMSTM-Volumetric Absorptive MicroSampling, come espressione di una metodica di campionamento non-invasiva, applicata all'analisi dei farmaci antiepilettici mediante l'uso dei MITRA in LC-MS/MS.
- Impact of Near Infrared Light in Paediatric Blood Drawing Centre on Rate of First Attempt Success and Time of Procedure.
- Prevalenza di inattenzione, impulsività ed iperattività in bambini che accedono in pronto soccorso pediatrico per infortuni accidentali.
- Prevalenza di elevato impairment funzionale in bambini ed adolescenti con dolore in diversi setting assistenziali.
- The meaning of words: the structural and functional neural networks at birth.
- Studio neurofunzionale sull'attività cerebrale del neonato pretermine associata a modalità di accudimento centrate sulla relazione con le figure parentali.
- Studio della metilazione del promotore del gene di TPMT ed attività dell'enzima in pazienti con IBD early onset e nei controlli.

- Variabili funzionali di esito nel trattamento chirurgico delle early onset scoliosis.
- Introduzione delle tecniche di next generation sequencing per la sorveglianza delle infezioni ospedaliere in ambito pediatrico: studio pilota.
- Modelli cellulari per la valutazione di danni neurologici dovuti a trattamento farmacologico anti-HIV per prevenzione della trasmissione verticale del virus.
- ZIKA virus, danni cellulari e fenotipo infiammatorio in modelli neuronali.
- Terapia Laser in pazienti oncologici pediatrici: analisi dei meccanismi molecolari responsabili della riduzione del dolore e del miglioramento della mucosite orale.
- Implementazione di un software di dose tracking in una moderna radiologia pediatrica e definizione dei livelli diagnostici di riferimento locali.
- Studio multicentrico per la caratterizzazione fenotipica e genotipica delle colestitasi ereditarie.
- Monitoraggio terapeutico dell'infliximab e dell'adalimumab nelle malattie infiammatorie croniche pediatriche: strategie farmacologiche innovative per la predizione della risposta e degli effetti avversi.
- Ottimizzazione delle metodiche di analisi dell'esoma nella diagnosi delle malattie rare non diagnosticate.
- Ormone anti-mulleriano nelle pazienti pediatriche trattate per leucemia linfoblastica acuta.
- Cure palliative pediatriche: accanto alle famiglie dei bambini con patologie life-threatening e/o "life-limiting" Studio trasversale di analisi dei bisogni.
- Progetto Pancreas: dalla nascita alla maturità evolutiva del bambino. Stima del volume pancreatico nella popolazione pediatrica da 0 a 18 anni con l'utilizzo di risonanza magnetica nucleare (RMN).

- Identificazione dei fattori di rischio e di misure di prevenzione delle complicazioni a carico del fegato e del pancreas in pazienti pediatrici sottoposti ad un trapianto di cellule staminali ematopoietiche (HSCT).
- Plasmalemma vesicle-associated protein 1 (PV-1) bio-marcatore specifico delle vasculiti.
- Sviluppo di un test ELISA quantitativo per la ricerca degli anticorpi anti-transglutaminasi 3 nella diagnosi della dermatite erpetiforme.
- Applicazione clinica di nuovi strumenti e tecnologie in audiologia pediatrica per migliorare la prevenzione, la valutazione e la riabilitazione dei disturbi uditivi-linguistici.
- Monitoraggio terapeutico a basso costo del metotressato mediante spettroscopia Raman amplificata da superfici: sviluppo e validazione clinica.
- Resilienza al dolore e sostegno di gruppo in donne affette da endometriosi.
- Efficacia di un approccio basato sul laid-back breastfeeding nell'avvio dell'allattamento al seno in ambito ospedaliero. Trial controllato randomizzato.
- Realizzazione di un sistema basato su un algoritmo avanzato di queuing per la gestione delle liste di attesa per le prenotazioni CUP in un Ospedale Pediatrico.
- Uso delle tecniche di proteomica per lo studio di patologie ginecologiche.
- Caratterizzazione genetica e funzionale dei disturbi congeniti dell'immunità e dell'infiammazione.
- Terapie personalizzate e medicina di precisione. Il caso delle Rasopatie e dei difetti del pathway PI3K/AKT/Mtor: definizione clinica, immunologica e prospettive terapeutiche.
- Identificazione di nuove cause genetiche della pubertà precoce centrale familiare.

- Studio sullo stress fisiologico e comportamentale associato agli interventi di "Physical Exercise" nel neonato pretermine.
- Sviluppo di uno strumento condiviso per il censimento delle prescrizioni di farmaci off-label nelle strutture ospedaliere del FVG.

Progetti di ricerca su altri fondi

L'Istituto, oltre ai suddetti progetti di ricerca corrente, ne ha avviati altri 95 con i fondi derivanti da 5 per Mille, Ricerca finalizzata (RF), Conto Capitale (CC) e altro (bandi competitivi, CCM, AIFA, donazioni da privati, ecc.). (Tabelle 34-35-36-37-38, figura 43,)

Figura 43. Progetti di ricerca attivati con fondi diversi dalla "Ricerca corrente"

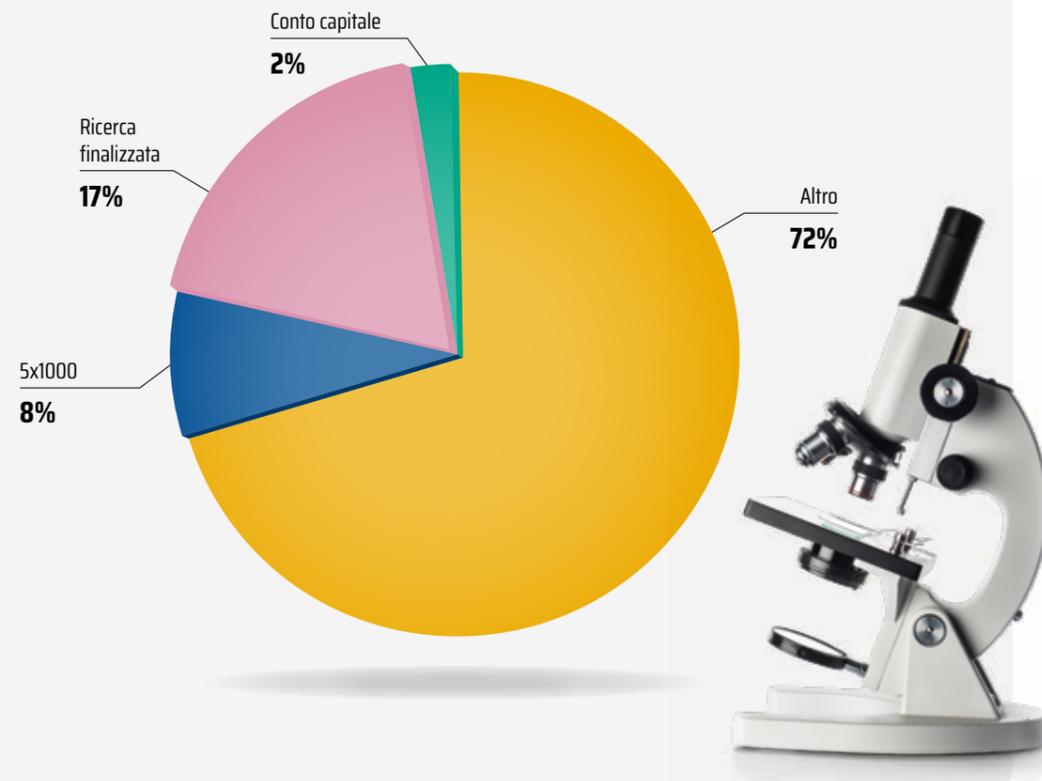


Tabella 34. Progetti finalizzati / Giovani ricercatori approvati nel 2015 - 2017

FINANZIATORE	TITOLO
Ministero della Salute	Thalidomide, a novel immunological treatment to modify the natural history of paediatric Crohn's disease: a new proposal from a well-established paediatric research network
Ministero della Salute	TRAIL, the regulation of body weight and metabolism, and its interaction with thyroid hormones and metformin
Ministero della Salute	Novel therapeutic perspectives for angioedema associated with C1-inhibitor deficiency or angiotensin converting enzyme-inhibitor treatment
Ministero della Salute	Vitamin D in the prevention of subclinical and advanced atheromatosis

Tabella 35. Progetti finalizzati in conto capitale approvati nel 2015 - 2017

CONVENZIONE	TITOLO
Conto Capitale	Messa a punto e implementazione di una piattaforma per la valutazione ed il monitoraggio delle conseguenze dell'accumulo di metalli pesanti sullo sviluppo neuro-cognitivo del bambino e sullo stato di salute della popolazione generale
Conto Capitale	Verso una medicina personalizzata in ambito materno-infantile: la metabolomica

Tabella 36. Principali progetti finanziati da Enti Pubblici

FINANZIATORE	TITOLO
Ministero della Salute	Creazione e prime utilizzazioni di data-base comuni per i disturbi più rilevanti in età pediatrica
Regione FVG	Mantenimento e implementazione dell'attività del registro endometriosi e sensibilizzazione su fattori di rischio emergenti
Regione FVG	Progetto di miglioramento delle procedure di accesso alle tecniche di PMA mediante procedure di crioconservazione del gamete maschile in soggetti giovani affetti da patologie
Regione FVG	Miglioramento delle Conoscenze e sensibilizzazione dei confronti della patologia endometriosica
Regione FVG	Attività per la riconversione del programma di screening della cervice uterina con l'HPV test
Regione FVG	Monitoraggio straordinario dei prodotti fitosanitari nelle acque superficiali e di falda del FVG
Regione FVG	Applicazione delle tecnologie biomeccaniche a integrazione delle metodiche tradizionali nel contesto ospedaliero
Regione FVG	Genotipizzazione di Rh-D fetale su DNA fetale libero nel circolo materno
Regione FVG	Strumenti per campagne di formazione informazione e diagnosi precoce della malattia endometriosica
CCM	La promozione della salute attraverso i nuovi media per la prevenzione dell'obesità in età prescolare
CCM	Promozione della sicurezza in età pediatrica secondo la vulnerabilità agli incidenti: sperimentazione di un modello educativo nelle scuole d'infanzia e primarie, basato sulle evidenze del soccorso pediatrico - SEPES (Sicurezza in età pediatrica educazione a scuola)
CCM	Near Miss ostetrici in Italia
CCM	OneHealth per E.coli ESBL+ in pazienti e animali
ISS	Enpadasi "The European Nutrition Phenotype Initiative"
Horizon 2020	Exploring the neurological exposome
Interreg Central Europe	Innovative patient centered health care services - advantages of establishing a close CE network in celiac disease patient health care
Interreg Ita-Slo	Rete transfrontaliera per le donne migranti: integrazione sociale, salute sessuale e riproduttiva
Por-Fers	Applicazioni Tecnologiche di Nuovi Anti-neoplastici- Acronimo ATENA
Por-Fers	NIPT per Aneuploidie Tracciabili e Informatizzate nel Friuli Venezia Giulia
OMS/WHO/UNICEF	Assessing the quality of the IMAM services in Sierra Leone

Tabella 37. Principali progetti finanziati con 5x1000 nel 2015 - 2017

Lo stato di salute delle donne e dei bambini in Friuli Venezia Giulia e la valutazione dei suoi determinanti
Salute della donna
Genetics of senses and related diseases
Dalla genomica funzionale delle malattie complesse alle terapie di precisione: verso una medicina personalizzata

Tabella 38. Principali progetti finanziati da privati

FINANZIATORE	TITOLO
AGMEN	Sviluppo di strategie farmacologiche per la personalizzazione del trattamento della leucemia linfoblastica acuta in pazienti pediatrici
AGMEN	Prevenzione e trattamento delle complicanze orali nei pazienti oncologici pediatrici sottoposti a radio-chemioterapia
AIRC	Finanziamento borsa di studio per la Ricerca sul Cancro
AIRC	Characterization of ETV6 related thrombocytopenia
Associazione Amici del cuore	Attività diagnostica di genetica delle cardiomiopatie, di disturbi aritmici e le patologie dell'aorta
AZZURRA	Progetto ESOMA
Fondazione Veronesi	Unraveling the role of FANCA in mitophagy
Hospital St. Michael - Toronto	Knowledge Synthesis Seed Grant Competition (the "Study")N.15-0564-AWA
JDRF-ISPAD Fellowship 2017	Ruolo del gusto nel controllo metabolico del diabete mellito di tipo 1
Scholarship Centro Ricerche e Studi Amplifon	Realizzazione di un algoritmo decisionale per ottimizzare la scelta dell'elettrodo nella chirurgia dell'impianto cocleare
Telethon	Genetics, physiopathologies and therapeutic options in a novel monogenic multisystem inflammatory disorder due to DNase II deficiency.
3iE	TW6.2002-Impact evaluation of a multifaceted quality improvement intervention to ameliorate health outcomes of children with moderate acute malnutrition in Mozambique: cluster randomized trial and cost-effectiveness

6.4 I PRODOTTI DELLA RICERCA

In termini di produzione scientifica i ricercatori del Burlo pubblicano ogni anno circa 300 lavori scientifici su riviste *peer reviewed* (ad alto impatto sulla comunità scientifica) e altrettanti su riviste nazionali e internazionali.

Per valutare quantitativamente l'impatto della ricerca all'interno della comunità scientifica si ricorre a indicatori basati sull'analisi matema-

tica e statistica della letteratura scientifica. Il più noto è l'Impact Factor (I.F. grezzo) che rappresenta il rapporto fra il numero di citazioni dei lavori pubblicati in una certa rivista in un anno rispetto al numero totale di lavori pubblicati dalla stessa rivista nei due anni precedenti. L'Impact Factor del Burlo è in aumento negli ultimi anni e la sua normalizzazione corretta (criterio messo a punto dal Ministero della Salute) situa l'IRCCS su

un valore di poco inferiore ai 900 punti (Impact Factor normalizzato corretto - IFnc).

Questi due valori (numero di pubblicazioni e IFnc), considerata anche la dimensione del

Burlo in raffronto ad altri IRCCS, collocano l'Istituto stesso ben oltre la media nazionale di produttività scientifica. (Tabelle 39-40, figura 44)

Tabella 39. Numero di pubblicazioni e Impact Factor normalizzato corretto (I.F.n.c.)

ANNO	N° PUBBLICAZIONI	IFnc	IF GREZZO
2013	182	660,70	641,51
2014	165	681,40	809,59
2015	167	735,20	869,23
2016	190	833,60	1060,70
2017	187	872,40	1147,34

Figura 44. Andamento dell'Impact Factor normalizzato corretto (IFnc) e del finanziamento della Ricerca Corrente (RC)

■ Finanziamento ricerca corrente ■ IFnc

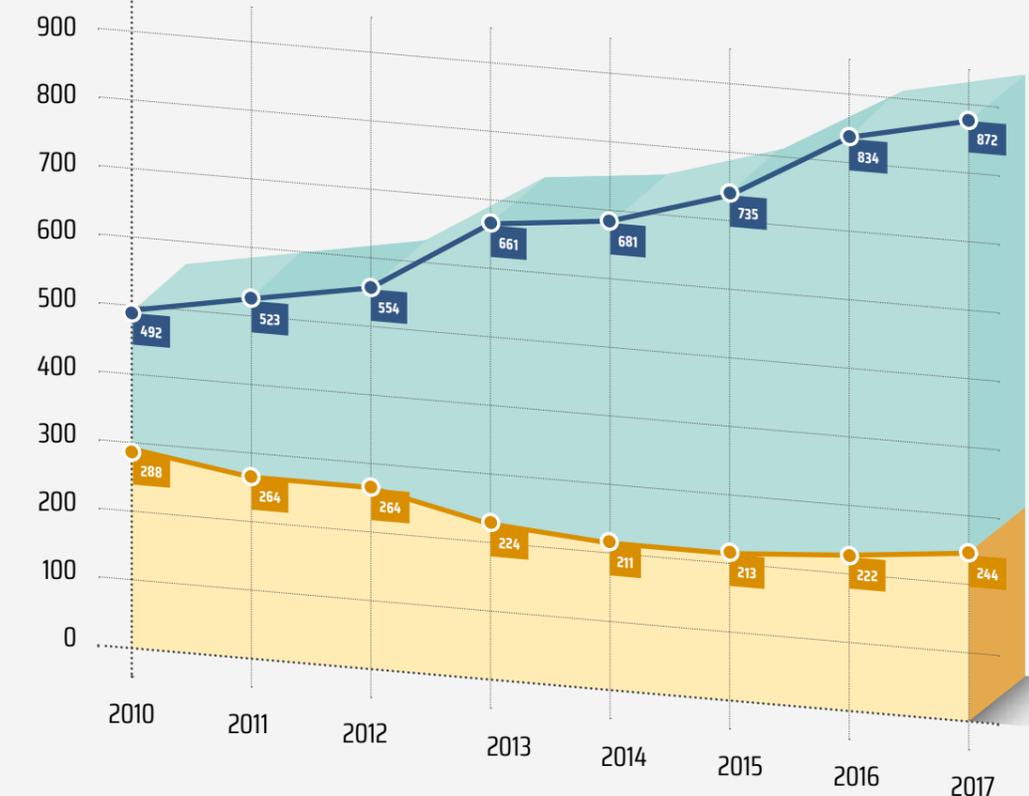


Tabella 40. Alcune pubblicazioni scientifiche di maggior rilievo del triennio 2015 - 2017 in rapporto all'IFnc

AUTORI	TITOLO	TESTATA	IFnc
Abajobir A.A. et al.	Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016	Lancet. 2017 Sep 16;390(10100):1151-1210	15,00
Barban N. et al.	Genome-wide analysis identifies 12 loci influencing human reproductive behavior	Nat Genet. 2016 Dec;48(12):1462-1472	15,00
Benelli E. et al.	Coeliac disease in the ERA of the new ESPGHAN and BSPGHAN guidelines: a prospective cohort study.	Arch Dis Child. 2016 Feb;101(2):172-6	6,00
Davanzo R. et al.	Making the first days of life safer: preventing sudden unexpected postnatal collapse while promoting breastfeeding.	J Hum Lact. 2015 Feb;31(1):47-52	6,00
Day F.R. et al.	Genomic analyses identify hundreds of variants associated with age at menarche and support a role for puberty timing in cancer risk	Nat Genet. 2017 Jun;49(6):834-841	15,00
Felluga M. et al.	A quasi randomized-controlled trial to evaluate the effectiveness of clowntherapy on children's anxiety and pain levels in emergency department.	Eur J Pediatr. 2016 May;175(5):645-50	4,00
Galli E. et al.	Consensus Conference on Clinical Management of pediatric Atopic Dermatitis.	Ital J Pediatr. 2016 Mar 2;42:26	4,00
Giacomini, E. et al.	Comparative analysis of the seminal plasma proteomes of oligoasthenozoospermic and normozoospermic men	Reprod Biomed Online. 2015 May;30(5):522-31	6,00
Kassebaum N.J. et al.	Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990-2015 a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015	Lancet. 2016 Oct 8;388(10053):1775-1812	15,00
Krauss B.S. et al.	Current concepts in management of pain in children in the emergency department	Lancet. 2016 Jan 2;387(10013):83-92	15,00
Lazzerini M. et al.	Mortality and its risk factors in Malawian children admitted to hospital with clinical pneumonia, 2001-12 A retrospective observational study	Lancet Glob Health. 2016 Jan;4(1):e57-68	10,00
Lega S. et al.	A young soccer player with sudden pain after kicking the ball.	BMJ. 2015 Apr 16;350:h1944. doi: 10.1136/bmj.h1944.	15,00
Minute M. et al.	An adolescent with disabling abdominal pain	BMJ. 2016 Dec 7;355:i6101. doi: 10.1136/bmj.i6101.	15,00
Morassutto C. et al.	Incidence and estimated prevalence of endometriosis and adenomyosis in Northeast Italy A data linkage study	PLoS One. 2016 Apr 21;11(4):e0154227.	6,00
Moressa V. et al.	A young goalkeeper with buttock pain and fever	BMJ. 2017 Jun 8;357:j2400. doi: 10.1136/bmj.j2400.	15,00

Naviglio S. et al.	An adolescent with an altered state of mind.	BMJ. 2015 Jan 21;350:h299. doi: 10.1136/bmj.h299.	15,00
Noetzli L. et al.	Germline mutations in ETV6 are associated with thrombocytopenia, red cell macrocytosis and predisposition to lymphoblastic leukemia.	Nat Genet. 2015 May;47(5):535-8	15,00
Pavan M. et al.	A Boy With Genital Lesions in Course of Crohn Disease.	J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2017 Sep; 65(3):e74-e75.	6,00
Pavan M. et al.	Extremely large air distension of the bowel.	Lancet. 2015 Jun 13;385(9985):2399	15,00
Pini Prato A. et al.	A cross-sectional nationwide survey on esophageal atresia and tracheoesophageal fistula.	J Pediatr Surg. 2015 Sep;50(9):1441-56	2,00
Poropat F. et al.	A boy with fever and arthralgia	BMJ. 2017 Mar 29;356:j1347	15,00
Ravelli A. et al.	Intra-articular corticosteroids versus intra-articular corticosteroids plus methotrexate in oligoarticular juvenile idiopathic arthritis a multicentre, prospective, randomised, open-label trial	Lancet. 2017 Mar 4;389(10072):909-916	15,00
Rusmini M et al.	Next-generation sequencing and its initial applications for molecular diagnosis of systemic auto-inflammatory diseases.	Ann Rheum Dis. 2016 Aug;75(8):1550-7	8,00
Sartori S et al.	Paediatric anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis: The first Italian multicenter case series.	Eur J Paediatr Neurol. 2015 Jul;19(4):453-63	6,00
The Global Burden of Disease Child and Adolescent Health Collaboration, Kassebaum N. et al	Child and Adolescent Health From 1990 to 2015: Findings From the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors 2015 Study.	JAMA Pediatr. 2017 Jun 1;171(6):573-592	8,00
Ura B. et al.	A proteomic approach for the identification of biomarkers in endometrial cancer uterine aspirate	Oncotarget. 2017 Nov 30;8(65):109536-109545	6,00
Wang H. et al.	Global, regional, national, and selected subnational levels of stillbirths, neonatal, infant, and under-5 mortality, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015.	Lancet. 2016 Oct 8;388(10053):1725-1774	15,00
Wang H. et al.	Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015	Lancet. 2016 Oct 8;388(10053):1459-1544	15,00
Zanchi C. et al.	A teenage girl with lower abdominal pain	BMJ. 2017 Nov 23;359:j5122. doi: 10.1136/bmj.j5122.	15,00

6.5 I RECENTI SUCCESSI DELL'IRCCS

Con Decreto del Ministero della Salute del 23/11/2017, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana Serie Generale - n. 13 del 17/01/2018, è stato **confermato il riconoscimento del carattere scientifico** dell'IRCCS di diritto pubblico «Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico materno - infantile Burlo Garofolo - Ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale per la salute della donna e del bambino» nella disciplina «Materno infantile» per la sede di Trieste, via dell'Istria n. 65/1.

Questo fondamentale riconoscimento avviene a seguito della trasmissione dell'Istituto al Ministero della Salute della documentazione dei dati aggiornati relativi all'attività scientifica e assistenziale, al parere espresso dalla Regione FVG e vista la relazione riguardante la site-visit effettuata presso l'Istituto dagli esperti della commissione di valutazione nominata dal Ministero.

La commissione ha accertato la sussistenza dei requisiti previsti per la conferma: tra questi i caratteri di eccellenza del livello dell'attività di ricovero e cura di alta specialità e dell'attività di ricerca svolta nell'ultimo triennio relativamente alla disciplina materno-infantile, la dimostrata capacità di inserirsi in rete con Istituti di ricerca della stessa area di riferimento e di collaborazioni con altri enti pubblici e privati; la dimostrata capacità di attrarre finanziamenti pubblici e privati indipendenti; e la certificazione di qualità dei servizi secondo procedure internazionalmente riconosciute.

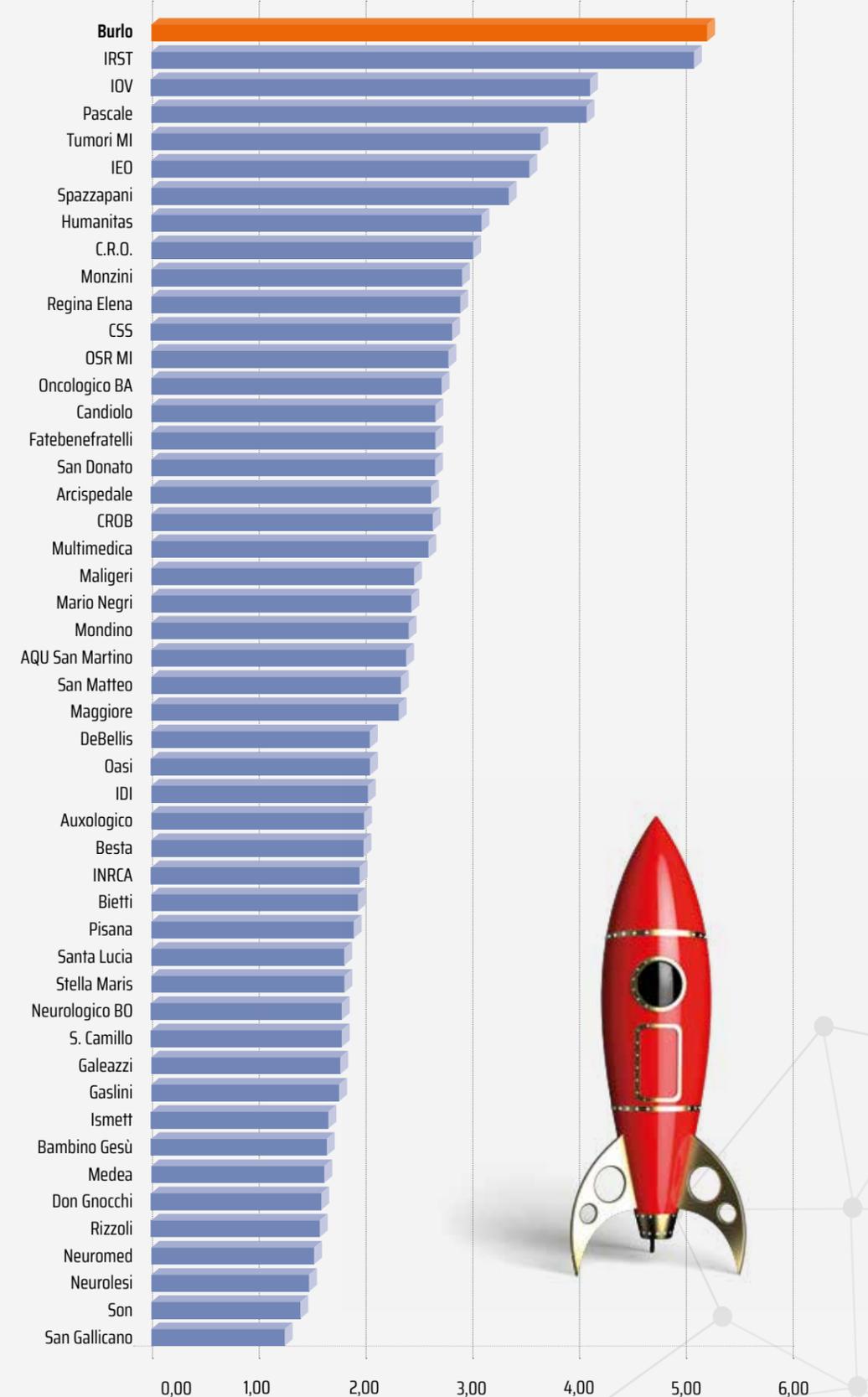
Contemporaneamente al riconoscimento del carattere di IRCCS il Ministero ha diffuso la valutazione della performance scientifica degli IRCCS riguardante l'ultimo anno. **La valutazione è stata così favorevole che, pur di fronte a una riduzione complessiva del budget assegnato agli IRCCS**, il Burlo, ha ricevuto, uno tra i pochi in ambito pubblico, un aumento del 10% del suo finan-

ziamento che raggiunge quindi quest'anno i 2.440.000 €. Questo riconoscimento è dipeso da un proporzionale aumento della produttività scientifica, basata sul numero e valore scientifico delle pubblicazioni. In particolare il Burlo ha raggiunto nell'ultimo anno il livello più elevato della sua storia in termini di valore normalizzato delle pubblicazioni (Impact Factor) ma addirittura **il primo posto nella classifica degli IRCCS** secondo l'unità di misura (**Field weighted citation impact**) che indica quanto il numero delle citazioni degli articoli ricevute dai ricercatori del Burlo negli ultimi 3 anni si confronta con la media del numero delle citazioni ricevute da altri ricercatori internazionali che si occupano dello stesso argomento. In questi termini il Burlo è citato ben oltre 5 volte la media. (Figura 45)

Accanto a questi importanti successi, il Burlo si è anche distinto in quest'ultimo anno per la sua **capacità di mettersi in rete** con gli altri gruppi di ricerca pediatrici nazionali: la rete degli IRCCS pediatrici IDEA, la rete per le sperimentazioni cliniche in età pediatrica INCIPIT, la rete degli ospedali pediatrici AOPI. Questa capacità di fare rete ha già sfruttato l'acquisizione di nuovi finanziamenti per la ricerca di valore superiore ai 300.000 €. Il Burlo sta anche iniziando un suo nuovo percorso per realizzare attività che porteranno al trasferimento tecnologico delle proprie ricerche e invenzioni e per questo impegno è stato accolto nella rete italiana NETVAL, un ponte tra la ricerca pubblica e le imprese interessate ad accrescere la propria competitività attraverso l'innovazione.

Ultimo riconoscimento in ordine temporale, ma nel contempo uno dei più prestigiosi, è quello che il Burlo ha ottenuto nell'agosto scorso. Il periodico inglese **Time Higher Education (THE)**, specializzato in valutazione della qualità dell'istruzione nel mondo, utilizzando il medesimo indicatore del Ministero (Field weighted citation impact) colloca l'IRCCS Burlo Garofolo al 28° posto tra gli Istituti di ricerca non universitari mondiali che garantiscono la

Figura 45. Field Weighted Citation Impact negli ultimi 3 anni



massima qualità della ricerca scientifica, primo in Italia, addirittura al di sopra dell'Agenzia Spaziale Italiana (45°) e dell'Istituto Europeo di Oncologia (47°). Il riconoscimento ha un alto valore in quanto la classifica non riguarda la qualità della sola ricerca sanitaria o in campo biologico, ma quella della totalità della ricerca scientifica, capace di attirare giovani cervelli da

tutta l'Europa e di orientare le loro scelte di formazione in settori specifici. Tra i primi 130 classificati, tra i quali primeggiano gli americani American Cancer Society e il Board Institute for Biomedical Research, il primo istituto italiano, al ventottesimo posto assoluto, è proprio il Burlo, con 997 pubblicazioni analizzate nel dettaglio.



CAPITOLO 7

SOSTENIBILITÀ
ECONOMICA,
FINANZIARIA
E PATRIMONIALE

7.1 PERFORMANCE ECONOMICA

L'analisi del bilancio dell'Istituto, in particolare del suo Conto Economico, permette di esprimere un sostanziale giudizio di solidità dell'Azienda. Dal 2003,

infatti, la gestione ha sempre prodotto un risultato positivo di esercizio. In particolare di seguito si illustrano gli anni 2015, 2016, 2017 e la proiezione effettuata in sede di secondo report quadrimestrale 2018. (Tabella 41)

Tabella 41. Riepilogo della gestione complessiva. Anni 2015 - Il report 2018

ESERCIZI	2015	2016	2017	II REPORT 2018
Valore della produzione	68.837.144	65.578.485	70.612.922	70.289.846
Costi della produzione	65.983.465	62.992.321	67.606.178	67.654.823
Imposte	2.546.709	2.506.761	2.509.663	2.606.579
SALDO GESTIONE CARATTERISTICA (A)	306.970	79.403	497.081	28.445
Gestione finanziaria	2.797	5.071	1	
Gestione straordinaria	(4.495)	74.874	(325.188)	(11.170)
SALDO GESTIONE FINANZIARIA E STRAORDINARIA (B)	(1.698)	79.945	(325.187)	(11.170)
RISULTATO DI ESERCIZIO (A+B)	305.272	159.348	171.894	17.275

È interessante notare come vi sia sempre stata garanzia di un saldo positivo nell'attività caratteristica, indice di corretto utilizzo

delle risorse assegnate. In figura 46 si evidenzia l'andamento, negli anni presi in considerazione, del valore della produzione

Figura 46. Andamento valore e costi della produzione

Anni 2015 - II Report 2018

**Tabella 42. Valore della produzione. Anni 2015 - Il report 2018**

	2015	2016	2017	II REPORT 2018
Contributi in costo esercizio da Regione	31.271.134	27.090.708	28.313.435	29.101.131
Contributi per Ricerca	4.319.013	4.394.488	5.991.819	4.744.312
Utilizzo fondi esercizi precedenti	700.526	1.156.690	1.134.502	74.171
Altri contributi in conto esercizio	80.844		29.533	100.000
Ricavi per mobilità Aziende del SSN	25.154.911	28.686.490	30.311.501	31.357.699
Ricavi per altre prestazioni	1.549.006	752.573	1.310.213	1.192.726
Ticket	1.685.175	1.649.993	1.657.352	1.666.955
Costi capitalizzati	4.076.535	1.847.543	1.864.567	2.052.852
TOTALE	68.837.144	65.578.485	70.612.922	70.289.846

(ricavi derivanti dalla produzione di servizi e da finanziamento regionale/ministeriale) messo a confronto con i relativi costi (sostenuti per la produzione degli stessi servizi).

Ai fini della valutazione dell'andamento sopra evidenziato, risulta interessante effettuare un'analisi sulla composizione del valore e dei costi della produzione negli anni considerati. (Tabella 42)

Va segnalato che la gestione del SSR, a partire dall'anno 2015, si presenta caratterizzata da diversi elementi innovativi. Innanzitutto il sistema di finanziamento, superando il criterio

passato dell'Area Vasta, viene previsto per Ente attraverso un'assegnazione per funzioni in base a standard di riferimento con un graduale riequilibrio, ma soprattutto prevede il riconoscimento dell'effettiva attività di ricovero e ambulatoriale all'interno della mobilità regionale, rappresentando il reale ricavo per prestazioni. È da questo esercizio, inoltre, che per la prima volta vengono applicate le disposizioni contenute nel D.Lgs. 118/2011, che hanno comportato notevoli cambiamenti nella rappresentazione dei fatti gestionali e nei relativi documenti di bilancio, individuando una serie di principi contabili innovativi

e vincolando il piano dei conti ai modelli di rilevazione ministeriale SP e CE. In particolare, all'interno del conto economico si evidenzia la diversa rappresentazione dei contributi vincolati relativi alla ricerca finalizzata che non vengono più riscontati da un esercizio all'altro, ma devono essere rappresentati nella loro interezza nell'anno di assegnazione e poi, per la quota inutilizzata nell'anno, accantonati in specifico fondo per rischi ed oneri per poi essere, gli anni successivi, utilizzati attraverso la voce "Utilizzo fondi esercizi precedenti".

Da questo deriva la progressiva riduzione dei finanziamenti indistinti, che risulta peraltro compensata da una maggior valorizzazione delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero: nel 2015 riconosciute a tariffa FVG abbattuta mentre negli anni successivi riconosciute a tariffa piena FVG. Questo risultato è stato raggiunto pur in presenza di un calo nel valore della

produzione a seguito del passaggio, dal 2016, di alcune prestazioni da regime di ricovero DH (potenzialmente inappropriati) a regime ambulatoriale: lo sforzo organizzativo portato avanti dall'Istituto ha consentito alla Regione FVG di posizionarsi entro il "valore soglia" passando dal 78% di DH diagnostici pediatrici nel 2015 al 49% nel 2016.

Nel 2017 va evidenziato l'aumento dei ricavi per rimborso spese a valenza regionale, a seguito del riconoscimento di uno specifico contributo per le attività di screening neonatale e terapie innovative per patologie rare correlate e per la copertura dei dispositivi ad alto costo utilizzati dall'Istituto. Un ulteriore aumento nei ricavi per mobilità evidenzia l'impegno dell'Istituto nel migliorare e potenziare l'attività prestazionale.

In figura 47 è illustrato un focus sulla composizione percentuale dei ricavi nel 2017.

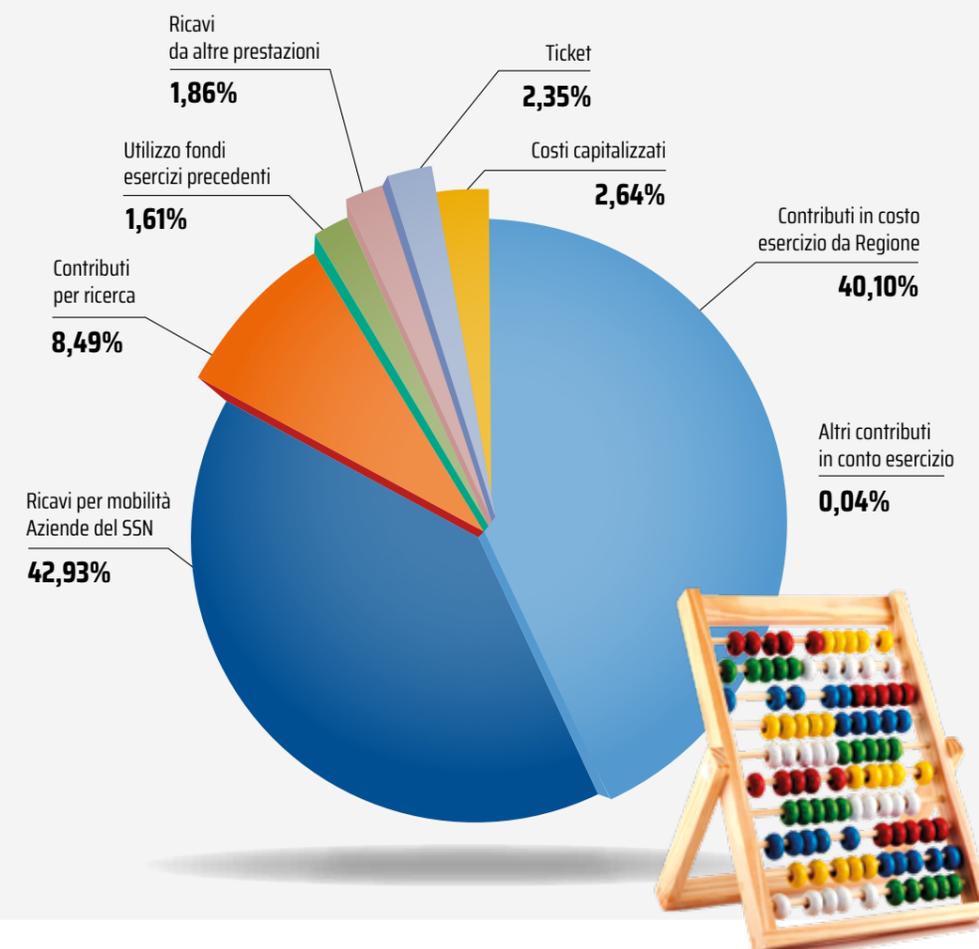
Figura 47. Composizione percentuale ricavi della produzione anno 2017

Tabella 43. Costi della produzione. Anni 2015 - Il report 2018

	2015	2016	2017	II REPORT 2018
Consumi di beni	9.674.786	9.246.185	10.587.583	11.758.841
Consumi di servizi con IRAP	11.655.262	11.877.728	14.169.098	14.765.505
Manutenzioni	1.508.244	1.488.593	1.550.086	1.614.849
Beni di terzi	391.481	352.222	185.863	226.800
Costo del lavoro con IRAP	37.795.261	37.434.531	36.961.484	38.311.066
Ammortamento beni strumentali	4.380.548	1.873.893	1.878.166	2.076.164
Accantonamenti	2.105.169	2.223.490	3.720.681	540.340
Costi amministrativi e generali	999.669	976.134	1.043.716	942.837
TOTALE	68.510.420	65.472.776	70.096.677	70.236.402

L'andamento dei costi della produzione nel quadriennio è illustrato in Tabella 43.

Sempre nell'ambito delle innovazioni introdotte dall'esercizio 2015, sul fronte dei costi della produzione è diversa la contabilizzazione degli accantonamenti relativi al personale dipendente, che vengono rilevati direttamente a ruolo e rientrano tra i debiti per CCNL, non più tra i fondi rischi. Si evidenzia inoltre la variazione delle aliquote di ammortamento da un esercizio all'altro che ha comportato, per alcune categorie di beni, un sostanziale incremento della quota di ammortamento, incidendo sia sulla voce di costo degli ammortamenti sia sulla voce di ricavo relativa alle sterilizzazioni. Sostanzialmente in linea i valori del 2016.

Nel 2017 la variazione riscontrabile tra i consumi di beni deriva per lo più dal maggior utilizzo dei dispositivi medici, in particolare quelli in vitro per la ricerca e quelli impiantabili attivi - impianti cocleari - in parte coperti con il nuovo finanziamento assegnato tra le sovraziendali e destinato ai pazienti regionali. Rientra in questa voce anche il costo sostenuto per i diagnostici utilizzati per l'attivazione di prestazioni innovative nell'ambito dei laboratori di genetica e quello sostenuto per il laboratorio spoke di ASUITs presente presso l'Istituto, peraltro interamente ristorato dall'Azienda stessa. Tra i consumi di servizi viene registrata una serie eterogenea

di costi esternalizzati, di questi le maggiori variazioni derivano dai progetti di ricerca e dai rimborsi ad ASUITs per le prestazioni sanitarie effettuate in convenzione o a seguito di passaggio di funzioni.

Relativamente al primo report 2018 il maggior consumo di beni, che riguarda i prodotti farmaceutici, è da imputarsi all'introduzione di un farmaco innovativo per la cura dell'atrofia muscolare spinale (SMA), di cui l'Istituto è stato riconosciuto Centro di riferimento regionale ed il cui costo è coperto interamente dal finanziamento regionale.

In figura 48 è illustrata la composizione percentuale dei costi nel 2017.

Grazie alla continua attenzione al contenimento dei costi e al miglioramento del fatturato, negli ultimi quattro esercizi (2014-2017) oltre al rispetto dell'equilibrio di bilancio, l'Istituto ha pure garantito il **rispetto dei vincoli regionali** per la farmaceutica, il personale, i dispositivi e le manutenzioni ordinarie edili-impiantistiche; per il 2017 è stato verificato il superamento del vincolo della farmaceutica e dei dispositivi medici, peraltro giustificato e in fase di valutazione dalla Direzione Centrale Salute.

Nel contempo è stato garantito il turnover del personale e sono stati acquisiti alcuni profili professionali che permettano una piena ripresa e sviluppo delle attività.

Nell'ultimo quadriennio è stata rinnovata la quasi totalità dei responsabili di SC e SSD. È stata posta particolare attenzione al tema della stabilizzazione dei precari, con la riduzione dei contratti a tempo determinato, passati da 79 unità al 31.12.2017 a 44 unità attuali. Contemporaneamente, l'Istituto ha messo in sicurezza l'attività di ricerca, nel rispetto della normativa vigente in tema di lavoro flessibile, mediante l'emanazione di avvisi di collaborazione, in attesa della completa applicazione delle Legge di bilancio 2018 in tema di personale della ricerca presso gli IRCCS.

Legge di Stabilità e Piani di efficientamento.

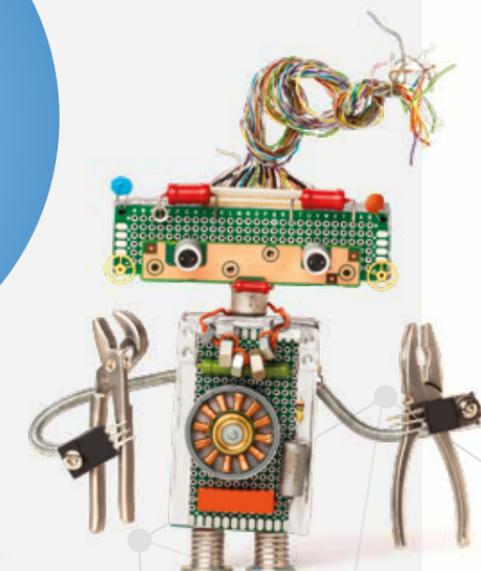
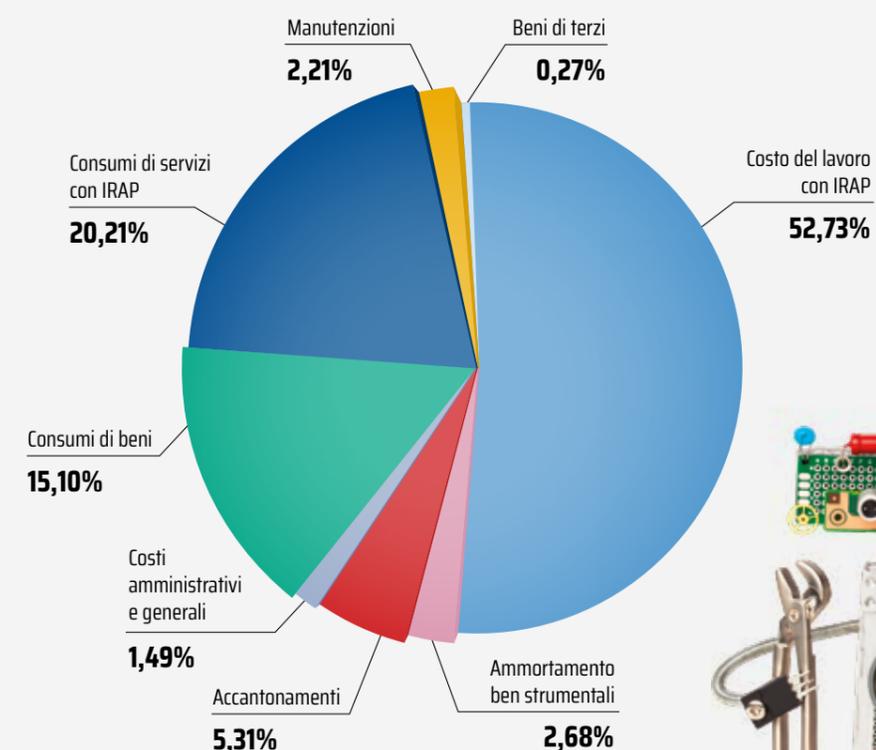
La Legge di Stabilità 2016 ha previsto che le Regioni individuino gli Enti del SSR (in prima istanza Aziende Ospedaliere e IRCCS, in seguito anche presidi ospedalieri di Aziende Sanitarie) che presentino una o entrambe le seguenti condizioni:

- Uno scostamento tra costi e ricavi "determinati come remunerazione dell'attività" $\geq 10\%$ dei suddetti ricavi o ≥ 10 milioni di euro.
- Mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure.

In caso di mancato rispetto di uno o entrambi i parametri, le Regioni devono applicare un piano di efficientamento per garantire il rientro all'interno dei parametri previsti nell'arco di un triennio.

La Legge di stabilità 2017 ha ridotto lo scostamento tra costi e ricavi a $< 7\%$ o $< 7.000.000$ €, ma ha anche previsto che "Le disposizioni si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano, che provvedono al finanziamento del servizio sanitario esclusivamente con risorse dei propri bilanci, compatibilmente con le disposizioni dei rispettivi statuti e delle conseguenti norme di attuazione".

Figura 48. Composizione percentuale costi di produzione anno 2017



Mentre i parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure sono sempre stati rispettati, il Burlo, analogamente alla quasi totalità degli Ospedali Pediatrici italiani, doppiamente penalizzato in quanto Ospedale materno-infantile e in quanto IRCCS, in base ai parametri economici sarebbe stato

costretto all'applicazione del piano di efficientamento, ma la Regione FVG ha bloccato il percorso richiamandosi all'autonomia regionale in campo sanitario. Ciononostante il Burlo si è impegnato in questo periodo a ridurre la forbice costi ricavi, ottenendo un miglioramento (Tabella 44).

Tabella 44. Percentuale di scostamento fra costi e ricavi

2014	2015	2016	2017	PROIEZIONE 2018
40,77%	34,37%	15,21% ¹	12,97% ¹	16,83% ¹

1. Dato da validare

7.2 SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E PATRIMONIALE

La situazione patrimoniale e finanziaria dell'IRCCS Burlo Garofolo viene rappresentata nel suo insieme nello Stato Patrimoniale, documento di "rappresentazione statica" in quanto fotografia di un determinato momento, di norma fatto corrispondere al 31 dicembre dell'anno. La rappresentazione viene effettuata mediante contrapposizione di "attività-impieghi" e "passività e netto - fonti" e una sua riclassificazione in termini finanziari serve a capire lo stato di equilibrio dell'Istituto.

Per il triennio 2015-2017 viene riportato lo Stato Patrimoniale, classificato secondo i requisiti di liquidità delle poste attive e di esigibilità delle poste passive, esposte in ordine decrescente in base alla loro attitudine a trasformarsi rispettivamente in entrate o uscite di cassa. Ciò comporta la distinzione tra attività e passività "a breve" dette anche correnti (entro l'anno) e quelle invece "a medio e lungo termine" dette immobilizzate o non correnti (oltre l'anno), assumendo per convenzione quale regola generale la durata annua del periodo amministrativo. (Tabelle 45-46)

Tabella 45. Attivo

	2015	2016	2017
ATTIVO CIRCOLANTE	20.218.280	18.991.299	24.558.552
DISPONIBILITÀ LIQUIDE	4.398.297	3.614.776	8.890.781
Cassa	28.702	28.702	28.599
Tesoreria	4.366.755	3.585.372	8.855.868
c/c postale	2.840	702	6.314
RIMANENZE	2.147.089	1.494.477	1.013.607
Sanitarie	2.015.593	1.389.569	913.947
Non sanitarie	131.496	104.908	99.660
CREDITI	13.672.894	13.882.046	14.654.164
Crediti v/Stato	1.472.862	1.931.074	2.297.334
Crediti v/Regione	6.873.318	7.127.190	4.437.193

Crediti v/AZSN	2.605.288	2.084.562	3.996.921
Crediti v/società partecipate e/o enti dip.dalla Regione	29.794	119.922	329.526
Crediti v/altri	2.674.128	2.578.378	3.125.384
Ratei/risconti attivi	17.504	40.920	467.806
IMMOBILIZZAZIONI	43.343.445	44.725.634	45.171.691
Immateriali	7.663	4.396	2.470
Materiali	24.311.674	23.973.833	24.681.550
Finanziarie	19.024.108	20.747.405	20.487.671
TOTALE ATTIVO	63.561.725	63.716.933	69.730.243

Tabella 46. Passivo

	2015	2016	2017
DEBITI	17.225.437	14.496.237	18.481.752
Debiti v/Regione	423.959	1.210.531	712.272
Debiti v/Comuni		1.248	
Debiti v/Aziende SSN	3.858.348	3.525.691	3.366.203
Debiti v/società partecipate e/o enti dipendenti della Regione	123.504	553.102	709.460
Debiti v/fornitori	5.113.896	5.171.536	6.971.961
Debiti tributari	1.588.297	40.984	1.534.265
Debiti v/istituti previdenziali	1.684.723	99.524	1.598.462
Debiti v/altri	4.409.946	3.882.640	3.578.554
Ratei e Risconti passivi	22.764	10.981	10.575
FONDI PER RISCHI ED ONERI	6.281.898	7.178.848	9.564.966
Fondi per rischi	1.941.802	2.090.673	2.532.266
Quote inutilizzate contributi di parte corrente vincolati	3.645.688	4.521.406	5.998.303
Altri fondi oneri	694.408	566.769	1.034.397
PATRIMONIO NETTO	40.054.390	42.041.848	41.683.525
Fondo di dotazione	103.489	103.489	103.489
Finanziamenti per investimenti	37.011.125	37.232.493	36.850.893
Riserve da donazioni e lasciti per investimenti	1.008.338	969.903	1.330.961
Altre riserve	3.826.753	3.576.615	3.226.288
Utili/perdite portati a nuovo	-2.200.587		
Utile/perdita d'esercizio	305.272	159.348	171.894
TOTALE PASSIVO	63.561.725	63.716.933	69.730.243

Di seguito la rappresentazione percentuale.

Tabella 47. Attività e passività

ATTIVITÀ	2015	2016	2017
Liquidità immediate e differite	28,43%	27,46%	33,77%
Scorte	3,38%	2,35%	1,45%
Immobilizzazioni	68,19%	70,19%	64,78%
TOTALE	100,00%	100,00%	100,00%

PASSIVITÀ	2015	2016	2017
Passività a breve termine	27,10%	22,75%	26,50%
Passività a lungo termine	9,88%	11,27%	13,72%
Patrimonio netto	63,02%	65,98%	59,78%
TOTALE	100,00%	100,00%	100,00%

7.3 DETERMINAZIONE E DISTRIBUZIONE DEL VALORE AGGIUNTO

Nelle aziende sanitarie pubbliche il **valore aggiunto** è inteso come l'insieme di quelle risorse o grandezze con le quali è possibile remunerare adeguatamente i fattori produttivi messi in campo dall'azienda.

Lo schema di riclassificazione si basa su una metodologia che consente di distinguere i componenti economici per aree omogenee, in modo da evidenziare, attraverso processi di aggregazione e confronto, grandezze economiche intermedie che permettano giudizi sulla situazione economica che caratterizza l'azienda nella sua produzione nel tempo. (Tabella 48)

Tabella 48. Prospetto di determinazione del valore aggiunto

VALORE AGGIUNTO GLOBALE	2015	2016	2017
VALORE DELLA PRODUZIONE	68.837.144	65.578.485	70.612.922
Contributi assistenza	22.054.978	17.793.708	19.045.968
Contributi ricerca	14.316.539	14.848.178	16.423.321
Ricavi per prestazioni a SSN	23.438.817	26.783.037	28.359.466
Ricavi per altre prestazioni	4.950.275	4.306.019	4.919.600
Costi capitalizzati	4.076.535	1.847.543	1.864.567
COSTI DEI BENI, SERVIZI E ALTRI ONERI DI GESTIONE	-28.296.195	-25.668.723	-30.271.269
Consumi di beni	-9.674.786	-9.246.185	-10.587.583
- Acquisti di beni sanitari	-9.462.046	-8.202.791	-9.675.444

- Acquisti di beni non sanitari	-344.293	-390.778	-431.270
- Variazione delle rimanenze	131.553	-652.616	-480.869
Acquisti di servizi	-10.744.542	-10.996.799	-12.855.260
Godimento di beni di terzi	-391.481	-352.222	-185.863
Ammortamenti e svalutazioni della gestione	-5.989.636	-3.988.972	-5.177.946
Accantonamenti per rischi	-630.618	-209.944	-510.498
Costi generali ed oneri diversi di gestione	-865.132	-874.601	-954.119
VALORE AGGIUNTO CARATTERISTICO	40.540.949	39.909.762	40.341.653
SALDO GESTIONE ACCESSORIA E STRAORDINARIA	-1.698	79.945	-325.187
VALORE AGGIUNTO GLOBALE	40.539.251	39.989.707	40.016.466

Il prospetto di riparto del Valore Aggiunto Globale riporta la descrizione delle categorie di stakeholder e le remunerazioni percepite dagli stessi. (Tabella 49)



Tabella 49. Prospetto di riparto del valore aggiunto

RIPARTO DEL VALORE AGGIUNTO GLOBALE	2015	2016	2017
A) REMUNERAZIONE DELLE RISORSE UMANE	40.214.225	39.804.053	39.825.407
Personale dirigente medico	13.068.314	13.176.275	12.914.307
Personale dirigente ruolo sanitario non medico	1.323.216	1.314.363	1.387.605
Personale comparto ruolo sanitario	14.501.796	14.216.931	13.826.772
Personale dirigente altri ruoli	555.730	635.829	634.975
Personale comparto altri ruoli	6.011.314	5.779.964	5.903.452
IRAP personale dipendente	2.334.891	2.311.169	2.294.373
Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro	2.418.964	2.369.522	2.863.924
B) REMUNERAZIONE DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	19.754	26.306	19.164
Imposte sul reddito dell'esercizio	19.754	26.306	19.164
C) VALORE NON RIPARTIBILE DESTINATO ALLA CONSERVAZIONE E ALL'INCREMENTO DEL PATRIMONIO	305.272	159.348	171.894

7.4 LE DONAZIONI E IL 5X1000

Donazioni

L'esigenza di esprimere profonda gratitudine verso i nostri operatori spinge molti utenti a effettuare donazioni ed elargizioni a favore dell'Istituto. A ciò si aggiunge la grande sensibilità e l'attenzione che da sempre enti, fondazioni e associazioni di volontariato, dimostrano nei confronti del

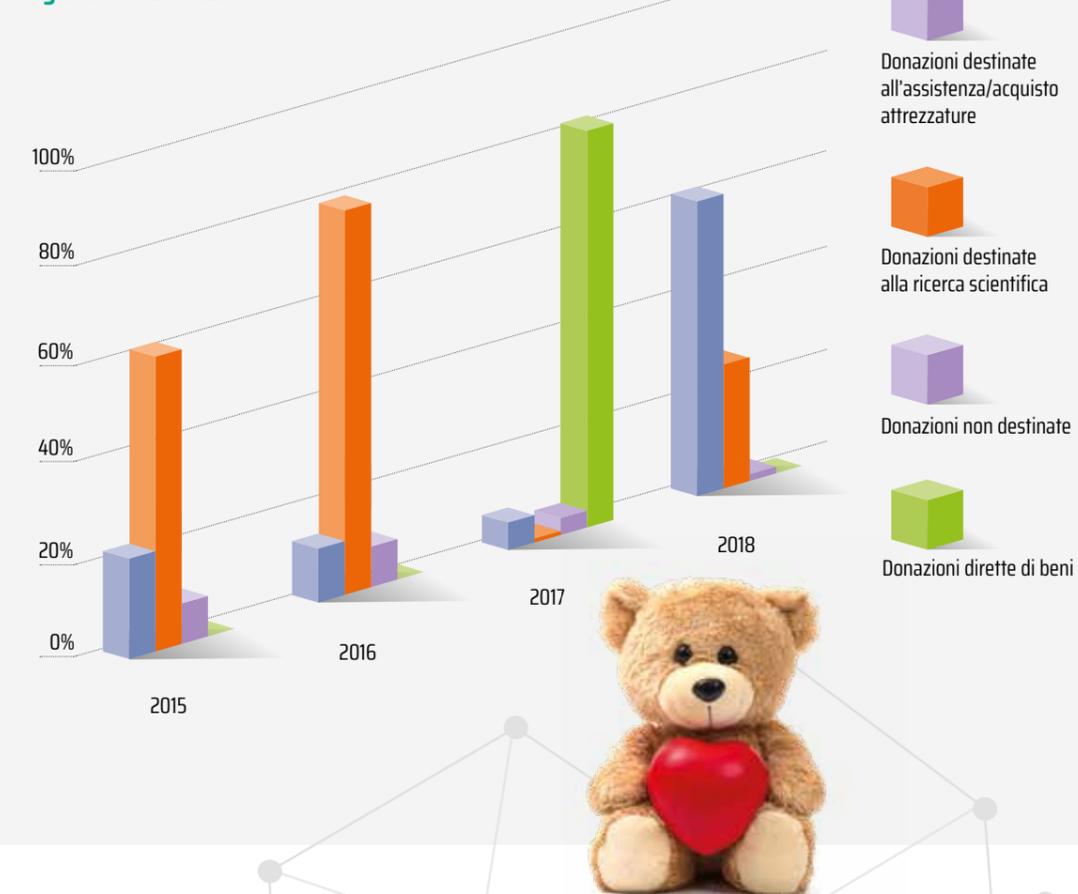
Burlo e consentono l'acquisto di apparecchiature all'avanguardia e il finanziamento di progetti di ricerca.

I dati riportati in tabella 50 e figura 49 diventano indicatori a comprova di fiducia, apprezzamento qualità ed eccellenza percepite da pazienti, cittadini, enti e associazioni, ma anche della generosità e della solidarietà degli stessi.

Tabella 50. Donazioni

DONAZIONI	2015	2016	2017	31/8/2018
Donazioni destinate all'assistenza - acquisto attrezzature	181.065	52.617	45.719	267.165
Donazioni destinate alla Ricerca scientifica	426.905	297.329	7.795	135.833
Donazioni non destinate	68.086	36.797	29.427	15.011
Donazioni diretta di beni			468.960	
TOTALE	676.056	386.743	551.901	418.009

Figura 49. Donazioni

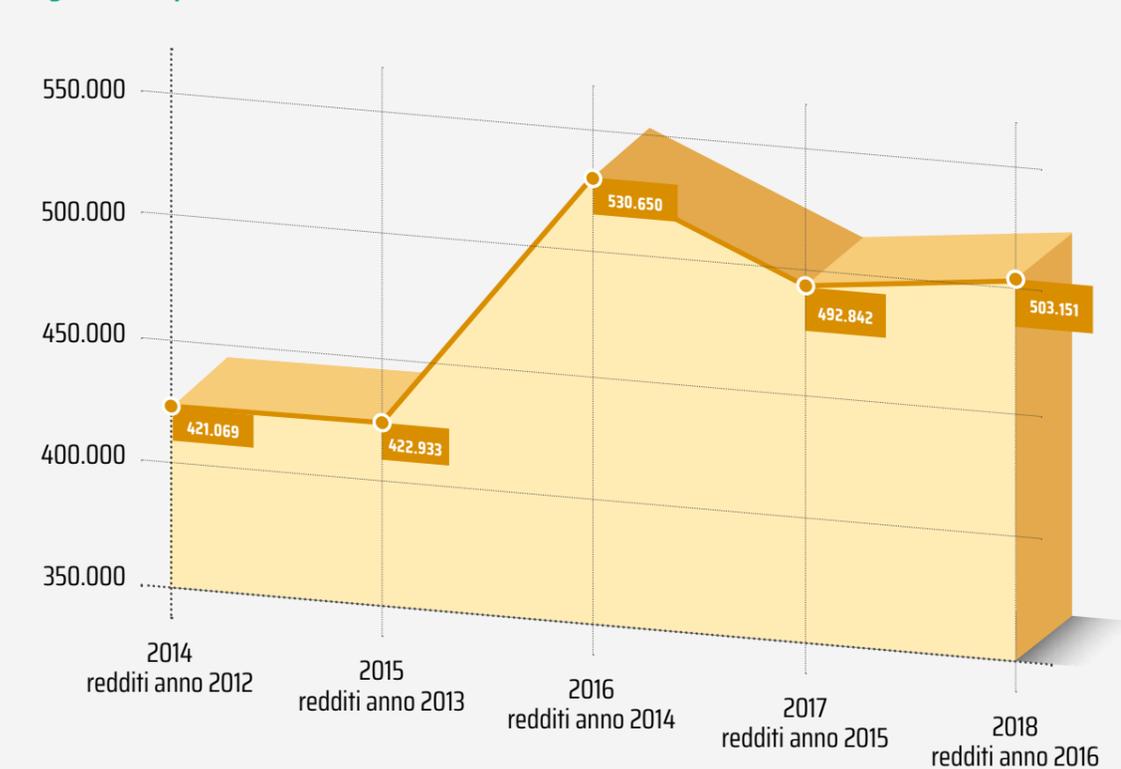


5 per mille

I fondi assegnati dal Ministero della Salute provenienti dalla raccolta del 5 per mille vengono attribuiti dal Direttore generale al

Direttore scientifico. A fronte dell'assegnazione la Direzione scientifica elabora specifici progetti. In figura 50 è illustrato l'andamento degli ultimi cinque anni.

Figura 50. 5 per mille



7.5 INVESTIMENTI

7.5.1 Investimenti in beni mobili e tecnologie

L'IRCCS Burlo Garofolo ha un installato di circa 2.250 apparecchiature per un valore di riacquisto pari a circa 16.500.000 €. Ipotizzando un tasso di obsolescenza medio di 10 anni, per il solo mantenimento del parco macchine sarebbero quindi necessari circa 1.650.000 €/anno, cui si dovrebbero aggiungere gli investimenti per gli sviluppi e le innovazioni. Tale valore non considera né gli investimenti necessari per il rinnovo dei beni economici né quelli inerenti la sfera IT che si caratterizzano per un tasso di obsolescenza rapidissimo e per le importanti novità

legate all'informatizzazione della Pubblica Amministrazione.

In tabella 51 vengono evidenziati gli importi dei finanziamenti suddivisi per anno, relativamente alle tecnologie biomediche, IT e beni economici.

Appare evidente dalla figura 51 come l'andamento del finanziamento abbia subito variazioni con un picco negativo nel 2014. Dal 2015 si evidenzia un trend crescente fino al 2017, con un finanziamento totale pari a 1.442.000 € (di cui un finanziamento in CC Regionale di 905.000 €), valore ancora lontano dal finanziamento previsto per il mantenimento del parco macchine a livelli di obsolescenza accettabili.

Un parco macchine sempre più vecchio

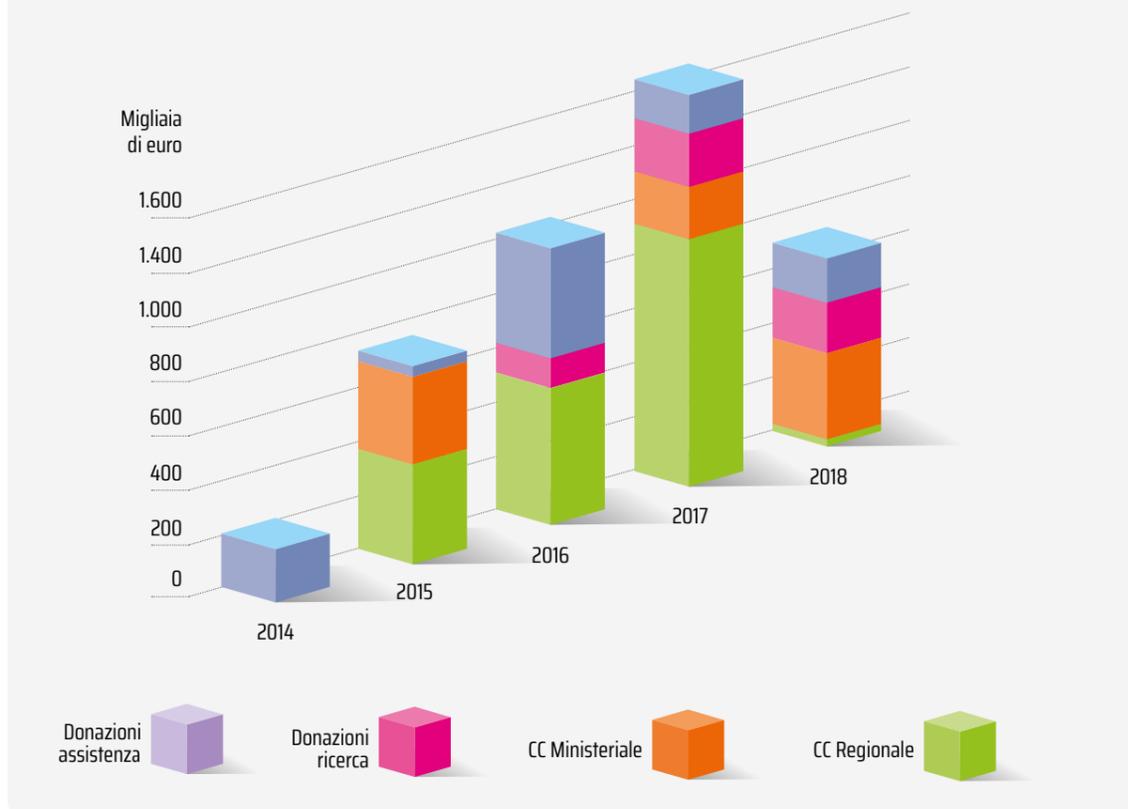
Tabella 51. Fonti di finanziamento del piano investimenti dal 2011 al 2018

PIANO INVESTIMENTI (€)	2011	2012	2013	2014
CC Regionale	450.000	400.000	270.000	0
CC Ministeriale	0	0	0	0
Donazioni per la ricerca	0	450.000	0	0
Donazioni per l'assistenza	114.000	500.000	295.000	203.000
TOTALE	564.000	1.350.000	565.000	203.000

conduce inevitabilmente all'aumento di problematiche legate alla gestione del rischio, oneri manutentivi crescenti sia in termini operativi che economici, oltre

a non permettere l'accesso ai pazienti alle ultime novità in termini di tecnologie, ormai fondamentali nella pratica clinica moderna.

Figura 51. Fonti di finanziamento del piano investimenti dal 2015 al 2018



La tabella 52 mostra come il contributo regionale in conto capitale mediamente rappresenta circa il 50% del totale dei finanziamenti a disposizione.

Si è reso quindi necessario ottimizzare il

piano delle acquisizioni di apparecchiature, integrando le diverse fonti di finanziamento (Regione, Ministero, donazioni), in modo da evitare duplicazioni e fare scelte che possano soddisfare sia l'ambito assistenziale che quello della ricerca. (Tabelle 53-54-55-56)

Tabella 52.

	P. I. 2015	P. I. 2016	P. I. 2017	P. I. 2018
% finanziamenti CC Regionale sul totale	50%	50%	50%	50%

Tabella 53. Principali investimenti conclusi nell'ultimo quadriennio

APPARECCHIATURA	DESTINAZIONE	COSTO (€)
Colonna per videolaparoscopia per chirurgia isteroscopica	Clinica Ostetrica e Ginecologica Chirurgia laparoscopica isteroscopia	65.000
Upgrade 3D della colonna laparoscopica	Clinica Ostetrica e Ginecologica Chirurgia laparoscopica isteroscopia	90.000
Ecotomografo per ginecologia	Clinica Ostetrica e Ginecologica	120.000
Ecografo Ostetrico	Medicina fetale e Diagnostica prenatale	55.000
Ecotomografo per diagnostica prenatale	Medicina fetale e Diagnostica Prenatale	70.000
NIRS - Near Infrared Spectroscopy	Neonatologia	195.500
Ventilatori polmonari top di gamma	Neonatologia	125.000
Monitor multiparametrici top di gamma compresa centrale	Neonatologia	95.000
Sistema di trasporto neonatale	Neonatologia	100.000
Incubatrici neonatali	Neonatologia	150.000
Riuniti dentistici	Odontostomatologia	74.000
OCT portatile	Oculistica	90.000
Stanza campo audiometrico	Otorinolaringoiatria e Audiologia	40.000
Colonna video per gastroscopia	Gastroenterologia, endoscopia digestiva e Nutrizione Clinica	70.000
Ecocardiografo top di gamma	Cardiologia	130.000
Upgrade del sistema di video EEG	Neuropsichiatria infantile	27.000
Telecomando digitale diretto	Radiologia Pediatrica	225.000
Portatile per radiografia	Radiologia	100.000
Spettrometro di massa con torcia al plasma (ICP-MS)	Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	125.000
Spettrometro di massa a triplo quadrupolo	Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	328.000
Citofluorimetro	Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale	110.000

Tabella 54. 2018: Investimenti avviati di prossima installazione

APPARECCHIATURA	DESTINAZIONE	COSTO (€)
Next Generation Sequencing (NGS)	Genetica Medica	200.000
Genotyping	Genetica Medica	290.000
Sistema di acquisizione immagini di membrane	Genetica Medica	50.000
Lampade scialitiche per sala operatoria	Clinica Ostetrica e Ginecologica	12.000
Cerebral function monitor	Neonatologia	30.000

Tabella 55. Investimenti 2018 finanziati e avviati

APPARECCHIATURA	DESTINAZIONE	COSTO (€)
Tavolo operatorio	Clinica Ostetrica e Ginecologica	90.000
Ecotomografo portatile	Radiologia	40.000

Tabella 56. Investimenti 2018 finanziati - da avviare

APPARECCHIATURA	DESTINAZIONE	COSTO (€)
Letto travaglio parto	Clinica Ostetrica e Ginecologica	15.000
Armadio stoccaggio gastroscopi	Gastroenterologia, endoscopia digestiva e Nutrizione Clinica	24.000
Ecotomografo portatile	Anestesia e Rianimazione	45.000

7.5.2 Investimenti - edilizia e impiantistica

Le strategie messe in atto in questo ambito devono necessariamente partire dalla con-

siderazione che è iniziata la costruzione del nuovo Burlo nel comprensorio di Cattinara: si è data quindi la priorità a investimenti volti a garantire la sicurezza o previsti da norme di legge (es. antisismica, antincendio), e ad

Tabella 57. Interventi edili ed impiantistici 2015-2018. Opere concluse - 4.285.000 €

INTERVENTO	IMPORTO (€)
Realizzazione ambulatori audiologia	510.000
Riqualficazione aula magna	335.000
Manutenzione straordinaria degenza Ostetricia/ginecologia	210.000
Vari adeguamenti impiantistici (rifacimento centrale termica, potenziamento impianto di condizionamento)	1.200.000
Adeguamento antincendio edificio principale	1.650.000
Adeguamento Area deposito temporaneo rifiuti	300.000
Analisi di vulnerabilità sismica edificio ospedale	80.000

interventi richiesti dal percorso di autorizzazione/accreditamento istituzionale, evitando di investire somme cospicue in interventi di ristrutturazione non urgenti, non coerenti con il prossimo trasferimento.

Anche in questo ambito le fonti di

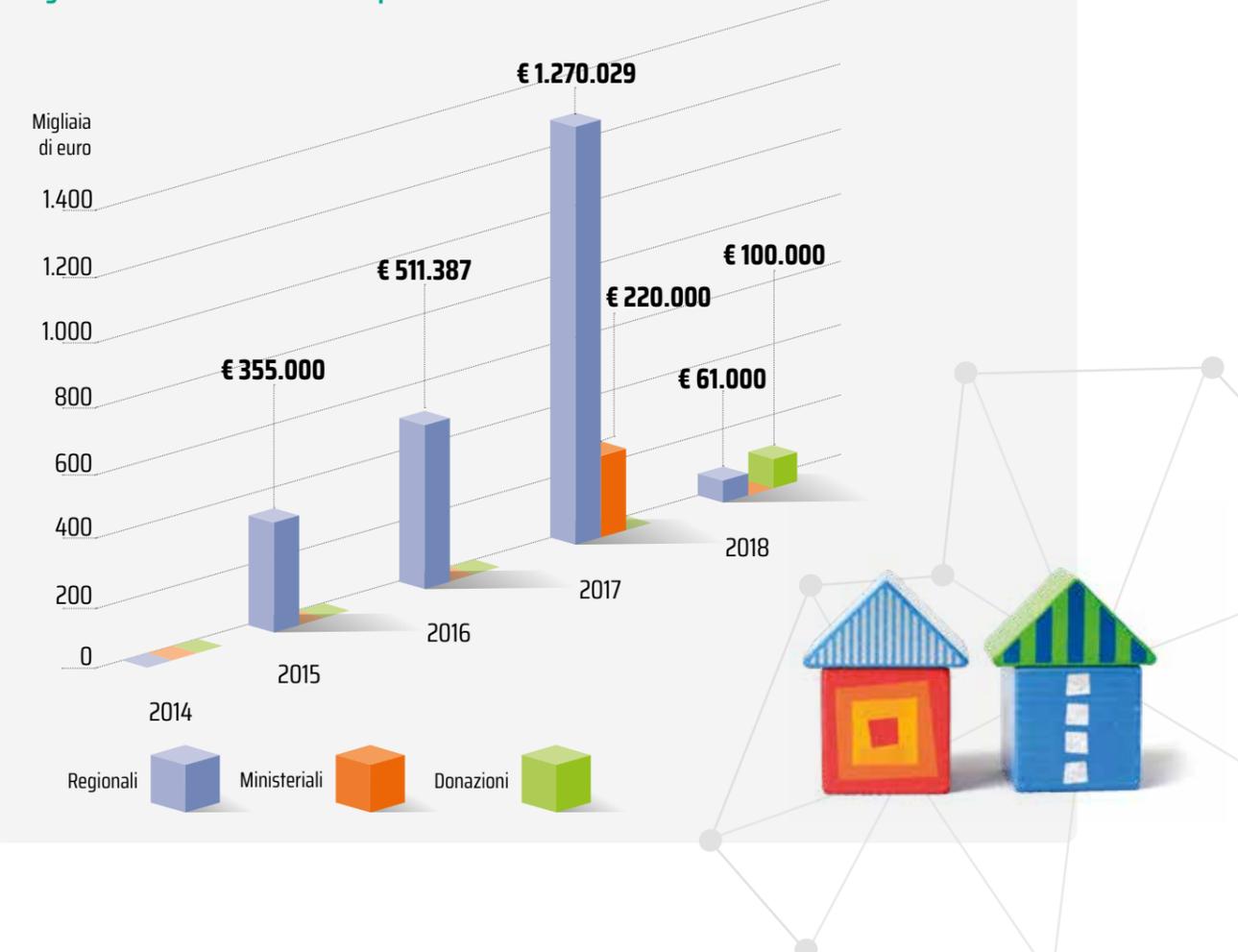
finanziamento possono essere regionali, ministeriali e da donazioni e, come sopra descritto, la strategia è quella di pianificare gli investimenti integrando le varie forme di finanziamento. (Tabella 57-58-59, figura 52)

Tabella 58. Interventi edili ed impiantistici in corso. Opere in fase esecutiva

INTERVENTO	IMPORTO(€)	TERMINE PREVISTO
Analisi di vulnerabilità sismica palazzina ambulatori e laboratori	70.000	Dicembre 2018

Tabella 59. Interventi edili ed impiantistici in corso. Opere in fase di progettazione/avvio - 1.210.000 €

INTERVENTO	IMPORTO(€)	INIZIO PREVISTO
Manutenzione straordinaria degenza oncologia	280.000	Dicembre 2018
Manutenzione straordinaria secondo piano tra scale B e C	420.000	Primo trimestre 2019
Realizzazione laboratorio preparazione farmaci (camera bianca)	280.000	Ultimo trimestre 2018 - primo trimestre 2019
Adeguamento antincendio palazzina ambulatori	230.000	Primo trimestre 2019

Figura 52. Interventi edili ed impiantistici 2014-2018. Finanziamenti

CAPITOLO 8

IL NUOVO BURLO



In base alle scelte programmatiche assunte dalla Regione, la sede istituzionale del Burlo troverà nuova collocazione presso una nuova struttura, da realizzarsi presso il comprensorio ospedaliero di Cattinara.

Nel corso del presente mandato, la Direzione Aziendale ha partecipato attivamente all'analisi delle scelte funzionali ed organizzative poste alla base del progetto edilizio del nuovo fabbricato proponendo, nella misura possibile rispetto ai vincoli strutturali di progetto, soluzioni distributive alternative, coerenti con il futuro modello organizzativo aziendale.

La struttura si svilupperà su un totale di

cinque piani fuori terra e due interrati, per una superficie complessiva di 20.000 mq circa, esclusi gli spazi destinati ai posti auto. La conformazione planimetrica sarà a forma di "L" aperta con le due ali che si sviluppano seguendo lo schema distributivo del cosiddetto "quinto corpo di fabbrica", soluzione architettonica che garantisce ampi margini di flessibilità ed adattabilità futuri. Il progetto, esito di un concorso di progettazione di respiro internazionale, si fonda su una serie di presupposti quali l'integrazione, per lo più in termini di infrastrutture di supporto e tecnologie, con il comprensorio ospedaliero per adulti esistente.



te, il soddisfacimento dei ricercati requisiti di umanizzazione con elevati standard in termini di ospitalità. A tali aspetti si aggiungono una ricercata scelta dei materiali e delle finiture, elevati standard di sicurezza in termini di strutture e microclima interno e aree ad alta intensità di cura supportate da soluzioni tecniche di alta qualità ed affidabilità.

Il terzo livello, corrispondente alla quota a livello stradale, ospiterà l'odontostomatologia, la radiologia, il punto prelievi con il CUP annesso oltre agli ambulatori di diagnosi prenatale.

Al primo piano troveranno collocazione i servizi dedicati alla donna ed al bambino ovvero il punto nascita, la terapia intensiva neonatale, le camere del parto, gli ambulatori per la procreazione medicalmente assistita. Allo stesso livello ed all'interno della piastra servizi dell'ospedale esistente, troveranno collocazione il pronto soccorso pediatrico, la sala gessi e l'OBI unitamente ad alcune sezioni di radiologia d'urgenza. Il piano è accessibile dagli autoveicoli attraverso la camera calda esistente che verrà debitamente ingrandita.

Al piano secondo troveranno collocazione le aree ad alta intensità di cura quali le degenze ad alta intensità di cura, il blocco operatorio, la rianimazione oltre alla direzione medica di presidio.

Il terzo livello ospiterà l'attività ambulatoriale ed i servizi di Day Hospital mentre il quarto ed ultimo livello la degenza di pediatria.

In data 6 aprile 2017 è stato stipulato il contratto di appalto integrato, aggiudicato al RTI "Clea - Aplheona - Progetti e Servizi", per un importo lavori di € 110.448.776,57 ed un corrispondente quadro economico complessivo dell'opera di € 140.000.000. L'opera di progetto riguarda la riqualificazione dell'intero comprensorio ospedaliero in cui sarà edificato l'edificio destinato esclusivamente alla nuova sede dell'Istituto. L'opera si compone anche di un edificio servizi per logistica, parcheggi e spazi per medicina di laboratorio, in particolare per laboratori di ricerca ad utilizzo esclusivo dell'Istituto. Ulteriori opere previste sono la ristrutturazione delle aree di degenza per

adulti, il collegamento delle attuali "torri" di degenza con una torre centrale a tutt'altezza (per un totale di 15 piani), la ristrutturazione di parti della piastra esistente ed una serie di opere di urbanizzazione dell'area (parcheggi, viabilità, sistemazioni esterne), interventi più prettamente correlati all'ospedale per adulti piuttosto che al nuovo Burlo.

Il 21 dicembre 2017 hanno avuto inizio alcune opere propedeutiche al cantiere, interventi anticipati al fine di dare successivamente avvio ai lavori con maggiore celerità e sicurezza oltre a generare minori disagi per utenti ed operatori.

La realizzazione dell'opera è prevista per fasi successive e per lotti funzionali distinti, costruiti in funzione dei vincoli e delle condizioni al contorno ed all'esigenza di ridurre al minimo le interferenze con l'attività sanitaria che, seppure in parte ridotta, non verrà mai sospesa. La durata complessiva dei lavori è prevista in anni 6: entro i primi 3 anni è prevista la realizzazione della palazzina servizi ed entro i primi 5 anni la sede del nuovo Burlo.



CAPITOLO 9 UNO SGUARDO AL FUTURO



Se il quadriennio 2015-2018 è servito a riposizionare, consolidare e rilanciare il Burlo, i prossimi anni dovranno essere orientati ad affrontare le nuove sfide che il futuro ci propone:

- 1. Ruolo e posizionamento dell'IRCCS:** è importante completare il percorso da Ospedale Pediatrico a Coordinatore della Rete Pediatrica FVG, a Dipartimento Pediatrico interaziendale regionale, fino all'ipotesi di istituire un **IRCCS materno-infantile multicentrico regionale**, una sorta di Ente intermedio sanitario, cui venga affidato il compito di gestire la Pediatria ospedaliera regionale interagendo con la Pediatria territoriale.
- 2. Sostenibilità economica:** il Burlo presenta una "fragilità intrinseca" legata al fatto di essere IRCCS e Ospedale Pediatrico, nonché alle sue dimensioni. Più che prevedere finanziamenti e ripiani "a piè di lista", anche al fine di evitare il rischio dei piani di efficientamento, è importante definire strumenti e modalità di finanziamento che tengano conto della sua peculiarità di IRCCS materno-infantile e della sua diversità rispetto alle altre
- 3. Il Nuovo Burlo:** la costruzione della nuova sede del Burlo nell'area di Cattinara rappresenta un passaggio fondamentale che consentirà di superare una serie di problemi logistici e organizzativi, realizzando finalmente una sede al passo con le esigenze di un ospedale materno-infantile moderno, oltre alla possibilità di un'ampia condivisione dei servizi e delle attività con ASUITS. Il cantiere è iniziato nel settembre 2017 e la conclusione dei lavori è prevista entro 5 anni dall'aggiudicazione definitiva e quindi verosimilmente entro il 2024. Nel frattempo stiamo mettendo a punto e testando i modelli organizzativi e gestionali che verranno applicati nel nuovo ospedale.
- 4. Fondazione Burlo Garofolo:** istituita nel 2018, ha il compito di sviluppare attività di fund raising e iniziative di promozione e comunicazione a supporto dell'assistenza e della ricerca. Di fatto inizierà le sue attività nel prossimo anno e potrà rappresentare, analogamente a quanto avviene per altri Ospedali Pediatrici, un potente strumento di supporto per il nostro Istituto.

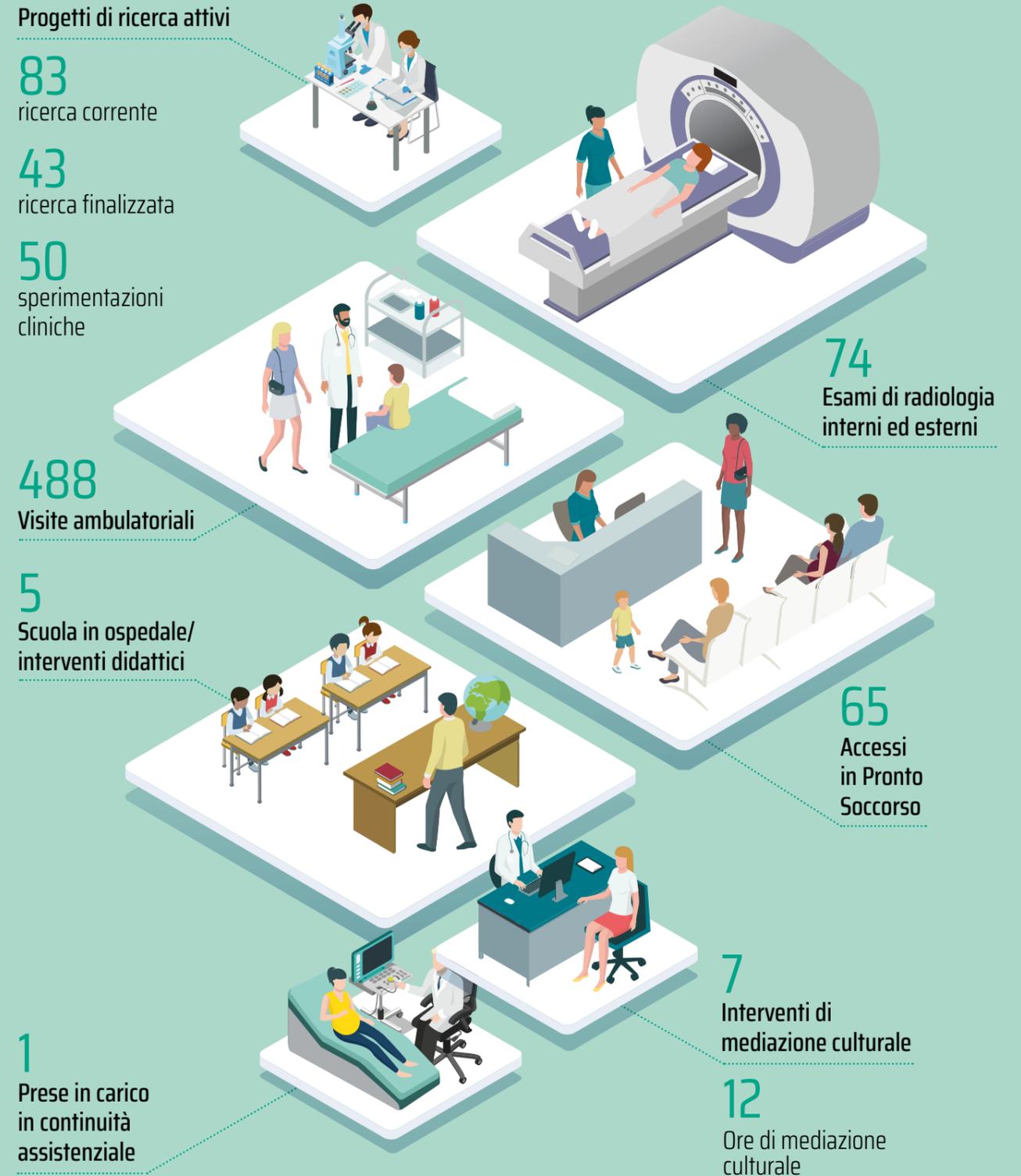
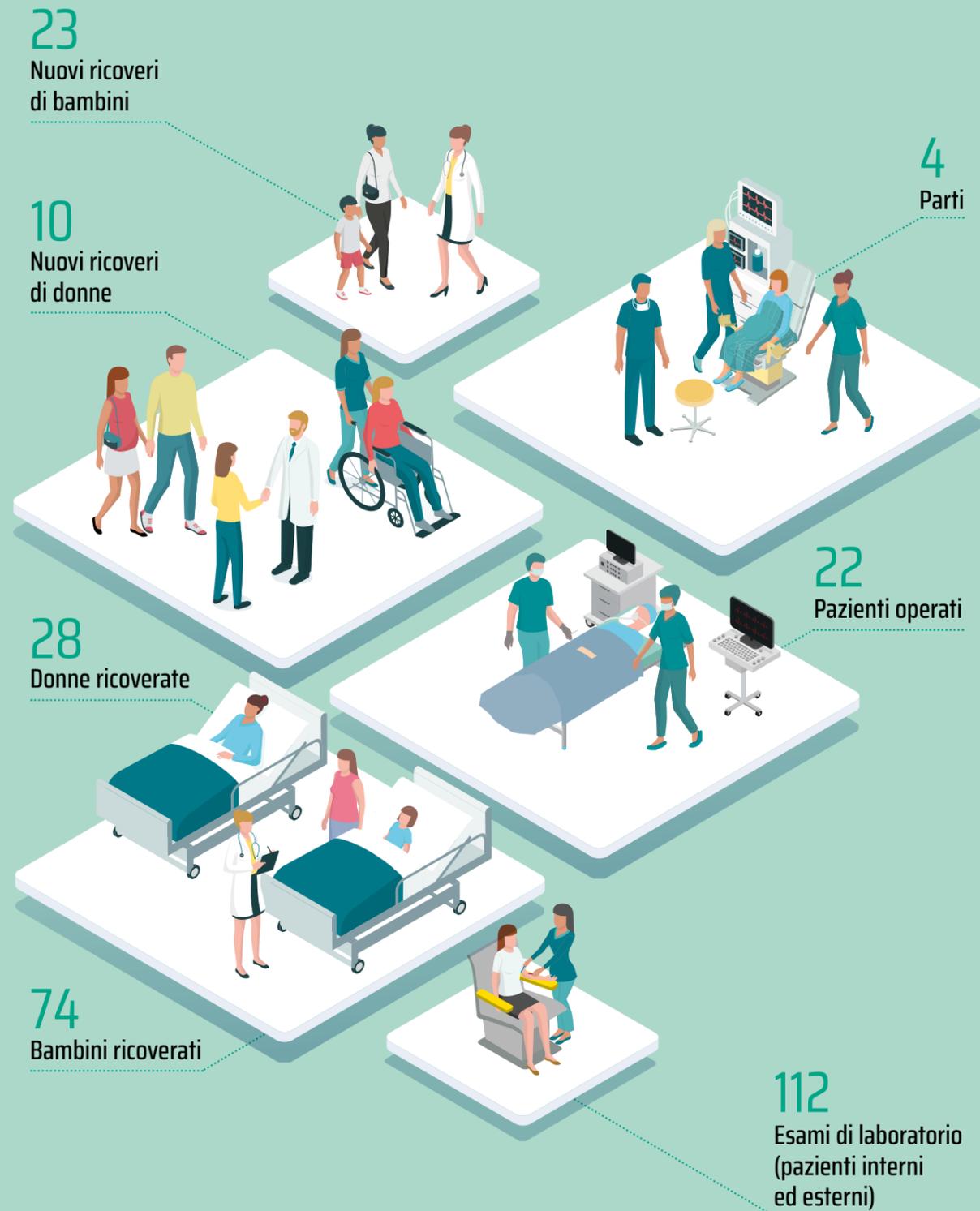
5. Sviluppare il **ruolo internazionale**, soprattutto nei rapporti con l'area balcanica e mitteleuropea, sia per l'assistenza che per la ricerca, anche

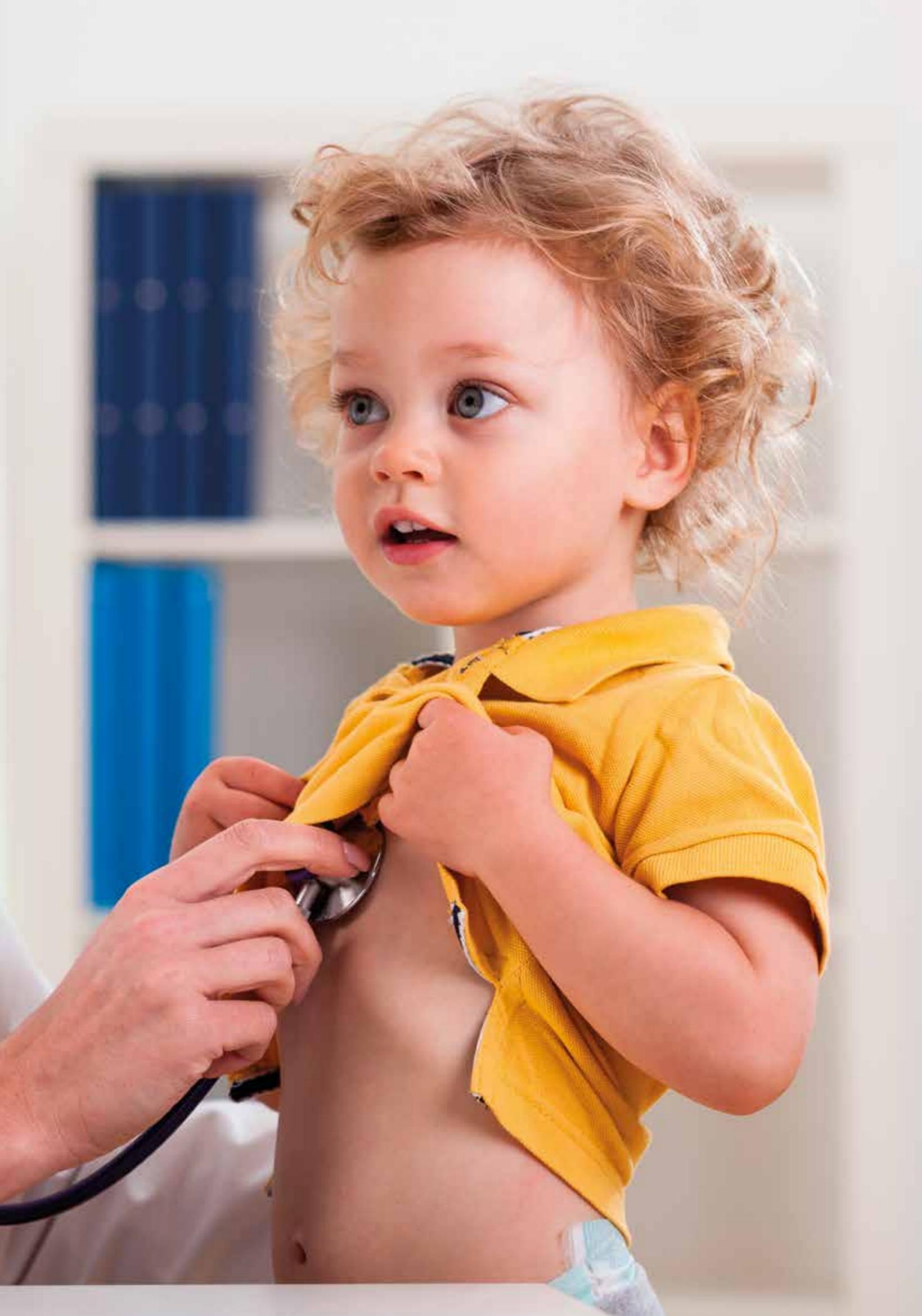
approfittando del percorso ESOF 2020 - Trieste Capitale Europea della Scienza.

6. Consolidare e diffondere il modello di **integrazione** fra assistenza, ricerca e didattica, nonché di integrazione fra professionisti, che ha costituito da

sempre la peculiarità del Burlo: risolvere problemi e fare innovazione, non limitarsi ad eseguire prestazioni sanitarie.

UN GIORNO AL BURLO





GLOSSARIO



A.G.M.E.N. - F.V.G.: Associazione Genitori Malati Emopatici Neoplastici
A.S.D.: Associazione Sportiva Dilettantistica
AAS: Azienda per l'Assistenza Sanitaria
ADT: Accettazione/Dimissione/Trasferimento
AGENAS: Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
AID: Associazione Italiana Dislessia
AIFA: Agenzia Italiana del Farmaco
AIIC: Associazione Italiana Ingegneri Clinici
AIRC: Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro
AMA: Auto Mutuo Aiuto
ANAC: Autorità Nazionale Anticorruzione
ANCI: Associazione Nazionale Comuni Italiani
AOPI: Associazione Ospedali Pediatrici Italiani
ASTRO: Associazione Triestina Ospedaliera per il Sorriso dei Bambini ONLUS
ASUITS: Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste
ASUIUD: Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine
ATENA: Applicazioni Tecnologiche di Nuovi Anti-neoplastici
AZSN: Aziende del Servizio Sanitario Nazionale
BMI: Body Mass Index
CC: Conto Capitale
CCM: Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie
CCNL: contratto collettivo nazionale
CDA: Consiglio di Amministrazione
CDC: Center for Disease Control and Prevention
CeDAP: Certificato di Assistenza al Parto
CERMES: centro di Ricerca su Marketing e Servizi
CEUR - Comitato Etico Unico Regionale
CIVIT: Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche
CM: Circolare Ministeriale
Co.co.co: collaboratori coordinati e continuativi
CRT: Fondazione Cassa di Risparmio di Trieste
CSOORRST: Centro Sociale Ospedali Riuniti e Operatori Riuniti della Sanità di Trieste
CTS: Comitato Tecnico Scientifico
CUG: Comitato Unico di Garanzia
CUOA: Centro Universitario di Organizzazione Aziendale
CUP: Centro Unico prenotazioni
D.Lgs.: Decreto legislativo
DCS: Direzione Centrale Salute
DDG: Decreto del Direttore Generale
DG: Direttore Generale
DH: Day Hospital
DM: Decreto Ministeriale

DNA: Acido Desossiribonucleico
DPR: Decreto del Presidente della Repubblica
DRG: Diagnosis Related Group
ECM: Educazione Continua in Medicina
EGAS: Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi condivisi
EEG: Elettroencefalografia
ESOF: EuroScience Open Forum
Ff: Facente funzione
FF.OO.: Forze dell'Ordine
FIASO: Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere
FR: Formazione Residenziale
FSC: Formazione Sul Campo
FVG: Friuli Venezia Giulia
GBD: Global Burden of Disease
HAV: virus dell'Epatite A
HBSC: Health Behaviour in School-aged Children
HBV: virus dell'Epatite B
HIV: Human Immunodeficiency Virus
HPV: Human Papilloma Virus
HSCT: Hematopoietic Stem Cell Transplantation
IBD: Inflammatory Bowel Diseases
ICP-MS: Spettrometro di massa con torcia al plasma
ICT: Information and Communications Technology
IDEA: Rete Italiana salute Dell'Età evolutiva - rete degli IRCCS pediatrici
IFnc: Impact Factor normalizzato corretto
IHME: Institute for Health Metrics and Evaluation
IMAM: Integrated Management of Acute Malnutrition
INAIL: Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro
INCIPIT: Italian Network for Paediatric Clinical Trials
IRAP: imposta regionale sulle attività produttive
IRCCS: Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico
ISPAD: International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes
ISS: Istituto Superiore di Sanità
ISTAT: Istituto nazionale di statistica
LEA: Livelli Essenziali di Assistenza
MEF: Ministero
MMR: *Measles Mumps Rubella*
MPR: Morbillo, Parotite Rosolia
NETVAL: associazione delle università e degli enti pubblici di ricerca italiani impegnati nella valorizzazione dei risultati della ricerca pubblica.
NGS: Next Generation Sequencing
NIPT: Test Prenatale non invasivo
NIRS: Near Infrared Spectroscopy

O.N.L.U.S.: organizzazione non lucrativa di utilità sociale

OCT: Tomografia ottica computerizzata

OIV: Organismo Indipendente di Valutazione

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

OOSS: Organizzazioni Sindacali

OT/24: modello INAIL per la riduzione tasso premio assicurativo

PA: Pubblica Amministrazione

PAL: Piano Attuativo Locale

PAO: Piano Attuativo Ospedaliero

PGS: PGS: Diagnosi preimpianto mediante screening genetico

PLS: Pediatra di Libera Scelta

PMA: Procreazione Medicalmente Assistita

PNE AGENAS: Programma Nazionale Esiti

PO: Posizione Organizzativa

PO: Presidio Ospedaliero

POR-FESR: Programma Operativo Regionale - Fondo Europeo di Sviluppo Regionale

PS: Pronto Soccorso

PTA: professionale, tecnica, amministrativa

R.I.: Radiazioni Ionizzanti

RC: Ricerca Corrente

RF: Ricerca finalizzata

RMN: Risonanza Magnetica Nucleare

RPCT: Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

RTI: Raggruppamento temporaneo

s.m.i.: seguenti modifiche e/o integrazioni

S2M: Science to Medicine

SC: Struttura Complessa

SCR: Struttura Complessa connessa alla Ricerca

SDI: Sistema Interscambio Dati Regionale

SISSA: Scuola Internazionale di Studi Avanzati di Trieste

SISSR: Sistema Informativo Sociosanitario Regionale

SMA: Atrofia Muscolare Spinale

SS: Struttura Semplice

SSD: Struttura Semplice Dipartimentale

SSN: Servizio Sanitario Nazionale

SSR: Servizio Sanitario Regionale

TB: Tubercolosi

TD/TI: Tempo Determinato/Tempo Indeterminato

THE: Times Higher Education

TPMT: Tiopurina Metiltransferasi

UE: Unione Europea

UF: Ufficio Formazione

UCA: Ufficio Continuità Assistenziale

UNFPA: Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione

UNICEF: Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia

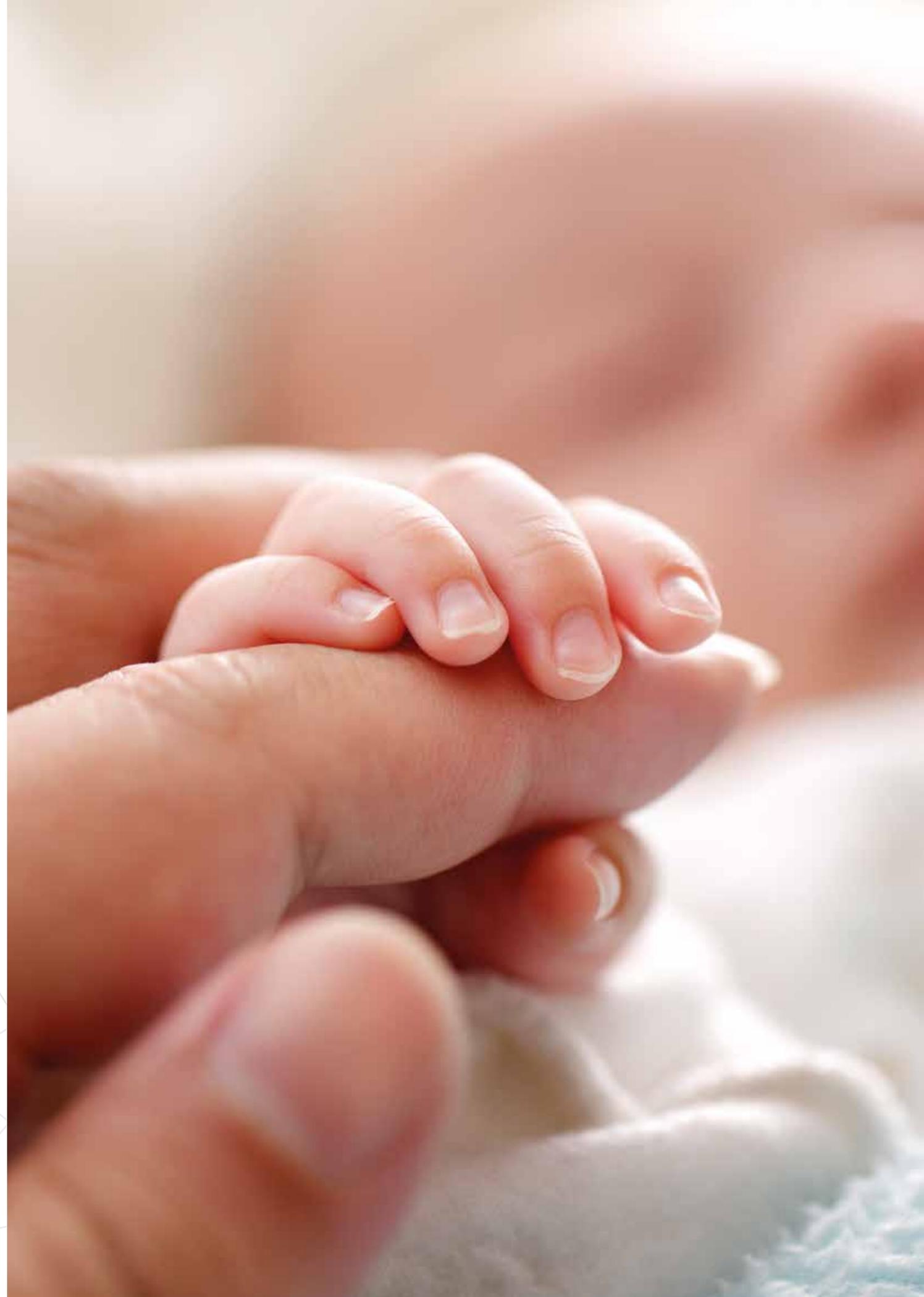
UNITS: Università degli Studi di Trieste

URC: Ufficio per la Ricerca Clinica

URP: Ufficio Relazione con il Pubblico

VAMSTM: Volumetric Absorptive Micro Sampling

WHO: World Health Organization



DIREZIONE STRATEGICA

Direttore Generale

Gianluigi Scannapieco

Direttore Scientifico

Fabio Barbone

Direttore Sanitario

Adele Maggiore

Direttore Amministrativo

Stefano Dorbolò

Eugenio Possamai

COLLEGIO SINDACALE

Joram Bassan, Presidente

Carlo Geronimo Cardia

Gianpiero Fortino

CONSIGLIO DI INDIRIZZO E VERIFICA

Michela Cattaruzza, Presidente

Nora Coppola

Marcello Di Caterina

Nerio Nesladek

Federico Pacorini

PROGETTO

Responsabile

Gianluigi Scannapieco

Coordinamento

Rebecca Pim

Valentina Gobetto

Donatella Fontanot

Gruppo di Lavoro

Anna Arbo, Francesco Barbagli, Michele Bava,

Livia Bicego, Patrizia Borzacchiello, Claudia Carosi,

Eleonora Croci, Margherita Dal Cin, Elisabetta Danielli,

Cinzia Decorti, Roberto Iuli, Massimiliano Liberale,

Raffaella Locci, Lorenzo Monasta, Laura Novello,

Michela Petrazzi, Alessandra Rachelli, Luca Ronfani,

Stefano Russian, Martina Vardabasso, Elisa Zanello

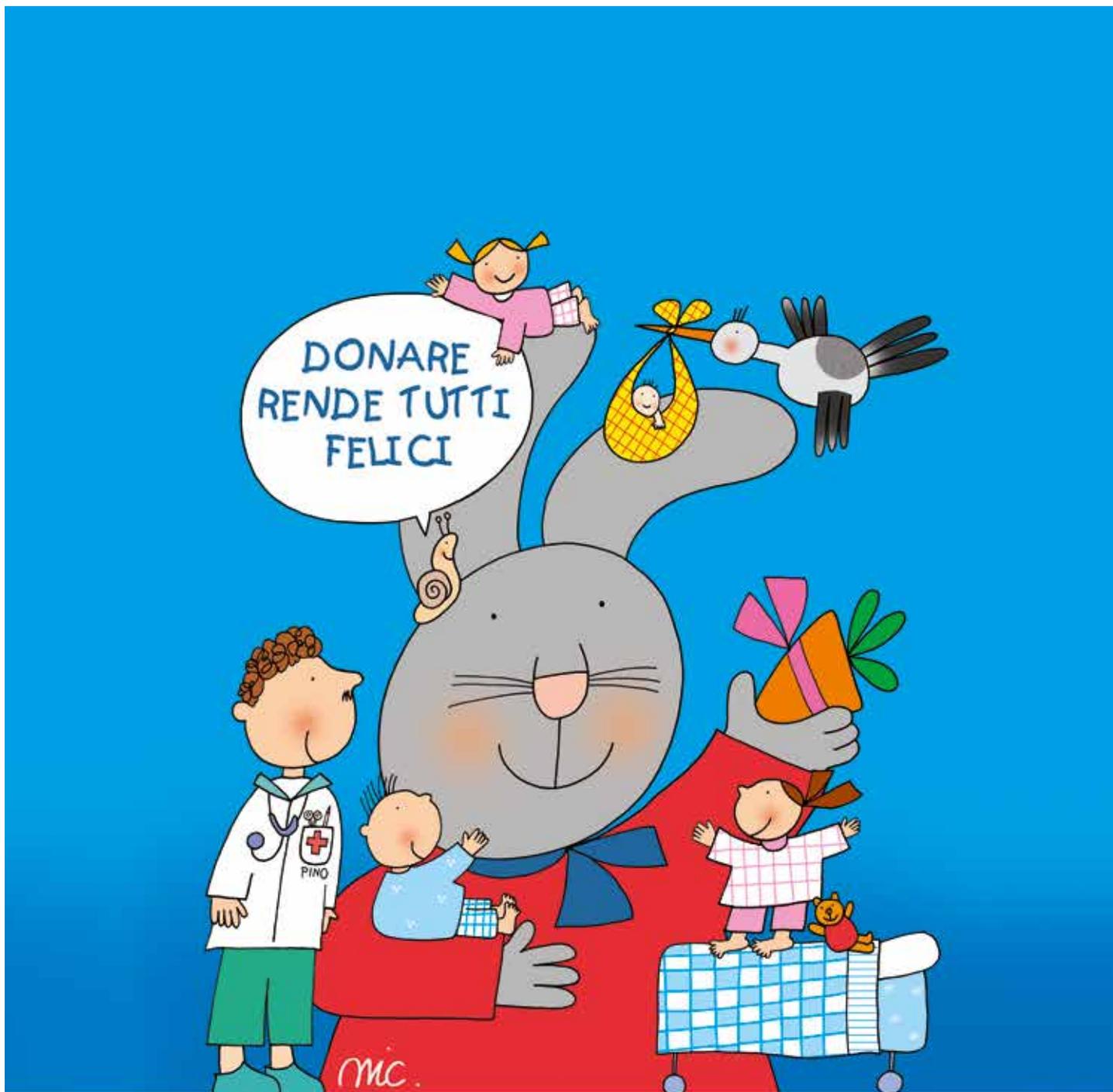
Graphic design

Incipit srl, Trieste

Stampa

Poligrafiche San Marco, Còrmons

Finito di stampare nel mese di dicembre 2018.



**DONA IL TUO 5X1000
ALL'IRCCS BURLO GAROFOLO**

**l'ospedale delle mamme e dei bambini
del Friuli Venezia Giulia!**



RICERCA SANITARIA: CODICE FISCALE 00124430323