

FONDAZIONE STELLA MARIS

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

BILANCIO SOCIALE 2009



ISTITUTO SCIENTIFICO PER LA NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA



La pubblicazione di questo primo bilancio sociale della Fondazione Stella Maris risponde ad un'esigenza da tempo sentita di dare visibilità all'impegno che con abnegazione e professionalità tutti coloro che operano nell'ambito dell'istituzione nei diversi ruoli ad essi attribuiti profondono affinché la Fondazione possa esprimere livelli di eccellenza, nella ricerca e nell'assistenza. Il raggiungimento di quei livelli di eccellenza è richiesto non solo per essere Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, ma soprattutto per dare a coloro che si rivolgono alla Fondazione portando con sé un carico spesso pesante di dolore e di speranza una risposta adeguata alle loro aspettative.

Il risultato che è stato raggiunto ha richiesto un impegno severo da parte di tutti coloro che sono stati coinvolti nella sua realizzazione, sotto la guida autorevole e paziente del prof. Marzio Scheggi, responsabile scientifico dell'Istituto Health Management di Firenze, al quale la Fondazione ha chiesto un supporto metodologico ed operativo per affrontare con rigore un'impresa tanto affascinante quanto impegnativa.

Il prof. Scheggi, che opera da decenni nell'ambito della progettazione ed implementazione di strumenti avanzati di management dei servizi sanitari, ha delineato un iter progettuale che è stato approvato dalla Regione Toscana con decreto della direzione generale diritto alla salute e politiche di solidarietà n. 7185 del 24 dicembre 2009. L'approvazione del progetto da parte della Regione Toscana è significativa non tanto perché ne è derivato un supporto finanziario che ha assicurato la sostenibilità economica dell'iniziativa, ma soprattutto perché il progetto assume rilievo regionale, come esplicitamente si afferma nel decreto citato, che definisce il progetto *"particolarmente rilevante ed utile in ordine al perseguimento di obiettivi contenuti nel PSR 2008-2010"*.

La redazione e la pubblicazione di questo primo bilancio sociale costituiscono il punto di arrivo di un percorso che non è stato scevro da difficoltà, ma che proprio in queste trova una delle ricadute più importanti dell'esperienza avviata: prender coscienza di sé, dei propri limiti, delle proprie fragilità, e trovare la strada per superarli. Al superamento di una serie di fragilità che l'implementazione del bilancio sociale ha posto in evidenza è stato dedicato un impegno che di gran lunga ha trasceso quello che poteva essere ipotizzato, e questo spiega il fatto che la pubblicazione del bilancio sociale non sia stata possibile, come era stato previsto nel progetto, prima della fine dell'estate.

Il lavoro svolto ha consentito di porre solide basi per sviluppare e consolidare un effettivo coinvolgimento dei portatori di interesse ai quali il bilancio sociale si rivolge, ed in funzione dei quali ne è stata decisa l'adozione. In questa prima edizione del bilancio sociale tale coinvolgimento è stato limitato a quelli che la Fondazione ritiene siano i portatori di interesse in assoluto più rilevanti: gli assistiti e le loro famiglie, ed il personale. L'impegno della Fondazione è quello di estendere dalla prossima edizione del bilancio sociale questo coinvolgimento ad altri soggetti (istituzionali e non) e di farne effettivo strumento di partecipazione alla definizione delle strategie aziendali.

L'implementazione del bilancio sociale ha costituito occasione per individuare e sviluppare strumenti di management necessari affinché la Fondazione possa continuare il suo impegno ad assicurare livelli di eccellenza, nella ricerca e nell'assistenza, rispettando comunque quella condizione di economicità indispensabile per garantire la sostenibilità della propria missione.

La pubblicazione di questo primo bilancio sociale è un importante punto di arrivo, ma soprattutto un punto di partenza di un percorso che anno dopo anno ci vedrà impegnati nella verifica dei risultati raggiunti e nella fissazione di obiettivi per il futuro.

Roberto Cutajar
direttore generale della Fondazione Stella Maris



PRESENTAZIONE DEL VESCOVO DI SAN MINIATO

Il lavoro compiuto con coscienziosa competenza e grande impegno dal prof. Marzio Scheggi mette tra le nostre mani uno strumento davvero significativo e importante: il bilancio sociale della Stella Maris.

Questa straordinaria Fondazione ci è particolarmente cara. Abbiamo appena celebrato i cinquant'anni da quando sorse, per la lungimirante professione di carità di Monsignor Aladino Cheti, un sacerdote della Diocesi di San Miniato che trovò nel prof. Pietro Pfanner un apporto fondamentale per la sua competenza scientifica e per l'approccio profondamente innovativo alla neuropsichiatria infantile.

Oggi questa Fondazione è più viva che mai. Ci affascina e ci fa toccare con mano la forza che il buon Dio ha messo nell'intelligenza e nel cuore dell'uomo. Incontrandosi insieme, sostenuti dalla Grazia divina, l'intelligenza e l'amore sono capaci di far fiorire il deserto, perché benedetti da Dio. E la Stella Maris è cresciuta negli anni ed è quello che è proprio per questo.

Nel dare risposte di eccellenza, sia sul piano della ricerca che su quello dell'assistenza, ai disturbi neurologici e psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza, la Fondazione adotta un approccio coerente ai suoi valori ispiratori, a quel "personalismo cristiano" che mette al centro la persona umana, dentro un contesto di relazioni umane significative. Multidisciplinarietà, integrazione della ricerca con l'assistenza, attenzione alla persona e non solo al malato, sono gli elementi di tale approccio.

Il bilancio sociale viene ora a dare man forte a quell'ideale di concreto servizio alla persona in difficoltà che è la Stella Maris. Ne evidenzia le nobili finalità e gli obiettivi; ne valuta la capacità di organizzarsi al meglio per raggiungerli e avanzare così verso i grandi orizzonti di una intelligente carità; offre strategie e prospettive per affrontare le sfide sempre nuove e sempre più difficili che si presentano e alle quali occorre rispondere con lo stesso

spirito delle origini e con la stessa voglia di donarsi al prossimo; riesce anche, e non è cosa da poco, a far conoscere il tesoro prezioso che è la Stella Maris. Lo rende visibile e comunicabile e per ciò stesso testimonianza che sprona, educa, smuove coscienze e fa sorgere sensibilità.

Strumento di comunicazione dunque, ma anche processo di sostanziale e non formale confronto con coloro che costituiscono di fatto i principali portatori di interesse della Fondazione: gli assistiti e le loro famiglie, per i quali essa è nata, e il personale dipendente, che con il proprio impegno e la propria abnegazione consente ad essa di esprimere livelli di eccellenza, nella ricerca e nell'assistenza.

Anche nella scelta di fare del coinvolgimento dei propri portatori di interesse principio fondante del processo di rendicontazione, è la conferma dei valori cristiani dai quali nasce storicamente la Fondazione Stella Maris. Il modo in cui è stato gestito questo processo di coinvolgimento ha posto le basi per dare al rapporto tra la Fondazione e i propri portatori di interesse uno spessore autenticamente partecipativo, per porsi nei confronti degli assistiti e delle loro famiglie, del personale dipendente, in posizione di ascolto, in un atteggiamento coerente con lo spirito di carità che permea la nascita della Fondazione. Sono ben felice perciò di portare, per così dire a battesimo, questo nuovo strumento che la Stella Maris si è data: sia davvero ancora un passo in avanti di una storia d'amore per l'uomo in nome di Dio che continua nel tempo.

A tutti coloro che hanno reso possibile la realizzazione di questo primo bilancio sociale rivolgo un sentito ringraziamento, con l'augurio che possano continuare ad operare per dare continuità ad un patrimonio che rappresenta una speranza per tante persone e famiglie.

Fausto Tardelli
Vescovo di San Miniato



PRESENTAZIONE DELL'ASSESSORE AL DIRITTO ALLA SALUTE DELLA REGIONE TOSCANA

La redazione e la pubblicazione del primo Bilancio sociale della Fondazione Stella Maris, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico specializzato nel settore della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, costituisce un evento significativo non solo per l'Istituto stesso ma anche per la Regione.

Tra le motivazioni dei finanziamenti che la Regione ha erogato per il progetto vi è la considerazione del Bilancio sociale quale *"strumento capace di dare trasparenza all'azione istituzionale della Fondazione, rispondendo alle necessità informative dei soggetti ai quali deve dar conto"* e la valutazione del progetto predisposto come *"particolarmente rilevante ed utile in ordine al perseguimento di obiettivi contenuti nella programmazione sanitaria regionale"*.

Per quanto riguarda la prima considerazione, ovvero l'attenzione ai soggetti portatori di interessi, fa particolarmente piacere leggere il puntuale riscontro della Fondazione in ordine alle responsabilità assunte nei confronti sia dei pazienti e delle loro famiglie, che del personale interno. Si tratta di impegni chiari, delimitati nella loro descrizione e, dunque, facilmente valutabili nella loro puntuale realizzazione.

La pubblicazione del Bilancio Sociale costituisce senz'altro uno strumento di trasparenza e serietà per la rete dei servizi del nostro Sistema sanitario regionale, un esempio significativo di un dialogo possibile tra cittadini e servizi. Per quanto attiene alla seconda affermazione non v'è dubbio che la puntuale descrizione dell'impiego delle risorse, dei livelli di attività e degli indicatori chiave di performance dell'equilibrio economico finanziario, consente di rendere ancor più evidente il valore aggiunto della Fondazione Stella Maris per la cittadinanza e per il Sistema Sanitario.

Nel programma della Fondazione appare chiaramente la volontà di continuare ad utilizzare questo strumento in maniera continuativa nei prossimi anni ed è fortemente apprezzabile in questo senso l'intenzione di estendere le categorie dei soggetti cui rendere conto dell'attività e progettualità dell'Istituto.

Dunque, esprimo le mie congratulazioni per il lavoro svolto e l'augurio che questa esperienza possa assumere continuità nel tempo e costituire un ulteriore modello di rendicontazione sociale di cui si arricchisce il nostro Sistema sanitario regionale.

Daniela Scaramuccia
Assessore al Diritto alla Salute
Regione Toscana

**INDICE**

PREMESSA — Le ragioni che hanno indotto ad adottare il bilancio sociale	7
NOTA METODOLOGICA	10
PARTE PRIMA — La storia, la missione, i valori, l’assetto organizzativo	15
le origini e la crescita della Fondazione	15
ricerca e assistenza	16
l’Università di Pisa	17
il ruolo della Fondazione nel Servizio Sanitario Nazionale	18
la missione	19
la visione	20
l’assetto istituzionale	22
l’assetto organizzativo	29
IL DIPARTIMENTO DELLA RICERCA	30
la ricerca corrente	32
la ricerca finalizzata	32
le linee di ricerca	33
i laboratori di ricerca	37
IL DIPARTIMENTO CLINICO DI NEUROSCIENZE	47
unità operativa 1 (neurologia dello sviluppo e neuro riabilitazione)	49
unità operativa 2 (epilettologia, neurologia, neurogenetica)	50
unità operativa 3 (psichiatria dello sviluppo)	51
unità operativa 4 (riabilitazione neuropsichiatrica extraospedaliera)	53
l’istituto di riabilitazione di Calambrone (IRC)	54
l’istituto di riabilitazione di Montalto (IRM)	55
IL NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO DEL DIPARTIMENTO CLINICO	57



INDICE

IL DIPARTIMENTO SOCIO SANITARIO	58
residenza sanitaria per disabilità neuropsichiche Montalto	59
residenza sanitaria per disabilità neuropsichiche Casa Verde	62
centro di riabilitazione neuropsichica Casa Verde	64
centro diurno La Scala	66
PARTE SECONDA — Le risorse, le attività, le performance	69
le risorse umane	69
l'andamento economico	73
le attività	83
la ricerca	93
le performance	95
PARTE TERZA — Le aspettative dei portatori di interesse	105
il percorso seguito	107
GLI ASSISTITI E LE LORO FAMIGLIE	109
le aree strategiche di impegno della Fondazione	109
le iniziative intraprese	110
valutazioni e proposte	126
gli impegni della Fondazione	129
IL PERSONALE	133
le aree strategiche di impegno della Fondazione	133
le iniziative intraprese	134
valutazioni e proposte	151
gli impegni della Fondazione	154
CONCLUSIONI DEL DIRETTORE GENERALE	156

**PREMESSA** *Le ragioni che hanno indotto la Fondazione ad adottare il Bilancio Sociale*

La Fondazione Stella Maris opera da decenni nel delicato e difficile settore dei disturbi neurologici e psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza, di natura genetica o conseguenti a eventi traumatici.

Costituitasi come Fondazione nel 1970 ed acquisito, sin dal 1973, lo status di Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, la Fondazione sviluppa, in stretta collaborazione con l'Università di Pisa e con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Pisa, sia attività diagnostiche terapeutiche e riabilitative proprie di una struttura di assistenza, sia attività di ricerca e formazione proprie di una istituzione scientifica, coerentemente con le funzioni che la normativa vigente attribuisce agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, che definisce il quadro normativo all'interno del quale devono operare gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, afferma infatti che essi sono *enti a rilevanza nazionale dotati di autonomia e personalità giuridica che, secondo standard di eccellenza, perseguono finalità di ricerca, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.*

In applicazione del decreto citato, il riconoscimento dello status di Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico presuppone il possesso di una serie di requisiti che attestino la possibilità di garantire livelli di eccellenza, sia nella ricerca che nell'assistenza.

Per il raggiungimento di quei livelli di eccellenza la Fondazione ha posto un impegno costante di aggiornamento delle conoscenze, delle competenze tecniche, delle tecnologie, dei comportamenti organizzativi, in sostanza del proprio modo di essere e di operare, divenendo così in questi anni un Centro di riferimento a livello regionale e, per certe forme morbose, a livello nazionale.

Questo risultato è frutto di un lavoro costante, tenace, spesso non facile, anche per la complessità oggettiva delle problematiche clinico assistenziali che costituiscono area di intervento dell'istituzione, lavoro che è stato svolto quotidianamente nel riserbo discreto di un impegno severo, che trova le sue motivazioni nei valori da cui la Fondazione trae le proprie origini.

La discrezione ed il riserbo con cui quell'impegno è stato assolto ha fatto sì che ad esso, e soprattutto ai risultati raggiunti, non sia stata data la visibilità che essi meritano, e che è fondamentale per dar forza al rapporto fiduciario che lega la Fondazione ai suoi diretti interlocutori.

Quanti si sono rivolti alla Fondazione Stella Maris hanno consolidato una fiducia basata sulla propria personale esperienza, ed hanno spontaneamente espresso, anche attraverso le risposte ai questionari che la Fondazione utilizza quale strumento corrente di monitoraggio del giudizio che gli utenti danno dei servizi ricevuti, la propria valutazione dei livelli di eccellenza cui la Fondazione è arrivata, dell'abnegazione con cui i professionisti e gli operatori tutti si prodigano per dare risposta ai problemi di cui sono portatori.

E attraverso la loro testimonianza l'immagine dell'Istituto si è diffusa a livello regionale e nazionale. Questo non appare peraltro sufficiente ad allineare ciò che la Fondazione oggi è con la percezione che si ha delle potenzialità che in essa si sono sviluppate e che la mettono in grado di affrontare condizioni patologiche molto difficili ai massimi livelli di efficacia che le conoscenze e le tecnologie disponibili consentono.

Per questo si è progressivamente affermata all'interno della Fondazione la determinazione di avviare iniziative per gettare un ponte verso i diversi interlocutori, per consentire ad essi non solo di conoscere le attività che la Fondazione svolge, le risorse di cui dispone ed il ruolo che essa



PREMESSA *Le ragioni che hanno indotto la Fondazione ad adottare il Bilancio Sociale*

esprime nel contesto del servizio sanitario regionale e nazionale, ma anche di contribuire con le proprie valutazioni e le proprie proposte, a consolidare e sviluppare ulteriormente i livelli di eccellenza ai quali la Fondazione opera.

L'esigenza di aprire un dialogo con i propri interlocutori trova efficace risposta in un innovativo strumento di rendicontazione che, nato nelle imprese, da qualche anno si va progressivamente diffondendo nelle organizzazioni non profit, nelle amministrazioni pubbliche e nelle aziende sanitarie: il bilancio sociale.



San Miniato - la Cattedrale e il palazzo vescovile

L'idea del bilancio sociale nasce storicamente come risposta al bisogno che le aziende orientate al profitto hanno sempre più nitidamente avvertito di dar conto non solo dei risultati conseguiti in termini economico finanziari (esigenza che trova la sua prima e fondamentale risposta nel bilancio di esercizio, che deve essere redatto secondo principi contabili internazionalmente riconosciuti, e reso pubblico a garanzia degli interlocutori esterni) ma anche delle modalità di operare nel rispetto dei canoni etici che ne devono permeare l'azione.

Il primo bilancio sociale di cui si ha storicamente conoscenza è quello pubblicato in Germania dalla AEG nel 1939. Da allora gli studi teorici e le esperienze pratiche in tema di rendicontazione sociale sono stati fecondi di risultati di grande rilievo, ed hanno portato ad una progressiva formalizzazione di linee guida, di approcci che hanno di volta in volta privilegiato specifici orientamenti e potenzialità della rendicontazione sociale, nelle sue diverse possibili declinazioni (bilancio sociale, bilancio di missione, bilancio di mandato, bilancio ambientale, bilancio di genere).

In Italia, dopo le sue prime applicazioni nelle imprese private, il bilancio sociale ha avuto dagli anni 90 ad oggi una diffusione crescente nelle organizzazioni non profit e nelle amministrazioni pubbliche. Nel settore sanitario il bilancio sociale ha la sua prima applicazione nel 2002 nell'Azienda sanitaria locale di Biella, seguita negli anni successivi da una serie sempre più ampia di esperienze.

Al momento una sola Regione, la Regione Emilia Romagna, ha reso la rendicontazione sociale, nella declinazione di bilancio di missione, obbligatoria per tutte le aziende del sistema sanitario regionale, secondo linee guida che ne definiscono in modo molto articolato struttura e contenuti, sì da rendere possibili analisi e confronti intra regionali.

Molteplici sono le linee guida che sono state messe a punto per la redazione del bilancio sociale, a livello nazionale ed internazionale, nelle quali vengono di volta in volta sottolineati significati e valenze diversi che il bilancio sociale ha, e che sono riconducibili a tre dimensioni fondamentali:

la dimensione comunicativa, che trova nel bilancio sociale un efficace strumento di promozione dell'immagine dell'istituzione che lo adotta;

la dimensione gestionale, che trova nel bilancio sociale uno strumento di programmazione di obiettivi, coerenti con la missione, i valori e la strategia aziendale, e di verifica dei risultati conseguiti;

la dimensione relazionale, nella misura in cui il bilancio sociale sia utilizzato come concreta opportunità di coinvolgimento degli interlocutori ai quali si rivolge nella valutazione dei risultati conseguiti e nella scelta degli obiettivi da conseguire per un miglioramento costante delle performance aziendali.

PREMESSA *Le ragioni che hanno indotto la Fondazione ad adottare il Bilancio Sociale*

La letteratura oggi disponibile in materia di rendicontazione sociale è vastissima, così come ormai numerosissimi sono i bilanci sociali, di missione, di mandato, pubblicati e consultabili.

L'oggettiva difficoltà di orientarsi in questo ambito, considerata anche l'eterogeneità degli approcci proposti sia in termini di linee guida, sia in termini di concrete esperienze applicative, ha indotto a ritenere opportuno avvalersi di competenze specifiche che potessero guidare la Fondazione all'implementazione di questo strumento utilizzandone appieno le molteplici potenzialità. Per questo motivo la Fondazione ha deciso di chiedere il supporto dell'Istituto Health Management di Firenze, nella persona del responsabile scientifico dell'istituto stesso, esperto di programmazione ed organizzazione dei servizi sanitari impegnato da decenni nell'ambito della progettazione ed implementazione di sistemi di pianificazione, programmazione e rendicontazione delle aziende sanitarie.

D'intesa con la direzione generale è stato messo a punto dall'Istituto Health Management un progetto di implementazione del bilancio sociale che è stato approvato dalla Regione Toscana in quanto ritenuto coerente con gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale.

Il progetto ha assunto a proprio fondamento indicazioni che emergono dalle linee guida più autorevoli e dalle esperienze applicative più avanzate.

In primo luogo l'opportunità che i contenuti ed il processo di rendicontazione fossero definiti all'interno della Fondazione, con un coinvolgimento ed una partecipazione attiva di coloro che rivestono all'interno della stessa ruoli chiave per le funzioni e le responsabilità ad essi attribuite.

In secondo luogo la determinazione di evitare di ridurre la redazione del bilancio sociale ad un'esperienza estemporanea che non avesse continuità nel tempo.

Se è vero infatti che l'implementazione del bilancio sociale comporta un impegno oggettivamente rilevante, è altresì vero che sterile, se non controproducente, sarebbe impegnare una organizzazione alla redazione del suo primo bilancio sociale senza assicurare a questo strumento prospettive certe di continuità.

In terzo luogo l'opportunità di evitare che il bilancio sociale sia ridotto a mero strumento di comunicazione, ma sia integrato nel processo di pianificazione, programmazione e controllo, assumendo in tale processo un preciso e specifico ruolo.

Queste sono le scelte strategiche che nell'implementazione del bilancio sociale la Fondazione ha fatto proprie, nella consapevolezza che *"adottare un bilancio sociale non è un'operazione che, una volta decisa, si attiva in automatico, ma presuppone l'esistenza (o lo sviluppo, laddove fossero assenti), di esplicite condizioni organizzative e gestionali, senza le quali la bella immagine dello specchio magico proposta da Viviani come metafora finalizzata a sintetizzare il significato e l'utilità del bilancio sociale rischia più di esprimere ambizioni retoriche che non dare luogo ad effetti concreti sul piano dell'azione e della performance organizzativa."* (Luca Fazzi, *Il bilancio sociale nelle organizzazioni non profit*).

Giuliano Maffei

Presidente della Fondazione Stella Maris



San Miniato - il seminario vescovile, sede legale della Fondazione Stella Maris



NOTA METODOLOGICA

Il bilancio sociale può essere adottato da una organizzazione con tre finalità:

- comunicare ai propri interlocutori (che nel linguaggio corrente vengono definiti "stakeholder", portatori di interesse) l'impegno che l'organizzazione pone per soddisfare le loro aspettative, nonché i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati;
- fornire ai responsabili elementi di valutazione utili per una riflessione sistematica sugli scostamenti tra risultati ed obiettivi, in una tensione ideale che aiuta l'organizzazione al miglioramento continuo della propria capacità di realizzare la missione che ne costituisce la ragion d'essere stessa;
- porre l'organizzazione in un rapporto interattivo dinamico con i propri portatori di interesse, attivando un coinvolgimento reale degli stessi nella progettazione, implementazione e gestione del processo di rendicontazione.

La Fondazione Stella Maris ritiene che il proprio bilancio sociale, per i suoi contenuti e per le modalità di sviluppo del processo di rendicontazione, debba rispondere in modo bilanciato a tutte e tre queste finalità (comunicativa, gestionale e relazionale), ponendo peraltro quale riferimento centrale del processo di rendicontazione il coinvolgimento effettivo dei portatori di interesse. Questa scelta è in totale accordo con le linee guida emanate dall'Istituto internazionale per la rendicontazione etica e sociale (AccountAbility) che nello standard AA1000 indica quali principi fondanti del processo di rendicontazione:

- il principio di inclusione degli stakeholder nel processo di rendicontazione;
- il principio della rilevanza degli argomenti oggetto di rendicontazione;
- il principio della reattività dell'organizzazione alle valutazioni e proposte dei propri portatori di interesse.

Le stesse linee guida precisano che il principio di inclusione è il principio fondante degli altri due, e definiscono l'inclusione come *la partecipazione attiva dei portatori di interesse alla elaborazione e all'attuazione di una risposta responsabile e strategica allo sviluppo sostenibile* sottolineando che *l'inclusione è molto più che un mero coinvolgimento dei portatori di interesse, è l'impegno a render conto a coloro sui quali l'organizzazione ha un impatto e che hanno un impatto sull'organizzazione stessa, a rendere possibile la loro partecipazione nell'identificare i problemi e nel trovare le soluzioni.*

Realizzare un processo di inclusione dei propri stakeholder nel senso e con le finalità indicate dallo standard AA1000 è per la Fondazione Stella Maris l'obiettivo primo dell'adozione del bilancio sociale.

Conseguire questo obiettivo ha costituito una sfida con la quale la Fondazione Stella Maris si è misurata, per trovare con paziente gradualità le soluzioni più idonee per dare davvero voce ai propri portatori di interesse e consolidare con questi una interazione dinamica che risulterà sicuramente preziosa per migliorare le performance dell'Istituto.

Il processo di implementazione del bilancio sociale è stato guidato dal prof. Marzio Scheggi, responsabile scientifico dell'Istituto Health Management, con un approccio maieutico fortemente partecipativo che ha costantemente posto al centro dell'attenzione il coinvolgimento dei portatori di interesse, interni ed esterni.

Il percorso seguito, secondo il progetto messo a punto dall'Istituto Health Management e approvato dalla Regione Toscana, ha assunto a proprio riferimento una serie di principi qualificanti:

- privilegiare la dimensione di processo rispetto a quella di prodotto, facendo sì che il bilancio sociale non sia solo un documento, curato nei contenuti e nel-



NOTA METODOLOGICA

l'editing, di trasparente rendicontazione dei risultati raggiunti, ma sia soprattutto un processo di riflessione critica sul proprio modo di essere e di operare, che coinvolgendo i diversi portatori di interesse, interni ed esterni, consenta di acquisire una maggiore consapevolezza di sé;

- consolidare all'interno delle strutture amministrative e professionali dell'Istituto le conoscenze, le competenze e gli strumenti necessari per rendere sistematico l'utilizzo di questo strumento di rendicontazione, che deve a regime armonicamente integrarsi nei processi di pianificazione, programmazione e controllo, esaltando una delle peculiari e qualificanti valenze del bilancio sociale, quella di essere strumento di supporto alla valutazione ed al miglioramento delle performance;
- dar voce ai propri portatori di interesse i giudizi dei quali sono parte essenziale della valutazione dei risultati raggiunti, per evitare un rischio implicito nel processo di rendicontazione: l'autoreferenzialità. Il bilancio sociale deve essere puntuale ed onesta analisi di quanto si è realizzato, ponendo nella necessaria evidenza anche il mancato raggiungimento di alcuni obiettivi. *Il bilancio sociale non è uno strumento di gestione del consenso, con il quale evidenziare tutto ciò che si è realizzato e tralasciare gli impegni non rispettati e gli obiettivi non raggiunti, ma deve consentire di valutare le performance dell'ente dando conto, eventualmente, anche di ciò che non è in linea con le aspettative e le previsioni (Angelo Tanese, Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche);*
- realizzare concretamente quella multidimensionalità che costituisce uno degli aspetti più innovativi ed interessanti del bilancio sociale, nel quale si integrano le diverse dimensioni della gestione: la

dimensione politica, la dimensione di governance interna, la dimensione strategico organizzativa, la dimensione contabile, la dimensione comunicativa. Solo così infatti il bilancio sociale non costituisce un ulteriore adempimento amministrativo formale ma diventa sintesi di strumenti e processi che attendono alla realizzazione della missione, dall'atto aziendale, alla carta dei servizi, alla pianificazione strategica, al bilancio preventivo, annuale e pluriennale, al budget, al bilancio di esercizio;

- contestualizzare l'impianto del bilancio sociale con l'implementazione di un sistema multidimensionale di misurazione delle performance, che consenta di misurare in modo obiettivo le performance della Fondazione, valutandone l'andamento nel tempo, e ponendo a confronto sia le proprie performance con quelle di altre istituzioni analoghe, sia i risultati raggiunti con gli obiettivi perseguiti, divenendo così strumento di raccordo tra missione, visione, strategia, pianificazione e programmazione.

In ossequio al principio che "niente è governabile se non è misurabile" l'implementazione del bilancio sociale, proprio in quanto strumento che supporta il miglioramento continuo delle performance, non può essere disgiunta dall'impianto di un sistema di misurazione delle stesse, multidimensionale e coerente con le diverse categorie di portatori di interesse.

Coerentemente con i citati principi è stato progettato un sistema di misurazione delle performance (descritto nella parte seconda di questo documento), tenendo conto dei più recenti sviluppi della teoria e delle applicazioni pratiche in materia di sistemi multidimensionali di misurazione delle performance.

Particolare attenzione è stata dedicata al sistema di misurazione delle performance che la Regione Toscana ha da



NOTA METODOLOGICA

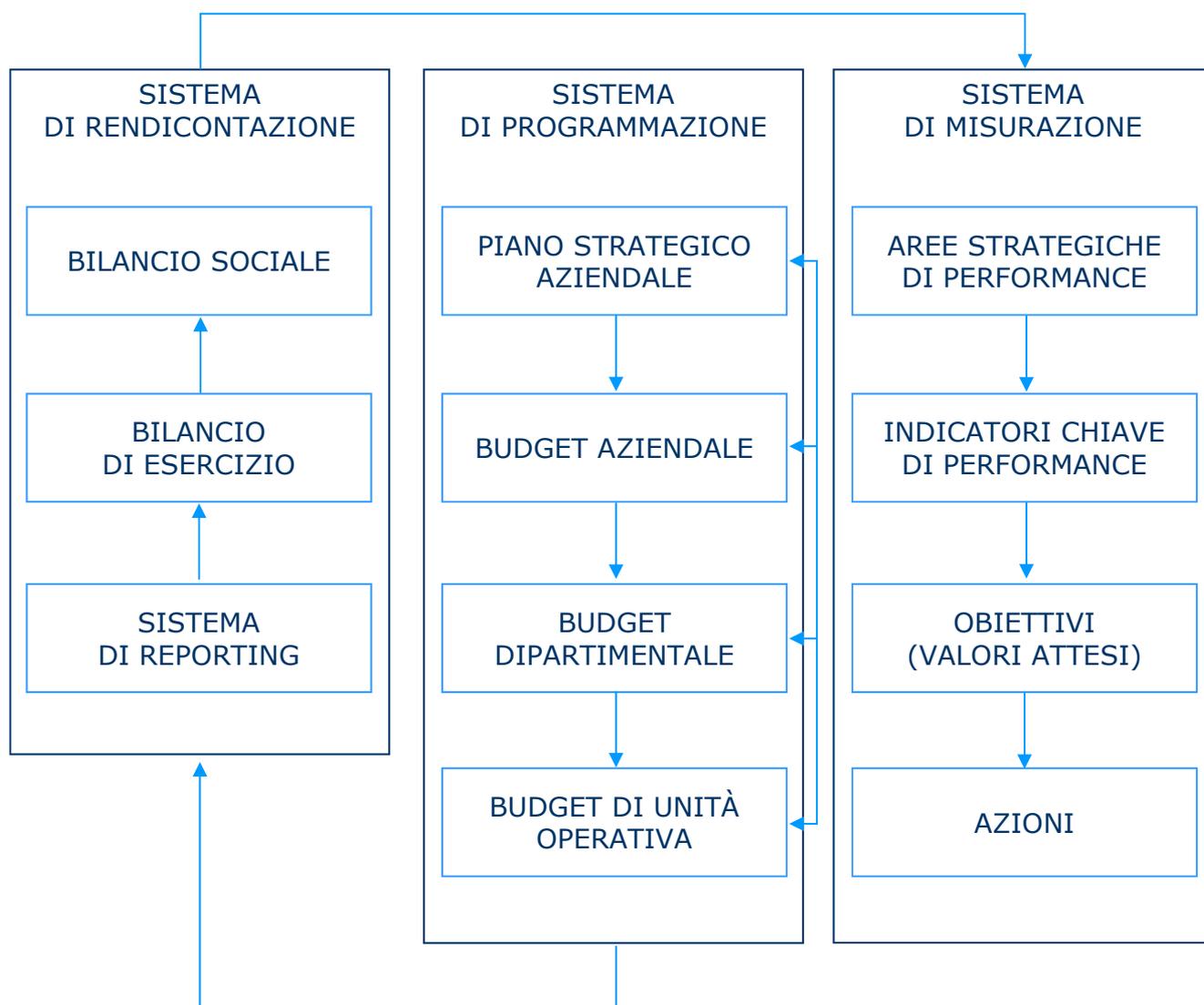
alcuni anni implementato quale strumento di valutazione dei risultati conseguiti nella gestione delle aziende sanitarie in cui si articola il sistema sanitario regionale.

Il sistema di misurazione delle performance, così come lo stesso bilancio sociale, deve essere integrato nel sistema di pianificazione, programmazione e controllo, assumendo così la funzione di strumento di governo delle performance della Fondazione, non sovrapponendosi ma integrandosi armonicamente con gli altri

strumenti che sono posti a base del processo di programmazione e rendicontazione, come rappresentato nel diagramma riprodotto in figura. Coerentemente con la logica in esso rappresentata la Fondazione ha posto a base del processo di rendicontazione ulteriori principi:

- il principio della continuità, che si sostanzia nell'impegno della Fondazione a dare continuità al bilancio sociale, che dovrà essere pubblicato ogni anno, ad integrazione del bilancio di esercizio;

L'INTEGRAZIONE DEL BILANCIO SOCIALE NEL SISTEMA DI PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

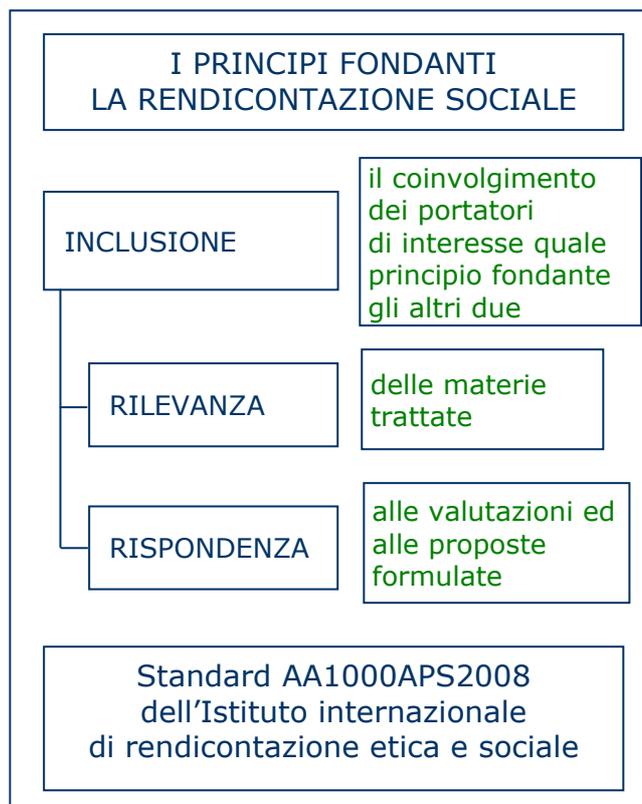


NOTA METODOLOGICA

- la storicizzazione dei dati, che dovranno essere riferiti sistematicamente all'ultimo quinquennio, consentendo di valutare gli aspetti presentati nel bilancio sociale nel loro divenire nel tempo;
- il principio della coerenza, inteso come congruità tra i dati pubblicati nel bilancio sociale e quelli pubblicati negli altri documenti correnti di rendicontazione (con particolare riferimento al bilancio di esercizio); dal quale devono essere tratti i dati;
- il principio della consistenza organizzativa, inteso come garanzia dell'individuazione e del mantenimento delle condizioni organizzative necessarie per assicurare continuità e coerenza al processo di rendicontazione: individuazione degli operatori che devono prendersi cura della redazione annuale del bilancio sociale, definizione delle responsabilità e delle funzioni ad essi attribuite, delle modalità di raccolta sistematica dei dati e delle informazioni che devono confluire nel bilancio sociale, delle modalità di interazione con i diversi portatori di interesse, di gestione del processo di comunicazione del bilancio sociale.

Per quanto concerne la redazione del documento che rappresenta la sintesi del processo di rendicontazione questa è stata realizzata rispettando alcuni principi chiave:

- la leggibilità, adottando un linguaggio semplice e chiaro, che pur nel rigore dei contenuti si esprima in termini non tecnici e comprensibili a tutti;
- l'essenzialità, concentrando l'attenzione sui fatti e sui dati significativi per analizzare e valutare gli aspetti di volta in volta considerati;
- la cura dell'editing, studiato accuratamente per rendere piacevole la lettura del documento, anche in termini di impatto estetico della forma.



Si è cercato di adottare nella redazione del bilancio sociale un linguaggio semplice e chiaro, al fine di soddisfare concretamente il principio della comprensibilità, indicato come uno dei fondamentali principi di redazione del bilancio sociale, secondo il quale le informazioni contenute nel bilancio sociale devono essere chiare e comprensibili in termini sia di contenuti che di processo di redazione.

Si è cercato inoltre di concentrare l'elaborazione e l'analisi solo su quegli aspetti effettivamente significativi per valutare in quale misura la Fondazione ha realizzato la missione che ne rappresenta il fondamento costitutivo.

L'obiettivo è stato in sostanza quello di esporre in maniera chiara e sintetica ciò che veramente è essenziale e qualificante per verificare in quale misura la Fondazione Stella Maris ha soddisfatto le aspettative dei suoi portatori di interesse.

Marzio Scheggi
responsabile scientifico
dell'Istituto Health Management



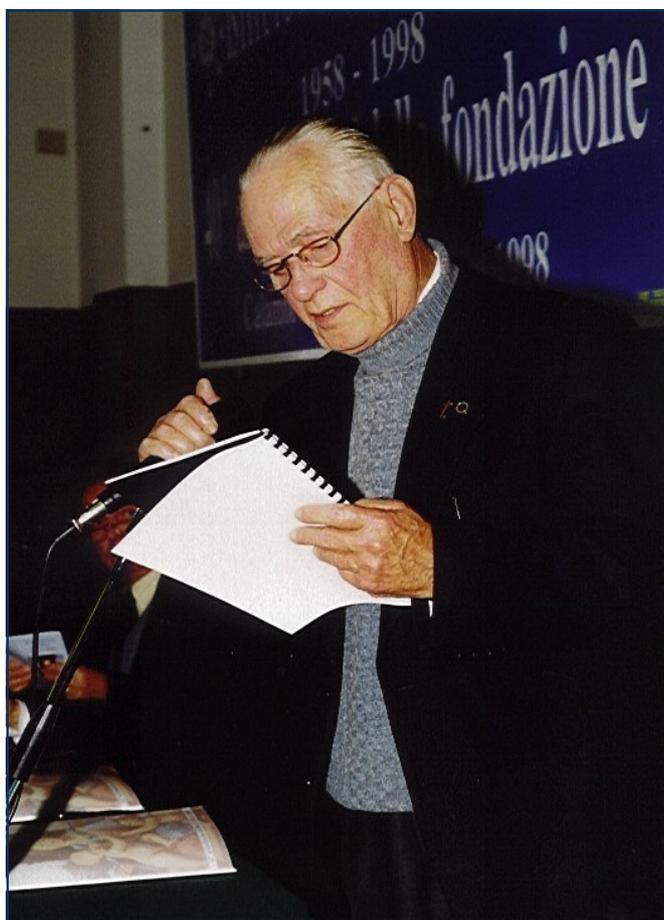
San Miniato — la Cattedrale — altare della cappella di San Filippo Benizi

PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

LE ORIGINI DELLA FONDAZIONE

L'iniziativa che costituisce storicamente il primo embrione della Fondazione Stella Maris è una colonia marina che nel 1955, per iniziativa dell'Opera diocesana della Curia di San Miniato fu istituita a Calambrone, sede in quegli anni di molteplici iniziative analoghe finalizzate ad offrire una vacanza organizzata a bambini di famiglie non abbienti.

La denominazione Stella Maris è evocativa dei valori cristiani che sono fondamento dell'istituzione, e deriva da una interpretazione del nome di Maria che secondo San Gerolamo è riconducibile alle parole ebraiche mar (goccia) e yam (mare), in latino stilla maris (goccia del mare) che, per una trascrizione errata divenne stella maris (stella del mare), una delle più suggestive invocazioni della Madonna.



Monsignor Aladino Cheti - alla sua illuminata e lungimirante professione di carità si deve la nascita della Fondazione

Due anni dopo, a seguito di un'esperienza con un gruppo di bambini disabili figli di dipendenti della FIAT, ospiti della colonia, prese corpo il progetto di utilizzare quella struttura per attività di assistenza e recupero di bambini ed adolescenti con problemi neuropsichiatrici. Fondamentale è stata per l'attuazione di questo progetto la collaborazione con la clinica pediatrica e con la clinica delle malattie nervose e mentali dell'Università di Pisa, collaborazione che ha assicurato l'apporto di competenze specialistiche di altissimo profilo nei settori nei quali opera l'istituzione.

La costituzione formale della Fondazione Stella Maris avvenne in data 2 agosto 1958 con la sottoscrizione di un protocollo d'intesa tra l'Opera Diocesana di Assistenza di San Miniato e le cliniche Neurologica e Pediatrica dell'Università di Pisa. Le attività che costituiscono il primo sviluppo dell'assistenza e della ricerca vengono svolte a Calambrone come Istituto medico pedagogico.

LA CRESCITA DELLA FONDAZIONE

La specificità dei bisogni assistenziali ai quali la Fondazione si rapportava, e l'accumulazione all'interno della stessa di conoscenze e competenze di alto profilo assistenziale e scientifico, uniche nell'ambito specifico di intervento dei disturbi neuropsichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza, ha determinato una progressiva crescita delle attività svolte nella struttura di Calambrone, e l'apertura delle sedi distaccate di Montalto e San Miniato, nelle quali sono stati realizzati presidi specificamente finalizzati ad attività di riabilitazione psichiatrica e psicopedagogica in regime residenziale e semiresidenziale.

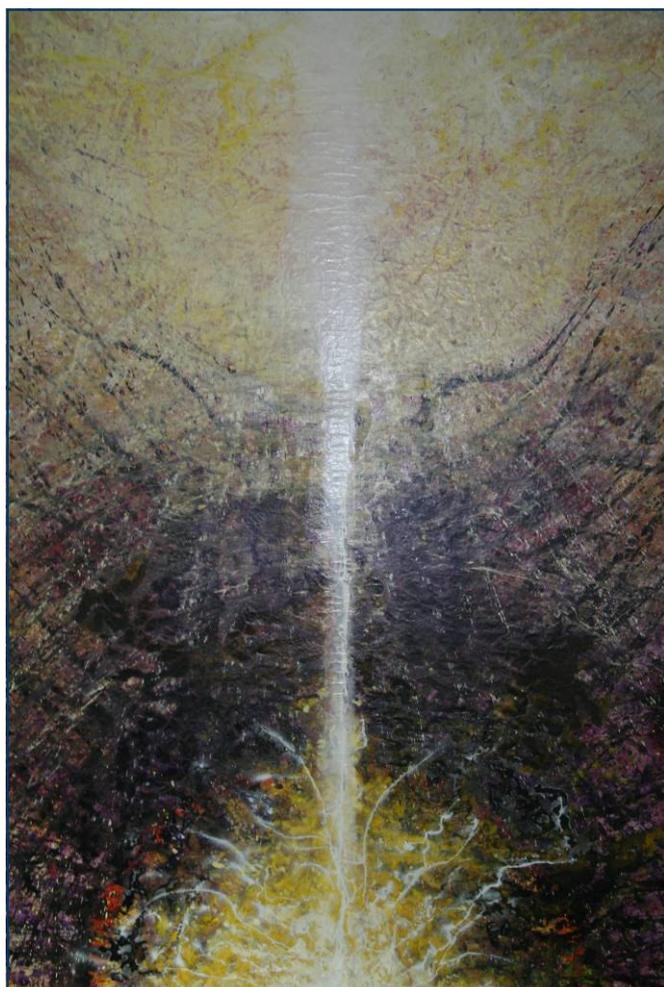


PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

RICERCA E ASSISTENZA

L'integrazione tra la dimensione dell'assistenza e la dimensione della ricerca, caratteristica per certi versi intrinseca nel rapporto organico sin dagli inizi instaurato con l'Università degli studi di Pisa, ha portato al riconoscimento dello status di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico con decreto del Ministro della Sanità del 15 giugno 1973.

Questo status è stato confermato con decreto del Ministro della Sanità del 7 agosto 1981, in applicazione del DPR 31 luglio 1980 n. 617, che disciplinava gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico quali articolazioni operative del Servizio Sanitario Nazionale istituito dalla legge 23 dicembre 1978 n. 833. La nor-



Giorgio Conti, *contatto*, 2009

disciplina gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico è stata oggetto di successive modifiche nell'ambito del processo di riordino del SSN avviato con la legge delega 23 ottobre 1992 n. 421, e dopo un lungo periodo di gestione transitoria ha finalmente trovato un quadro normativo di riferimento organico nel decreto legislativo 16 ottobre 2003 n. 288. La normativa vigente definisce criteri molto rigorosi per riconoscere lo status di istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, status che non è conferito a tempo indeterminato, ma a termine, e può essere confermato solo se dalle verifiche effettuate risultano rispettati tutti i requisiti che hanno determinato il riconoscimento.

L'articolo 1 del citato decreto legislativo precisa: *"Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sono enti di rilevanza nazionale dotati di autonomia e personalità giuridica che secondo standard di eccellenza, perseguono finalità di ricerca, clinica e translazionale (finalizzata a trasferire nella clinica i risultati della ricerca medica), nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità"*.

L'articolo 13, comma 3 del citato decreto, precisa in particolare i requisiti che devono essere posseduti per ottenere il riconoscimento di istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, e fra questi:

- *economicità ed efficienza dell'organizzazione, qualità delle strutture e livello tecnologico delle attrezzature;*
- *caratteri di eccellenza del livello delle prestazioni e dell'attività sanitaria svolta negli ultimi tre anni;*
- *caratteri di eccellenza dell'attività di ricerca svolta nell'ultimo triennio relativamente alla specifica disciplina;*
- *dimostrata capacità di inserirsi in rete con istituti di ricerca della stessa area di riferimento e di collaborazioni con altri enti pubblici e privati;*

PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

RICERCA E ASSISTENZA

- *dimostrata capacità di attrarre finanziamenti pubblici e privati indipendenti;*
- *certificazione di qualità dei servizi secondo procedure internazionalmente riconosciute.*

Questi sono i criteri sulla base dei quali con decreto del Ministro della Salute, adottato in data 11 dicembre 2009 d'intesa con il Presidente della Regione Toscana, alla Fondazione Stella Maris è stato confermato lo status di IRCCS per un periodo di tre anni.

L'UNIVERSITÀ DI PISA

I rapporti tra Fondazione Stella Maris e Università si sono sviluppati nel tempo attraverso una serie di iniziative e di intese. Le tappe fondamentali di questo percorso sono le seguenti:

- l'istituzione della Scuola di specializzazione in Neuropsichiatria infantile (una delle prime in Italia) afferente alla clinica delle malattie nervose e mentali e alla clinica pediatrica dell'Università di Pisa (1955);
- l'istituzione del primo corso annuale di fisiopatologia dello sviluppo fisico e psichico del fanciullo (come allora si chiamava questo tipo di formazione), afferente alla clinica delle malattie nervose e mentali dell'Università di Pisa (1956);
- l'attivazione del secondo corso di fisiopatologia dello sviluppo fisico e psichico del fanciullo, afferente alla clinica delle malattie nervose e mentali dell'Università di Pisa (1957);
- l'istituzione della Scuola magistrale ortofrenica per la specializzazione degli insegnanti in "ortopedagogia" promossa dal nuovo Istituto medico pedagogico Stella Maris, primo sviluppo dell'attività di formazione permanente degli specialisti del recupero (1958);
- l'istituzione della Cattedra di Neuropsichiatria Infantile presso l'Università di Pisa e la successiva stipula di una convenzione fra Università e Fondazione

che divenne sede operativa delle attività di neuropsichiatria infantile (1976);

- l'accordo attuativo del protocollo d'intesa tra Fondazione Stella Maris, Azienda Ospedaliera Pisana e Università di Pisa (2010)

In questo percorso, che ha consentito di trasferire nella pratica clinica le conoscenze più avanzate che la ricerca biomedica ha reso disponibili per la diagnosi e la terapia dei disturbi neurologici e psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza, un ruolo chiave è stato svolto dal prof. Pietro Pfaner, professore ordinario di neuropsichiatria infantile nell'Università di Pisa, che è stato direttore scientifico per 50 anni della Fondazione Stella Maris.

Decisivo è stato per la crescita della Fondazione il rapporto con centri di eccellenza di rilievo internazionale, in una tensione costante volta a cogliere nuove intuizioni e nuovi approcci in un settore oggettivamente complesso e difficile qual è quello della neuropsichiatria infantile.



San Miniato — la Cattedrale



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

IL RUOLO DELLA FONDAZIONE NEL SSN

La specificità dell'ambito in cui opera la Fondazione e la totale mancanza di analoghe strutture nel territorio regionale, ha fatto assumere all'Istituto un ruolo di riferimento quale risposta qualificata in termini di diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi neurologici e psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza. Il riconoscimento di questo ruolo si è concretizzato in una serie di atti formali che seguono la storia e l'evoluzione dei rapporti tra la Fondazione ed il Sistema Sanitario Regionale, atti tra i quali rivestono particolare rilievo i seguenti:

- la stipula del protocollo d'intesa con la Regione Toscana ratificato con delibera regionale 921 del 21 luglio 1996, con la quale la Regione delega alla Fondazione la funzione regionale di neuropsichiatria infantile;
- il protocollo d'intesa tra la Regione Toscana e la Fondazione Stella Maris ratificato con delibera della Giunta Regionale 339 del 28 febbraio 2005, che riconosce all'IRCCS Stella Maris il ruolo di Centro di riferimento regionale per la neuropsichiatria infantile;
- il protocollo d'intesa tra Fondazione Stella Maris e Agenzia Regionale di Sanità per lo svolgimento delle attività di epidemiologia nel settore dell'infanzia e dell'adolescenza
- l'accreditamento della Fondazione come provider regionale di formazione continua in medicina con delibera della Giunta Regionale 134 del 31 luglio 2005

Il rilievo che l'attività svolta dalla Fondazione Stella Maris, per la specificità dell'area di intervento, per il livello di competenza specialistica che in esso è stato nel tempo consolidato, pone la Fondazione quale riferimento tecnico scientifico a livello nazionale, e costituisce il presupposto sul quale è stato avviato in Basilicata un progetto di sperimentazione gestionale denominato Fondazione Stella Maris Mediterraneo, specificamente finalizzato a svi-

luppate nel territorio della Regione Basilicata un centro di eccellenza articolato in più strutture che agiscano sinergicamente e che abbiano valenza regionale ed extra-regionale, per attivare servizi particolarmente carenti nel Meridione.

Tra questi in particolare: un servizio di ricovero per adolescenti con patologie acute di competenza neuropsichiatrica, un servizio semiresidenziale e residenziale per soggetti con disturbi dell'età evolutiva, un servizio per disturbi del comportamento alimentare, un servizio di riabilitazione alcoologica.

La formula adottata per la realizzazione dell'iniziativa è quella della sperimentazione gestionale, introdotta dalla normativa di riordino del Servizio Sanitario Nazionale per facilitare forme di collaborazione ed integrazione tra istituzioni, pubbliche e private, che mettano a disposizione del cittadino competenze e risorse di alto profilo tecnico scientifico.

Seguendo un percorso positivamente sperimentato in altre esperienze, tra cui recentissima quella del Centro Regionale Oncologico della Basilicata (CROB), l'obiettivo della sperimentazione è quello di porre in essere una struttura che possa aspirare al riconoscimento dello status di Istituto di Ricovero e Cura a carattere scientifico, proiettando così la Fondazione Stella Maris verso un'ulteriore affermazione del livello di eccellenza che di fatto esprime.

Tra le iniziative che contribuiscono ad accreditare la Fondazione Stella Maris tra le istituzioni di rilievo nazionale nell'ambito della ricerca e dell'assistenza in materia di disturbi neurologici non può non essere citata la partecipazione attiva alla creazione dell'Associazione Nazionale per le Neuroscienze Cliniche e Riabilitative, che riunisce oggi 14 IRCCS e che prevede una intensa collaborazione clinica e scientifica su progetti comuni di ricerca.

PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

LA MISSIONE

La Fondazione Stella Maris si pone quale obiettivo strategico, quello di consolidare ulteriormente il proprio ruolo di polo di riferimento nella ricerca e nell'assistenza nel settore dei disturbi neurologici e psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza.

Lo statuto della Fondazione a questo riguardo afferma testualmente:

L'ente persegue con spirito cristiano ed in armonia con le leggi e disposizioni nazionali e regionali i seguenti scopi:

1. lo sviluppo di studi e ricerche sulla origine, la prevenzione, la diagnosi precoce, la cura e la riabilitazione di disarmonie, handicap della vita di relazione ed epilessie in età evolutiva. In questo ambito opera in collaborazione con l'Università di Pisa, con le altre Università toscane, nonché con altri istituti di ricerca italiani e stranieri;
2. la promozione di attività idonee alla assistenza fisica, psichica, sociale e morale di soggetti in età evolutiva che presentano disturbi, disarmonie e handicap della vita di relazione ai fini del loro recupero alla vita personale e sociale e del loro inserimento nel mondo del lavoro;
3. l'osservazione, la terapia e il riadattamento degli epilettici in età evolutiva;
4. la preparazione e l'aggiornamento professionale degli operatori impegnati nell'educazione, nell'assistenza e nel recupero dei soggetti affetti da disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva attraverso la promozione di corsi, convegni e seminari di studio, nonché la formazione di personale specializzato nel campo della ricerca e più vaste iniziative di educazione sanitaria nel settore di competenza;



Giorgio Conti, *presenza divina*, 2009



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

LA MISSIONE

5. la sensibilizzazione della pubblica opinione sui temi dell'handicap in età evolutiva nonché la diffusione delle conoscenze acquisite nei settori di ricerca biomedica e pedagogico sociale di competenza;
6. la promozione di iniziative riguardanti i Paesi in via di sviluppo nell'ambito delle proprie finalità e specialmente la formazione di personale medico e tecnico riabilitativo destinato dagli organismi italiani e internazionali di volontariato alla collaborazione con tali paesi;
7. l'assolvimento di ogni altro compito che gli viene demandato dal Ministero della Sanità e dalla Regione Toscana.

I rapporti tra la Fondazione e l'Università di Pisa sono regolati da apposita convenzione conforme alle vigenti normative in materia, per quanto applicabili.

Per quanto attiene agli aspetti di ricovero e cura, la Fondazione in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Pisa, terrà conto nella propria programmazione di servizi delle indicazioni contenute nel Piano Sanitario Nazionale e nel Piano Socio Sanitario della Regione Toscana per la stipula di convenzioni. La Fondazione si riserva di porre in atto servizi concernenti altri ambiti socio assistenziali.

La Fondazione, per il raggiungimento dei suoi scopi, può aderire ad iniziative di istituzioni ed associazioni che perseguono finalità analoghe a quelle indicate dal presente Statuto.



San Miniato — il Seminario vescovile

LA VISIONE

Il modo in cui la Fondazione Stella Maris si rapporta alla propria missione è coerente espressione da un lato delle radici cristiane dell'Istituzione, così come esse si concretizzarono nell'opera del suo fondatore spirituale, Monsignor Aladino Cheti, dall'altro dell'approccio alla patologia neuropsichiatrica nell'età infantile che informa l'impostazione data sin dalle origini da quello che a buon diritto può considerarsi il suo fondatore scientifico, il prof. Pietro Pfanner.

L'approccio che viene seguito dai professionisti che operano all'interno della Fondazione Stella Maris si caratterizza e si qualifica per due tratti distintivi:

- ♦ l'atteggiamento del prendersi cura piuttosto che curare, con lo spirito di carità che della Fondazione è sostanza;
- ♦ l'approccio olistico che il prof. Pfanner aveva interiorizzato nella sua esperienza francese, che negli anni 50 era stato un laboratorio di sperimentazione di un nuovo modo di rapportarsi alla malattia psichiatrica, dando particolare rilievo alla dimensione relazionale dell'individuo e considerandone i comportamenti non solo espressione di effetti organicistici ma di reciproca interazione con il contesto familiare, scolastico e sociale.

Il bambino affetto da disturbi nervosi o mentali viene qui accolto con amore non solo dallo specialista in neuropsichiatria infantile, che comunque mantiene un ruolo di coordinamento del percorso diagnostico terapeutico che si instaura dalla presa in carico del bambino, ma da un'équipe integrata di specialisti, portatori ciascuno di strumenti specifici di valutazione, di diagnosi e terapia, dallo psicologo all'educatore, dal riabilitatore al logopedista che insieme si rapportano al bambino e ai suoi genitori e, anche attraverso la figura dell'assistente sociale, alla famiglia e alla scuola.

PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

LA VISIONE

Coerentemente con il suo status di Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, la Fondazione Stella Maris persegue un approccio multidisciplinare integrato di altissimo profilo scientifico che consenta di disegnare un itinerario terapeutico coerente con le caratteristiche che la patologia presenta nel singolo individuo e con le opportunità di intervento che lo stesso può trovare nel contesto di riferimento, familiare e sociale.

Questo approccio sottende alcune scelte strategiche, nelle quali si concretizza la visione della Fondazione stessa:

- ♦ la multidisciplinarietà dell'approccio alla persona malata, che vede integrarsi competenze di alto profilo nei settori della neurologia, neuropsichiatria, psicodinamica, psicologia, neuroriabilitazione, genetica molecolare, diagnostica per immagini, mettendo così a disposizione di ogni paziente un pool di professionisti che garantiscono una visione multidimensionale del caso;
- ♦ l'integrazione della ricerca con l'assistenza, per assicurare il trasferimento di conoscenze avanzate nella pratica clinica. La presenza dell'Università è a questo riguardo culturalmente molto importante. Il fatto che presso la Fondazione abbia sede la scuola di specializzazione in neuropsichiatria infantile garantisce una presenza qualificata ed un vivaio dal quale attingere risorse con elevata professionalità;
- ♦ l'attenzione all'individuo e non al malato. In questo approccio le conoscenze e le competenze di cui la Fondazione dispone si esprimono in modo coerente con la matrice religiosa dell'istituzione. Questo viene percepito in modo chiaro dalle famiglie, che vivono in una condizione di estrema fragilità l'esperienza della disabilità del proprio figlio.

L'approccio è sempre un approccio alla persona prima che alla patologia di cui essa è portatrice, persona vista nella sua interezza, tenendo conto del sistema di relazioni del soggetto malato. Figure professionali specifiche intraprendono un discorso con la famiglia, con la scuola, con i servizi neuropsichiatrici e con i servizi sociali territoriali al fine di offrire un approccio integrato che si proietta oltre l'impatto tecnico medico con la struttura per disegnare un vero e proprio percorso di cura e riabilitazione in una logica di continuità assistenziale.



San Miniato — la Cattedrale
l'evangelista San Luca



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

L'ASSETTO ISTITUZIONALE

Gli organi di governo della Fondazione, le modalità di nomina degli stessi ed i poteri ad essi attribuiti sono coerenti da un lato con le origini storiche della Fondazione stessa, dall'altro con la normativa nazionale che disciplina gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288.

Secondo tale normativa gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico devono avere un Consiglio di Amministrazione, un Presidente, un collegio sindacale, un direttore generale, nominato dal Consiglio di Amministrazione, un direttore scientifico, che negli Istituti pubblici è nominato dal Ministro della Salute, sentito il Presidente della Regione dove ha sede l'Istituto.

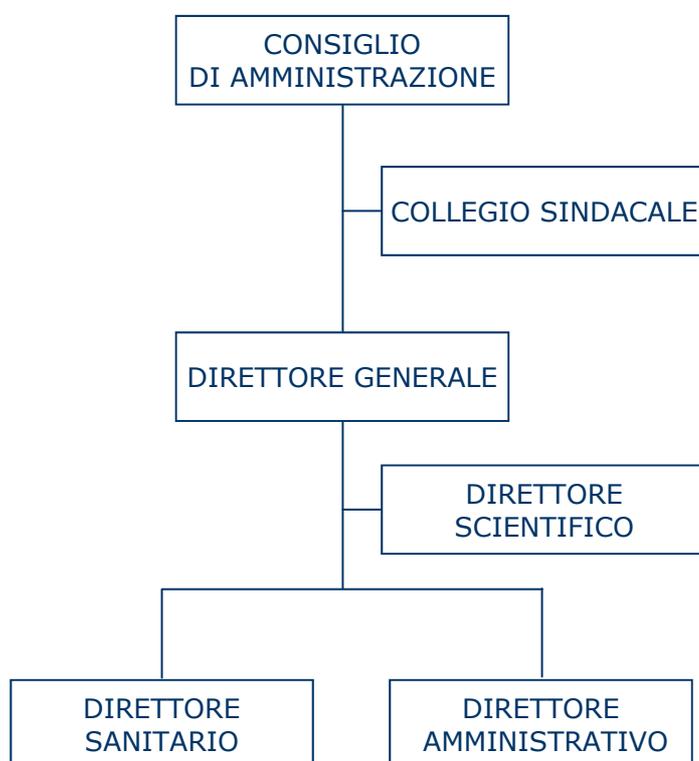
L'assetto istituzionale degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico è disciplinato dall'articolo 4 del decreto legislativo 288/2003, che testualmente dispone:

"Lo statuto delle Fondazioni IRCCS deve disciplinare l'organizzazione e il funzionamento dell'ente, separando le funzioni di indirizzo e verifica, riservate al consiglio di amministrazione, dalle funzioni di gestione, demandate ad un direttore generale, nominato dal consiglio di amministrazione tra soggetti esterni allo stesso e dalle funzioni di direzione scientifica, affidate ad un direttore scientifico, nominato dal Ministro della salute, sentito il Presidente della Regione".

Nel rispetto della normativa nazionale l'assetto istituzionale della Fondazione definito nello Statuto esprime, nella individuazione degli organi di governo e nell'attribuzione delle relative prerogative, e soprattutto nella prerogativa che lo Statuto riserva al Vescovo di San Miniato di designare sia il Presidente sia cinque membri sui nove previsti, la continuità sostanziale rispetto alle origini della Fondazione, ed al ruolo che in essa ha avuto

la Diocesi di San Miniato, che attraverso l'illuminata e lungimirante testimonianza di carità di Monsignor Aladino Cheti ha dato vita alla Fondazione stessa.

L'organigramma degli organi di governo della Fondazione è rappresentato nel grafico di seguito riprodotto.



San Miniato: la cupola del Santuario del Santissimo Crocifisso



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

I meccanismi di nomina del Consiglio di Amministrazione e del Presidente della Fondazione, i poteri conferiti agli organi di governo della stessa sono definiti dallo Statuto, che viene qui integralmente riportato per quanto concerne gli aspetti più rilevanti.

Il Presidente

Il Presidente della Fondazione, nominato dall'ordinario della Diocesi di San Miniato quale rappresentante degli interessi originari dell'Ente, dura in carica cinque anni e può essere confermato.

Il Presidente ha la legale rappresentanza dell'Ente, convoca e presiede il Consiglio di Amministrazione e determina le materie da sottoporre all'esame e alle deliberazioni del Consiglio stesso, sovrintende al regolare funzionamento dell'Ente ed esercita le funzioni demandategli dalla Legge dello Statuto e dal Regolamento.

Il Presidente, nei casi di urgente necessità, adotta, sotto la propria responsabilità, gli atti deliberativi di competenza del Consiglio di Amministrazione, con esclusione di quelli riguardanti le modifiche statutarie, i bilanci e i regolamenti e li sottopone alla ratifica del Consiglio medesimo nella prima seduta.

Il Presidente insedia il Consiglio di Amministrazione non appena siano stati designati almeno i due terzi dei componenti e salvo successive integrazioni.

Il Presidente nomina, fra i membri del Consiglio di Amministrazione, un Vice Presidente che lo coadiuva nell'esercizio delle sue funzioni e lo sostituisce in caso di assenza o di impedimento

Il Consiglio di Amministrazione

Il Consiglio di Amministrazione è dotato di tutti i poteri di ordinaria e straordinaria amministrazione. Il Consiglio dura in carica cinque anni ed i suoi componenti possono essere riconfermati.

Il Consiglio è composto da nove membri:

1. il Presidente della Fondazione
2. cinque membri nominati dall'Ordinario della Diocesi di San Miniato, sentito il Presidente
3. tre membri, cooptati dai sei componenti predetti.

Un membro del Consiglio deve essere scelto a rappresentare le Famiglie con figli portatori di handicap. Altri due membri devono essere scelti fra esperti nel settore socio sanitario

Alle sedute del Consiglio di Amministrazione partecipano, con voto consultivo, il Direttore Scientifico, il Direttore Generale e il Direttore Sanitario.

Il Direttore Generale svolge le funzioni di Segretario del Consiglio.

Il Consiglio di Amministrazione viene convocato di regola una volta al mese e ogni volta che sia ritenuto necessario dal Presidente o su richiesta motivata di almeno un terzo dei Consiglieri.

La convocazione è disposta dal Presidente, con preavviso di almeno cinque giorni. Nei casi di urgenza la convocazione è disposta telegraficamente con preavviso di almeno due giorni. Per la validità delle sedute è richiesta la presenza della maggioranza dei componenti in carica.

Le deliberazioni sono adottate a maggioranza dei presenti. Per le deliberazioni concernenti modifiche statutarie è richiesta la maggioranza dei due terzi dei componenti del Consiglio; in caso di parità di voto prevale il voto del Presidente.

Delle riunioni è redatto processo verbale dal Direttore Generale.

Il Consiglio di Amministrazione delibera:

- sulle modifiche dello Statuto;
- sul regolamento dell'ordinamento interno;
- sull'organico e lo stato giuridico ed economico del personale;
- sul programma annuale di attività dei singoli servizi;
- sui bilanci di previsione annuale e pluriennale, le occorrenti variazioni e i relativi rendiconti (conto patrimoniale e conto consuntivo);



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

- sulla stipulazione dei contratti e delle transazioni per acquisto di beni e servizi che superino i limiti di spesa stabiliti per il Direttore Generale;
- sui ricorsi e sulle liti attive e passive;
- sulle locazioni, la permuta e le alienazioni dei beni immobili, di azioni, mobili e valori mobiliari;
- sulle convenzioni con l'Università di Pisa e con ogni altra Università o Ente;
- sulla convenzione con l'Istituto di credito per il Servizio di Tesoreria;
- sulle convenzioni con la Regione Toscana e con le Aziende Sanitarie Locali.;
- sui contratti di ricerca e la istituzione di borse di studio;
- sull'accettazione di donazioni, eredità e legati;
- sulla ratifica di provvedimenti adottati dal Presidente nei casi di urgenza;
- sul conferimento di procure e deleghe su affari particolari;
- su tutti i provvedimenti demandati dalle leggi e dallo Statuto.

Il Direttore Generale

Il Consiglio di Amministrazione nomina il Direttore Generale quale responsabile della Direzione Generale della Fondazione.

L'incarico dura 5 anni ed è rinnovabile. Il Direttore Generale provvede alla gestione ordinaria della Fondazione in conformità agli indirizzi generali e alle linee programmatiche e nell'ambito dei poteri e delle attribuzioni conferitigli dallo Statuto e dai regolamenti oppure delegatigli dal Consiglio di amministrazione. A tal fine :

- adotta gli opportuni provvedimenti e coadiuva il Presidente ed il Vice Presidente nell'adempimento dei compiti ad essi spettanti;
- dà attuazione alle deliberazioni del Consiglio di Amministrazione;
- assume tutti i provvedimenti necessari per quanto riguarda l'organizzazione e il controllo dei servizi, in attuazione dei programmi deliberati dal Consiglio di Amministrazione e negli altri casi indicati dallo Statuto;
- ha la rappresentanza della Fondazione nei rapporti istituzionali;
- esercita i poteri di spesa, limitatamente alle competenze previste dal regolamento;
- redige i verbali del Consiglio di Amministrazione;

- formula proposte al Consiglio di Amministrazione sulle materie di propria competenza.

Il Collegio dei Revisori dei Conti

La gestione della Fondazione è controllata da un collegio dei Revisori dei Conti composto da tre membri effettivi.

Fra i membri effettivi uno deve essere scelto fra iscritti nell'elenco dei revisori contabili, uno designato dall'Università di Pisa fra i propri funzionari amministrativi e uno designato fra i funzionari amministrativi del Ministero della Sanità

I Revisori dei Conti restano in carica per un quinquennio e possono essere riconfermati.

I Revisori sono nominati dall'Ordinario della Diocesi di San Miniato. Il Presidente viene espresso dal Collegio stesso.

Il Collegio dei Revisori esercita funzioni di vigilanza sulla attività amministrativa dell'Ente, compie verifiche di cassa, redige relazioni sul bilancio di previsione, sul conto consuntivo e sui risultati della gestione.

I componenti del Collegio possono assistere alle adunanze del Consiglio di Amministrazione e procedere in qualsiasi momento, anche individualmente, ad atti di ispezione e di controllo.

Il Direttore Scientifico

L'incarico di Direttore Scientifico è conferito, con deliberazione motivata, dal Consiglio di Amministrazione, anche a soggetti non facenti parte del personale dell'Istituto, purché in possesso di adeguati requisiti tecnico professionali. L'incarico ha durata quinquennale ed è rinnovabile.



la sala consiliare

PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

IL PRESIDENTE



L'avvocato Giuliano Maffei è stato designato quale Presidente della Fondazione Stella Maris dal Vescovo di San Miniato, nell'ambito delle prerogative che ad esso sono riservate dallo statuto della Fondazione, quale segno e strumento di continuità rispetto alla genesi storica della Fondazione, che nasce negli anni 50 per l'illuminata iniziativa di monsignor Aladino Cheti della Diocesi di San Miniato.

La designazione dell'avvocato Maffei alla guida della Fondazione trova il suo fondamento nei valori di cui egli è testimone, con l'impegno attivo e fattivo di un'intera vita nell'ambito del volontariato, nelle diverse forme, laiche e cattoliche, in cui esso si esprime nella realtà della Diocesi di San Miniato, ove la Fondazione Stella Maris ha le sue radici.

San Romano, dove l'avvocato Maffei vive ed esercita la sua professione di legale, e San Miniato sono i poli di un impegno che sin dall'età giovanile lo vede attento e sensibile interprete dei bisogni di una società troppo spesso protesa verso traguardi ed obiettivi che sono lontani dai valori che dovremmo porre a fondamento della nostra esistenza: la carità, la solidarietà, la capacità di ascolto, la disponibilità a farsi carico dei problemi e dei bisogni degli altri come se fossero i nostri.

Con queste motivazioni e con questi valori, l'avvocato Maffei è impegnato in numerose iniziative di volontariato sociale, nell'Arciconfraternita di Misericordia, nel Gruppo Donatori di Sangue Frates, nel Consiglio Pastorale ed Economico della Parrocchia di San Romano e nella locale Sezione dei Carabinieri in congedo, nonché nel Consiglio per gli Affari Economici della Diocesi di San Miniato. È altresì consigliere della Fondazione Istituto Drama Popolare di San Miniato e socio della Fondazione Cassa Risparmio di San Miniato. Fa parte dell'Associazione Scienza e Vita e dell'Unione Giuristi Cattolici.



San Miniato — la Cattedrale



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

IL DIRETTORE GENERALE



Il dottor Roberto Cutajar è Direttore generale della Fondazione Stella Maris dal 2 dicembre 2002. Il carattere distintivo della sua storia professionale è la poliedricità delle esperienze professionali, che vanno dal management aziendale alle competenze medico psicologiche, sua originaria matrice formativa. Questa poliedricità è riconducibile al filo comune dell'interesse per le relazioni umane, sia nel contesto di un'azienda quale gruppo di persone tese ad un obiettivo comune, sia nel contesto del rapporto fiduciario medico — paziente, che costituisce il primo motivo di interesse nel suo percorso professionale.

Conseguita la Laurea in medicina si è specializzato in Psicologia ad indirizzo medico presso l'Università di Bologna ed in questo ambito ha condotto vari studi sulle tematiche proprie della psicologia medica, con particolare riferimento alle implicazioni psicologiche nel paziente affetto da sclerosi multipla ed in generale ai correlati psicologici delle malattie neurologiche.

Questa esperienza di ricerca gli ha consentito di accumulare conoscenze preziose per interpretare con piena consapevolezza il ruolo manageriale affidatogli in una struttura come la Fondazione Stella Maris, il cui specifico campo di intervento è rappresentato dalle patologie neuropsichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza.

Dal 1990 al 2002 ha ricoperto il ruolo

di Direttore sanitario del Centro Terapie Educative di Firenze, Istituto privato di riabilitazione extraospedaliera accreditato dalla Regione Toscana.

Nel campo della gestione aziendale si è perfezionato in management sanitario presso il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Firenze frequentando il corso "La Gestione del Sistema Sanitario: Principi, Strumenti, Metodi", ed ha seguito il Corso di Alta Formazione manageriale organizzato per la Regione Toscana dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna.

Particolarmente significativo l'incarico che tuttora ricopre di rappresentante regionale dei Centri di Riabilitazione Toscani nel relativo Coordinamento. In questa veste ha partecipato, dal 1996, all'elaborazione di importanti accordi nel settore dell'assistenza riabilitativa rivolta alla disabilità grave e gravissima, tutti confluiti in specifiche deliberazioni regionali.

Questa attività, condotta in collaborazione con le più importanti Associazioni familiari del settore, è fonte di un profondo insostituibile arricchimento personale ed umano.

È attualmente membro del Consiglio Nazionale dell'ARIS, e Presidente della relativa sezione toscana e collabora come docente ad iniziative di formazione per conto di istituzioni accreditate a livello regionale e per Scuole di specializzazione riconosciute dal Ministero dell'Università.

Su queste basi il dottor Cutajar ha messo le sue capacità di professionista, ricercatore e manager al servizio della Fondazione Stella Maris, alla quale dedica con abnegazione ed entusiasmo che ben conoscono i suoi diretti collaboratori, la sua capacità di analisi, le sue intuizioni manageriali, con l'obiettivo di consolidare un sistema di gestione che esalti il patrimonio di valori, di conoscenze e competenze tecniche che accreditano la Fondazione Stella Maris come struttura di eccellenza nel contesto regionale e nazionale.

PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

IL DIRETTORE SANITARIO



Il dottor Giuseppe De Vito rappresenta uno dei riferimenti storici della Fondazione Stella Maris, nella quale ha sviluppato il suo intero percorso professionale. Nato nel 1953 a Livorno, dove tuttora vive, si è laureato in medicina all'Università degli Studi di Pisa nel 1978 discutendo una tesi su argomenti di neuropsichiatria infantile, e nel 1981 si è specializzato in neuropsichiatria infantile presso la stessa Università.

In relazione al fatto che la scuola di specializzazione in neuropsichiatria infantile ha sede presso la Fondazione Stella Maris in questo ambito il dottor De Vito si è formato ed ha iniziato il suo percorso professionale. Assunto nel 1982 come assistente medico dal 1992 ha ricoperto ruoli di responsabilità manageriale prima nell'ambito della stessa unità operativa di neuropsichiatria infantile dove operava, e successivamente con funzioni di direttore sanitario.

L'impegno nella clinica si è accompagnato con un costante impegno nella didattica, con incarichi di docenza presso la Scuola Magistrale Ortofrenica della Fondazione Stella Maris negli anni accademici dal 1981 al 1985, nella disciplina "sviluppo umano e sue correlazioni dinamiche", con incarico di professore a contratto presso la facoltà di medicina e chirurgia dell'università degli studi di Pisa, nei corsi della scuola di specializzazione in neuro-

per terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva dal 1990 al 1994.

Operando in un istituto di ricovero e cura a carattere scientifico ha dedicato spazi significativi alla ricerca, sia su problematiche cliniche in ambito neuropsichiatrico sia su argomenti di management sanitario, ambito al quale è definitivamente passato dal 2006, anno in cui gli è stato conferito l'incarico di direttore sanitario dell'Istituto. L'interesse congiunto per la clinica e per la ricerca caratterizza il modo di interpretare il ruolo di direttore sanitario, con sensibilità ed attenzioni particolari ai problemi che l'organizzazione dei servizi presenta in un contesto particolarmente complesso come un istituto di ricovero e cura a carattere scientifico.

Nell'ambito dei progetti di ricerca corrente della Fondazione è stato responsabile, dal 2007 al 2009, dell'area di ricerca denominata: "Scienze dell'Organizzazione Sanitaria e dell'Epidemiologia in Neuropsichiatria dello Sviluppo", area di particolare rilievo per acquisire gli strumenti che la scienza dell'organizzazione e l'epidemiologia mettono a disposizione di chi si occupa di management nello specifico contesto di un ospedale specializzato in neuropsichiatria infantile.

Ha seguito corsi di approfondimento specifico di tematiche manageriali, tra i quali, nell'anno 2009/2010, il corso organizzato per conto della Regione Toscana dal laboratorio management e sanità della scuola superiore Sant'Anna di Pisa, finalizzato a rilasciare ai partecipanti l'attestato di formazione manageriale richiesto come requisito per l'affidamento di una posizione dirigenziale apicale secondo l'attuale disciplina contrattuale della dirigenza medica del servizio sanitario nazionale. Autore di numerosi lavori pubblicati su riviste nazionali e internazionali in tema di neuropsichiatria infantile, dal marzo 2007 è membro del comitato etico per la sperimentazione farmaci dell'azienda ospedaliera universitaria pisana.



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

IL DIRETTORE SCIENTIFICO



Il prof. Renzo Guerrini è legato alla Fondazione Stella Maris dagli anni della specializzazione in neuropsichiatria infantile, ed è recentemente tornato alla Fondazione come direttore scientifico, dopo una serie di esperienze che ne fanno oggi uno dei maggiori esperti italiani nel settore dell'epilessia pediatrica e delle alterazioni dello sviluppo cerebrale.

Nato nel 1956 a Terni, si è laureato in medicina all'Università degli Studi di Perugia nel 1982, nel 1986 si è specializzato in neurologia presso la stessa Università, nel 1988 si è specializzato in esplorazioni funzionali del sistema nervoso all'Università di Marsiglia e nel 1991 si è specializzato in neuropsichiatria infantile alla scuola di specializzazione dell'Università di Pisa, che ha sede presso la Fondazione Stella Maris.

Dal 1988 al 1999 ha operato nel contesto della Fondazione Stella Maris, prima come assistente ricercatore, e successivamente come responsabile del laboratorio di neuro fisiopatologia dal 1994 e del centro di riferimento per l'epilessia dal 1996. Dal 1999 al 2002 si è trasferito in Inghilterra per esperienze di grande rilievo scientifico in prestigiose istituzioni universitarie londinesi, dal 1999 al 2001 come titolare della cattedra di neuroscienze cliniche e dal 2001 al 2002 come titolare della cattedra di neurologia pediatrica.

È tornato in Italia nel 2002 come professore associato in neuropsichiatria infantile presso il dipartimento di medicina della procreazione e dell'età evolutiva dell'Università di Pisa e dal Gennaio 2004 gli è stato conferito l'incarico di direttore dell'unità operativa di neuropsichiatria infantile della Fondazione Stella Maris.

Coordinatore di ricerche finalizzate finanziate dal Ministero della Salute, dall'Istituto Superiore di Sanità, dal Ministero dell'Università e della ricerca, dalla Comunità Europea e da Fondazioni di rilevanza sociale, è stato coordinatore dell'area di ricerca in neurofisiologia, neurogenetica e neurochimica dal 1993 al 2006.

Dal novembre 2006 è professore ordinario di neuropsichiatria Infantile presso l'Università degli studi di Firenze e direttore dell'unità operativa di neurologia pediatrica presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer.

Nel febbraio 2009 torna alla Fondazione Stella Maris come direttore scientifico e porta alla Fondazione l'apporto di una conoscenza diretta della realtà nel suo divenire nel tempo, arricchito da un patrimonio di esperienze di respiro internazionale.

Membro del comitato editoriale delle più prestigiose riviste internazionali nell'ambito dell'epilessia pediatrica e delle alterazioni dello sviluppo cerebrale, ambito che rappresenta il principale settore di interesse sia nella ricerca che nella clinica, è autore di oltre 300 pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali e internazionali, ha scritto testi universitari aventi come oggetto l'epilessia, le malformazioni cerebrali, i disturbi del movimento in età evolutiva e ha tenuto oltre 350 relazioni su invito a congressi nazionali ed internazionali.



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

L'integrazione tra attività di ricerca e attività di assistenza, che costituisce uno dei punti di forza della Fondazione, trova riscontro sia nell'assetto istituzionale in cui appare con evidenza il ruolo della direzione scientifica, sia nell'assetto organizzativo, in cui l'area della ricerca costituisce una delle tre macroaree in cui si articola l'Istituto, come evidenziato nel diagramma di seguito riprodotto.

La rappresentazione grafica è peraltro per

certi versi riduttiva, perché non esprime l'effettiva integrazione tra ricerca e assistenza, che si realizza attraverso l'impegno su progetti di ricerca degli stessi clinici impegnati nell'attività di diagnosi, cura e riabilitazione, che dedicano una parte significativa del loro tempo allo studio delle cause dei disturbi che sono chiamati a trattare, ed alla ricerca di trattamenti, farmacologici e non, che possano dar risposta ai problemi con i quali quotidianamente si confrontano.





PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

il dipartimento della ricerca

Il dipartimento della ricerca è lo strumento organizzativo per raccordare l'attività clinico assistenziale con la ricerca scientifica, integrando così le dimensioni portanti di un istituto di ricovero e cura a carattere scientifico qual è la Stella Maris.

Confluiscono nel dipartimento della ricerca la direzione scientifica, le segreterie, i servizi di staff della direzione scientifica, le aree di ricerca e i laboratori

Il dipartimento opera con la consulenza istituzionale del comitato tecnico scientifico, sotto la guida del direttore scientifico che ha pertanto compiti di coordinamento generale della ricerca e di definizione strategica delle priorità della ricerca clinica in sintonia con il dipartimento clinico.

Il direttore scientifico supervisiona le attività formative ed è referente delle attività del comitato etico. Ha quale compito istituzionale quello di coniugare gli interessi scientifici delle singole linee di ricerca dell'Istituto con gli obiettivi assistenziali,

di integrare le competenze e di sfruttare le sinergie offerte da partner di ricerca afferenti ad altri Istituti Scientifici.

Le attività svolte dalla direzione scientifica, con il supporto delle segreterie e dei servizi di staff, sono:

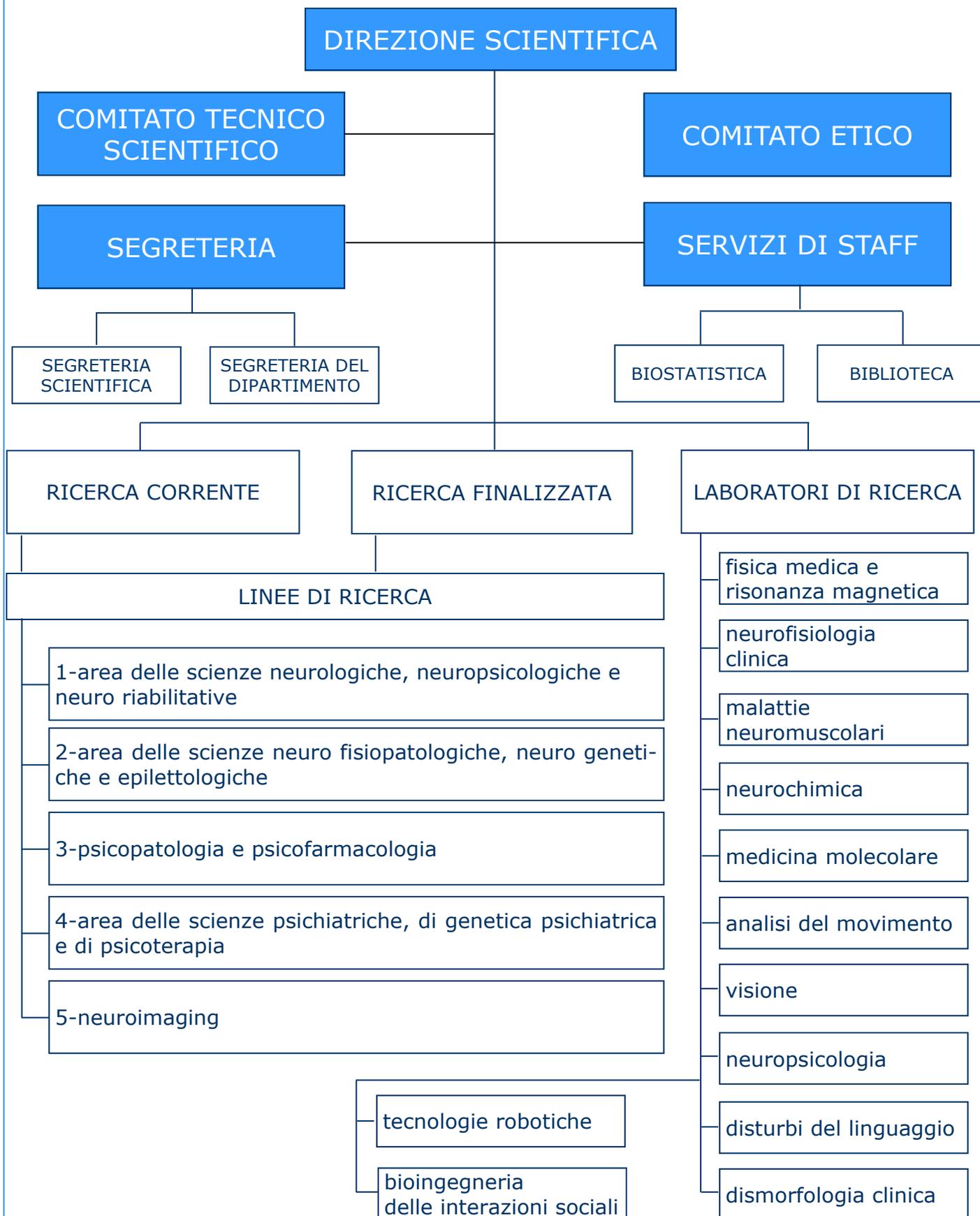
- ♦ gestione degli atti programmatici finalizzati al reperimento di fondi dal Ministero della Salute e da fonti non ministeriali;
- ♦ gestione delle attività di ricerca e delle risorse umane dedicate;
- ♦ gestione dei finanziamenti e dei costi delle attività di ricerca scientifica e monitoraggio continuo degli impegni finanziari;
- ♦ valutazione della ricerca in termini di impatto scientifico dell'Istituto nel suo complesso e del singolo autore, e gestione della procedura di valutazione comparativa finalizzata al miglioramento costante del rapporto tra risorse utilizzate e risultati conseguiti;
- ♦ mantenimento della certificazione ISO di qualità per la ricerca.



la struttura dove ha sede la direzione scientifica



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO





PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

il dipartimento della ricerca

La ricerca corrente è l'attività di ricerca scientifica diretta a sviluppare nel tempo le conoscenze fondamentali in settori specifici della biomedicina e della sanità pubblica. Costituisce la ricerca "permanente" dell'Istituto che viene svolta su specifiche tematiche e viene finanziata ogni anno dal Ministero della Salute. L'ammontare del finanziamento viene determinato in base ad una serie di indicatori finalizzati a valutare in modo oggettivo la consistenza quanti-qualitativa delle risorse disponibili e delle attività svolte nell'area della ricerca e nell'area dell'assistenza.

La ricerca è attuata attraverso la programmazione triennale dei progetti affidati ai soggetti istituzionali pubblici e privati la cui attività di ricerca è stata riconosciuta dallo Stato come orientata al perseguimento di fini pubblici.

L'area generale di ricerca e assistenza della Fondazione Stella Maris è la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza estesa a tutte le sue componenti cliniche e riabilitative, area che ha un fondamento statutario, riconosciuto dal Ministero della Salute che ha approvato a suo tempo l'istituzione dell'IRCCS ed il suo Statuto.

Si tratta di un'area vastissima, articolata in molti aspetti che confluiscono unitariamente nell'ambito della neurologia, della psichiatria e della riabilitazione in età evolutiva, e che concernono la clinica, la prevenzione, la cura ed il recupero funzionale dei disturbi del sistema nervoso, fino agli interventi psicologici e sociali.

La ricerca finalizzata è invece soggetta a bandi specifici emessi dal Ministero della Salute cui l'Istituto può concorrere in base alle proprie competenze. Copre solo i costi attribuibili alla ricerca sostenuti nel periodo di svolgimento della stessa, limitatamente a personale non dipendente appositamente coinvolto, consumi, missioni, attrezzature. Prevede un cofinanziamento da parte dell'Istituto.

La Fondazione Stella Maris usufruisce anche di finanziamenti da altri soggetti pubblici e privati. Si tratta di bandi specifici emessi dalla Regione Toscana, da Enti pubblici/fondazioni e da Enti privati, dalla Comunità Europea cui l'Istituto può concorrere in base alle proprie competenze.

L'attività di ricerca svolta dall'Istituto è riconducibile a cinque linee di ricerca, due a prevalente indirizzo neurologico, due a prevalente indirizzo psichiatrico, una a prevalente indirizzo nell'ambito delle neuroimmagini, ed ha un supporto tecnologico nei laboratori di ricerca (dodici laboratori, dei quali dieci svolgono anche funzioni di diagnostica clinico strumentale).



"lasciate che i bambini vengano a me"



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

le linee di ricerca

Linea di ricerca 1— area delle scienze neurologiche, neuropsicologiche e neuro riabilitative dello sviluppo

Responsabile di questa linea di ricerca è il prof. Giovanni Cioni. Afferiscono a questa linea di ricerca tre settori diversi che costituiscono ambiti significativi per la ricerca sanitaria nel nostro paese e per lo specifico della Fondazione Stella Maris nel panorama degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico:

- ♦ le scienze neurologiche;
- ♦ le scienze neuropsicologiche;
- ♦ la riabilitazione dei disturbi neurologici e neuropsicologici dell'età evolutiva.

Un importante ambito di ricerca riguarda la messa a punto di nuovi protocolli per la diagnosi precoce e la terapia tempestiva dei disturbi del sistema nervoso nel nascituro, nel neonato e nel bambino piccolo.

Altri ambiti di ricerca particolarmente significativi riguardano la diagnosi e la terapia di patologie genetiche metaboliche e neurodegenerative dell'età evolutiva, con particolare riguardo ai deficit primitivi della creatina cerebrale, un nuovo gruppo di encefalopatie neuro-muscolari.

Negli ultimi anni sono state sviluppate ricerche su tematiche di plasticità del sistema nervoso nei primi anni di vita ed in particolare alla riorganizzazione cerebrale post-lesionale, cui forniscono un particolare contributo alcune tecniche estremamente innovative come la risonanza magnetica funzionale, la diffusion tensor imaging, la spettroscopia protonica e al fosforo, l'arterial spin labelling, la perfusione. In questo settore grazie alla collaborazione con l'istituto di neuroscienze del CNR di Pisa, sono in corso studi particolarmente avanzati.

Un altro ambito di ricerca è rappresentato dalla valutazione dei disturbi neuro-oftalmologici in età evolutiva, ovvero dei

disordini della funzionalità visiva secondari a patologia cerebrale. Questo filone si è arricchito recentemente grazie allo sviluppo del laboratorio visione dell'IRCCS.

L'area delle scienze neuropsicologiche dello sviluppo, si propone lo studio dei processi cognitivi e linguistici in diverse condizioni patologiche, avendo come obiettivi prioritari la diagnosi precoce, la prevenzione e l'analisi fisiopatologica di disordini complessi delle funzioni corticali superiori, congeniti ed acquisiti.

I principali temi di ricerca riguardano:

- ♦ messa a punto di tecniche diagnostiche innovative sulle basi biologiche della dislessia, con standardizzazione di paradigmi sperimentali e software diagnostici riabilitativi applicati ai processi di scansione visiva e di processing fonologico per l'acquisizione della lettura;
- ♦ messa a punto e standardizzazione di protocolli neuropsicologici per la valutazione di pazienti epilettici candidati alla neurochirurgia;
- ♦ studio della plasticità cerebrale di processi di acquisizione e riorganizzazione del linguaggio e di sviluppo cognitivo in bambini con lesione focale congenita, in bambini affetti da sordità profonda nei quali è stato impiantato un dispositivo che trasmette impulsi elettrici direttamente al cervello sostituendosi in questa funzione alle cellule dell'orecchio interno danneggiate.

La linea di ricerca integra funzionalmente i laboratori visione, neuropsicologia, disturbi del linguaggio, analisi del movimento, bioingegneria ed ha strette collaborazioni con i laboratori di risonanza magnetica, neurogenetica e neurochimica.

Ricercatori della linea sono responsabili di progetti di ricerca finanziati dal ministero della salute, dal ministero dell'università e della Ricerca, da altri Enti di Ricerca pubblici e privati.



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

le linee di ricerca

Linea di ricerca 2 — area delle scienze neuro fisiopatologiche, neuro genetiche ed epilettologiche dello sviluppo

Responsabile di questa linea è il Prof. Renzo Guerrini, direttore scientifico dell'istituto. Afferiscono a questa linea di ricerca due laboratori: il laboratorio di neurofisiologia clinica e il laboratorio di medicina molecolare.

I principali temi trattati in questa linea di ricerca sono:

- ♦ gli aspetti clinici e neurofisiologici delle epilessie. L'intervista clinica del paziente e di chi ha assistito alla crisi è il principale strumento per formulare le prime ipotesi diagnostiche. A questo si associa l'elettroencefalogramma con metodiche standard o con sistemi video EEG digitali, che permettono, con registrazioni anche prolungate, di visualizzare in modo sincronizzato su di uno schermo sia l'immagine del soggetto che il tracciato. Questa tecnica è particolarmente utile quando è necessario filmare le crisi presentate dal paziente ed analizzare le corrispondenti modifiche elettroencefalografiche. Viene inoltre utilizzato un sistema digitale per registrazioni elettroencefalografiche molto avanzato, al fine di effettuare studi di analisi del segnale e di localizzazione delle sorgenti cerebrali delle anomalie epilettiche.
 - ♦ gli aspetti neuropsicologici delle epilessie e la loro relazione con i diversi quadri sindromici, le anomalie elettroencefalografiche ed il trattamento farmacologico.
 - ♦ gli aspetti di neuroimaging anatomico e funzionale. Tali aspetti, studiati in collaborazione con il laboratorio di neuroimaging, complementari agli studi EEG, sono di particolare interesse nello studio delle malformazioni cerebrali e delle modifiche funzionali del sistema nervoso in seguito a lesione cerebrale.
- L'acquisizione e l'installazione ormai imminente di un tomografo di risonanza magnetica ad altissimo campo potrà ulteriormente arricchire gli studi in questo ambito.
- ♦ il ruolo delle anomalie genetiche con particolare riguardo ai caratteri genetici la cui espressione alterata potrebbe determinare alcune forme di epilessia attualmente considerate di origine non identificata.
 - ♦ le correlazioni tra quadri patologici specifici ed il trattamento farmacologico, con particolare riguardo alla valutazione dell'efficacia e della tollerabilità.
 - ♦ la definizione delle alterazioni morfologiche e biochimiche su biopsia di muscolo scheletrico e cellule, alla ricerca dei geni responsabili di alcune patologie dell'età pediatrica, attività svolte nel laboratorio di medicina molecolare. In particolare si studiano le distrofie muscolari, le malattie neuro metaboliche e neurodegenerative. In questo ambito sono impiegate sia metodologie tradizionali di analisi del DNA che tecnologie innovative, quali studi delle variazioni di espressione genica in real-time PCR e determinazione di gravi alterazioni geniche in MLPA. Queste attività hanno permesso di definire migliori protocolli diagnostici e di follow-up particolarmente per la distrofia muscolare di Duchenne e l'atrofia muscolare spinale, patologie che colpiscono i bambini entro i 2-3 anni di vita. Le attività del laboratorio di medicina molecolare hanno permesso di definire la frequenza relativa di nuove mutazioni in geni associati con malattie neurogenetiche e di studiare nuovi possibili cause di malattia. La migliore definizione delle basi genetiche delle malattie ha ripercussioni sia nella comprensione più razionale delle malattie neurodegenerative sia in una migliore assistenza, follow-up e possibilità di pianificazione familiare.



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

le linee di ricerca

Linea di ricerca 3 — psicopatologia e psicofarmacologia dello sviluppo

Responsabile di questa linea di ricerca è il dott. Gabriele Masi.

La psicopatologia dello sviluppo si propone di applicare le caratteristiche della psichiatria clinica allo studio della salute mentale dell'età evolutiva, tenendo costantemente presente il ruolo che il livello di sviluppo esercita sul funzionamento normale e patologico della mente. Tale attenzione alla dinamica evolutiva rappresenta lo specifico della valutazione e della cura psichiatrica del bambino e dell'adolescente, poiché nel corso dell'età evolutiva le modalità di insorgenza, l'espressività clinica, la storia naturale e la risposta ai trattamenti cambiano in modo radicale.

L'approccio evolutivo è necessario per una seria opera di prevenzione, per una corretta interpretazione dei segni clinici, per una analisi della continuità/discontinuità rispetto all'età adulta, e per un adeguato e prudente approccio terapeutico, psicologico e farmacologico attento alle specificità biologiche dei pazienti.

Obiettivo di questa linea di ricerca è quello di caratterizzare i principali quadri clinici, con particolare riferimento ai disturbi dell'umore (depressione e disturbo bipolare), ai disturbi d'ansia (disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo d'ansia di separazione, disturbo di panico) ed al deficit di attenzione ed iperattività. Particolare attenzione viene prestata alla scomposizione delle diverse categorie diagnostiche in sottotipi più specifici, per aumentare le capacità di diagnosi, prognosi e terapia.

Linea di ricerca 4 — area delle scienze psichiatriche, di genetica psichiatrica e di psicoterapia dello sviluppo

Responsabili di questa linea di ricerca sono il prof. Filippo Muratori e il dott. Agatino Battaglia.

Lo sviluppo della psichiatria infantile ha avuto in questi ultimi anni un notevole

impulso in relazione alle nuove conoscenze derivate da varie discipline sia del campo psicologico che biologico. Tale sviluppo ha permesso una identificazione più precisa dei quadri clinici e un approfondimento dei legami che i disturbi psichiatrici infantili intrattengono con quelli degli adulti. L'autismo infantile, i disturbi alimentari e i disturbi della condotta sono tra le patologie che hanno registrato negli ultimi anni notevoli progressi dal punto di vista delle conoscenze scientifiche. Parallelamente anche la ricerca in psicoterapia si è notevolmente sviluppata grazie a studi di efficacia e di processo, che hanno portato a considerare la psicoterapia come uno degli strumenti più importanti in mano allo psichiatra infantile, la cui efficacia nel campo delle malattie mentali dell'età evolutiva è sovrapponibile a quella dimostrata per gli adulti.

Questa linea di ricerca ha sviluppato nel corso degli anni una attenzione particolare alla traduzione ed applicazione di metodologie di misurazione utilizzabili in psichiatria infantile sia come strumenti diagnostici che per la valutazione dei trattamenti.

Negli ultimi anni la psichiatria infantile e la genetica medica hanno identificato molte aree in comune: 1) l'individuazione delle componenti comportamentali di sindromi malformative o genetiche note; 2) la ricerca di fattori genetici determinanti disturbi neuropsichiatrici complessi (autismo; schizofrenia); 3) l'identificazione di geni causanti malattia per entità ben stabilite; 4) il contributo genetico al comportamento umano e suo rapporto con i fattori ambientali. Molti i disturbi psichiatrici complessi possono essere associati ad alterazioni genetiche e nel contempo profili comportamentali specifici sono stati descritti in diverse sindromi congenite.

La psichiatria della prima infanzia rappresenta un campo del tutto innovativo della ricerca il cui interesse è costituito dalla



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

le linee di ricerca

possibilità di intervenire in un momento dello sviluppo del bambino in cui i disturbi sono in fase di organizzazione fluida e non rigidamente fissati in comportamenti stabili e difficili da modificare.

Ambiti specifici di intervento di questa area di ricerca sono i disturbi del comportamento alimentare in adolescenza e i disturbi pervasivi dello sviluppo, caratterizzati da un deficit primario delle competenze sociali ed intersoggettive, sono stati studiati sia nei loro aspetti clinici che biologici. Nel campo della genetica, oltre allo studio dei disturbi pervasivi dello sviluppo sono stati effettuati studi sul ritardo mentale.

Altro ambito di interesse di questa area di ricerca è la psicoterapia breve come strumento efficace ed efficiente nei disturbi emozionali dell'infanzia. Essa si configura come una tecnica agile e ampiamente trasferibile ai servizi non ospedalieri di neuropsichiatria infantile.

Nell'ambito dei disturbi della condotta, che rappresentano una delle patologie dal più alto costo sociale e sanitario, è stata sviluppata una ricerca sulle modalità di trattamento multifattoriali, intensive o sub intensive, in cui l'intervento terapeutico si muove su più fronti, coinvolgendo la coppia genitoriale, il paziente, la scuola e l'ambito sociale nell'obiettivo di creare un intervento in rete che riduca i comportamenti disfunzionali.

Linea di ricerca 5 — neuroimaging

La funzione dell'attuale laboratorio di risonanza magnetica è l'applicazione alla neuroscienze delle tecniche avanzate di risonanza magnetica che permettono l'analisi della struttura, dell'ultrastruttura, del metabolismo e delle funzioni dell'encefalo.

La tecnologia finora utilizzata in questo ambito è un tomografo a risonanza magnetica da 1.5 Tesla, ottimizzato per le applicazioni neurologiche.

Questo ha permesso l'esecuzione di esami particolarmente sofisticati a supporto di indagini specifiche quali lo studio dei meccanismi funzionali alla base del recupero post-lesionale, nella dislessia e nei disturbi specifici del linguaggio, nei disturbi dell'alimentazione, nei disturbi pervasivi dello sviluppo e nell'autismo. Inoltre è stato messo a punto un sistema per effettuare misure dinamiche di spettroscopia del fosforo nel muscolo in esercizio al fine di studiare il metabolismo muscolare in vivo.

In collaborazione con il nuovo laboratorio della visione, sarà sperimentata una applicazione della risonanza magnetica funzionale per la caratterizzazione della risposta visiva in neonati nelle prime settimane di vita per la comprensione dello sviluppo, degli adattamenti corticali e delle variazioni emodinamiche che avvengono in fase precoce.

È in fase di avanzata realizzazione il progetto di acquisizione di un tomografo di risonanza magnetica a campo magnetico ultra elevato (7 Tesla), il primo sul nostro territorio nazionale, che consentirà studi ed indagini di interesse scientifico internazionale che potranno aprire nuovi scenari e nuove opportunità nelle diagnosi e nelle terapie dei disturbi neurologici dell'età evolutiva.



il monitor della risonanza magnetica

PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

i laboratori di ricerca

I laboratori di ricerca sono articolazioni operative che utilizzando specifiche competenze e tecnologie approfondiscono aspetti settoriali della patologia neuro psichica a supporto sia dell'assistenza clinica che della ricerca scientifica.

L'attività diagnostica oltre che ai pazienti interni è rivolta anche a pazienti ambulatoriali esterni o provenienti da altre strutture ospedaliere.

fisica medica e risonanza magnetica

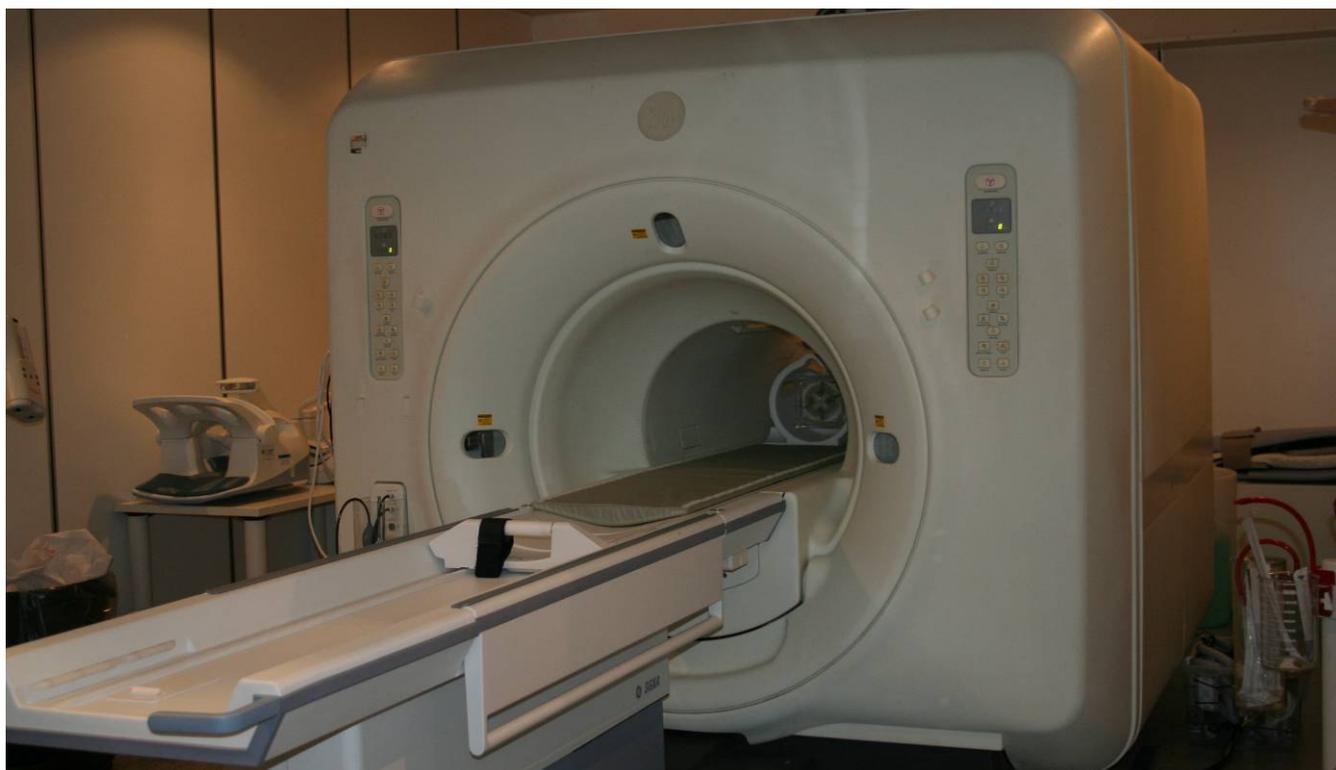
La risonanza magnetica è una tecnologia diagnostica che si è rivelata particolarmente utile nella diagnostica dei disturbi neurologici e neuropsichiatrici, perché consente di analizzare le strutture cerebrali e mettere in evidenza eventuali anomalie o alterazioni non visibili con altre metodiche diagnostiche senza sottoporre il paziente ad esposizioni radianti.

Il livello di risoluzione dell'immagine è legato alla potenza del campo magnetico

generato, che si misura in tesla (in onore dello scienziato Nikola Tesla, che ha dedicato gran parte della sua esistenza allo studio dei campi magnetici).

L'apparecchiatura di risonanza magnetica in dotazione genera un campo di 1,5 tesla e rende possibili immagini di buon livello, consentendo l'applicazione delle più recenti tecniche nella diagnostica per immagini delle malattie del sistema nervoso centrale. Il laboratorio si doterà di un tomografo con un campo magnetico ultra elevato (7 tesla), uno dei pochi esistenti in Europa e nel mondo, dotato di caratteristiche tali da rendere possibili ricerche innovative attualmente non praticabili nel nostro Paese.

L'implementazione di questa tecnologia è stata resa possibile grazie ad un ingente apporto finanziario della Fondazione Cassa di Risparmio di Pisa. La rilevanza dell'iniziativa ha indotto a costituire un centro di ricerca ad hoc denominato IMAGO 7, specificamente finalizzato allo sviluppo di attività di ricerca sull'utilizzo della diagnostica per immagini a supporto delle neuroscienze e di tutte le connesse discipline.



laboratorio di risonanza magnetica: il magnete



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

i laboratori di ricerca

neurofisiologia clinica

Più dei due terzi delle epilessie hanno un esordio in età infantile. L'epilessia colpisce il 2-3% della popolazione di età infantile. Una descrizione esatta delle crisi, l'anamnesi della malattia e la registrazione di un elettroencefalogramma sono elementi basilari per la formulazione della diagnosi.

Lo studio degli aspetti elettroclinici delle epilessie e delle sindromi epilettiche del bambino è integrato con la caratterizzazione dei correlati clinici, di quelli morfologici e neuropsicologici.

Il laboratorio di neurofisiologia clinica si occupa della diagnosi, assistenza, cura e follow-up dei bambini e degli adolescenti affetti da epilessia.

Per questo scopo il laboratorio si avvale di varie apparecchiature per la registrazione dell'attività elettrica cerebrale, sia spontanea che evocata.

Al fine di monitorare le manifestazioni parossistiche, vengono utilizzati sistemi video-EEG digitali che consentono anche un monitoraggio intensivo di lunga durata.

Vari sono i tipi di esami effettuati:

- EEG veglia – sonno;
- poligrafia veglia- sonno;
- monitoraggio video-EEG;
- monitoraggio intensivo neurofisiologico



elettroencefalografo



potenziali evocati ed elettromiografia

- potenziali evocati multimodalitari
- stimolazione magnetica transcranica.

I diversi settori in cui il laboratorio opera hanno come elemento unificante la caratterizzazione elettroclinica analitica dei pazienti a fini diagnostici e di ricerca.

Grazie all'approccio multidisciplinare, che integra competenze cliniche e neurofisiologiche, le esplorazioni a fini diagnostici sono integrate con il monitoraggio degli effetti clinici ed elettrofisiologici del trattamento farmacologico. Particolare attenzione viene rivolta alle epilessie gravi sintomatiche del bambino e all'uso di nuovi farmaci, per minimizzare gli effetti avversi cognitivi del trattamento antiepilettico.

PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

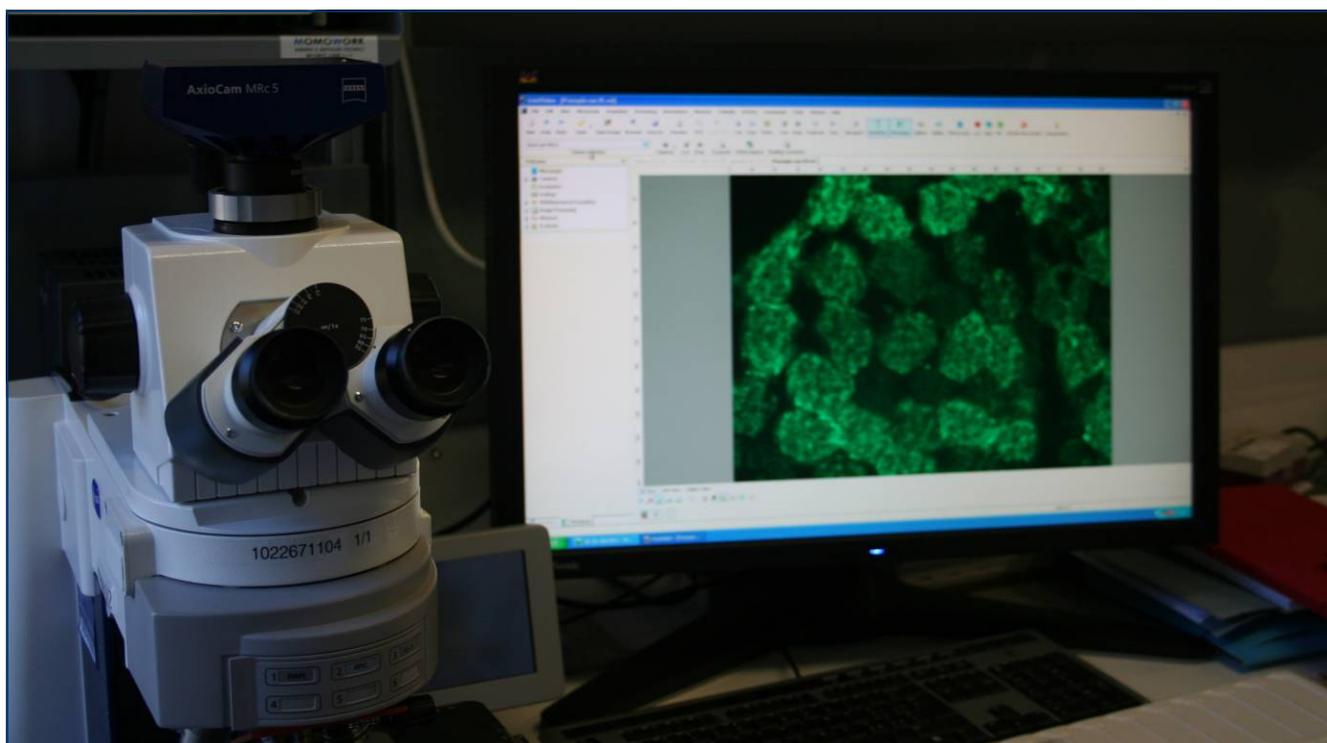
i laboratori di ricerca

malattie neuromuscolari

Il laboratorio svolge sia attività di diagnostica clinico strumentale sia attività di ricerca nel settore delle malattie neuromuscolari in età evolutiva. Il laboratorio si articola in due sezioni: la sezione di patologia muscolare e la sezione di biochimica e genetica delle malattie muscolari.

L'attività assistenziale si effettua in regime ambulatoriale e di day hospital e si rivolge a pazienti affetti da patologie neuromuscolari (distrofie muscolari, miopatie congenite, miopatie del metabolismo energetico). Le attività delle due sezioni in cui si articola il laboratorio si integrano per affinare la diagnosi, e per consentire la ricerca delle basi genetiche e migliorare le prospettive terapeutiche per queste patologie.

Il laboratorio intende rispondere alle esigenze di diagnosi e cura dei piccoli pazienti dell'area vasta nord occidentale eliminando il disagio di viaggi fuori regione.



microscopio elettronico



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

i laboratori di ricerca

neurochimica

Il laboratorio di neurochimica è stato istituito nel 1990 con lo scopo di potenziare le possibilità diagnostiche delle malattie metaboliche correlate al ritardo mentale, ai disturbi del movimento, all'epilessia, ai disturbi del linguaggio.

Si tratta molto spesso di patologie rare e pertanto caratterizzate da oggettive difficoltà diagnostiche, per le quali le attuali conoscenze mediche non consentono oggi di offrire adeguate risposte terapeutiche.

Il laboratorio svolge sia attività di diagnostica clinico strumentale sia attività di ricerca clinica applicata.

I principali settori di ricerca sono:

- sviluppo di metodiche diagnostiche per l'individuazione nei fluidi biologici di alterazioni che consentano una diagnosi

precoce di patologie che sono altrimenti diagnosticabili solo in stadi avanzati o con tecniche invasive;

- sviluppo di modelli sperimentali, soprattutto su linee cellulari, per lo studio dei meccanismi patogenetici di alcune malattie rare e sperimentazione di nuove terapie.

Negli ultimi anni la ricerca si è concentrata su patologie legate ad alterazioni del metabolismo e del trasporto della creatina per le quali è possibile effettuare diagnosi biochimica nei primi giorni di vita.

Per garantire un elevato standard qualitativo delle prestazioni effettuate il laboratorio partecipa a programmi di controllo di qualità esterni condotti da E.R.N.D.I.M. (European Research Network for evaluation and improvement of screening for Diagnosis and treatment of Inherited Disorders of Metabolism), organismo di riferimento internazionale in questo ambito.



gascromatografo con rivelatore di massa

PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

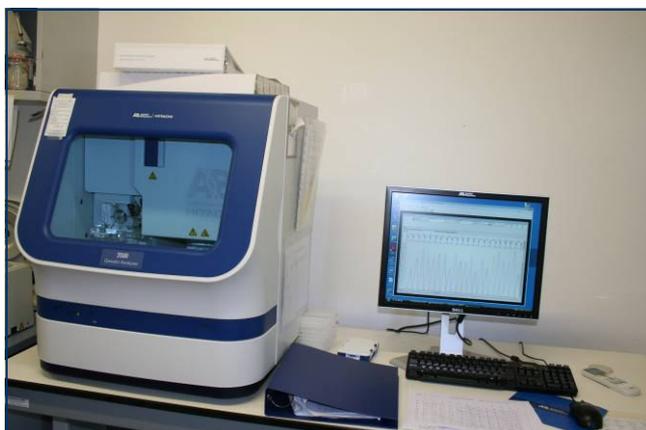
i laboratori di ricerca

medicina molecolare

Il laboratorio di medicina molecolare per le malattie neurodegenerative è stato istituito all'inizio del 2010 come evoluzione del laboratorio di neurogenetica, nato nel 1999 come sviluppo scientifico e tecnologico della neurobiologia per approfondire il ruolo della genetica in neuropsichiatria.

Questa evoluzione è stata determinata dagli sviluppi della genetica molecolare, che hanno consentito di raggiungere risultati prima impensabili. Utilizzando questa metodica è infatti oggi possibile fare una diagnosi certa in numerose malattie ereditarie del cervello e del muscolo, valutare il rischio genetico, facilitare così le scelte di pianificazione familiare, individuare le cause genetiche di malattie ereditarie sconosciute, scoprire nuove malattie, identificare la componente genetica di malattie di grande impatto sociale, quali ad esempio le distrofie muscolari, le paraplegie spastiche e le epilessie.

Nella popolazione pediatrica, in cui l'incidenza di malattie ereditarie è particolarmente rilevante ed è spesso associata a disturbi del sistema nervoso centrale, la diagnostica molecolare è risultata uno strumento irrinunciabile per una struttura che voglia sempre più puntare all'eccellenza della prestazione sanitaria.



analizzatore delle sequenze del DNA



Il laboratorio si articola in due sezioni, neurogenetica e biologia cellulare, che svolgono attività ambulatoriale sia per pazienti già in carico alla struttura che per pazienti esterni, e che sono aperte anche a test richiesti da altre realtà sanitarie, ospedaliere ed universitarie, regionali ed extra regionali. Le metodologie di indagine adottate ed i tempi certi di risposte diagnostiche pongono il laboratorio come riferimento in ambito nazionale.

disturbi del linguaggio

Il laboratorio opera nell'area dell'analisi fisiopatologica dei disordini più complessi delle funzioni corticali superiori, congeniti ed acquisiti (disturbi del linguaggio, afasia acquisita nel bambino, disartrie neurologiche, sindromi rare, gravi sordità della prima infanzia, disturbi pervasivi dello sviluppo) avendo come obiettivi prioritari la prevenzione, la diagnosi precoce, e la ricerca.

Il laboratorio si avvale di un sistema per la video registrazione del linguaggio infantile, appositamente messo a punto per la raccolta di campioni di linguaggio spontaneo da sottoporre ad analisi computerizzata, con scopi sia diagnostico riabilitativi che di ricerca.

I risultati conseguiti, sia nella diagnosi e cura dei disturbi del linguaggio, sia nella messa a punto di metodologie e strumenti innovativi sono documentati da un ampio database, disponibile in rete come parte di un progetto internazionale.



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

i laboratori di ricerca

laboratorio della visione

Il laboratorio è attivo dal 2005 ed opera nell'ambito specifico della ricerca di base sui meccanismi del sistema visivo utilizzando anche le potenzialità diagnostiche della risonanza magnetica funzionale.

Il laboratorio opera in stretta collaborazione con il laboratorio di fisica medica e risonanza magnetica, con cui ha sviluppato importanti progetti di ricerca nell'area dei disturbi neuro oftalmologici e neurofisiologici del sistema visivo del bambino, ed è parte integrante del gruppo Visione che opera presso l'Istituto di Neuroscienze del CNR di Pisa, e presso il Dipartimento Psicologia dell'Università di Firenze.



eye tracker



sistema computerizzato per l'esame del campo visivo

PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

i laboratori di ricerca

analisi del movimento

Il laboratorio di analisi del movimento, ha sviluppato tecniche diagnostiche che sono particolarmente utili per individuare quali sono le cause delle difficoltà motorie che possono condizionare in modo anche grave lo sviluppo del bambino ed il suo inserimento nel contesto sociale.

Oltre al cammino, l'analisi del movimento per mezzo di metodiche strumentali è stata estesa allo studio dell'arto superiore di bambini con lesioni cerebrali congenite o acquisite, con l'obiettivo di individuare indici quantitativi sufficientemente affidabili per valutare l'efficacia del trattamento riabilitativo.

Le ricerche condotte hanno contribuito ad affermare il ruolo fondamentale che l'analisi del cammino può svolgere nella valutazione delle condizioni del paziente, nonché nella scelta del trattamento riabilitativo (dalla rieducazione fisica all'applicazione di apparecchi ortopedici, dalla terapia farmacologica all'intervento

neuropsicologia clinica

Il laboratorio opera nell'ambito specifico dei disturbi neuro cognitivi nell'età metodiche e protocolli appositamente elaborati per fasce di età che vanno dall'infanzia all'adolescenza. Le tecnologie disponibili consentono di valutare funzioni cognitive complesse come l'attenzione, la memoria, il linguaggio orale e scritto, la percezione, e consentono misurazioni oggettive che sono di grande aiuto sia per comprendere le cause dei disturbi, sia per valutare l'efficacia della terapia

dismorfologia clinica

Il laboratorio di dismorfologia clinica, che opera in stretta connessione con il laboratorio di neurogenetica, ha la finalità di descrivere associazioni tra quadri clinici dismorfologici e profili (fenotipi) comportamentali di sindromi neuro genetiche con ritardo mentale, autismo e altri disturbi di interesse neuropsichiatrico.



una delle telecamere utilizzate nel laboratorio di analisi del movimento



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

i laboratori di ricerca

tecnologie robotiche

Il laboratorio nasce dalla collaborazione con il gruppo di bioingegneri della Scuola Superiore Sant'Anna ed in particolare con il laboratorio ARTS diretto dal Prof. Paolo Dario, centro all'avanguardia in campo internazionale.

L'obiettivo delle ricerche del laboratorio è sviluppare strumenti innovativi e nuovi approcci per indagare come il cervello elabora le informazioni sociali, emotive e cognitive utilizzando metodologie e strumenti dell'ingegneria biomedica, con particolare riferimento alla modellistica dei sistemi fisiologici. Il laboratorio si inserisce in una disciplina nuova e affascinante: la bio mecatronica, una branca della bio ingegneria avente ad oggetto lo sviluppo di strumenti robotici per simulare funzioni

e articolazioni del corpo umano.

Il laboratorio si configura come luogo elettivo di incontro fra esperienze e professionalità diverse per la progettazione e la sperimentazione clinica di nuove metodiche e strumentazioni mirate allo studio comportamentale quantitativo dei meccanismi neurobiologici alla base dello sviluppo precoce del cervello umano, nonché delle funzioni motorie, percettive e di integrazione nel bambino sano e con disabilità neuromotoria.

Particolare attenzione è data alle patologie del sistema nervoso e al miglioramento delle conoscenze sul substrato biologico relativo alla socialità, all'emozione e alla cognizione che risultano danneggiati in patologie quali l'autismo, con l'obiettivo di fornire soluzioni tecnologiche per migliorare le tecniche di valutazione e di riabilitazione.



la struttura dove hanno sede i laboratori di ricerca e diagnostica clinico strumentale



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

i laboratori di ricerca

bioingegneria delle interazioni sociali

Nell'ambito della linea di ricerca scienze psichiatriche, di genetica psichiatrica e di psicoterapia dello sviluppo è stata avviata da qualche anno una collaborazione tra l'IRCCS Stella Maris e il centro interdipartimentale di ricerca "E. Piaggio" della facoltà di ingegneria dell'università di Pisa, nata attorno al progetto FACE (Facial Automaton for Conveying Emotions) un sistema robotico in grado di interagire con l'ambiente, interpretando e restituendo segnali emotivi attraverso forme di comunicazione non verbale e finalizzata alla utilizzazione dell'androide FACE nello studio dell'autismo.

Tale collaborazione si è successivamente estesa alla elaborazione di una metodica originale di registrazione digitalizzata e di analisi computerizzata dei movimenti oculari (eye-tracking) ed alla utilizzazione di strumenti specifici per lo studio dei sistemi neurovegetativi in psichiatria infantile, ed ha già dato luogo a diverse pubblicazioni e alla produzione di un brevetto relativo ad un "dispositivo per la misurazione del punto di mira visivo di un soggetto" che è il primo della Stella Maris.

A partire dall'anno prossimo queste attività saranno supportate dal finanziamento di una ricerca strategica sull'autismo recentemente approvata. La realizzazione di questa ricerca consentirà di consolidare un rapporto che integra competenze prettamente cliniche con competenze bioingegneristiche costituendo un team di ricercatori assolutamente innovativo che utilizzerà strumentazioni attualmente collocate presso il centro Piaggio e che saranno spostate presso la Fondazione, dando così vita ad un vero e proprio laboratorio di ricerca, denominato bioingegneria delle interazioni sociali.

L'argomento cardine delle ricerche sarà l'esplorazione della sfera socio-cognitiva con metodologie proprie dell'ingegneria

biomedica applicate alla neuropsichiatria infantile, alla modellistica dei sistemi fisiologici e alle neuroscienze, con lo scopo di sviluppare strumenti innovativi e nuovi approcci per indagare come il cervello elabora le informazioni sociali, emotive e cognitive

Particolare attenzione sarà data alle patologie del sistema nervoso e al miglioramento delle conoscenze sul substrato biologico relativo alla socialità, all'emozione e alla cognizione che risultano lesi in patologie quali l'autismo, al fine di fornire soluzioni tecnologiche per migliorare le tecniche di valutazione e di riabilitazione.

Il laboratorio di bioingegneria delle interazioni sociali avrà come obiettivo la realizzazione di un sistema integrato basato su un robot umanoide e sistemi indossabili per analisi fisiologiche e comportamentali.

Si occuperà di studiare le competenze sociali quali l'orientamento dello sguardo durante l'interazione sociale, l'imitazione ed il riconoscimento delle espressioni facciali, con lo scopo di arrivare a definire un protocollo clinico di riabilitazione basato sull'imitazione e l'uso della reciprocità sociale ed emotiva.

In relazione a questo obiettivo inizialmente il laboratorio proseguirà l'attività di ricerca nel campo dei disturbi dello spettro autistico che esemplificano il prototipo clinico dei disordini dei sistemi cognitivi e neurali coinvolti nella socializzazione.

Verranno valutati specifici sistemi robotici come mezzi per aiutare questi soggetti a comunicare ed interagire tramite informazioni socio-emotive, ad ottenere un sistema di regolazione delle emozioni e dell'intersoggettività, sviluppando nuove capacità e potenziando quelle che possiedono già. Studi mostrano come i soggetti possano imparare a far fronte alle situazioni sociali comuni se imparano da scenari naturalistici tipici.



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

i laboratori di ricerca

Studi recenti suggeriscono che l'interazione con sistemi robotici può innescare un comportamento imitativo, mostrando come l'interazione con un robot possa attivare processi visomotori nell'autismo processing delle emozioni e riconoscimento delle espressioni facciali, andando quindi ad agire su aspetti nucleari dell'autismo.

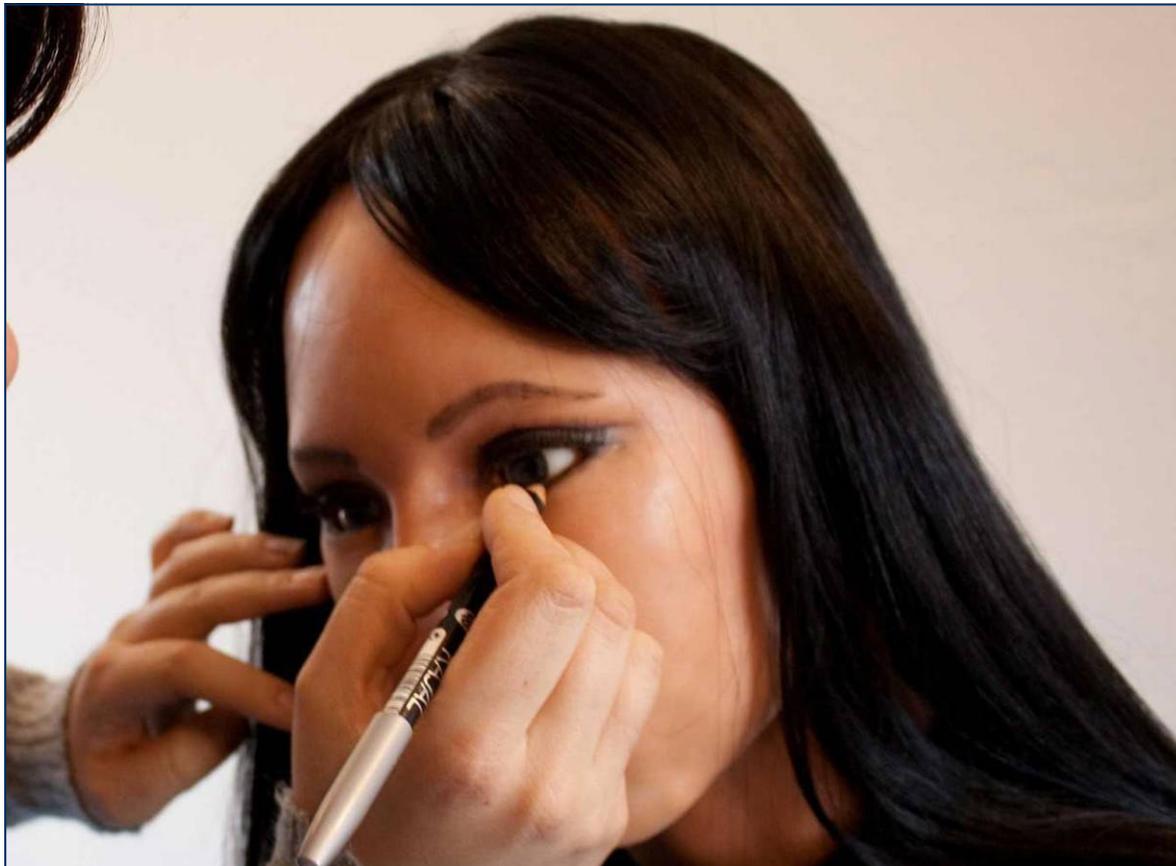
Il laboratorio lavorerà in sintesi nell'ambito dell'applicazione delle tecnologie robotiche computerizzate alla valutazione ed al trattamento dei disturbi del sistema nervoso centrale.

Contribuirà a queste ricerche:

- fornendo tecnologie indossabili per l'acquisizione e la valutazione dei segnali fisiologici quali battito cardiaco, respiro risposta elettrodermica, elettro-

per la valutazione dei movimenti oculari e del punto di mira visiva;

- esplorando l'uso delle tecnologie robotiche per la valutazione del processing emotivo dell'imitazione e dell'uso pragmatico della reciprocità sociale ed emotiva con lo scopo di sviluppare sistemi di aiuto alle persone con deficit socio-emotivi nell'imparare ad identificare, interpretare ed utilizzare le informazioni emotive e nell'estendere le loro capacità di adattamento al contesto sociale;
- fornendo competenze ingegneristiche nell'ambito della valutazione della connettività cerebrale tramite la tecnica innovativa della diffusion tensor imaging (DTI), cercando legami e modelli fra osservazioni fisiologiche, comportamentali e connettività .



l'androide FACE realizzato dal laboratorio di bioingegneria delle interazioni sociali

PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

Il dipartimento clinico di neuroscienze

L'aggregazione dipartimentale costituisce il modello organizzativo di riferimento per realizzare condizioni di integrazione e di ottimale utilizzo delle risorse indispensabili per conseguire obiettivi di efficacia dell'intervento, efficienza ed economicità. Con queste premesse, dal gennaio 2004, è stato istituito il dipartimento clinico di neuroscienze, articolato in quattro unità operative, di cui tre ospedaliere ed una extraospedaliera. Le unità operative che confluiscono nel dipartimento clinico di neuroscienze sono rappresentate nel diagramma di seguito riprodotto. La loro aggregazione di queste secondo il modello dipartimentale costituisce condizione essenziale per realizzare un'assistenza sanitaria altamente specializzata, permeata dalla ricerca scientifica, e sede elettiva per la didattica universitaria.

La gestione delle attività dipartimentali è assicurata dal consiglio di dipartimento, che assicura l'effettiva partecipazione delle diverse componenti che confluiscono nel dipartimento.

Il consiglio di dipartimento è composto dai direttori delle unità operative ad esso afferenti, ed ha funzioni di indirizzo e consultive nei confronti del Direttore del Dipartimento, al quale spetta la gestione delle attività e delle risorse. Il Direttore del dipartimento, acquisite le proposte ed il parere del consiglio di dipartimento:

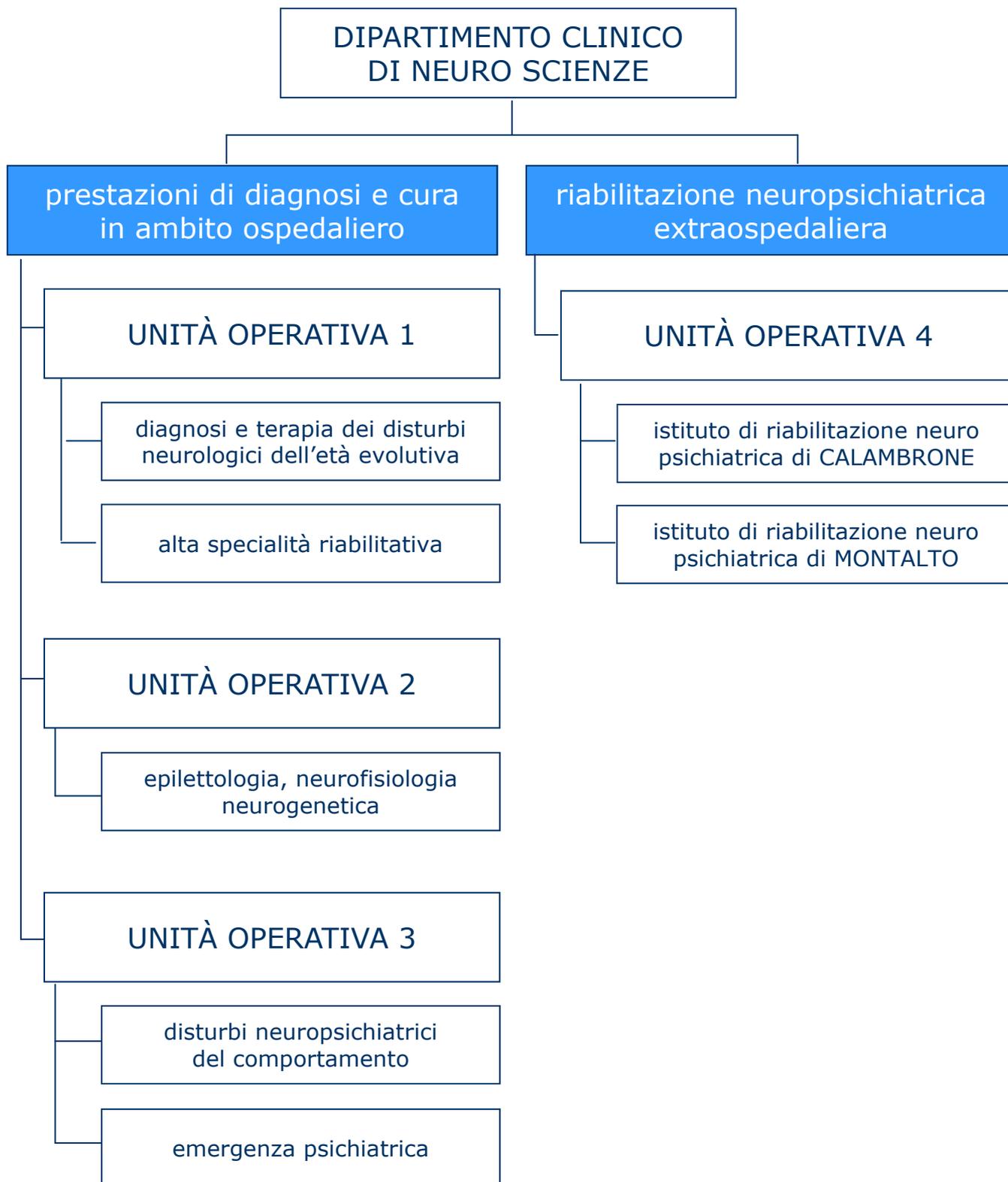
- concorda il budget e gli obiettivi di produttività assistenziale con il Direttore Generale e coordina la gestione delle risorse fra le varie unità operative;
- propone programmi di ricerca e formazione al Direttore Scientifico ed esprime parere consultivo sulle attività di ricerca e formazione dell'Istituto per gli aspetti assistenziali;
- programma, coordina e verifica l'acquisizione e la distribuzione delle risorse tra le strutture dipartimentali;
- gestisce le risorse umane e materiali comuni alle strutture dipartimentali;
- definisce, per gli aspetti assistenziali, i rapporti con gli altri dipartimenti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Pisa, ed in ambito regionale, anche con gruppi di lavoro interdipartimentali.



l'area ospedaliera di Calambrone



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO



L'assetto organizzativo rappresentato nel grafico sopra riprodotto ha costituito l'effettiva articolazione delle attività dal 2005 al 2009, periodo al quale si riferiscono tra l'altro i dati di struttura e di attività riportati nella seconda parte del bilancio sociale. Dall'anno 2010 esso ha subito significative modificazioni, che sono rappresentate in chiusura del capitolo.



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

UNITÀ OPERATIVA 1 (neurologia dello sviluppo e neuro riabilitazione)

L'ambito elettivo di intervento di questa unità operativa è costituito dalle patologie che sono riconducibili a lesioni traumatiche e non del sistema nervoso centrale, quali le encefalopatie evolutive, le paralisi cerebrali, le malattie neuromuscolari, i traumi cranici e le lesioni cerebrali acquisite, il ritardo mentale, i disturbi di apprendimento e disturbi neuropsicologici, i disturbi del linguaggio e i disturbi psicomotori.

Afferiscono a questa unità operativa tipologie di professionisti che assicurano quella interdisciplinarietà che costituisce uno dei punti di forza della Fondazione: medici specialisti in neuropsichiatria infantile, psicologici, terapisti, educatori.

L'unità opera sia in regime di ricovero, ordinario e diurno, sia in regime ambulatoriale. Per l'attività in regime di ricovero l'unità dispone di 12 posti letto per il ricovero ordinario, e 8 posti letto per il ricovero in day hospital, utilizzati di norma, in primo o successivo accesso, per valutazione diagnostico-terapeutica.

L'attività ambulatoriale è strutturata in ambulatori divisionali di primo accesso e controllo, e ambulatori specialistici, con possibilità di consulenze intra divisionali per patologie quali le paralisi cerebrali, i disturbi del linguaggio e dell'apprendimento, il ritardo mentale, patologie neurologiche complesse.

All'interno dell'unità operativa 1 è stata istituita una unità specificamente dedicata alla riabilitazione intensiva di disabilità gravi dell'età evolutiva, che ormai da anni è chiamata ad affrontare i complessi e gravi problemi diagnostici e valutativi connessi con la riabilitazione delle patologie neuropsichiatriche congenite o acquisite in età evolutiva. Questa attività implica una elevata specializzazione che richiede particolare impegno di qualificazione, in termini di competenze professionali e

tecnologie, in quanto rivolte al trattamento delle disabilità più complesse, nonché di quelle connesse con forme patologiche rare, per il cui trattamento si richiede l'acquisizione di una adeguata esperienza o l'utilizzo di attrezzature e tecnologie avanzate e l'integrazione con altre branche altamente specialistiche.

L'unità dispone di 10 posti letto (7 in regime di ricovero ordinario e 3 in regime di ricovero diurno), che sono costantemente occupati, in relazione all'elevato livello delle prestazioni fornite e alla carenza diffusa di strutture analoghe in ambito regionale e nazionale.

L'unità di alta riabilitazione intensiva svolge le seguenti funzioni:

1. ricovero dei soggetti provenienti dalle strutture esterne all'IRCCS (che hanno risposto alla fase di emergenza), per una terapia riabilitativa intensiva.
2. ricovero per rivalutazione o per interventi di breve durata che richiedono competenze specifiche e/o l'impiego di tecnologie avanzate.
3. consulenza e valutazione per predisporre, adattare, modificare il progetto riabilitativo, nonché monitorare l'andamento complessivo del quadro clinico in rapporto con altre strutture sanitarie.

Le prestazioni che l'unità di alta riabilitazione intensiva eroga sono riconducibili alle seguenti:

- a. Trattamento post-terapia intensiva neonatale degli esiti di encefalopatie gravi perinatali.
- b. Trattamento delle disabilità conseguenti ad encefalopatie acquisite (trauma cranico, encefaliti, accidenti vascolari, malattie sistemiche ematologiche e oncologiche, esiti di neoplasie del sistema nervoso centrale) nelle fasi immediatamente post-acute, o in fase di recidive o complicanze.



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

UNITÀ OPERATIVA 1

- c. trattamento post-operatorio immediato conseguente ad interventi di chirurgia ortopedica funzionale.
- d. trattamento delle disabilità conseguenti ad encefalopatie di origine epilettica gravi in fase di instabilità con quadri caratterizzati da disfunzioni.
- e. trattamento di disturbi neuromuscolari.
- f. gravi turbe neuropsicologiche specifiche congenite ed acquisite.
- g. trattamento precoce ed intensivo di disturbi gravi della comunicazione e del linguaggio.
- h. malattie rare nelle fasi di instabilità clinica con necessità di interventi multidisciplinari integrati di alta specialità.
- i. altre patologie che richiedono interventi multidisciplinari integrati diagnostici e riabilitativi (riabilitazione respiratoria, applicazione di presidi ortopedici e ausili personalizzati per contenere le disabilità, monitoraggio continuo delle condizioni cliniche, sperimentazione di protocolli terapeutici).

UNITÀ OPERATIVA 2 (epilettologia, neurologia, neurogenetica)

L'ambito elettivo di intervento di questa unità operativa è costituito dall'epilessia, nelle diverse forme in cui questa patologia si manifesta, e dalle encefalopatie.

Anche questa unità operativa opera sia in regime di ricovero, ordinario o diurno, che in regime ambulatoriale. Il ricovero ordinario è indispensabile per la registrazione e lo studio delle crisi o delle manifestazioni parossistiche di dubbia interpretazione, che costituiscono spesso una manifestazione acuta delle forme di epilessia grave. Nei casi che non presentano particolare complessità i protocolli diagnostico terapeutici possono essere applicati anche in regime di ricovero diurno o ambulatoriale.

L'attività ambulatoriale prevede un ambulatorio diagnostico di primo accesso, un ambulatorio di controllo per i pazienti già in carico alla struttura, ambulatori nei quali vengono effettuati accertamenti diagnostici strumentali quali la elettroencefalografia e gli esami di neurofisiopatologia. Al fine di monitorare le manifestazioni parossistiche di certe forme di epilessia, il servizio di neuro fisiopatologia, funzionalmente integrato nell'unità operativa 2, si avvale sia di sistemi tradizionali di analisi che di sistemi di monitoraggio intensivo clinico ed elettroencefalografico di lunga

durata, con possibilità di trattamento computerizzato del segnale. A questo fine è stata attrezzata una stanza di degenza (definita unità di monitoraggio intensivo neurofisiologico) nella quale vengono studiati i pazienti che pongono particolari quesiti diagnostici legati ad eventi parossistici. In questo servizio, come in tutti i laboratori di diagnostica strumentale, l'utilizzo delle più sofisticate tecnologie si accompagna ad un costante, sistematico impegno di ricerca, per aprire nuove prospettive, per dare nuove speranze.



l'accesso ai laboratori di ricerca

PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

UNITÀ OPERATIVA 3 (psichiatria dello sviluppo)

L'unità operativa 3 si occupa della diagnosi ed impostazione del trattamento nei disturbi psichiatrici acuti e subacuti dell'età evolutiva e dell'adolescenza, ed opera sia in regime di ricovero, ordinario e diurno, sia in regime ambulatoriale.

In regime di ricovero ordinario vengono ricoverati casi psichiatrici complessi, in emergenza psichiatrica o con disturbi del comportamento alimentare.

Il ricovero è indicato nelle situazioni in cui l'osservazione di tutto il nucleo familiare è particolarmente importante per una corretta diagnosi e terapia della situazione specifica, e in cui è necessario introdurre terapie psico farmacologiche particolarmente impegnative.

Le attività in day hospital permettono trattamenti intensivi successivi al ricovero o brevi osservazioni per il controllo clinico dei pazienti già diagnosticati.

In regime ambulatoriale vengono effettuati accertamenti di prima diagnosi e somministrazione della psicoterapia.



area attrezzata che afferisce all'unità operativa 3



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

UNITÀ OPERATIVA 3 (psichiatria dello sviluppo)



giochi per i bambini ospiti della Fondazione

I disturbi psichiatrici che costituiscono ambito prevalente di azione di questa unità operativa sono i disturbi dell'umore e dell'ansia, i disturbi della condotta, i disturbi pervasivi dello sviluppo, i disturbi del comportamento alimentare, i disturbi della personalità, anche in situazioni di emergenza, che vengono trattate in una sezione specifica dell'unità operativa.

L'approccio adottato integra in un lavoro di équipe multidisciplinare competenze specifiche relative ai diversi settori interessati (neuropsichiatri infantili, psicologi, educatori, infermieri, dietista, pediatra, terapeuta del linguaggio, terapeuta della riabilitazione psichiatrica) secondo un modello caratterizzante e qualificante il modo di operare della Fondazione.



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

UNITÀ OPERATIVA 4 (riabilitazione neuropsichiatrica extraospedaliera)

La riabilitazione neuropsichiatrica extraospedaliera costituisce in molti casi una necessaria continuità del trattamento instaurato in regime ospedaliero, e viene svolta in due sedi distinte: l'istituto di riabilitazione di Calambrone (IRC) e l'istituto di riabilitazione di Montalto (IRM).

La filosofia di fondo che ispira gli interventi riabilitativi, tanto a Calambrone che a Montalto, si basa sulla relazione che l'educatore stabilisce col paziente, sia individualmente che nel gruppo. Su questa base vengono messe in atto le più moderne tecniche di riabilitazione. Fondamentale e peculiare è il lavoro in équipe plurispecialistica formata da medici neuropsichiatri, psicologi, psicoterapeuti, educatori professionali, assistenti sociali, infermieri professionali, assistenti alla persona.

Per ogni soggetto che viene preso in carico, si elabora un progetto terapeutico individualizzato intensivo, rinnovabile per

cicli semestrali, sulla base di una diagnosi funzionale e di una valutazione multidimensionale che consentono di individuare le criticità, ma anche i punti di forza e le potenzialità che il soggetto presenta nelle diverse aree osservate (autonomia personale, sviluppo motorio, linguaggio, competenze cognitive, capacità manuali, comportamenti), con particolare attenzione alla sintomatologia neuropsichiatrica, alle eventuali patologie associate, alla situazione socio familiare ed ambientale, al motivo di ricovero. I laboratori sono parte centrale del progetto terapeutico.

Quotidianamente il comportamento del ragazzo viene osservato dagli operatori, con una registrazione scritta di eventi sentinella, utilizzando strumenti di valutazione standardizzati per l'osservazione del comportamento e la valutazione dell'appropriatezza del percorso riabilitativo, che viene gestito in collaborazione con i servizi sociali territoriali.



la struttura dove ha sede l'Istituto di riabilitazione di Calambrone (IRC)



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

UNITÀ OPERATIVA 4 (riabilitazione neuropsichiatrica extraospedaliera)

Istituto di riabilitazione di Calambrone

Nell'Istituto di Riabilitazione di Calambrone (IRC) i soggetti seguiti hanno età compresa tra i 3 ed i 14 anni e presentano varie tipologie di disturbi neuropsichici: disturbi dello spettro autistico, ritardo mentale, disturbi neuromotori, disturbi del linguaggio, dell'apprendimento, del comportamento e dell'umore.

Questi bambini ed adolescenti provengono principalmente dalle province di Pisa e di Livorno e sono trattati in cicli semestrali di riabilitazione intensiva semiresidenziale ed in cicli ambulatoriali, per un totale di 20 bambini al giorno in regime semiresidenziale e 20 bambini al giorno in regime ambulatoriale.

Si effettuano con il bambino /adolescente interventi riabilitativi di tipo educativo, logopedico, psicomotorio, sugli apprendimenti ed i loro pre-requisiti, interventi psicoterapici individuali e di gruppo, inoltre sostegno e psicoterapia alle famiglie e

consulenze alle scuole sui progetti educativi individualizzati. Il trattamento semiresidenziale viene svolto in piccoli gruppi di pazienti con patologie affini, da educatori professionali, con interventi mirati di logopedisti, psicologi, terapisti della psicomotricità, e la supervisione del neuropsichiatra infantile. Complessivamente sono convenzionate 5000 prestazioni annue in regime semiresidenziale e circa 6000 prestazioni annue ambulatoriali.



giochi e pupazzi all'IRC



un angolo attrezzato dell'IRC

PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

Istituto di riabilitazione di Montalto

Nell'Istituto di Riabilitazione di Montalto di Fauglia (IRM) i pazienti, che hanno una età compresa tra gli 11 ed i 18 anni, presentano soprattutto disturbi dello spettro autistico e ritardo mentale, associati con disturbi gravi del comportamento, con quadri clinici complessi per le associate patologie psichiatriche e l'alta instabilità clinica e comportamentale.

I pazienti frequentano l'Istituto per cicli di riabilitazione intensiva rinnovabili semestralmente fino a tre anni in trattamento residenziale e semiresidenziale.

Gli obiettivi proposti risultano molteplici; se da un lato il trattamento è mirato al recupero ed al potenziamento delle autonomie personali e sociali, vengono svolti anche trattamenti specifici di recupero cognitivo e logopedico, e trattamenti psicoterapici, individualizzati e di gruppo per potenziare il senso di sé dei pazienti.

Vengono offerte al giovane paziente varie attività da frequentare a seconda delle sue capacità: laboratorio di informatica, musicoterapia, drammatizzazione, attività manuali di ceramica, gesso, orto florovivaismo, attività di socializzazione esterna (gite, cinema, serate in pizzeria) ed attività sportive (ippoterapia, piscina).



la sede di Montalto di Fauglia



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

Istituto di riabilitazione di Montalto

I ragazzi hanno l'obbligo di frequenza scolastica presso scuole pubbliche e vengono effettuate consulenze con l'équipe scolastica. Fondamentale è l'attività di sostegno e consulenza alle famiglie.

Marcata è la tendenza degli ultimi cinque anni ad un turn over elevato dei pazienti che si attesta intorno al 93% per i pazienti in regime residenziale, intorno al 23% per i trattamenti semiresidenziali.

Anche i tempi medi di permanenza si sono ridotti notevolmente nell'ultimo quinquennio, con una media attuale di circa 3 anni (eccetto alcuni casi con alta instabilità e forte componente psichiatrica per i quali si è resa necessaria una permanenza più lunga).

Tra i risultati finali del trattamento residenziale attuato presso la sede IRM, dopo cicli intensivi ripetuti per tre anni il ragazzo può rientrare in famiglia, aspirare ad un inserimento lavorativo o trasferirsi in strutture socio comunitarie a minor protezione sanitaria.

Esistono ad oggi alcune criticità nel percorso riabilitativo per le gravi patologie autistiche e con disabilità mentale, che ancora non consentono di sfruttare appieno le potenzialità del paziente e del percorso: tra queste si possono annoverare un atteggiamento culturale di custodialismo, una insufficiente integrazione con il territorio, una insufficiente possibilità di inserimenti lavorativi.

I soggetti in trattamento sono sottoposti a periodiche valutazioni utilizzando le più moderne tecniche, per la valutazione del comportamento, oltre a test psicodiagnostici e all'osservazione psicologica.

Ogni situazione viene periodicamente ridiscussa in équipe, in modo da verificare sistematicamente il percorso individuale del ragazzo, per scegliere nuovi obiettivi e individuare nuove strategie.

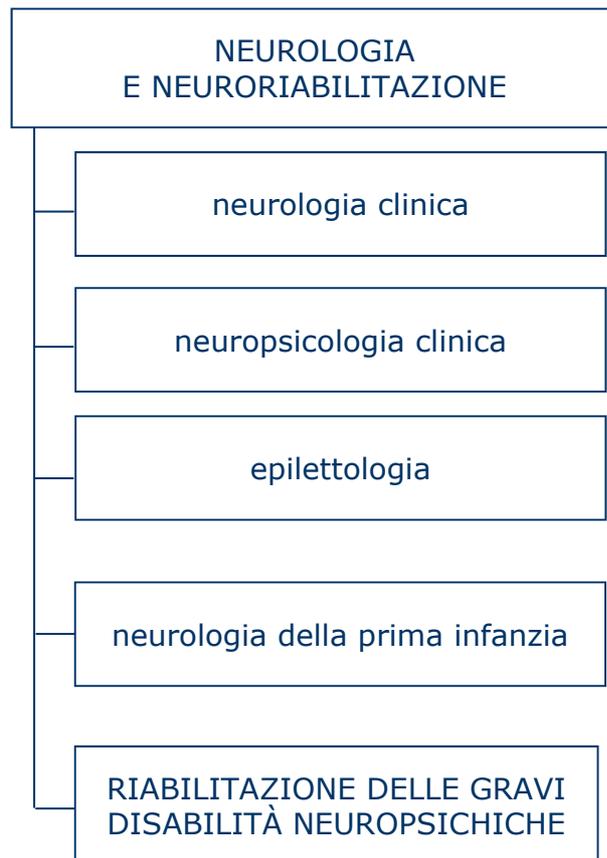
Da oltre dieci anni vengono effettuati gruppi di psicoterapia con pazienti adolescenti gravi e gruppi di aiuto per i genitori, condotti da personale specializzato e formato, esperienza che ebbe inizio nel 1997 grazie al contributo di fondi europei.



la sede di Montalto di Fauglia

IL NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO DELLE ATTIVITÀ OSPEDALIERE DEL DIPARTIMENTO CLINICO DI NEURO SCIENZE

AREA DEI DISTURBI NEUROLOGICI



AREA DEI DISTURBI PSICHIATRICI



Il diagramma qui riprodotto raffigura l'assetto organizzativo del dipartimento clinico come questo è venuto a configurarsi nel 2010.

Il criterio base che ha indotto a delineare questo nuovo assetto è stato quello di articolare meglio le differenti sezioni nelle unità operative cliniche, enucleando settori omogenei di intervento, che attuino protocolli diagnostico terapeutici peculiari e specifici, mantenere l'autonomia organizzativa alla riabilitazione ospedaliera delle gravi disabilità neuropsichiche. Nei letti della Neurologia viene integrata l'attività delle nuove unità operative per le malattie neuro genetiche e neuro muscolari.

Niente è stato modificato nell'assetto organizzativo della riabilitazione psichiatrica extraospedaliera, che ha nelle strutture di Calabrone e Montalto le proprie sedi operative.



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

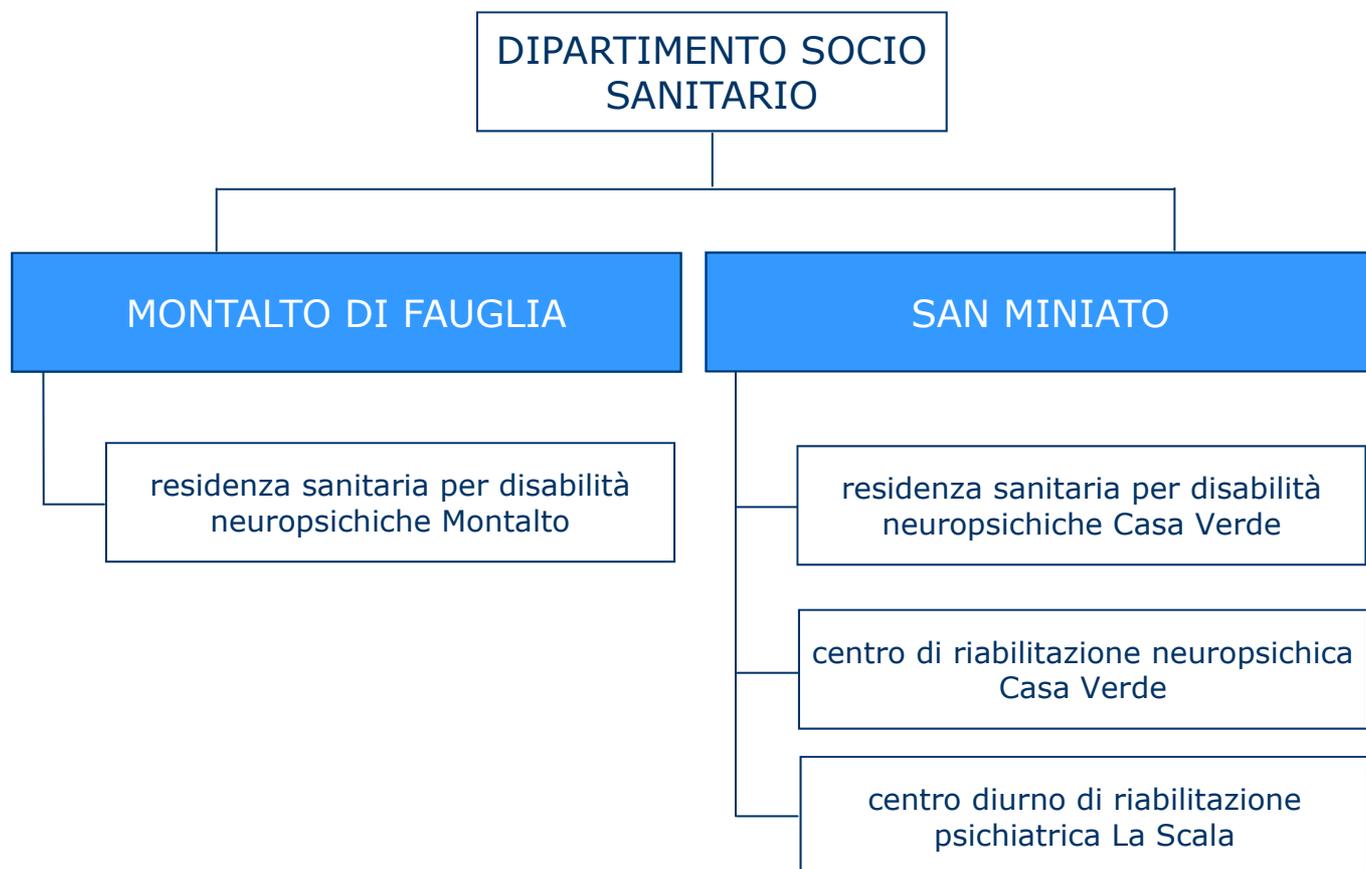
IL DIPARTIMENTO SOCIO SANITARIO

Il dipartimento è stato costituito per realizzare quella continuità assistenziale che costituisce uno dei riferimenti portanti della visione della Fondazione, seguendo il bambino dalla sua presa in carico a livello ospedaliero fino al reinserimento nel suo ambiente di vita, familiare e sociale, in collaborazione con i servizi sanitari e sociali territoriali.

Questo percorso si realizza secondo modalità variegate, in relazione sia alle diverse patologie, sia alle diverse condizioni ambientali, soprattutto per quanto concerne la possibilità per la famiglia di farsi carico di situazioni che spesso sono connotate da condizioni di oggettiva gravità.

Il dipartimento è costituito da quattro unità operative:

- La residenza sanitaria ad alta integrazione sociale per disabilità neuropsichiche (RSD) che ha sede a Montalto
- La residenza sanitaria ad alta integrazione sociale per disabilità neuropsichiche (RSD) Casa Verde che ha sede in San Miniato.
- Il centro di riabilitazione neuropsichica Casa Verde che ha sede in San Miniato.
- Il centro diurno psichiatrico per adolescenti "La Scala" che ha sede a La Scala, una frazione di San Miniato.



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

RSD MONTALTO

La residenza socio sanitaria per disabilità neuropsichiche (RSD) di Montalto di Fauglia, è una struttura residenziale extra ospedaliera convenzionata con l'azienda sanitaria locale di Pisa per l'erogazione di trattamenti riabilitativi di lunga durata (tecnicamente definiti di riabilitazione estensiva).

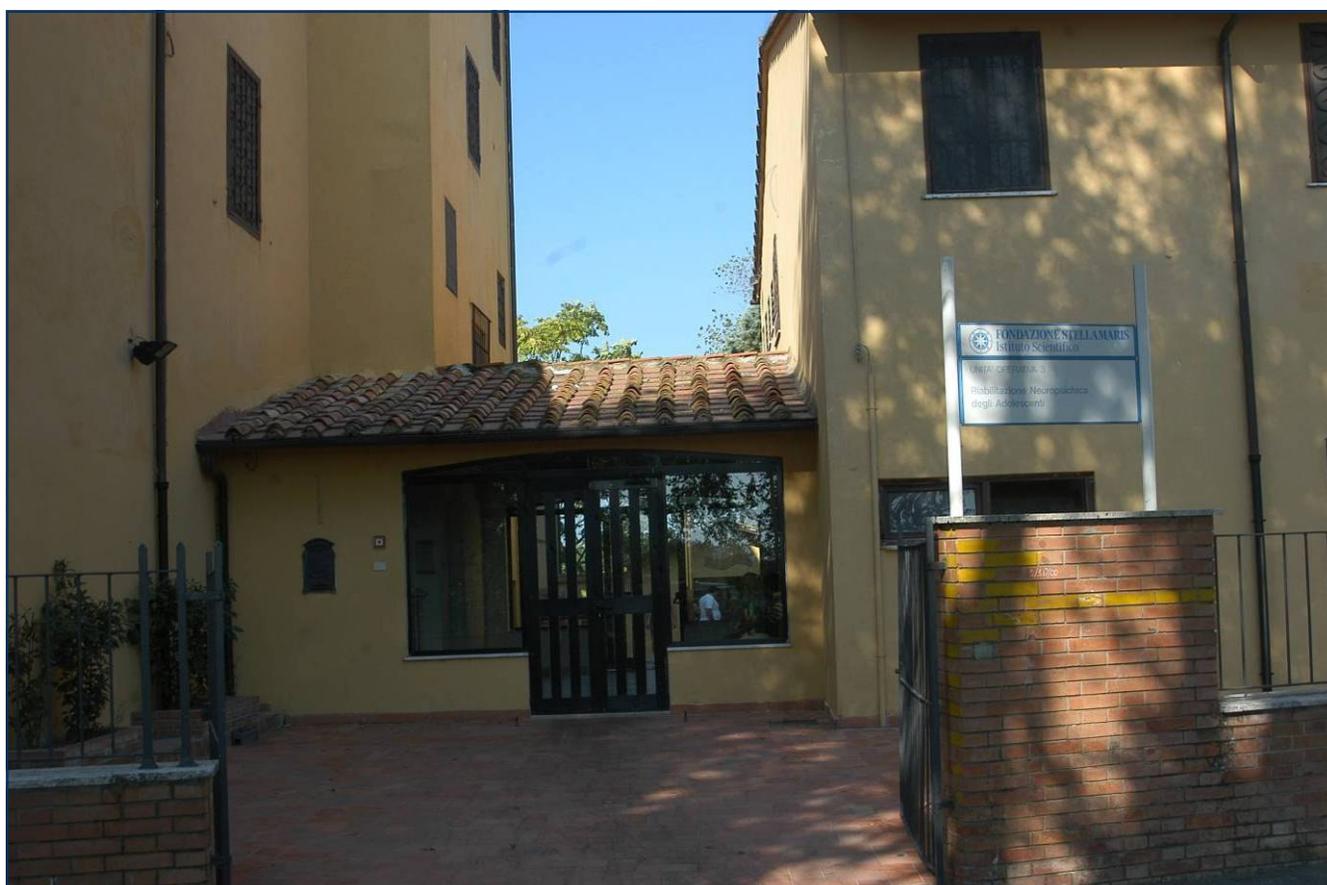
La struttura ospita 40 utenti, adolescenti e giovani adulti di sesso maschile, con disabilità stabilizzate, non autosufficienti, affetti da patologie neuropsichiche che per la loro gravità non sono assistibili a domicilio.

I trattamenti, individuali e di gruppo, hanno come obiettivi: la stimolazione delle capacità funzionali e relazionali degli assistiti, il mantenimento dei livelli di autonomia raggiunti, il sostegno e la promozione delle relazioni familiari e sociali.

Gli interventi riabilitativi sono programmati sulla base di un progetto individualizzato per ogni paziente, nel quale vengono definiti gli obiettivi da raggiungere e le linee operative di attuazione.

Ogni progetto è predisposto da una équipe multidisciplinare nella quale medici specialisti in neuropsichiatria infantile sono affiancati anche da altre figure professionali, tra cui uno specialista in medicina interna, una psicoterapeuta per interventi psicoterapeutici individuali e in piccolo gruppo, una assistente sociale che segue tutti gli aspetti di tutela degli ospiti nonché le relazioni con i familiari e le altre agenzie sociali del territorio.

L'équipe, con la consulenza di un coordinatore dei servizi, gestisce anche aspetti organizzativi generali nonché l'organizzazione di incontri e corsi di aggiornamento professionale continuo del personale educativo, infermieristico e as-



l'ingresso della RSD di Montalto di Fauglia


PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO
RSD MONTALTO

La residenza è, al suo interno, suddivisa in tre moduli distinti ai quali i 40 ospiti sono assegnati sulla base del livello di autonomia raggiunto, del livello di stabilizzazione della propria disabilità e del relativo bisogno assistenziale, e sono seguiti dal personale assistenziale ed educativo

I pazienti partecipano alle diverse attività suddivisi in gruppi, secondo le loro specifiche potenzialità, gli interessi prevalenti ed in base agli obiettivi riabilitativi, individuati nel piano di trattamento.

Per i pazienti meno gravi sono previste quotidianamente attività di cura e riordino dei propri spazi abitativi, la partecipazione alle attività di gestione dei servizi generali di tipo comunitario (guardaroba, pulizia degli ambienti comuni, piccoli lavori di giardinaggio) e attività di tipo lavorativo come l'orto floro vivaismo in serra e l'allevamento di animali da cortile, oltre a laboratori di teatro e drammatizzazione.



attività di orto floro vivaismo

Le uscite, individuali e di gruppo, sono finalizzate a favorire l'integrazione con gli aspetti di vita esterni alla istituzione e prevedono la frequentazione di luoghi pubblici come cinema, pizzerie, mercati, negozi con gli obiettivi di mantenere le competenze di autonomia sociale e ampliare gli spazi di socializzazione.



attività di allevamento

Per i pazienti più gravi sono previsti laboratori di musicoterapia, psicomotricità, espressività non verbale e sono effettuate attività ricreative, giochi e passeggiate.



la pineta meta di uscite dei ragazzi di Montalto

PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

RSD MONTALTO

Particolarmente significativo è il rapporto con le famiglie degli utenti, alcuni dei quali si sono da tempo raccolti in una associazione. Il personale direttivo della struttura ha incontri trimestrali con l'associazione per discutere e condividere i problemi e perseguire obiettivi generali comuni. Grazie alla loro collaborazione sono stati anche concessi finanziamenti da parte di fondazioni bancarie per la realizzazione di progetti di particolare interesse.

Un primo progetto, che ha interessato soggetti con gravi compromissioni, prevedeva la frequenza settimanale di un maneggio per attività di ippoterapia.



Un secondo progetto, ancora attivo, prevede l'attuazione di numerose uscite strutturate per piccoli gruppi di pazienti, finalizzate alla conoscenza del territorio locale attraverso visite guidate in parchi naturali, pinete attrezzate, agriturismi e

fattorie dove assistere in diretta alla produzione di alimenti naturali.



uscite guidate per conoscere il territorio

Queste esperienze, integrate con le iniziative interne di socializzazione e apertura al territorio, come la "festa dello sport" che si svolge a giugno, rappresentano momenti di grande ricchezza sia sul piano della relazione interpersonale che della integrazione con il tessuto sociale.



attività artistica

Nell'ultimo triennio è stata ampliata l'attività di formazione permanente del personale educativo, con corsi di aggiornamento relativi agli aspetti relazionali e alla presa in carico dei pazienti. Ciò ha avuto effetti positivi sulla qualità degli interventi educativi, ed ha portato ad un miglioramento significativo dell'assistenza.



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

RSD CASA VERDE

La residenza sanitaria per disabilità neuropsichiche (RSD) Casa Verde opera in regime di convenzione con l'Azienda Sanitaria Locale di Empoli, ed eroga trattamenti riabilitativi di lunga durata a soggetti adulti ed adolescenti affetti da gravi patologie con conseguenti deficit nel campo dello sviluppo affettivo, relazionale, cognitivo, motorio, linguistico, con disabilità stabilizzate, non autosufficienti, non assistibili a domicilio o in strutture intermedie.

La struttura ha una ricettività massima di 20 soggetti di entrambi i sessi, ed opera di norma al massimo della propria capacità ricettiva.

Anche in questa struttura, come in quella analoga di Montalto di Fauglia, l'intervento riabilitativo viene realizzato sulla base di alcuni riferimenti chiave:

- l'individuazione di progetti personalizzati che tengano conto delle effettive possibilità di recupero dei singoli soggetti, e delle esigenze di sostegno che scaturiscono dal contesto familiare e sociale;
- l'approccio multidisciplinare, attraverso l'integrazione delle competenze del neuropsichiatra infantile, dello psicologo, dell'educatore e dell'assistente sociale;
- la presa in carico delle problematiche che ogni soggetto presenta, viste anche nelle loro implicazioni familiari e sociali.

I trattamenti riabilitativi sono sottoposti ad un processo di valutazione continua, sia attraverso verifiche interne, sia attraverso verifiche con i servizi territoriali in-vianti e con i familiari. Le verifiche sono svolte applicando strumenti di valutazione specifici per le diverse aree di disabilità.



la sede di San Miniato (Casa Verde)

PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

RSD CASA VERDE

L'approccio riabilitativo è finalizzato a prender coscienza delle proprie abilità valorizzandone tutti gli sviluppi possibili: dalla cura del corpo e dell'igiene personale, all'ordine del proprio spazio di vita, allo sviluppo di abilità manuali e creative attraverso laboratori di vario genere (musicale, della carta riciclata, del mosaico, del decoupage).

L'esperienza di questi anni di lavoro ha messo in luce la necessità che la riabilitazione non avvenga solo in un luogo a ciò deputato ma anche nei vari luoghi dove quotidianamente si rappresenta la vicenda umana. A tal proposito vengono organizzate anche attività nel tessuto sociale che trovano la loro massima espressione in alcune ricorrenze come la festa d'estate dei ragazzi (giugno), la festa di Lilli (settembre), la sagra del tartufo di San Miniato (novembre), il Natale, il carneva-

le, anche grazie all'integrazione con diverse espressioni del volontariato sociale.

I punti di forza della struttura sono:

- l'ubicazione geografica (la residenza sorge a poche centinaia di metri da San Miniato, su una collinetta verde dalla quale ha preso il nome);
- il clima familiare che connota i rapporti interpersonali tra le diverse figure che operano all'interno della struttura;
- il coinvolgimento della famiglia, che partecipa attivamente alla definizione ed alla gestione del percorso riabilitativo ed alla valutazione dei risultati.

Le maggiori criticità rilevate sono legate al ridotto turnover dell'utenza, e all'adeguamento della struttura alle esigenze funzionali e logistiche. Per quanto concerne gli aspetti strutturali è stato definito un progetto di recupero edilizio degli immobili di proprietà della Fondazione ubicati in questa area, esaltandone le prerogative dalle quali prende il nome Ca-



la residenza sanitaria di Casa Verde



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

CENTRO DI RIABILITAZIONE CASA VERDE

Il centro di riabilitazione neuropsichica Casa Verde opera in convenzione con l'azienda sanitaria locale di Empoli ed ha come finalità l'erogazione di prestazioni riabilitative di tipo intensivo a soggetti nell'età adolescenziale e giovanile affetti da gravi patologie neuropsichiche che presentano deficit nel campo dello sviluppo affettivo, relazionale, cognitivo, motorio, linguistico. Non rientrano tra le patologie trattate nel centro le patologie sensoriali pure e le gravi disabilità motorie.

Sono qui previste due modalità di erogazione del trattamento riabilitativo:

la forma semiresidenziale diurna (fino ad otto posti per soggetti di sesso maschile e femminile, nei giorni feriali dalle ore 9 alle ore 17) e la forma residenziale (fino a sei posti per soggetti di sesso maschile e femminile).

L'obiettivo primario è la riabilitazione in vista di un possibile rientro in famiglia e di un percorso verso il massimo possibile di integrazione sociale.

Le grandi aree su cui si basa l'intervento riabilitativo sono le seguenti:

- l'autonomia personale, per rendere sempre più autosufficienti gli ospiti per quanto attiene all'igiene personale, al vestirsi, al rapporto col cibo, alle relazioni sociali (l'intervento è svolto durante tutta la giornata, significativi sono i momenti dell'alzata mattutina, dei pasti, della preparazione alla notte)
- lo sviluppo della comunicazione in tutte le modalità possibili (linguaggi verbali e non verbali, un lavoro specifico sui cinque sensi, l'uso di cartelloni con le immagini, il tentativo di osservare e dare significato ad ogni comportamento legandolo al messaggio intrinseco)
- il comportamento, in specie per quanto concerne le forme di aggressività che si riscontrano a volte in questi soggetti

- la relazione, intensificando l'interazione paziente-operatore, proponendo il modello educativo in una chiave di lettura dinamica
- lo sviluppo della socializzazione, contando, oltre che su un intervento specifico, sull'apporto dei volontari e di tutto il paese di San Miniato, che conosce gli ospiti ed è come una sorta di "grembo sociale", che accoglie e guida "i ragazzi di Casa Verde" nelle varie iniziative o nelle uscite quotidiane.

Il centro si avvale di un'équipe multi professionale, nella quale si integrano attività e competenze del neuropsichiatra infantile, dello psicologo, dell'assistente sociale, del coordinatore delle attività. Il neuropsichiatra infantile, che ha la diretta responsabilità diagnostica, terapeutica e riabilitativa, è il responsabile della struttura.

Tramite incontri quindicinali di équipe e con gli operatori (finalizzati all'analisi dei casi e alla revisione degli aspetti organizzativi generali della struttura), vengono definiti per ospite i progetti riabilitativi individualizzati (con gli obiettivi da raggiungere e le strategie da mettere in atto).

Il personale lavora in particolare sulle relazioni umane. Il benessere fisico e psicologico, oltre allo sviluppo delle competenze è l'obiettivo principale.



lavori dei ragazzi

PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

CENTRO RIABILITAZIONE CASA VERDE

Il metodo di lavoro seguito è quello consolidatosi nel tempo:

- elaborazione di un primo programma riabilitativo al momento dell'ingresso
- periodo di osservazione di un mese,
- stesura di un programma riabilitativo definitivo da verificare e da aggiornare attraverso riunioni di équipe
- intervento riabilitativo, terapeutico, assistenziale con una lettura degli avvenimenti in chiave psicodinamica
- verifica periodica con scale di valutazione specifiche
- assistenza medico specialistica di neuropsichiatri della Fondazione.

Con l'équipe collaborano tecnici della riabilitazione motoria e del linguaggio, educatori, infermieri, assistenti e personale dei servizi generali. Dal 2005 viene effettuato un intervento specifico su un gruppo di ragazzi affetti da autismo.

Le attività riabilitative specifiche condotte individualmente o in piccoli gruppi sono costituite dalla logopedia, dalla fisioterapia, dalla psicomotricità.

L'intervento riabilitativo nel centro di Casa Verde si avvale dei seguenti laboratori:

- carta riciclata
- mosaico
- découpage
- musicale



il laboratorio di découpage



il laboratorio della carta riciclata

Nel laboratorio musicale vengono inseriti ragazzi con problematiche relazionali gravi, che non usano il linguaggio espressivo come modalità comunicativa.

Le attività svolte all'esterno sono: piscina, inserimento scolastico, socializzazione.





PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

CENTRO DIURNO LA SCALA

Il centro diurno di riabilitazione psichiatrica per preadolescenti e adolescenti è stato istituito nel febbraio 2004 come progetto sperimentale di rilievo regionale, e si trova in una piccola frazione di San Miniato, La Scala, a circa due km di distanza da "Casa Verde".

Il centro ha sede in un edificio messo a disposizione dalla diocesi di San Miniato, completamente ristrutturato, situato in una suggestiva posizione su una altura dominante la vallata di San Miniato Basso, vicino ad una chiesa che sembra proiettare sulla struttura la speranza, la fede, e la carità che hanno a suo tempo ispirato la nascita della Fondazione.

Il centro, convenzionato con l'azienda sanitaria locale di Empoli, ha autorizzazione sanitaria al funzionamento per 20 posti, è accreditato con la Regione Toscana ed

eroga trattamenti riabilitativi, in ciclo diurno pomeridiano dal lunedì al venerdì dalle 14 alle 18, rivolti a preadolescenti e adolescenti, di età tra i 12 ed i 18 anni (fascia di età delle scuole medie inferiori e superiori), di entrambi i sessi, che soffrono di disturbi del comportamento di varia natura.

I ragazzi seguiti nel centro manifestano tendenza ad usare atteggiamenti violenti o prepotenti nei confronti degli altri, difficoltà ad assumere nelle relazioni interpersonali atteggiamenti equilibrati e sereni, tendenza ad azioni ripetitive che il soggetto è spinto ad eseguire per fugare stati d'ansia altrimenti incontenibili, alternanza di momenti di esaltazione ed euforia con momenti di depressione, alternanza di stati d'animo antitetici, senza apparente motivazione, paure nei confronti di situazioni o soggetti che di per sé non presentano caratteristiche di pericolosità.



il Centro diurno La Scala

PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

CENTRO DIURNO A LA SCALA

L'intervento riabilitativo si basa non solo sul recupero di certe abilità di tipo sociale (riduzione dei comportamenti socialmente incompetenti e incremento dei comportamenti socialmente competenti), ma rivolgendosi ad una utenza adolescenziale che mantiene un suo inserimento nel contesto familiare e sociale, mira alla individuazione dei fallimenti e delle aspettative non realizzate, proprie e dei familiari, sulla ricostruzione della fiducia nel rapporto interpersonale, sul livello di autostima, sul raggiungimento di un proprio ruolo nella famiglia e nella società, sulla ricostruzione delle aspettative realizzabili, sulla comunicazione.

Il metodo di lavoro è prevalentemente quello psicopedagogico, basato sull'intervento dell'educatore come figura cardine di riferimento costante, sempre collocato nell'ambito di un lavoro di équipe.

Lo strumento privilegiato con cui si applica l'intervento è l'interazione operatore-utente, che ha come principale obiettivo individuare e neutralizzare i fattori desocializzanti e promuovere comportamenti organizzati, abilità e motivazioni che portino a relazioni sociali soddisfacenti e ad un'accettabile esecuzione di compiti.



prodotti di un laboratorio del Centro diurno



manufatti dei ragazzi del Centro diurno

Questo tipo di rapporto passa attraverso la gamma delle sensazioni-emozioni proprie della trasformazione puberale in atto, che può spaventare: l'operatore aiuta la lettura di queste emozioni, fornisce una comprensione, invita alla comunicazione dei sentimenti ed alla accettazione naturale di questi eventi.

Il percorso terapeutico e riabilitativo si basa sui seguenti presupposti:

1. il ruolo terapeutico del "gruppo" in quanto sfondo istituzionale che fornisce, tramite apporti relazionali, educativi e normativi una "matrice relazionale primaria" intesa come elemento di continuità affettiva;
2. la lettura degli avvenimenti in chiave psicodinamica, con una costante attenzione a ciò che emerge nella vita quotidiana dell'adolescente
3. la funzione educativa mirata a scoprire le abilità-capacità dell'adolescente, a favorire l'investimento negli apprendimenti o in esperienze lavorative, al condividere e trarre piacere da esperienze ricreative;
4. il valore della relazionalità e delle capacità comunicative;
5. il lavoro di équipe, con una integrazione organica del neuropsichiatra infantile, dello psicologo, dei terapisti della riabilitazione e degli educatori.



PARTE PRIMA: LA STORIA, LA MISSIONE, I VALORI, L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

CENTRO DIURNO A LA SCALA

Le attività giornaliere proposte dal Centro diurno La Scala possono essere ripartite nelle seguenti tre macro-aree:

- ♦ attività produttivo occupazionali: laboratorio di decoupage, del cuoio, laboratorio del restauro;
- ♦ attività espressivo culturali: attività scolastica, attività di lettura, di scrittura creativa, di pittura, attività musicale, attività teatrale, informatica;
- ♦ attività ricreativo socializzanti: tempo libero, visione film, merenda, uscite, attività motoria.

All'interno di ognuna di queste aree viene privilegiata la componente artistico creativa come mezzo di comunicazione di stati d'animo e come strumento per entrare in relazione con gli altri.

Si sottolinea l'importanza di questa componente, che è presente nei ragazzi anche se spesso nascosta. Molti di loro hanno spiccate attitudini artistiche: scrivere poesie, dipingere, recitare, cantare, ballare.

L'individuazione e la valorizzazione di tale componente rappresenta un punto di forza su cui si basa l'intervento riabilitativo.



il laboratorio del gesso



il laboratorio della stoffa

I punti di forza della organizzazione sono:

- ♦ l'individuazione di un operatore referente per ogni soggetto
- ♦ l'individuazione delle attività e degli operatori referenti delle attività
- ♦ la stabilità del servizio (tre operatori costantemente presenti al Centro)
- ♦ la figura professionale di riferimento (neuropsichiatra o psicologo) sempre presente al Centro
- ♦ la riunione di fine turno tra gli operatori
- ♦ le riunioni settimanali di tutta l'équipe
- ♦ la riunione mensile tra l'équipe del Centro e l'équipe territoriale
- ♦ la costante integrazione dell'équipe del Centro con l'équipe territoriale
- ♦ la partecipazione della famiglia.

Questa scansione consente di effettuare un intervento coerente e condiviso da tutti gli attori del percorso riabilitativo.



il Centro diurno La Scala



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

LE RISORSE UMANE

L'evoluzione nel quinquennio della dotazione di personale è caratterizzata da un incremento progressivo e costante, passando, in termini complessivi, da 258,9 a 305,1 unità, con una lieve flessione nel 2006 rispetto al 2005

La dotazione di personale, in questo come negli altri report, è stata calcolata in termini di unità equivalenti, valore ottenuto tenendo conto degli effettivi giorni di servizio e rapportando all'orario contrattuale le ore settimanali di presenza in servizio per i part time.

Interessante notare che nonostante la lieve flessione osservata per quanto concerne la dotazione complessiva, la dotazione di personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato risulta costantemente crescente nel quinquennio mentre la dotazione di personale a tempo determinato subisce una flessione significativa dal

2005 al 2007, passando da 61,8 a 48,2 unità, e manifesta negli anni successivi un andamento costantemente crescente, per attestarsi nel 2009 al valore di 63,4 unità.

L'andamento osservato risulta espressivo di una precisa scelta strategica, che è stata perseguita in modo sistematico, volta a consolidare una dotazione di professionisti legati alla Fondazione da un rapporto stabile nel tempo, utilizzando il ricorso a rapporti di lavoro flessibile quale volano per garantire comunque il rispetto del vincolo dell'economicità della gestione.

Considerazioni analoghe sono suggerite dall'analisi dalla distribuzione nel tempo del personale per tipologia di rapporto. Si nota infatti come la variabilità maggiore sia relativa ai rapporti di lavoro a termine indipendentemente dalla tipologia (lavoro dipendente o rapporti di collaborazione).

PERSONALE PER SESSO E PER DURATA DEL RAPPORTO

	2005		2006		2007		2008		2009	
	numero	%								
PERSONALE CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO										
MASCHI	45,1	22,8	45,5	22,3	48,2	22,7	50,9	22,9	53,3	22,4
FEMMINE	152,1	77,2	158,8	77,7	164,4	77,3	171,6	77,1	184,8	77,6
TOTALE	197,2	100	204,3	100	212,6	100	222,5	100	238,1	100
PERSONALE CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO										
MASCHI	14,1	22,9	12,1	24,6	13,0	26,8	13,1	24,2	18,0	28,3
FEMMINE	47,6	77,1	37,1	75,4	35,2	73,2	41,3	75,8	45,4	71,7
TOTALE	61,7	100	49,2	100	48,2	100	54,4	100	63,4	100
PERSONALE COMPLESSIVO										
MASCHI	59,2	22,9	57,6	22,7	61,2	23,5	64,0	23,1	71,3	23,6
FEMMINE	199,7	77,1	195,8	77,3	199,6	76,5	212,9	76,9	230,2	76,4
TOTALE	258,9	100	253,4	100	260,8	100	276,9	100	301,5	100



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

LE RISORSE UMANE

Confrontando l'andamento nel tempo della dotazione di personale dipendente con quella di personale non dipendente si nota che mentre la prima è costantemente crescente, passando da 232,4 a 269,5 unità equivalenti, l'altra ha registrato una significativa riduzione dal 2005 al 2007, passando da 26,5 a 19,4 unità equivalenti, mentre ha subito un significativo incremento dal 2007 al 2009, passando da 19,4 a 32,0 unità equivalenti.

L'ampio ricorso a questo istituto deriva anche dalle modalità di finanziamento dei progetti di ricerca finalizzata, per i quali si prevede in genere un contributo rispetto ai costi effettivamente sostenuti e documentati. Il ricorso a collaborazioni, a progetto o autonome, costituisce una modalità che garantisce al tempo stesso trasparenza e certezza nella gestione dei costi di realizzazione dei progetti.

Per quanto concerne l'evoluzione nel tempo della dotazione di personale per profilo

professionale si nota come nel contesto di una tendenza all'incremento progressivo della dotazione complessiva di personale rimanga sostanzialmente stabile nel tempo la distribuzione percentuale per profilo professionale, con la sola eccezione degli psicologi, che passano nel quinquennio osservato dal 3,1% al 6,5%, raddoppiando così la propria consistenza, che in termini assoluti passa da 8,1 a 19,5 unità. Altre figure che registrano nel quinquennio un incremento significativo sono quelle degli educatori (che passano da 75,3 a 85,2 unità) e del personale con funzioni riabilitative (che passano da 22,2 a 28,4 unità).

Gli incrementi osservati sembrano evidenziare un approccio sempre meno esclusivamente basato sulla competenza medica, che mantiene comunque un ruolo di indirizzo, supervisione e coordinamento dell'iter diagnostico terapeutico, e sempre più integrato in un approccio multidisciplinare con apporti specifici e rilevanti di professionalità e discipline coerenti e funzionali con il tipo di situazioni affrontate.



la sede ospedaliera di Calambrone



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

LE RISORSE UMANE

PERSONALE PER TIPOLOGIA DI RAPPORTO

VALORI ASSOLUTI

	2005	2006	2007	2008	2009
PERSONALE DIPENDENTE	232,4	232,6	241,4	253,9	269,5
a tempo indeterminato	197,2	204,2	212,6	222,4	233,7
a tempo determinato	35,2	28,4	28,8	31,5	35,8
COLLABORAZIONI	26,5	20,8	19,4	23,0	32,0
a progetto	11,3	6,4	4,3	6,1	9,3
altre	15,2	14,4	15,1	16,9	22,7
TOTALE	258,9	253,4	260,8	276,9	301,5

VALORI PERCENTUALI

	2005	2006	2007	2008	2009
PERSONALE DIPENDENTE	89,8	91,8	92,6	91,7	89,4
a tempo indeterminato	84,9	87,8	88,1	87,6	86,7
a tempo determinato	15,1	12,2	11,9	12,4	13,3
COLLABORAZIONI	10,2	8,2	7,4	8,3	10,6
a progetto	42,6	30,8	22,2	26,5	29,1
altre	57,4	69,2	87,8	73,5	70,9
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

LE RISORSE UMANE

PERSONALE PER PROFILO PROFESSIONALE

	2005	2006	2007	2008	2009
VALORI ASSOLUTI					
MEDICI	33,7	28,8	30,3	34,7	40,7
PSICOLOGI	8,1	6,2	7,3	11,1	19,5
INFERMIERI	37,2	37,8	38,6	41,9	43,1
TECNICI SANITARI	5,5	4,7	4,9	5,7	4,6
EDUCATORI	75,3	77,7	78,3	79,8	85,2
TERAPISTI	22,2	21,0	24,0	24,6	28,4
TECNICI	17,8	18,2	18,0	17,2	15,7
AUSILIARI	18,5	18,9	20,6	22,4	25,4
AMMINISTRATIVI	35,5	34,1	33,3	32,5	32,8
ALTRO PERSONALE	5,3	6,0	5,5	7,0	6,0
TOTALE	258,9	253,4	260,8	276,9	301,5
VALORI PERCENTUALI					
MEDICI	13,0	11,4	11,6	12,5	13,5
PSICOLOGI	3,1	2,5	2,8	4,0	6,5
INFERMIERI	14,4	14,9	14,8	15,1	14,3
TECNICI SANITARI	2,1	1,8	1,9	2,1	1,5
EDUCATORI	29,1	30,7	30,0	28,8	28,3
TERAPISTI	8,6	8,3	9,2	8,9	9,4
TECNICI	6,9	7,2	6,9	6,2	5,2
AUSILIARI	7,1	7,5	7,9	8,1	8,4
AMMINISTRATIVI	13,7	13,5	12,8	11,7	10,9
ALTRO PERSONALE	2,1	2,4	2,1	2,5	2,0
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

L'ANDAMENTO ECONOMICO NEL QUINQUENNIO 2005 - 2009

L'andamento economico della gestione costituisce un importante elemento di valutazione di un Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, dato che il rispetto del principio di economicità assicura che le risorse disponibili sono utilizzate in maniera efficiente, liberando così spazi per un miglioramento della qualità, tanto nell'area della ricerca quanto nell'area dell'assistenza, che richiede tra l'altro investimenti significativi per l'aggiornamento costante delle conoscenze e delle competenze tecniche degli operatori, per l'innovazione tecnologica, per l'adeguamento strutturale. Non a caso la valutazione degli indicatori di economicità costituisce uno dei criteri di valutazione per la conferma dello status di Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico secondo la normativa vigente (decreto legislativo 288/2003).

Questa consapevolezza ha indotto a dare ampio spazio nel bilancio sociale ad una analisi dell'andamento economico, sempre con riferimento al quinquennio 2005-2009 attraverso una serie di report che riportano sintesi ed elaborazioni dei dati dei bilanci di esercizio.

I report pubblicati concernono:

- 1) il conto economico. In questo report vengono riportati i dati di sintesi del conto economico, così come questi sono inseriti nei bilanci di esercizio relativi a ciascuno dei cinque anni del quinquennio analizzato;
- 2) lo stato patrimoniale. In questo report vengono riportati i dati di sintesi dello stato patrimoniale, così come questi sono inseriti nei bilanci di esercizio relativi a ciascuno dei cinque anni del quinquennio analizzato;
- 3) un raffronto sintetico tra componenti positivi e negativi di reddito, la differenza tra i quali riproduce il risultato di esercizio, ponendo in evidenza come questo si modifichi se si includono o si

escludono i componenti straordinari di reddito (plusvalenze e minusvalenze, sopravvenienze e insussistenze);

- 4) una scomposizione dei costi e dei ricavi (esclusi oneri e proventi straordinari) effettuata sulla base di un originale modello di analisi messo a punto dall'Istituto Health Management, che consente di valutare, a livelli di analiticità progressivamente crescenti, il peso relativo dei diversi componenti positivi e negativi di reddito sul risultato di esercizio;
- 5) il prospetto per la determinazione e il riparto del valore aggiunto secondo lo schema di riclassificazione del Gruppo di Studio sul Bilancio Sociale (GBS). Il valore aggiunto misura la ricchezza prodotta da un'azienda per alcuni portatori di interesse di particolare rilievo sociale: il personale (remunerazioni, dirette e indirette) e l'amministrazione pubblica (imposte e tasse).

Per ciascuno dei report riportati nelle pagine si è ritenuto opportuno sviluppare alcune considerazioni.

1) conto economico (pagina 72)

Il valore della produzione passa, nel quinquennio analizzato, da 14,174 a 17,283 milioni di euro, con un incremento relativo del 21,9%. L'incremento osservato è pressoché totalmente attribuibile all'incremento delle prestazioni sanitarie, il controvalore economico delle quali passa nel quinquennio da 11,510 a 14,173 milioni di euro, incremento connesso con l'attivazione di nuovi settori di intervento (UDGE, emergenza psichiatrica, Centro diurno La Scala) secondo progetti di sviluppo concordati con la Regione Toscana e con le Aziende Sanitarie interessate.

Più o meno costante il finanziamento per la ricerca da parte del Ministero della Salute, se pur con una diversa proporzione tra ricerca corrente e ricerca finalizzata,



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

L'ANDAMENTO ECONOMICO NEL QUINQUENNIO 2005–2009

CONTO ECONOMICO	2005	2006	2007	2008	2009
VALORE DELLA PRODUZIONE	14.174.121	15.011.094	16.047.540	16.788.199	17.282.555
contributi in conto esercizio	2.284.464	1.932.925	1.901.042	2.116.848	2.080.404
proventi per prestazioni	11.740.597	12.601.841	13.312.084	14.189.495	14.511.880
concorsi, recuperi, rimborsi	410.805	452.990	504.128	512.843	577.205
costi capitalizzati	91.112	111.171	111.563	117.900	164.260
lavori in corso su ordinazione	-352.855	-87.833	218.724	-148.886	-51.194
COSTI DELLA PRODUZIONE	-13.573.152	-14.119.110	-14.896.790	-15.883.150	-17.001.793
acquisto di beni	-445.188	-443.526	-516.964	-511.881	-517.856
acquisto di servizi	-3.240.307	-2.753.105	-3.610.778	-2.982.299	-3.197.047
manutenzioni e riparazioni	-290.408	-280.301	-320.603	-341.713	-449.680
godimento di beni di terzi	-228.655	-211.032	-98.589	-117.669	-114.566
costi per il personale	-8.658.543	-9.181.851	-8.888.444	-9.012.663	-9.858.885
oneri diversi di gestione	-97.932	-104.906	-143.098	-380.948	-482.899
MARGINE OPERATIVO LORDO	1.213.088	2.036.373	2.469.064	3.441.026	2.661.622
in percentuale sui ricavi	8,6%	13,6%	15,4%	20,5%	15,4%
ammortamenti	-584.753	-587.183	-622.743	-737.772	-860.849
svalutazioni			-54.205	-895.200	-720.010
accantonamenti	-27.367	-557.208	-641.365	-903.006	-800.000
RISULTATO OPERATIVO	600.969	891.984	1.150.750	905.049	280.762
in percentuale sui ricavi	4,2%	5,9%	7,2%	5,4%	1,6%
PROVENTI E ONERI FINANZIARI	-70.136	-78.356	-94.647	-125.796	-42.960
proventi finanziari	3.273	670	21.337	3.368	10.739
oneri finanziari	-73.409	-79.026	-115.984	-129.164	-53.699
PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	1.580.374	-251.544	-93.944	601.708	848.246
minusvalenze e plusvalenze	1.874.615	-8.899	-1.537	165.582	-1.582
insussistenze e sopravvenienze	-294.241	-242.645	-92.407	436.126	849.828
IMPOSTE E TASSE	-303.726	-302.835	-233.222	-234.343	-232.142
imposte e tasse	-303.726	-302.835	-233.222	-234.343	-232.142
RISULTATO NETTO DI ESERCIZIO	1.807.481	259.249	728.937	1.146.618	853.906
in percentuale sui ricavi	12,8%	1,7%	4,5%	6,8%	4,9%



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

L'ANDAMENTO ECONOMICO NEL QUINQUENNIO 2005—2009

secondo una linea generale adottata dal Ministero, che tende ad una distribuzione delle risorse sempre più selettiva secondo criteri di merito.

I costi della produzione sono passati nel quinquennio da 13,573 a 17,002 milioni di euro, con un incremento percentuale del 25,3%. L'incremento dei costi è attribuibile a fattori strutturali (personale, ammortamenti e manutenzioni), l'incremento dei quali denota la crescita oggettiva della Fondazione. Nel periodo osservato la dotazione di personale è in effetti passata da 271 a 316 unità, con un incremento relativo del 16,6%). L'impegno profuso per un costante adeguamento tecnologico e strutturale trova riscontro nell'incremento registrato dai costi per manutenzioni, che passano da 290 mila euro nel 2005 a 450 mila euro nel 2009, con un incremento relativo del 55,2%.

Un'ultima notazione relativa al conto economico concerne l'incidenza particolarmente elevata di componenti straordinari di reddito (plusvalenze e minusvalenze, sopravvenienze e insussistenze), le prime connesse con la cessione di beni immobili di proprietà della Fondazione Stella Maris, le altre connesse con la tardiva regolazione contabile di posizioni creditorie per prestazioni erogate ma non esattamente definite nel loro ammontare per effetto di ritardi nell'applicazione o disapplicazione unilaterale di principi e norme che discipli-

2) stato patrimoniale (pagina 74)

Una prima evidenza meritevole di nota concerne l'incremento particolarmente significativo del patrimonio netto che passa nel quinquennio da 8,572 a 12,712 milioni di euro, con un incremento relativo del 48,3%. Il patrimonio netto, per come definito dai principi contabili e per le voci che in esso confluiscono (capitale sociale, finanziamenti in conto capitale finalizzati ad investimenti, risultato netto dell'eserci-

zio costituisce una sintesi della consistenza e della solidità patrimoniale.

Queste, nel caso della Fondazione Stella Maris si consolidano nel tempo per l'effetto congiunto di una gestione accorta che ha consentito di accantonare ogni anno un margine operativo più o meno rilevante. Così la Fondazione si sta preparando ad affrontare una serie di impegni connessi con importanti lavori di ristrutturazione o nuova edificazione nelle diverse sedi operative di Calambrone, Montalto e San Miniato.

Una seconda riflessione che i dati riportati nello stato patrimoniale suggeriscono concerne l'entità dei crediti, che sia in termini assoluti, sia in termini relativi, come incidenza percentuale sul valore complessivo dell'attivo dello stato patrimoniale, sono andati crescendo dal 2005 al 2008, passando da 6,758 a 10,566 milioni di euro, con un vero e proprio balzo nel 2006, anno nel quale hanno raggiunto l'importo complessivo di 9,476 milioni, per registrare una leggera flessione nel 2009, attestandosi sul valore di 10,062 milioni di euro.

Si tratta di crediti che per circa il 90% del loro ammontare sono verso aziende sanitarie pubbliche (in particolare verso l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Pisa), e che per l'entità assoluta e relativa determinano una vera e propria sofferenza nella gestione finanziaria della Fondazione, con problemi oggettivi nell'assicurare quella correntezza nei pagamenti che sarebbe auspicata.

Al riguardo la collaborazione ormai consolidata con l'istituto di credito che svolge per la Fondazione funzioni di tesoreria (Cassa di Risparmio di San Miniato) ha consentito negli anni di ridurre al minimo il differimento dei pagamenti correnti.

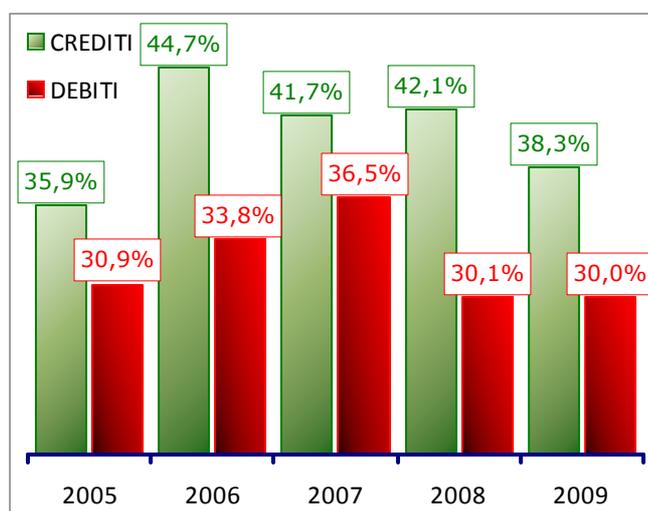


PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

L'ANDAMENTO ECONOMICO NEL QUINQUENNIO 2005–2009

STATO PATRIMONIALE	2005	2006	2007	2008	2009
ATTIVO	18.818.299	21.187.816	24.588.202	25.110.071	26.276.516
IMMOBILIZZAZIONI	10.384.507	11.073.781	13.252.975	13.457.675	13.879.129
IMMATERIALI	250.764	300.823	319.751	429.469	443.273
MATERIALI	10.133.743	10.772.958	12.933.224	13.028.206	13.435.856
FINANZIARIE	0	0	0	0	0
ATTIVO CIRCOLANTE	8.429.543	10.110.889	11.331.647	11.641.795	12.365.454
RIMANENZE	593.543	505.710	724.434	575.548	524.354
CREDITI	6.758.292	9.476.090	10.241.545	10.566.366	10.061.946
ATTIVITÀ FINANZIARIE	4.440	4.440	4.957	4.957	4.957
DISPONIBILITÀ LIQUIDE	1.073.268	124.649	360.711	494.924	1.774.197
RATEI E RISCONTI ATTIVI	4.249	3.146	3.580	10.601	31.933
PASSIVO	-18.818.299	-21.187.816	-24.588.202	-25.110.071	-26.276.516
PATRIMONIO NETTO	-8.571.695	-8.820.770	-10.084.523	-11.410.326	-12.712.108
FONDI PER RISCHI E ONERI	-27.367	-584.575	-989.018	-1.853.583	-1.564.525
TRATTAMENTO FINE RAPPORTO	-4.387.592	-4.625.931	-4.541.880	-4.297.288	-4.112.762
DEBITI	-5.811.211	-7.156.540	-8.972.781	-7.548.874	-7.887.121
RATEI E RISCONTI PASSIVI	-20.434	0	0	0	0

Il grafico qui sotto riprodotto mostra l'andamento nel quinquennio dell'incidenza percentuale di debiti e crediti sul valore complessivo dell'attivo e del passivo.



L'incidenza percentuale dei debiti si mantiene costantemente al di sotto di quella relativa ai crediti, e che in termini assoluti l'esposizione debitoria, che aveva raggiunto nel 2007 l'ammontare complessivo di 8,973 milioni di euro, si sia ridotta progressivamente, per attestarsi nel 2009 sul valore di 7,887 milioni di euro.

Un'ultima notazione concerne l'entità particolarmente elevata dei fondi costituiti per far fronte ad impegni che concernono sostanzialmente il personale dipendente (nel fondo per rischi ed oneri confluiscono gli accantonamenti effettuati in previsione dei maggiori oneri derivanti dai rinnovi contrattuali, mentre il fondo per il trattamento di fine rapporto ha una implicita finalizzazione).



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

L'ANDAMENTO ECONOMICO NEL QUINQUENNIO 2005—2009

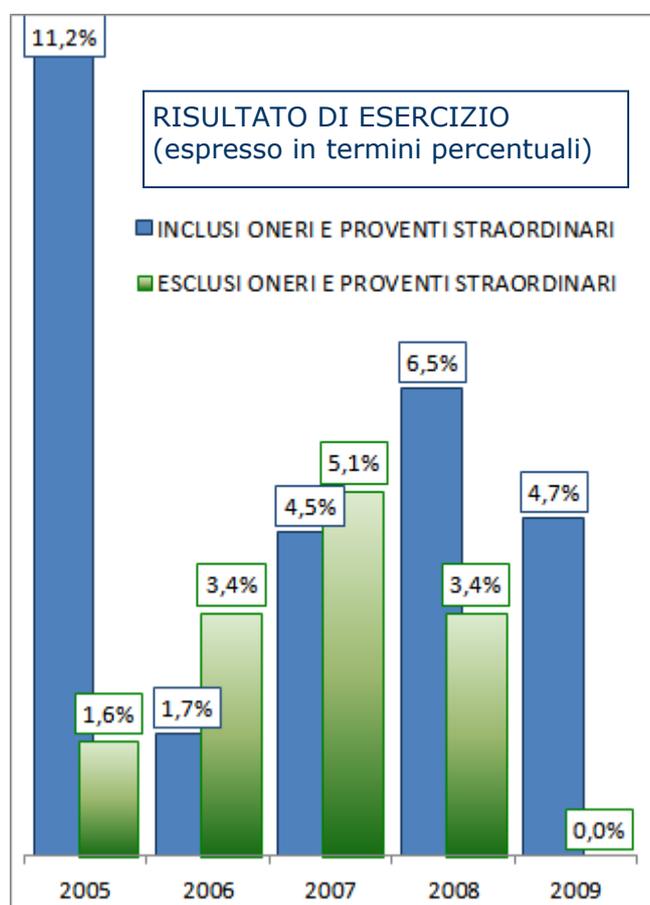
	COMPONENTI POSITIVI	COMPONENTI NEGATIVI	RISULTATO DI ESERCIZIO	
2005	16.170.686	14.363.205	1.807.481	11,2%
2006	15.103.470	14.844.221	259.249	1,7%
2007	16.195.609	15.466.672	728.937	4,5%
2008	17.620.067	16.473.449	1.146.618	6,5%
2009	18.168.072	17.314.166	853.906	4,7%

(INCLUSI ONERI E PROVENTI STRAORDINARI)

	COMPONENTI POSITIVI	COMPONENTI NEGATIVI	RISULTATO DI ESERCIZIO	
2005	14.177.394	13.950.287	227.107	1,6%
2006	15.011.764	14.500.971	510.793	3,4%
2007	16.068.878	15.245.997	822.881	5,1%
2008	16.823.101	16.246.657	576.444	3,4%
2009	17.293.295	17.287.634	5.660	0,0%

(ESCLUSI ONERI E PROVENTI STRAORDINARI)

fonte: bilanci di esercizio - valori espressi in euro



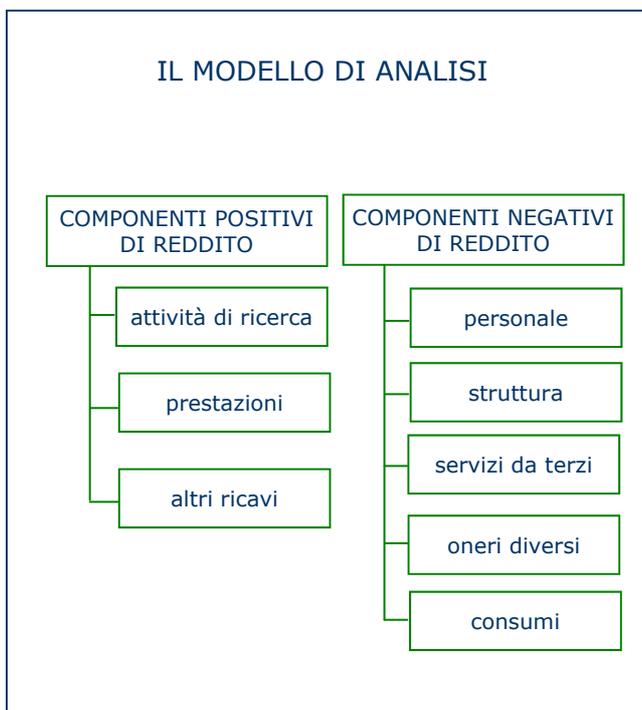
L'elemento di informazione aggiuntivo che questo report offre rispetto a quello nel quale vengono riportati i dati di sintesi del conto economico è il raffronto tra risultato di esercizio al lordo e al netto dei componenti straordinari di reddito. Escludendo proventi ed oneri straordinari il grafico evidenzia una difficoltà crescente a mantenere l'equilibrio economico. Questo è reso in effetti sempre più fragile in relazione al fatto che dal 2007, anno nel quale è stato realizzato il miglior risultato di esercizio del quinquennio osservato, i costi sono aumentati in misura molto più accentuata rispetto ai ricavi. Mentre infatti i ricavi sono passati da 16,069 a 17,293 milioni di euro, con un incremento del 7,6%, i costi sono passati da 15,246 a 17,288 milioni di euro, con un incremento del 13,4%. Pesa al riguardo anche il mancato adeguamento del valore tariffario dei DRG ospedalieri rispetto al reale incremento dei costi e, per il 2009, la netta diminuzione del contributo per la ricerca corrente deciso dal Ministero della Salute per tutti gli IRCCS.



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

L'ANDAMENTO ECONOMICO NEL QUINQUENNIO 2005—2009

4) scomposizione dei costi e dei ricavi secondo il modello di analisi messo a punto dall'Istituto Health Management nell'ambito di una sperimentazione interaziendale e validato in una serie di applicazioni ad aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere di differenti dimensioni e complessità. La struttura del modello di analisi è rappresentata nel diagramma di seguito riprodotto.



Peculiarità del modello è l'aggregazione dei componenti positivi e negativi di reddito secondo criteri che privilegiano la natura dei costi e dei ricavi piuttosto che quella del rapporto giuridico che li ha determinati. Così ad esempio nell'aggregato "personale" vengono ricondotti non soltanto i costi del personale dipendente, ma anche quelli di tutti coloro (collaborazioni a progetto, collaborazioni professionali, personale in convenzione) che a vario titolo vengono di fatto utilizzati nei processi

produttivi aziendali, nonché altri oneri connessi con la gestione del personale (quali ad esempio gli accantonamenti effettuati per oneri derivanti dall'applicazione dei rinnovi contrattuali). Analogamente nell'aggregato "struttura" vengono ricondotti tutti i costi che derivano dalla disponibilità e dall'utilizzo dei beni, mobili e immobili, materiali e immateriali, necessari per lo svolgimento dei processi di produzione (ammortamenti, manutenzioni, canoni di locazione e leasing).

Confluiscono nell'aggregato "servizi da terzi" i costi sostenuti per servizi forniti da terzi, distinti in servizi sanitari, servizi economici, servizi tecnici, utenze. Nell'aggregato oneri diversi di gestione sono stati ricondotti tutti i costi di carattere amministrativo e generale, compresi oneri finanziari, imposte e tasse, accantonamenti per rischi, svalutazioni, altri oneri non altrove classificabili.

All'aggregato "consumi" sono stati ricondotti i costi sostenuti per l'acquisto di beni sanitari (farmaci, materiali sanitari) e non sanitari utilizzati nell'ambito dei processi di produzione.

L'analisi effettuata è al netto degli oneri e proventi straordinari, componenti di reddito che per la loro aleatorietà possono determinare alterazioni anche significative nel profilo gestionale e che pertanto si è ritenuto opportuno escludere da questa analisi.

Per quanto concerne i costi, i dati riportati nel report ad esso relativo (pagina 77), oltre a confermare l'incremento degli oneri connessi con la dimensione strutturale (personale e struttura) messi in evidenza dal report che riporta i dati di sintesi del conto economico, consentono di individuare in modo immediato il peso relativo e l'andamento nel quinquennio dei diversi aggregati di costo.

PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE
L'ANDAMENTO ECONOMICO NEL QUINQUENNIO 2005—2009
COSTI (ESCLUSI ONERI STRAORDINARI)

	PERSONALE		STRUTTURA		SERVIZI		ONERI DIVERSI		CONSUMI		TOTALE
	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%	
2005	9.360.600	67,1	1.103.815	7,9	2.499.527	17,9	541.157	3,9	445.188	3,2	13.950.287
2006	10.329.374	71,2	1.078.515	7,4	1.956.510	13,5	693.046	4,8	443.526	3,1	14.500.971
2007	10.416.034	68,3	1.041.936	6,8	2.609.117	17,1	661.946	4,4	516.964	3,4	15.245.997
2008	10.855.853	66,8	1.197.154	7,3	1.993.359	12,3	1.688.410	10,4	511.881	3,2	16.246.657
2009	11.582.629	67,1	1.425.095	8,2	2.215.133	12,8	1.546.921	8,9	517.856	3,0	17.287.634

fonte: bilanci di esercizio - valori espressi in euro

Il grafico qui sotto riprodotto rappresenta la composizione percentuale dei costi per componente calcolata sui costi complessivamente sostenuti nel quinquennio.

Il costo del personale rappresenta la componente di gran lunga più rilevante, con una percentuale che sfiora il 70%.

La componente di costo immediatamente più rilevante, con una percentuale che si attesta intorno al 15%, è quella derivante

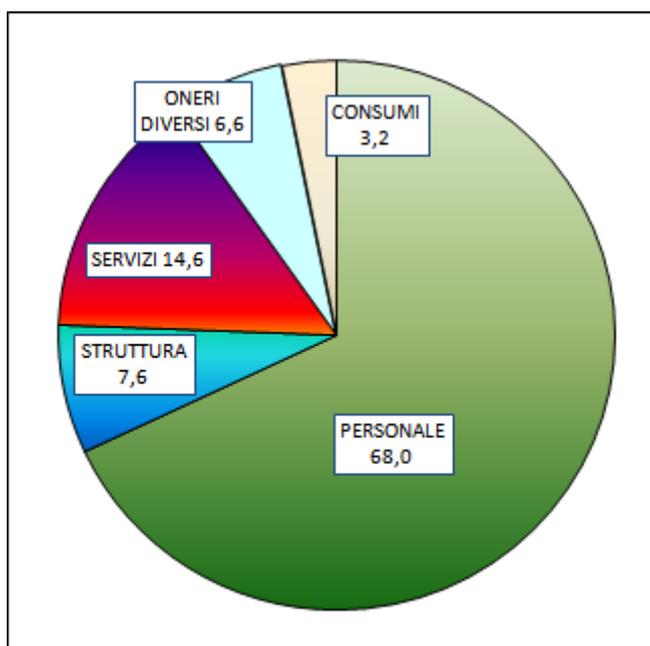
dall'acquisto presso terzi di servizi sanitari e non sanitari.

Un peso significativo hanno tra questi costi quelli sostenuti per l'acquisto di prestazioni sanitarie presso l'azienda ospedaliero universitaria pisana.

Significativa (8%) e sostanzialmente stabile risulta la componente di costo denominata struttura, mentre marginale (3%) risulta essere il costo sostenuto per l'acquisto di beni sanitari e non sanitari.

Una riflessione particolare deve essere effettuata in merito agli oneri diversi di gestione, che nel quinquennio rappresentano il 5% dei costi complessivi, ma che presentano un significativo incremento negli ultimi anni, passando da 541 mila euro nel 2005 a 1, 5467 milioni di euro nel 2009.

L'incremento osservato deriva in parte dagli oneri che negli ultimi anni ha comportato l'avvio del progetto IMAGO 7, ed in parte dalla decisione di accantonare ogni anno un importo consistente al fondo svalutazione dei crediti, stante le richiamate problematiche relative alla valorizzazione ed al pagamento delle prestazioni erogate.



composizione percentuale dei costi



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

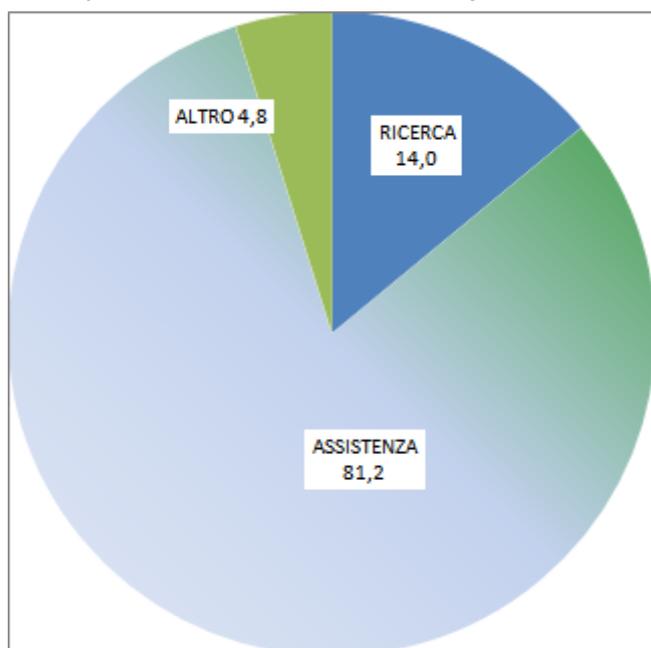
L'ANDAMENTO ECONOMICO NEL QUINQUENNIO 2005–2009

RICAVI (ESCLUSI PROVENTI STRAORDINARI)

	PROGETTI DI RICERCA		PRESTAZIONI SANITARIE		ALTRI RICAVI E PROVENTI		TOTALE
	valore	%	valore	%	valore	%	
2005	2.416.193	17,0	11.510.452	81,2	250.749	1,8	14.177.394
2006	2.165.239	14,4	12.362.117	82,3	484.408	3,2	15.011.764
2007	2.179.558	13,6	12.874.528	80,1	1.014.792	6,3	16.068.878
2008	2.429.378	14,4	13.564.748	80,6	828.975	4,9	16.823.101
2009	2.308.640	13,3	14.173.055	82,0	811.600	4,7	17.293.295

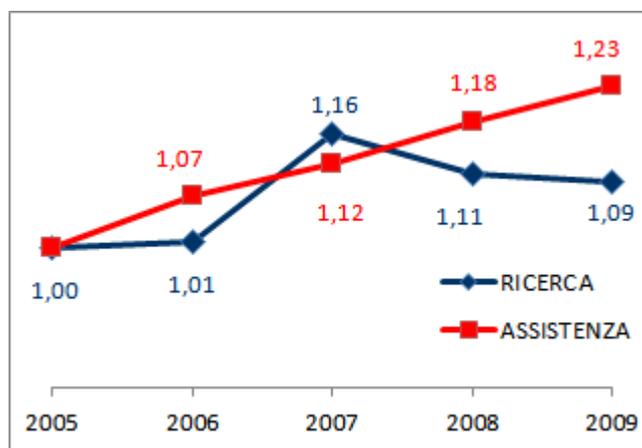
fonte: bilanci di esercizio - valori espressi in euro

La struttura dei ricavi rappresentata nel grafico, riferita al complesso dei ricavi relativi al quinquennio, evidenzia come i ricavi per prestazioni sanitarie costituiscano l'81% dei ricavi complessivi, mentre i ricavi per la ricerca si attestano su una proporzione percentuale dell'ordine del 14%, mentre il restante 5% del totale deriva da proventi diversi (prestazioni a favore dell'azienda universitaria ospedaliera pisana, proventi per attività di formazione, altri proventi di natura diversa).



composizione percentuale dei ricavi

L'evoluzione nel quinquennio dei diversi componenti positivi di reddito evidenzia come i proventi per attività di ricerca abbiano subito nell'ultimo triennio una progressiva diminuzione, in larga misura derivante dal minore finanziamento per la ricerca corrente da parte del Ministero della Salute, che solo in parte è stata compensata dall'incremento dei finanziamenti da altri soggetti pubblici e privati. Progressivo e costante risulta invece l'incremento dei ricavi per prestazioni sanitarie, derivante sia dall'incremento numerico delle prestazioni legato ai progetti di sviluppo, sia dall'adeguamento del controvalore tariffario delle prestazioni erogate nell'area extraospedaliera.



ricavi per ricerca e assistenza numeri indice (2005=1)

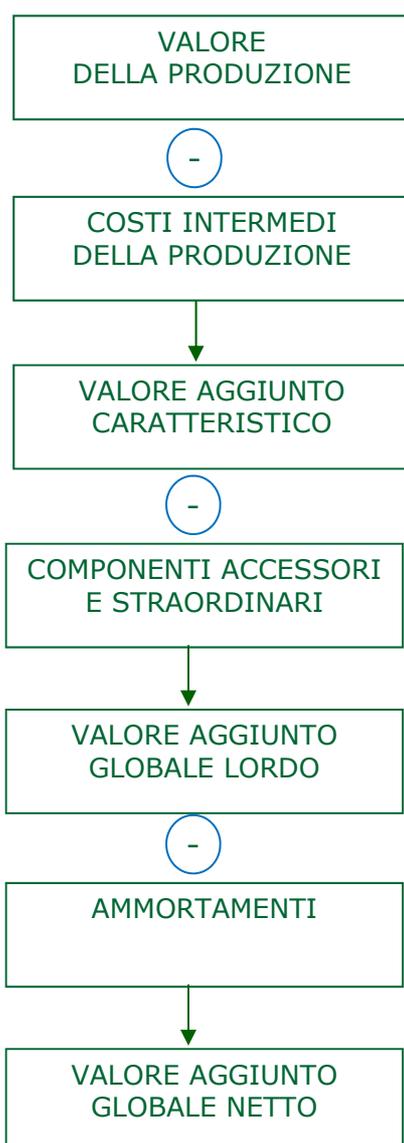
PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

L'ANDAMENTO ECONOMICO NEL QUINQUENNIO 2005—2009

5) il prospetto per la determinazione e il riparto del valore aggiunto (pagina 80) pone in evidenza come pur in un momento particolarmente critico per l'economia come quello che stiamo vivendo, la Fondazione Stella Maris, anche attraverso una attenta ed oculata gestione, ha mantenuto nel tempo la propria capacità di creare e distribuire ricchezza.

(Il processo di determinazione del valore aggiunto è sinteticamente rappresentato nel diagramma seguente.

processo di determinazione del valore aggiunto



I dati analizzati evidenziano nel complesso risultati che possono essere ritenuti senza dubbio assai lusinghieri. Essi rappresentano peraltro un vero e proprio ciclo economico che può ritenersi concluso nel 2009. Questo aspetto è evidenziato molto bene dai dati relativi all'andamento nel quinquennio del rapporto tra componenti positivi e componenti negativi di reddito al netto dei componenti straordinari.

La gestione ordinaria infatti, dopo una serie di risultati utili, registra il perfetto pareggio di bilancio nel 2009, essendosi esaurita la riserva di marginalità che è stata propria dei primi anni del quinquennio considerato, anche in conseguenza del fatto che, come è stato osservato, i costi sono cresciuti più dei ricavi. Per avviare un nuovo ciclo economico positivo occorre elaborare una nuova strategia espansiva, in particolare nel campo della ricerca e della trasferibilità dei risultati della stessa sul sistema sanitario, soprattutto sul territorio.

Gli strumenti disponibili sono, tra gli altri, alleanze strategiche con i più importanti enti di ricerca affini per tipologia di attività, l'acquisizione di attrezzature di alta tecnologia, la stipula di rapporti di collaborazione stabile con le aziende territoriali.

L'obiettivo è quello di conseguire una sempre più alta specializzazione nel settore che costituisce ambito elettivo di intervento della Fondazione, i disturbi neurologici e psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza, in una strategia di integrazione in rete con centri di eccellenza di rilievo nazionale e internazionale, e in una logica che, coerentemente con i valori e con la tradizione gestionale della Fondazione, considera il risultato economico non un fine ma un mezzo, espressione e conseguenza dello sviluppo dell'attività.



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

L'ANDAMENTO ECONOMICO NEL QUINQUENNIO 2005–2009

PROSPETTO PER LA DETERMINAZIONE E IL RIPARTO DEL VALORE AGGIUNTO

	2005	2006	2007	2008	2009
VALORE DELLA PRODUZIONE (A)	14.174.121	15.011.094	16.047.541	16.788.200	17.282.555
COSTI INTERMEDI DELLA PRODUZIONE (B)	3.700.861	3.238.749	3.865.408	3.426.901	3.797.145
VALORE AGGIUNTO CARATTERISTICO $V1=(A-B)$	10.473.260	11.772.345	12.182.133	13.361.299	13.485.410
COMPONENTI ACCESSORI (C)	3.111	626	-39.434	-895.878	-726.836
COMPONENTI STRAORDINARI (D)	1.580.374	-251.545	-93.944	601.707	848.246
VALORE AGGIUNTO GLOBALE LORDO $V2 = (V1\pm C\pm D)$	12.056.745	11.521.426	12.048.755	13.067.128	13.606.820
AMMORTAMENTI (E)	584.753	587.183	622.744	737.772	860.849
VALORE AGGIUNTO GLOBALE NETTO $VN= (V2-E)$	11.471.992	10.934.244	11.426.011	12.329.356	12.745.971
REMUNERAZIONE DELLE RISORSE UMANE (R1)	9.264.235	10.296.973	10.351.005	10.827.617	11.612.811
REMUNERAZIONE DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE (R2)	331.138	302.864	233.222	234.343	232.142
REMUNERAZIONE DEL CAPITALE DI CREDITO (R3)	69.138	75.158	112.847	120.778	47.112
VALORE NON RIPARTIBILE DESTINATO ALL'INCREMENTO DEL PATRIMONIO $VNR=VN-R1-R2-R3$	1.807.481	259.249	728.937	1.146.618	853.906

fonte: bilanci di esercizio - valori espressi in euro



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

LE ATTIVITÀ

I ricoveri ordinari a scopo diagnostico (corrispondenti al codice 33), se analizzati nel complesso delle tre unità operative in cui si articola la disponibilità complessiva di posti letto mostrano nel quinquennio una sostanziale stabilità, mentre risultano significative le variazioni nelle diverse unità operative nelle quali si distribuiscono i posti letto disponibili. Si osserva infatti un incremento progressivo e costante nell'unità operativa 1, che nel quinquennio considerato ha costituito l'ambito elettivo di trattamento dei disturbi neurologici, una sostanziale stabilità nell'unità operativa 2, orientata al trattamento dell'epilessia, ed una progressiva diminuzione dei ricoveri trattati nell'unità operativa 3, sede elettiva di trattamento dei disturbi psichiatrici. Una corretta valutazione degli andamenti osservati non può prescindere dalla considerazione del fatto che l'accesso al ricovero per i residenti della Regione Toscana non è incondizionato, ma soggetto al rispetto di vincoli che costituiscono un limite oggettivo per una valorizzazione delle potenzialità che la Fondazione esprime. In effetti l'utilizzo dei posti letto disponibili risulta nel complesso stabilmente posizionato intorno al 75 %, valore cui corrisponde una durata media della degenza che potrebbe essere sensibilmente ridotta. Portando l'indice di occupazione al valore ottimale dell'85% e la durata media della degenza ad 8 giorni, si potrebbe portare il numero dei ricoveri a oltre 1000 l'anno.

Le differenze osservate nell'andamento dei ricoveri nelle diverse unità operative possono essere attribuite anche alla diversa distribuzione tra le stesse dei posti letto complessivamente disponibili (un posto letto è passato nel 2008 dall'unità operativa 3 all'unità operativa 2 e nel 2009 due posti letto sono passati dalla unità operativa 2 alla unità operativa 1).

Anche tenendo conto di questa componente, nelle unità operative neurologiche (unità operativa 1 ed unità operativa 2) il numero di degenti è progressivamente aumentato negli anni, mentre parallelamente si è ridotto il numero dei degenti nella unità operativa 3 di psichiatria.

Questa evidenza è una criticità alla quale si è cercato di porre rimedio anche attraverso una riorganizzazione profonda che ha portato nel 2010 alla suddivisione della attuale unità operativa complessa di psichiatria, in due unità operative distinte che affrontano patologie differenti dello stesso ambito psichiatrico infantile ed adolescenziale.

Per quanto concerne l'andamento della degenza media delle diverse unità operative, si osserva una progressiva riduzione della degenza media nell'unità operativa 1 che nel corso di 5 anni si è ridotta di oltre due giornate, mentre nell'unità operativa 3 il trend è stato esattamente l'opposto.

Questo marcato allungamento della durata della degenza è attribuibile ad una maggiore incidenza di ricoveri di soggetti gravi, affetti da patologie acute con associati importanti problemi psicosociali. Un'altra causa di incremento della degenza media nell'unità operativa di psichiatria, va ricercata nell'aumento di ricoveri di pazienti con disturbi della condotta alimentare per i quali il ricovero si protrae talvolta per mesi. Per entrambi i casi citati il collocamento in idoneo ambiente terapeutico successivo alla dimissione risulta spesso difficoltoso a causa della carenza di strutture ricettive extraospedaliere.

L'andamento nel quinquennio dei ricoveri ordinari a scopo riabilitativo (codice 75) risulta di fatto stabile (l'incremento osservato negli ultimi anni è attribuibile ad una maggiore disponibilità ricettiva con l'attivazione di un ulteriore posto letto).



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

LE ATTIVITÀ

Ad un incremento del 27% del numero dei ricoveri, che passano da 97 a 123, corrisponde un incremento del 39% delle giornate di degenza, che passano da 1271 a 1768, portando il tasso di occupazione dal 69,6 all'80,7%, questo per l'incremento significativo della durata media della degenza, che tende ad allinearsi sui 15 giorni. D'altronde una degenza media inferiore potrebbe porre dubbi sulla appropriatezza di ricoveri troppo brevi in un reparto riabilitativo per soggetti affetti da grave disabilità neuropsichica in fase immediatamente post-acuta.

L'analisi dell'andamento nel quinquennio dei ricoveri in day hospital a scopo diagnostico (codice 33) evidenzia un incremento progressivo del numero di ricoveri e del numero di accessi nel complesso delle tre unità operative, con notevoli differenze all'interno delle stesse. Mentre infatti l'unità operativa 1 ha mantenuto nel quinquennio una relativa stabilità, un significativo decremento si registra nell'unità operativa 2, non solo in termini di numero di ricoveri ma soprattutto in termini di accessi, mentre un costante e significativo incremento si registra nell'unità operativa 3, in cui il numero di ricoveri passa nel quinquennio da 428 a 692 ed il numero di accessi passa da 5311 a 6775.

Si deve sottolineare come nel tempo il numero medio di accessi per singolo ricovero sia andato decrescendo, in sintonia con i criteri di efficacia ed efficienza richiesti dalla Regione.

Per consentire una corretta interpretazione dei dati pare utile precisare che sul posto letto riferito al Day Hospital convenzionalmente si intende che possano ruotare due diversi pazienti, questo spiega perché in alcune unità operative sono stati attribuiti dotazioni di posti letto non coincidenti con un numero intero (ad esempio nel caso della unità operativa 2

dal 2005 al 2007 l'attribuzione di 1,5 posti letto significa che in quella unità operativa erano previsti all'epoca 3 accessi di diversi pazienti nella stessa giornata).

L'andamento nel quinquennio dei ricoveri in day hospital a scopo riabilitativo mostra variazioni di difficile interpretazione e sostanzialmente poco significative.

Le prestazioni ambulatoriali possono essere distinte in prestazioni cliniche e prestazioni strumentali. Mentre le seconde mostrano nel quinquennio variazioni per lo più lievi, la cui genesi appare spiegabile sulla base di fattori occasionali, le prime mostrano un importante trend di crescita che addirittura, nel caso delle prestazioni psicologiche, arriva a decuplicare il numero di prestazioni in cinque anni, passando da 276 nel 2005 a 2210 nel 2009. Questo incremento se da un lato mostra la capacità della struttura di dare risposta ad un numero progressivamente crescente di pazienti, determina un problema non irrilevante dal punto di vista del rispetto di quella condizione di economicità che soprattutto negli ultimi anni ha costituito un riferimento imprescindibile nella gestione della Fondazione.

Una prestazione ambulatoriale di neuropsichiatria infantile, sia la prima visita che le successive, ed una prestazione psicologica, per la loro natura, per il tipo di pazienti ai quali si rivolgono, nonché per le modalità di osservazione e valutazione, impegnano un professionista specializzato (medico o psicologo) al minimo per 60 minuti per ogni visita, ai quali, nel caso della psicoterapia, occorre aggiungere i costi delle supervisioni e della preparazione del materiale che questo tipo di interventi richiede. La tariffa di queste prestazioni secondo il nomenclatore regionale varia tra i 12 euro per alcune prestazioni psicologiche e per le visite di controllo ed i 18 euro per le nuove visite, importi che sono del tutto incongrui rispetto ai soli costi dei professionisti impegnati.



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

LE ATTIVITÀ

PRESTAZIONI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

nel complesso e nelle singole unità operative in cui si articola il dipartimento clinico

ricoveri a scopo diagnostico (codice 33)

	2005	2006	2007	2008	2009
UNITÀ OPERATIVA 1					
posti letto	10	10	10	10	12
ricoveri	276	288	315	321	374
gg di degenza	2705	2650	2599	2649	2802
degenza media	9,8	9,2	8,3	8,3	7,5
tasso di occupazione	74,1	72,6	71,2	72,6	64,0
UNITÀ OPERATIVA 2					
posti letto	4	4	4	5	3
ricoveri	165	155	153	191	147
gg di degenza	1007	930	836	1200	921
degenza media	6,1	6,0	5,5	6,3	6,3
tasso di occupazione	69,0	63,7	57,3	65,8	84,1
UNITÀ OPERATIVA 3					
posti letto	16	16	16	15	15
ricoveri	390	380	377	352	335
gg di degenza	4446	4522	4634	4087	4496
degenza media	11,4	11,9	12,3	11,6	13,4
tasso di occupazione	71,1	77,4	79,3	74,6	82,1
TOTALE					
posti letto	30	30	30	30	30
ricoveri	831	823	845	864	856
gg di degenza	8158	8102	8069	7936	8219
degenza media	9,8	9,8	9,5	9,2	9,6
tasso di occupazione	74,5	74,0	73,7	72,5	75,1



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

LE ATTIVITÀ

PRESTAZIONI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

nel complesso e nelle singole unità operative in cui si articola il dipartimento clinico
ricoveri a scopo riabilitativo (codice 75)

	2005	2006	2007	2008	2009
UNITÀ DISABILITÀ GRAVI ETÀ EVOLUTIVA (UDGE)					
posti letto	5	5	6	6	6
ricoveri	97	111	118	117	123
gg di degenza	1271	1432	1761	1751	1768
degenza media	13,1	12,9	14,9	15,0	14,4
tasso di occupazione	69,6	78,5	80,4	80,0	80,7



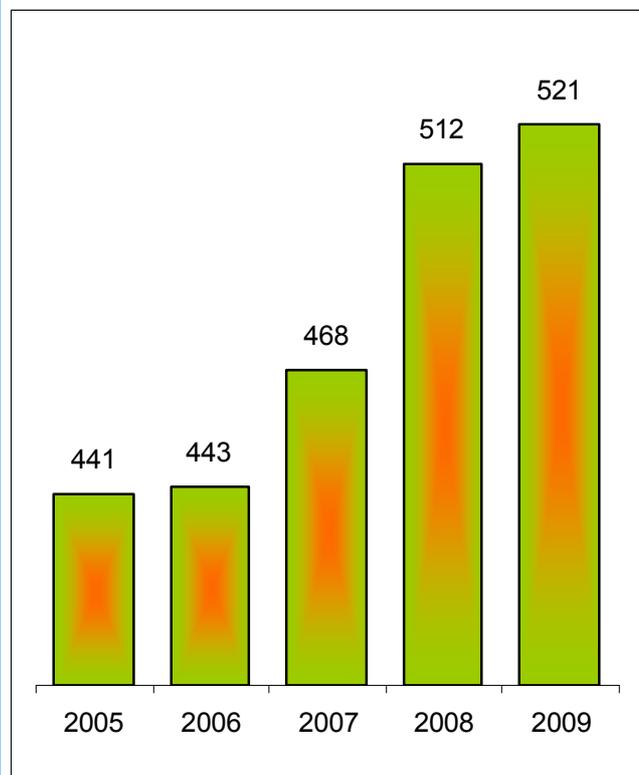
l'area ospedaliera della sede di Calambrone



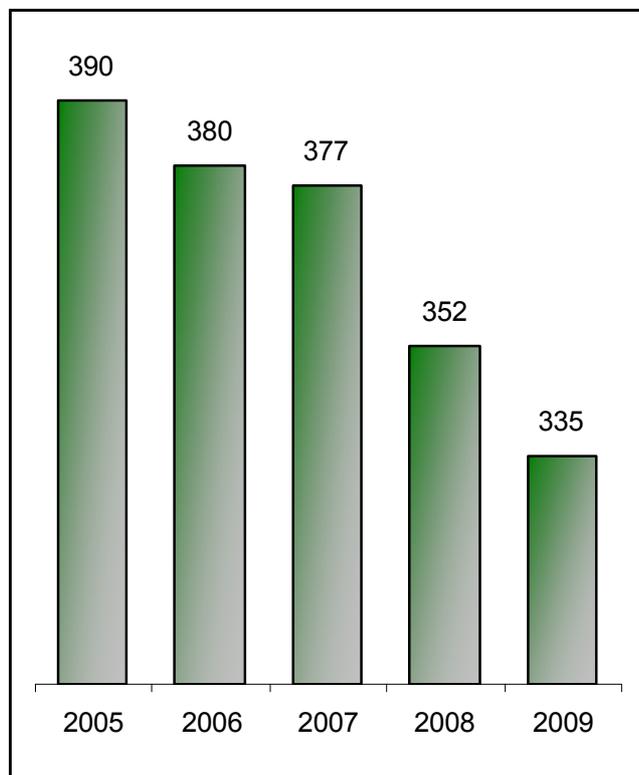
PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

RICOVERI ORDINARI - NUMERO

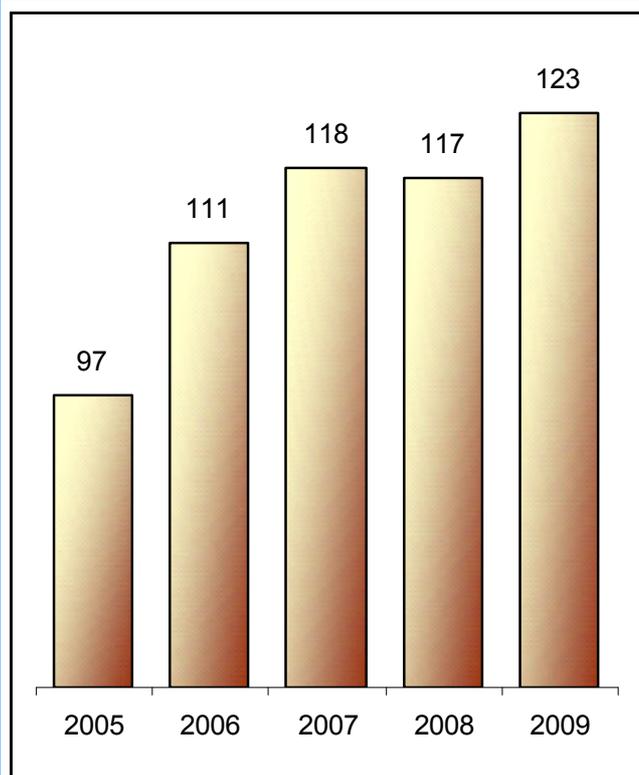
ricoveri a scopo diagnostico neurologici



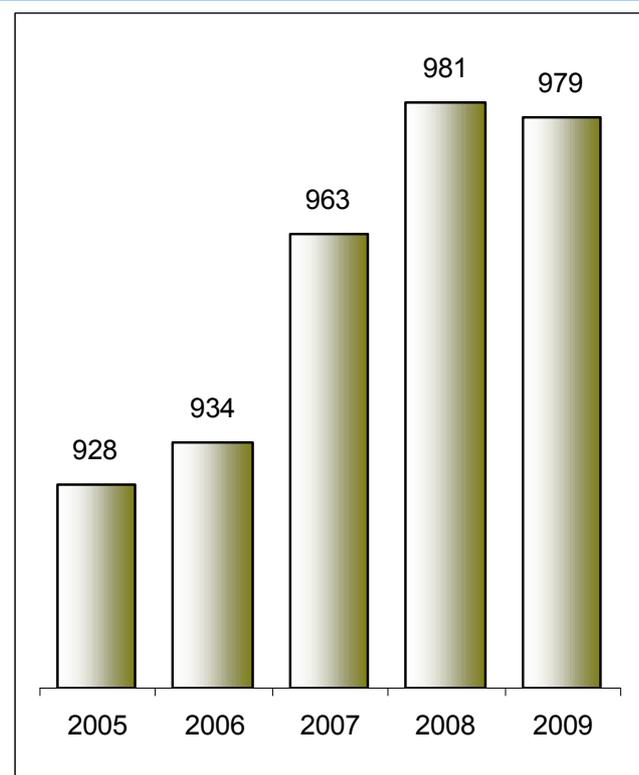
ricoveri a scopo diagnostico psichiatrici



ricoveri a scopo riabilitativo neurologici



ricoveri complessivi

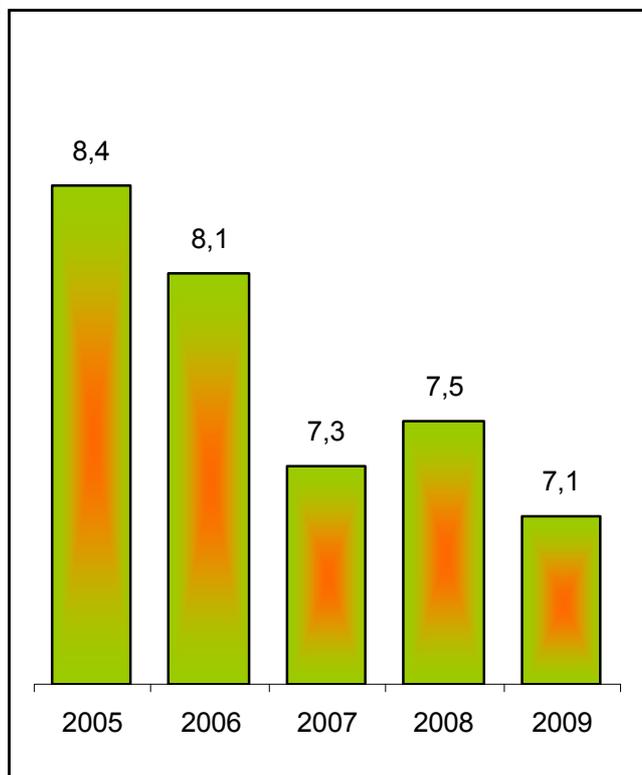




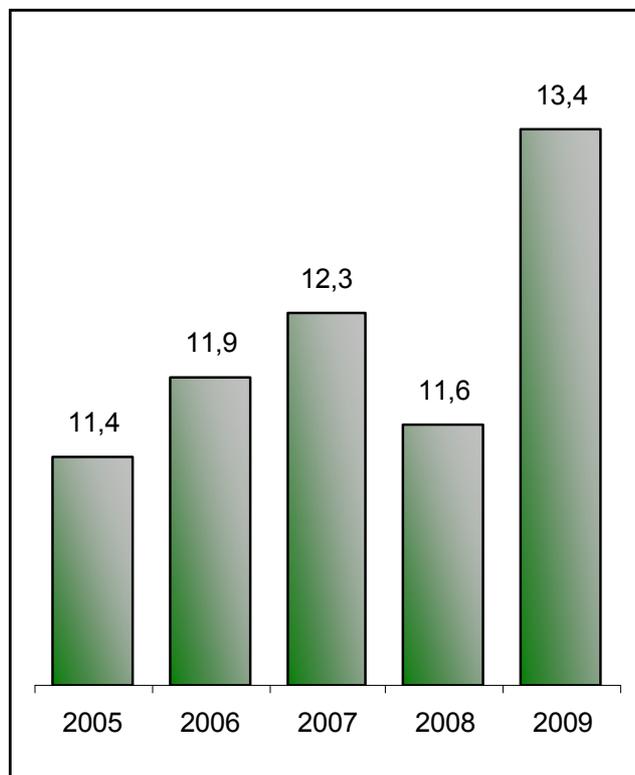
PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

RICOVERI ORDINARI - DEGENZA MEDIA

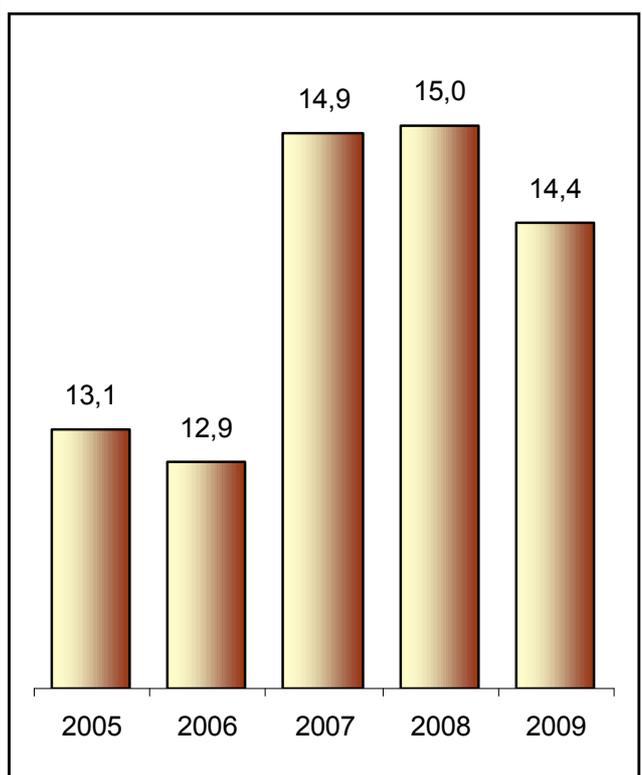
ricoveri a scopo diagnostico neurologici



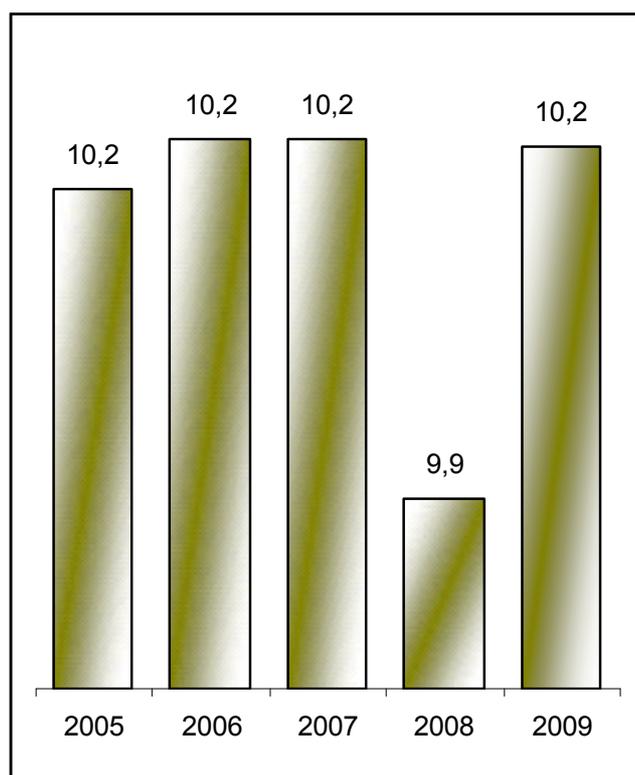
ricoveri a scopo diagnostico psichiatrici



ricoveri a scopo riabilitativo neurologici



ricoveri complessivi

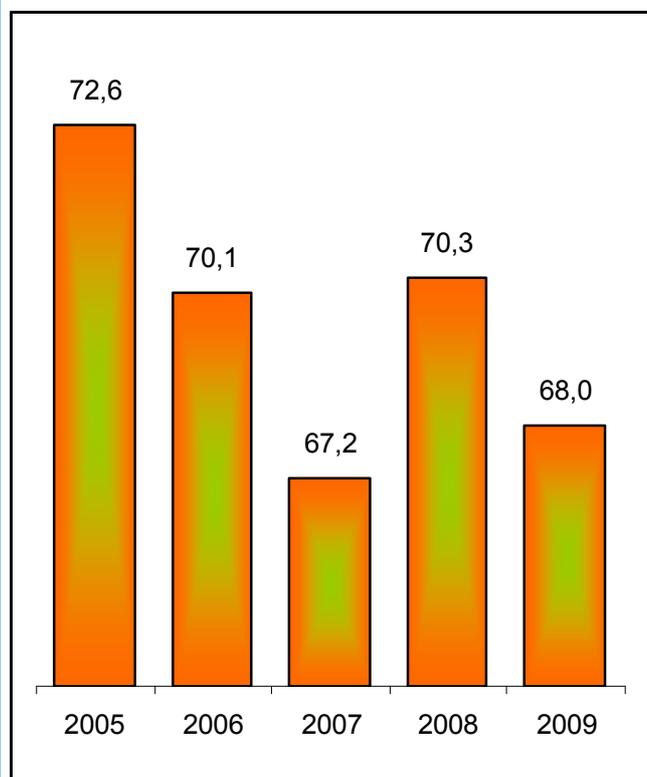




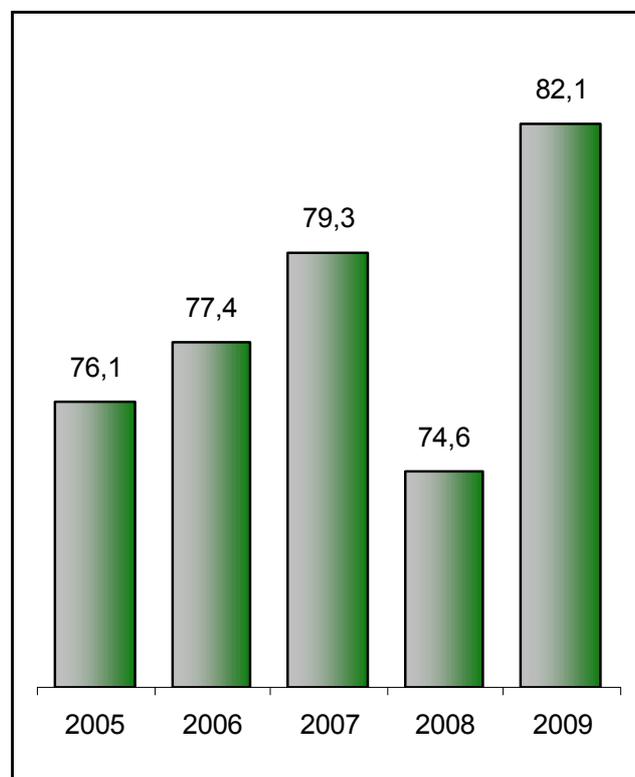
PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

RICOVERI ORDINARI - OCCUPAZIONE

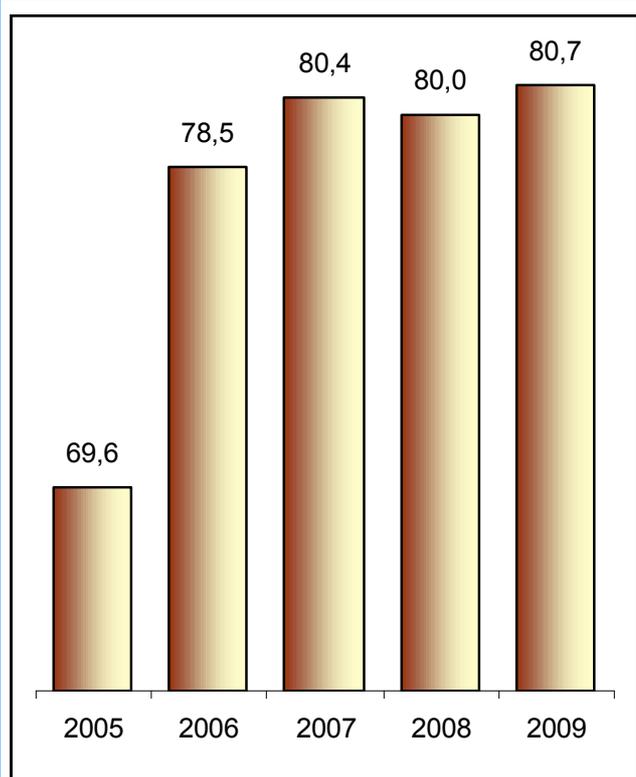
ricoveri a scopo diagnostico neurologici



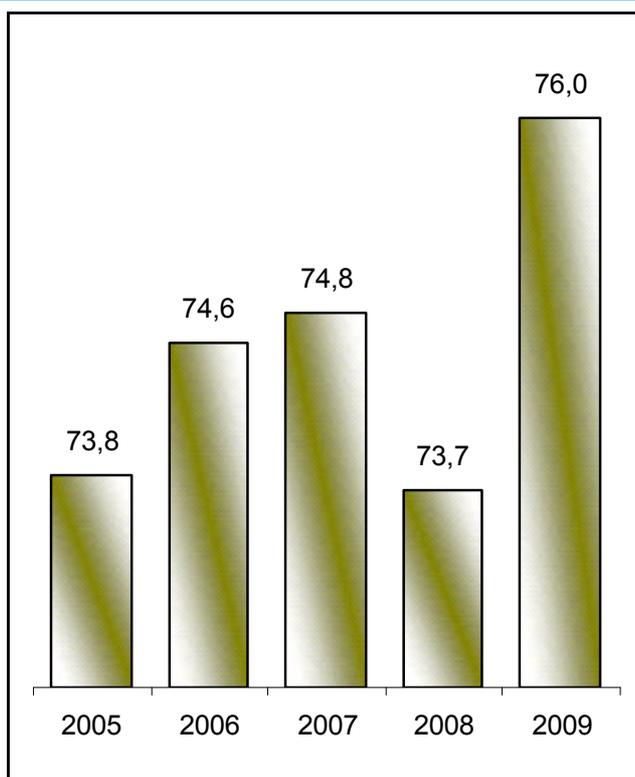
ricoveri a scopo diagnostico psichiatrici



ricoveri a scopo riabilitativo neurologici



ricoveri complessivi





PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

LE ATTIVITÀ

PRESTAZIONI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

nel complesso e nelle singole unità operative in cui si articola il dipartimento clinico

ricoveri a scopo diagnostico

	2005	2006	2007	2008	2009
UNITÀ OPERATIVA 1					
posti letto	4	4	4	4	4
ricoveri	295	297	292	270	309
numero di accessi	2724	2737	2534	2360	2551
numero medio di accessi	9,2	9,2	8,7	8,7	8,3
UNITÀ OPERATIVA 2					
posti letto	1,5	1,5	1,5	1	1
ricoveri	159	128	95	95	90
numero di accessi	1453	985	780	741	689
numero medio di accessi	9,1	7,7	8,2	7,8	7,7
UNITÀ OPERATIVA 3					
posti letto	9,5	9,5	9,5	10	10
ricoveri	428	470	510	624	692
numero di accessi	5311	5284	5349	6209	6775
numero medio di accessi	12,4	11,2	10,5	10,0	9,8
TOTALE					
posti letto	15	15	15	15	15
ricoveri	882	895	897	989	1091
numero di accessi	9488	9006	8663	9310	10015
numero medio di accessi	10,8	10,1	9,7	9,4	9,2
UNITÀ OPERATIVA 1 codice 75					
posti letto	3	3	3	3	3
ricoveri	151	135	164	159	161
numero di accessi	2228	1935	1987	1940	1978
numero medio di accessi	14,8	14,3	12,1	12,2	12,3



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

LE ATTIVITÀ

PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE IN AMBITO OSPEDALIERO

	2005	2006	2007	2008	2009
prestazioni NPI	3568	3620	4440	4775	5207
prestazioni psicologiche	276	425	1183	1900	2210
psicoterapie	822	684	1398	2940	3797
prestazioni di RM	232	207	171	212	167
prestazioni di elettrofisiologia	810	684	723	681	724
valutazioni funzioni visive	245	306	338	276	236
altre (*)	1162	661	123	99	66

(*) Con l'entrata in vigore del nomenclatore tariffario regionale per le prestazioni specialistiche ambulatoriali per l'anno 2006 (D.G.R. Toscana n. 595 del 30 maggio 2005) sono state eliminate le prestazioni di riabilitazione (osservazioni psicopedagogiche, valutazioni motorie e valutazioni logopediche. Tali prestazioni, laddove possibile ed appropriato sono state ricondotte nell'ambito della più articolata attività di ricovero diurno).

PRESTAZIONI EROGATE IN STRUTTURE EXTRAOSPEDALIERE

Nel report di seguito riprodotto sono riportati i dati relativi alle prestazioni erogate nelle strutture extraospedaliere, specificando per ciascuna di esse posti autorizzati e prestazioni erogate per modalità di trattamento. A questo riguardo sono state mantenute nel report le denominazioni internato e seminternato utilizzate nella reportistica annualmente prodotta dalla direzione sanitaria, denominazioni che secondo l'evoluzione della disciplina dovrebbero essere sostituiti da residenziale e semiresidenziale.

I dati riportati nel report per quanto concerne il numero di prestazioni erogate si riferiscono alle presenze effettive, prescindendo dalla valorizzazione economica delle stesse, che è disciplinata da norme definite nell'ambito delle convenzioni stipulate con le rispettive aziende sanitarie territoriali di riferimento.

L'evoluzione nel quinquennio del numero delle prestazioni erogate presenta una so-

stanziale stabilità, anche in relazione al fatto che gli accordi di fornitura stipulati con le competenti aziende sanitarie prevedono vincoli precisi in termini sia di posti autorizzati sia di prestazioni erogate.

In effetti le strutture vengono utilizzate ad un livello che tende alla saturazione della capacità ricettiva, il che comporta due conseguenze fondamentali: una utilizzazione intensiva delle risorse umane che operano in queste strutture, ed al contempo una gestione particolarmente accorta del turnover dei pazienti, per soddisfare nella massima misura possibile, compatibilmente con i vincoli che la normativa vigente pone, la domanda di prestazioni che a queste strutture afferisce.

Rispetto alla sostanziale stabilità nel tempo del numero di prestazioni si osservano alcune variazioni che sono espressione degli spazi di flessibilità consentiti anche dall'adeguamento delle norme che disciplinano l'accesso a queste strutture.



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

LE ATTIVITÀ

PRESTAZIONI EROGATE IN STRUTTURE EXTRAOSPEDALIERE

	2005	2006	2007	2008	2009
ISTITUTO DI RIABILITAZIONE DI CALAMBRONE (IRC)					
posti seminternato autorizzati	20	20	20	20	20
seminternato	4.987	5.160	4.994	5.379	5.452
prestazioni ambulatoriali	5.546	6.038	6.227	6.306	5.559
ISTITUTO DI RIABILITAZIONE DI MONTALTO (IRM)					
posti internato autorizzati	14	14	14	14	14
internato intensivo	4.359	4.340	4.319	4.394	4.316
posti seminternato autorizzati	8	8	8	8	8
seminternato estensivo	1.092	820	713	713	731
seminternato intensivo	678	1.116	1.224	1.279	1.289
totale seminternato	1.770	1.936	1.937	1.992	2.020
RESIDENZA SANITARIA PER DISABILI NEUROPSICHICI DI MONTALTO					
posti internato autorizzati	40	40	40	40	40
internato estensivo	13.666	13.903	13.303	13.516	13.789
RESIDENZA SANITARIA PER DISABILI NEUROPSICHICI DI SAN MINIATO					
posti internato autorizzati	20	20	20	20	20
internato estensivo	6.644	6.850	7.034	6.973	7.061
CENTRO DI RIABILITAZIONE DI SAN MINIATO					
posti internato autorizzati	6	6	6	6	6
internato intensivo	2.152	1.840	1.918	1.898	1.943
posti seminternato autorizzati	8	8	8	8	8
seminternato estensivo	416	230	717	1081	453
seminternato intensivo	1.205	1.242	940	612	1.226
totale seminternato	1.621	1.472	1.657	1.693	1.679
CENTRO DI RIABILITAZIONE DIURNO LA SCALA					
posti autorizzati	20	20	20	20	20
giornate di presenza	1.565	1.904	1.779	1.649	1.543



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

LA RICERCA

L'andamento nel quinquennio dell'attività di ricerca è sintetizzato nella tabella di seguito riprodotta, nella quale vengono riportati, per ciascuno dei settori di attività (ricerca corrente finanziata dal ministero della salute, ricerca finalizzata finanziata dal ministero della salute e da altri soggetti pubblici e privati) le variabili più significative: numero complessivo di progetti e volume complessivo di finanziamenti.

Il numero dei progetti di ricerca è andato progressivamente decrescendo dall'anno 2006 in poi, anche in conseguenza del fatto che negli ultimi anni il Ministero ha optato per una razionalizzazione dei progetti e delle linee di ricerca corrente invitando gli IRCCS a ridurre sensibilmente il numero. Il numero delle pubblicazioni prodotte negli anni è un dato invece piuttosto stabile.

Uno dei principali indicatori di qualità della produzione scientifica è rappresentato

dall'impact factor (IF), indice sintetico che misura il numero medio di citazioni ricevute in un anno da articoli pubblicati in una rivista scientifica nei due anni precedenti. Questo indicatore viene utilizzato anche per categorizzare, valutare, comparare e ordinare le riviste scientifiche.

Il valore medio dell'indicatore rapportato al numero delle pubblicazioni scientifiche risulta soddisfacente anche se suscettibile di ampio margine di miglioramento. L'andamento del dato è caratterizzato da un recupero della produttività nel 2009, dopo che si era verificato un sensibile calo nel 2008 dovuto alla momentanea inattività di un importante settore di ricerca.

Nell'ambito dei cambiamenti messi in atto dal Ministero rientrano anche degli interventi sul budget messo a disposizione degli IRCCS per cui si può osservare un costante aumento dei finanziamenti fino al 2008 con un sensibile ridimensionamento nell'anno successivo.

	2005	2006	2007	2008	2009
PROGETTI DI RICERCA CORRENTE FINANZIATI DAL MINISTERO DELLA SALUTE					
progetti	29	38	26	24	19
finanziamento complessivo (*)	1,290	1,614	1,764	2,117	1,550
PROGETTI DI RICERCA FINALIZZATA FINANZIATI DAL MINISTERO DELLA SALUTE					
progetti	11	5	4	5	6
finanziamento complessivo (*)	0,245	0,175	0,129	0,235	0,178
PROGETTI DI RICERCA FINALIZZATA FINANZIATI DA ALTRI SOGGETTI					
progetti	18	26	20	13	13
finanziamento complessivo (*)	0,339	0,340	0,217	0,205	0,406
PRODUZIONE SCIENTIFICA					
pubblicazioni scientifiche	51	56	50	41	50
impact factor	165,4	200,7	187,3	138,9	183,7
(*) valori espressi in milioni di euro					



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

LA RICERCA

Per quanto riguarda la ricerca finalizzata ministeriale si può osservare un ridimensionamento del numero di progetti dal 2005 al 2006 con andamento piuttosto stabile in seguito. L'entità dei finanziamenti legati a questo settore della ricerca mostra lievi oscillazioni negli anni senza però delineare un andamento da cui trarre considerazioni generali. In questo ambito sono da segnalare importanti risultati come l'approvazione del progetto "Inquiry into disruption of inetrsubjective equipment in autism spectrum disorders in childhood (IDIA), del "ADHD: new models for symptoms, innovative diagnostic markers, and nouvel targets for therapy" e del "Efficacy of lithium in amyotrophic lateral sclerosis: clinical trials, and advanced basic knoledge".

I progetti di ricerca finalizzata finanziati da altri enti negli ultimi anni hanno rappresentato uno dei settori di ricerca in sensibile crescita. Dal punto di vista economico questa direzione appare quella maggiormente percorribile anche per il futuro e i risultati in termini di capacità di attrarre risorse dell'anno 2009 fanno ben sperare per i prossimi anni.

In questo settore sono stati ottenuti importanti risultati con la partecipazione al progetto europeo "Space, time and numbers in the brain (STANIB)" e con il finanziamento di due ricerche particolarmente innovative da parte della Regione Toscana ("Decline of mental functions in adults with Down Syndrome: clinical and experimental study on the effects of treatment with fluoxetine and of cognitive and physical training "e "Congenital Muscular Dystrophies with Muscle and Central Nervous System alpha-Dystroglycan Glycosylation Defects: clinical, genetics and experimental approaches").

L'assegnazione di fondi da parte di enti non ministeriali dovrebbe gradualmente

compensare la riduzione dei finanziamenti ministeriali e assicurare quindi il costante apporto economico necessario per garantire un'ulteriore crescita della produttività scientifica.

Una importante ricaduta della valenza scientifica dell'Istituto è la realizzazione di linee guida e protocolli terapeutici in ambito nazionale o regionale. Negli ultimi cinque anni in questo ambito, sono stati ottenuti importanti risultati tra i quali due meritano una specifica menzione: le linee guida "diagnosi e trattamento delle epilessie" certificate dalla Regione Toscana e le linee guida "i disturbi depressivi in età evolutiva", certificate dalla SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza).



potenziali evocati ed elettromiografia



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

LE PERFORMANCE

Una delle scelte strategiche che caratterizza e qualifica l'approccio adottato nell'implementazione del bilancio sociale è stata quella di introdurre un sistema multidimensionale di misurazione delle performance che consenta di valutare in modo oggettivo i risultati raggiunti dalla Fondazione rispetto alla missione che ne costituisce l'obiettivo centrale: esprimere livelli di eccellenza, sia nella ricerca che nell'assistenza, per consolidare conoscenze, competenze, tecnologie e processi che consentano di soddisfare le aspettative di tutti coloro che alla Fondazione si rivolgono per aver risposta a problemi che spesso portano in sé un carico inimmaginabile di umana sofferenza.

Questa scelta è coerente con il concetto stesso di bilancio sociale, che deve essere uno strumento di trasparente rendicontazione del grado in cui sono state soddisfatte le aspettative dei propri stakeholder, e che trova nel sistema di misurazione delle performance lo strumento per rendere oggettiva questa valutazione.

L'introduzione di un sistema strutturato di misurazione delle performance è altresì coerente con l'evoluzione della normativa nazionale che disciplina l'organizzazione e il funzionamento delle amministrazioni pubbliche, e che trova nella legge delega 4 marzo 2009, n. 15 e nel decreto legislativo attuativo 27 ottobre 2009, n. 150, la sua più recente formulazione.

Nel riordino delle amministrazioni pubbliche che costituisce oggetto delle leggi citate i concetti di trasparenza, di misurazione della performance, intesa come capacità complessiva di dare risposta alle aspettative dei cittadini, e di valutazione dell'apporto individuale al raggiungimento dei risultati conseguiti, sono i capisaldi di un approccio che individua la valutazione e il riconoscimento del merito quali leve di un sistema trasparente, efficiente ed efficace.

L'introduzione nel contesto specifico della sanità di un set di indicatori che consentissero di misurare "l'efficienza gestionale e i risultati conseguiti nell'esercizio delle attività sanitarie" forma oggetto del decreto del ministero della salute del 24 luglio 1995, al quale fece seguito il 15 ottobre 1996 un ulteriore decreto con cui furono proposti un insieme di indicatori quale "strumento ordinario per la verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie con riferimento alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere" aspetti che vengono ricondotti alla dimensione della qualità definita qualità percepita.

La finalità degli indicatori era quella di consentire valutazioni comparative al fine di consentire alle singole aziende di conoscere la propria situazione rispetto al dato nazionale e regionale.

Con il successivo decreto interministeriale del 12 dicembre 2001 l'insieme degli indicatori è stato organicamente riformulato, venendo a costituire un insieme di indicatori e di parametri di riferimento finalizzato al monitoraggio del rispetto, in ciascuna regione, dei livelli essenziali di assistenza, che interessa le diverse dimensioni della valutazione dei servizi sanitari, inclusi i relativi costi.

Il decreto in questione prevedeva che gli indicatori calcolati fossero pubblicati entro il 31 dicembre di ogni anno dal ministro della salute in uno specifico rapporto del quale doveva essere data diffusione pubblica.

L'adozione di un sistema di indicatori per il monitoraggio dei risultati conseguiti dalle singole aziende in cui si articola il sistema sanitario è stata concretamente realizzata da pochissime regioni, e tra queste l'esperienza della Regione Toscana ha costituito sicuramente un riferimento, come dimostra il fatto che il modello toscano è stato adottato dalle Regioni Liguria, Pie-



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

LE PERFORMANCE

monte, Umbria e dallo stesso Ministero della salute a supporto di valutazioni comparative interregionali.

L'esigenza di valutare i risultati raggiunti su basi oggettive, e su quelle stesse basi, utilizzando cioè gli stessi indicatori, confrontarsi con gli altri, costituisce esigenza ineludibile, che ha indotto la Fondazione Stella Maris ad adottare un set di indicatori e pubblicarne i valori nei report che da anni vengono realizzati dalla direzione sanitaria quale sintesi dell'attività svolta e dei risultati conseguiti nelle diverse articolazioni operative di erogazione dell'assistenza sanitaria, sia in ambito ospedaliero che extra ospedaliero.

In questo contesto si inserisce l'iniziativa, intrapresa a seguito dell'adozione del bilancio sociale, di costruire un sistema che non si limiti a misurare i risultati raggiunti, ma sia strumento di raccordo tra la missione ed i valori che costituiscono il senso della Fondazione, con la pianificazione strategica, e questa con la programmazione annuale che si esprime nel budget.

Si tratta di passare dalla misurazione al governo delle performance, adottando un approccio ideato negli Stati Uniti nel 1990 quale approdo di una sperimentazione coordinata dal prof. Robert Kaplan, docente dell'Università di Boston, e dal dottor David Norton, presidente di un istituto di consulenza.

La sperimentazione, alla quale presero parte dodici aziende, fu denominata "Misurazione della performance nell'impresa del futuro" e portò a formalizzare uno strumento denominato "balanced scorecard" (scheda di valutazione bilanciata) l'intuizione geniale del quale non fu tanto quella di inserire altri indicatori oltre ai tradizionali indicatori economico finanziari ma soprattutto quella di strutturare il sistema di indicatori così definito secondo



quattro dimensioni (o prospettive) di analisi interdipendenti, correlate tra loro da evidenti connessioni causali.

L'iniziativa si inquadra nell'evoluzione del pensiero manageriale che aveva evidenziato i limiti dei sistemi di misurazione delle performance consolidati, basati su indicatori di natura prevalentemente economico finanziaria e limitati ad una analisi dell'evoluzione della realtà aziendale vista dall'interno, e non rapportata in maniera organica al contesto nel quale opera ed al mercato al quale si rivolge. I risultati di quella sperimentazione furono sintetizzati dagli autori in un articolo dal titolo "The balanced scorecard: measures that drive performance" pubblicato nel 1992 su Harvard Business Review, una delle più prestigiose riviste scientifiche in materia di management. L'interesse che l'articolo suscitò si tradusse in richieste di supporto per implementare la balanced scorecard, che proprio per la sua architettura logica si rivelò non solo e non tanto uno strumento di misurazione delle performance aziendali, ma uno strumento di supporto all'attuazione della strategia aziendale.

PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

LE PERFORMANCE

Questa evoluzione è descritta dagli ideatori dello strumento in un articolo pubblicato nel 1996 sempre su Harvard Business Review, col titolo "Using the balanced scorecard as a strategic management services".

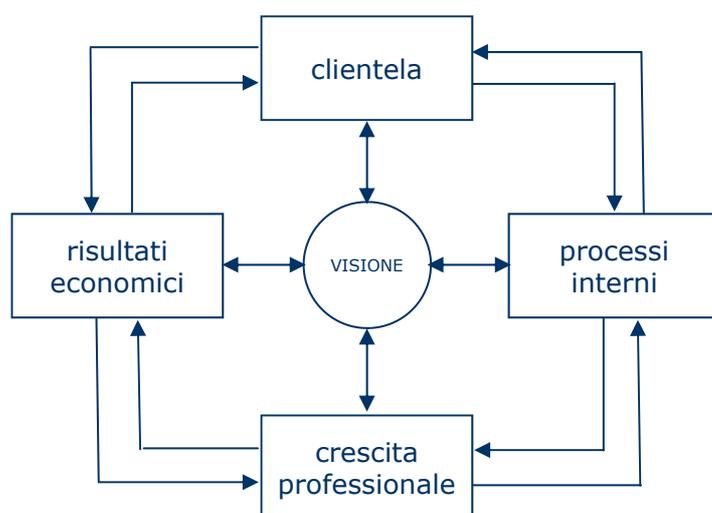
La struttura della balanced scorecard, ed i risultati della sua implementazione in aziende operanti in differenti settori furono organicamente descritti da Nolan e Norton in un libro dal titolo "The balanced scorecard: translating strategy into action". Pubblicato negli Stati Uniti nel 1996 è stato tradotto in 19 lingue e diffuso in tutto il mondo.

Il successo dello strumento è stato tale da indurre gli autori a fondare una società di consulenza specializzata nella progettazione ed implementazione di balanced scorecards a supporto della gestione strategica di organizzazioni operanti nei più disparati settori, profit e non profit, compreso organizzazioni sanitarie ed ospedaliere.

Al primo libro di Kaplan e Norton ne sono seguiti altri tre, che illustrano l'evoluzione delle potenzialità applicative dello strumento, il cui utilizzo si è andato nel tempo affinando, via via trasformandosi da "semplice" strumento di misurazione delle performance, a strumento di supporto alla realizzazione della strategia, secondo un percorso logico che può essere così sintetizzato:

1. individuare, per ciascuna delle prospettive di analisi che costituiscono la struttura portante del modello, poche, essenziali, aree strategiche di performance, espressione della missione e della strategia aziendale, polarizzando l'attenzione su ciò che è davvero fondamentale per la realizzazione della strategia (secondo il principio del critical few, che costituisce uno degli assiomi del modello di Kaplan e Norton);

2. definire, per ciascuna delle aree strategiche di performance, un indicatore numerico che ne costituisca la misura, sulla base di un altro principio posto a fondamento del modello: non si può governare ciò che non si sa misurare; la misurazione delle performance non sempre risulta semplice e possibile sulla base dei flussi informativi consolidati; a questo riguardo l'indicazione metodologica è quella di "rendere misurabile ciò che è importante, e non ritenere importante ciò che è misurabile";
3. fissare, per ciascuno degli indicatori che misurano le performance, il valore che tale indicatore deve tendere ad assumere, quale obiettivo strategico, precisando così quelli che nel modello di Kaplan e Norton vengono definiti target dell'azione strategica;
4. individuare, per ciascuno degli obiettivi così definiti, le azioni ritenute opportune per il suo conseguimento, chiudendo una sequenza logico operativa che trova il proprio fondamento nella preliminare individuazione di pochi indicatori di performance e nella fissazione per ciascuno di essi di un obiettivo coerente con la strategia aziendale.



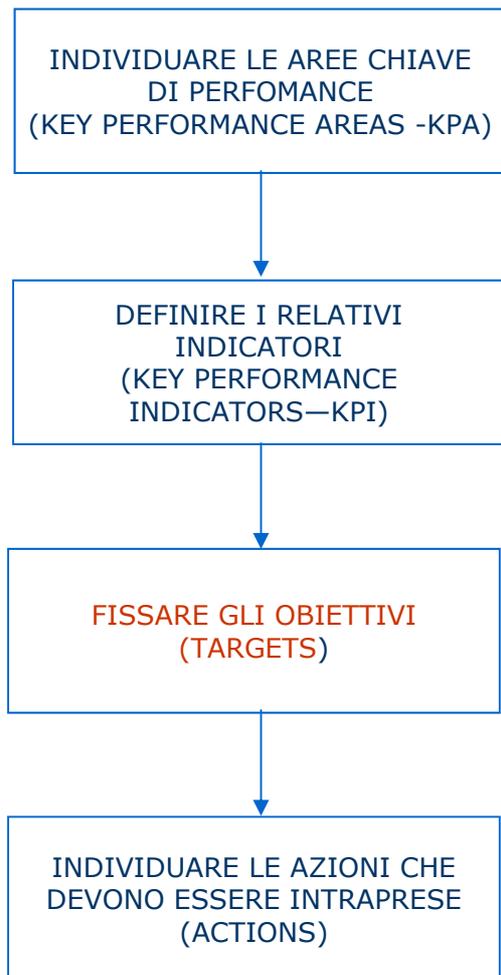
il modello logico della balanced scorecard



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

LE PERFORMANCE

Il diagramma di flusso di seguito riprodotto sintetizza il percorso logico precedentemente descritto.



Uno dei punti di forza della balanced scorecard è quello di utilizzare gli indicatori non solo e non tanto per valutare ex post i risultati raggiunti, ma prima di tutto e soprattutto per definire ex ante gli obiettivi che devono essere raggiunti, obiettivi espressi in termini quantitativi come valori che devono essere registrati da ciascuno degli indicatori inseriti nel modello.

La concreta implementazione del modello di Kaplan e Norton richiede un processo di penetrazione che deve permeare tutte le articolazioni aziendali, comprese le aree

di staff, declinando le aree strategiche ed i relativi indicatori di performance in funzione delle specificità delle singole unità operative, realizzando così un aspetto che è un altro fondamentale punto di forza del modello: l'allineamento dell'organizzazione. La balanced scorecard è efficace strumento di comunicazione della strategia aziendale, che trova nelle mappe strategiche una suggestiva ed efficace rappresentazione, rispetto alla quale tutti gli operatori sanno quali obiettivi specifici devono raggiungere e in quale misura il raggiungimento di questi obiettivi contribuisce al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Le cinque fasi di implementazione del modello di Kaplan e Norton sono sintetizzate nel diagramma di flusso di seguito riprodotto, che pone in chiara evidenza la pervasività del sistema



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

LE PERFORMANCE

Le applicazioni della balanced scorecard in aziende sanitarie italiane sono ancora oggi limitate, sia per quanto concerne il numero delle aziende che hanno sperimentato la metodologia, sia per quanto concerne la pervasività dell'implementazione, quasi sempre limitata ad ambiti circoscritti in termini spazio temporali. L'applicazione in senso assoluto più pregnante, anche se non esplicitamente ricondotta al modello di Kaplan e Norton, ma presentata come sistema multidimensionale di misurazione delle performance orientato a supportare un processo di autovalutazione e di benchmarking, è quello realizzato dalla regione Toscana, ed esteso a tutte le aziende sanitarie, sia territoriali che ospedaliere, in cui si articola il sistema sanitario regionale.

L'utilizzo di sistemi multidimensionali di misurazione delle performance come supporto a processi di programmazione e controllo costituisce la nuova frontiera dell'impegno posto in questo ambito dalle aziende sanitarie italiane, come evidenziato nel saggio "La misurazione delle performance nei processi di programmazione e controllo in Sanità" pubblicato nell'edizione 2008 del rapporto OASI. Ciò che il saggio citato pare non cogliere è la peculiarità dell'approccio BSC, che ha in sé potenzialità per molti versi inesprese.

I punti di forza dell'approccio BSC sono riconducibili a tre aspetti centrali:

1. la preliminare individuazione delle aree strategiche di performance essenziali al fine della realizzazione della strategia aziendale, e dei relativi indicatori di misura, integrando indicatori di carattere economico finanziario con indicatori relativi ad altre dimensioni (nel modello originale di Kaplan e Norton quelle della clientela, dei processi interni e dell'apprendimento, più vicine alla sensibilità ed alla cultura dei professionisti

di quanto non lo siano gli indicatori economico finanziari);

2. l'allineamento di tutte le unità operative rispetto alla strategia aziendale attraverso la specificazione delle aree strategiche di performance e dei relativi indicatori di misura, che devono essere "declinati" in modo coerente con le peculiarità delle diverse articolazioni organizzative aziendali;
3. il coinvolgimento di tutti i professionisti, ciascuno dei quali deve avere consapevolezza del contributo che è chiamato a dare alla realizzazione della strategia (make strategy everyone's everyday job).

Una riflessione importante concerne la specificità che assumono i nessi causali che interconnettono le diverse prospettive di valutazione che costituiscono la struttura portante del modello nelle organizzazioni non profit rispetto alle aziende orientate al profitto. Nel caso delle organizzazioni non profit, nelle quali il fine ultimo non è produrre profitto ma rispondere al meglio alle aspettative dei propri stakeholder, la prospettiva economico finanziaria perde la propria funzione di misurazione delle capacità di realizzare valore ed assume il significato di misurazione delle capacità dell'organizzazione di assicurare l'equilibrio economico finanziario indispensabile per realizzare efficacemente il proprio mandato istituzionale.





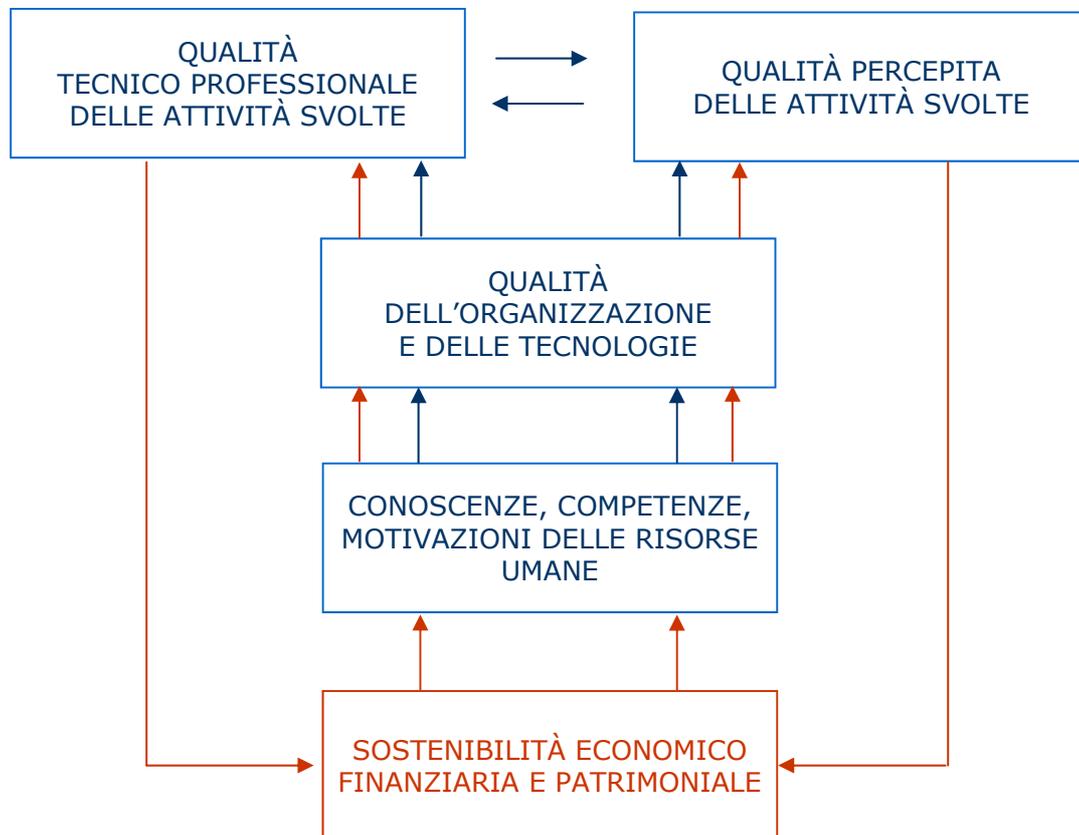
PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

LE PERFORMANCE

Per quanto concerne in particolare la scelta delle prospettive di valutazione gli stessi ideatori della balanced scorecard precisano che anche se le quattro prospettive da essi introdotte nel modello ricomprendono al proprio interno l'insieme delle variabili alle quali sono riconducibili le performance di una qualsiasi impresa, nell'implementazione del modello possono essere inserite dimensioni diverse, più specifiche, sempre comunque rispettando il principio di concentrare l'attenzione su pochi fatti essenziali, per non disperdere energie che devono essere polarizzate su pochi e chiari obiettivi, per creare quello che Kaplan e Norton definiscono "effetto laser".

Su questi presupposti è stato sviluppato un percorso che dopo aver richiamato i presupposti concettuali della metodologia ed analizzato i risultati conseguiti dall'applicazione nel contesto sanitario, con particolare attenzione all'esperienza della Regione Toscana, ha portato ad individuare cinque prospettive di analisi, sostanzialmente sovrapponibili a quelle inserite nel modello di valutazione delle performance implementato nel servizio sanitario regionale toscano.

Le prospettive di analisi individuate sono indicate nel diagramma qui riprodotto, formulate in modo che siano declinabili sia nell'area della ricerca che in quella dell'assistenza, tenendo conto dei contenuti specifici delle stesse.





PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

PROSPETTIVE, AREE STRATEGICHE E INDICATORI CHIAVE DI PERFORMANCE

Per ciascuna delle prospettive prescelte sono state individuate le aree chiave di performance ed i relativi indicatori di misura, a livello dell'Istituto nel suo complesso. Il risultato del percorso seguito, sintetizzato nella tavola qui riprodotta,

costituisce una piattaforma sulla quale innescare un processo che già dal prossimo esercizio potrebbe supportare il processo di budgeting, collegando in modo organico missione, valori e strategia della Fondazione alla gestione della stessa.

PROSPETTIVE	AREE STRATEGICHE	INDICATORI
A) qualità tecnico professionale delle attività svolte	A1) qualità tecnico - scientifica dei professionisti	A1.1) impact factor (grezzo e normalizzato)
		A2.1) numero di interventi su invito a convegni internazionali
	A2) sviluppo e certificazione di linee guida interne	A2.1) numero linee guida diagnostico, terapeutiche e riabilitative sviluppate e certificate negli ultimi 5 anni
	A3) implementazione di linee guida nazionali e internazionali	A3.1) numero linee guida diagnostico, terapeutiche e riabilitative implementate negli ultimi 5 anni
	A4) aggiornamento costante della dotazione strumentale	A4.1) tasso di obsolescenza tecnologica
		A4.2) percentuale di investimenti in nuove apparecchiature
	A5) appropriatezza	A5.1) case-mix
		A5.2) Percentuale di interventi che potrebbero essere effettuati, secondo linee guida nazionali e regionali, in un regime assistenziale di minor impatto economico
	A6) efficacia	A6.1) percentuale di ricoveri ripetuti
		A6.2) percentuale di cicli riabilitativi ripetuti oltre tre anni di durata complessiva
		A6.3) Percentuale di ricoveri a scopo diagnostico con durata superiore a 15 giorni
		A6.4) Percentuale di ricoveri a scopo riabilitativo con durata inferiore a 30 giorni



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

PROSPETTIVE, AREE STRATEGICHE E INDICATORI CHIAVE DI PERFORMANCE

PROSPETTIVE	AREE STRATEGICHE	INDICATORI
A) qualità tecnico professionale delle attività svolte	A7) trasferimento nella pratica clinica dei risultati della ricerca	A7.1) impact factor dei lavori scientifici a ricaduta assistenziale
	A8) integrazione con i servizi territoriali in una logica di continuità assistenziale	A8.1) numero di contatti, per ogni paziente in carico, con famiglia, scuola e istituzioni in genere
B) qualità percepita delle attività svolte	B1) informazione	B1.1) punteggio medio riportato nelle risposte alle domande del questionario di soddisfazione che afferiscono a questa area
	B2) accoglienza	B2.1) punteggio medio riportato nelle risposte alle domande del questionario di soddisfazione che afferiscono a questa area
	B3) comunicazione	B3.1) punteggio medio riportato nelle risposte alle domande del questionario di soddisfazione che afferiscono a questa area
	B4) comfort ambientale	B4.1) punteggio medio riportato nelle risposte alle domande del questionario di soddisfazione che afferiscono a questa area
C) qualità dell'organizzazione e delle tecnologie	C1) clima interno: comunicazione e motivazione	C1.1) tasso di risposta al questionario sul clima interno
		C1.2) tasso di assenteismo
		C1.3) punteggio medio riportato nelle risposte alle domande del questionario sul clima interno relative all'organizzazione
		C1.4) punteggio medio riportato nelle risposte alle domande del questionario sul clima interno relative alle relazioni
		C1.5) punteggio medio riportato nelle risposte alle domande del questionario sul clima interno relative alle risorse attribuite
	C2) garanzia del rispetto degli standard di sicurezza (gestione del rischio)	C2.1) incidenza di infortuni



PARTE SECONDA: LE RISORSE, LE ATTIVITÀ, LE PERFORMANCE

PROSPETTIVE, AREE STRATEGICHE E INDICATORI CHIAVE DI PERFORMANCE

PROSPETTIVE	AREE STRATEGICHE	INDICATORI
C) qualità dell'organizzazione e delle tecnologie	C2) garanzia del rispetto degli standard di sicurezza: (gestione del rischio)	C2.2) incidenza della formazione specifica sulla formazione complessiva
		C2.3) incidenza di eventi sentinella sul numero di casi trattati
		C2.4) incidenza di eventi avversi sul numero di casi trattati
	C3 gestione efficiente delle risorse disponibili	C3.1) durata media del trattamento rispetto agli standard previsti
		C3.2) tasso occupazione
		C3.3) indice di rotazione
D) conoscenze, competenze e motivazioni delle risorse umane	D1 – investimenti nell'area della formazione	D1.1) incidenza percentuale dei costi sostenuti per formazione (interna ed esterna) e costi complessivi del personale
		D1.2) rapporto tra crediti ECM maturati e crediti attesi
E) sostenibilità economico finanziaria e patrimoniali	E1 - sostenibilità economica	E1.1) indice di sostenibilità economica generale
		E1.2) indice di sostenibilità economica caratteristica
		E1.3) rapporto tra volume complessivo dei finanziamenti e numero di ricercatori
		E1.4) costo medio per punto di impact factor
	E-2 sostenibilità patrimoniale	E2.1) indice di disponibilità
		E2.2) tempi medi di pagamento



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

La rendicontazione sociale nasce storicamente nelle imprese orientate al profitto e trova il proprio fondamento nell'esigenza di dar conto a tutti coloro con i quali l'impresa interagisce nell'esercizio della propria attività del rispetto delle norme vigenti e dei canoni etici per quanto concerne in particolare la gestione del personale e il rispetto dell'ambiente.

La rendicontazione sociale si è progressivamente estesa alle organizzazioni non profit ed alle amministrazioni pubbliche, assumendo connotazioni specifiche connesse con il fatto che in queste istituzioni la responsabilità sociale è di fatto implicita nella missione istituzionale. A questo riguardo è stato osservato che *“La rendicontazione sociale nelle organizzazioni non profit non è figlia della responsabilità*

sociale d'impresa, perché un'organizzazione non profit è socialmente responsabile per definizione. La rendicontazione sociale è qui espressione dell'esigenza di “render conto” alla società civile, per riceverne in cambio la legittimazione ad esistere, a svilupparsi, a finanziarsi”.

Con la rendicontazione sociale nasce il concetto di “stakeholder”, termine che può essere tradotto con “portatori di interesse”, e che trova nello standard AA1000APS dell’“Institute of social and ethical accountability” una definizione semplice e chiara: *per stakeholder di una organizzazione si intendono tutti coloro sui quali l'organizzazione ha un impatto e che hanno un impatto sull'organizzazione, coloro cioè con i quali si ha un'interazione nell'esercizio dell'attività.*

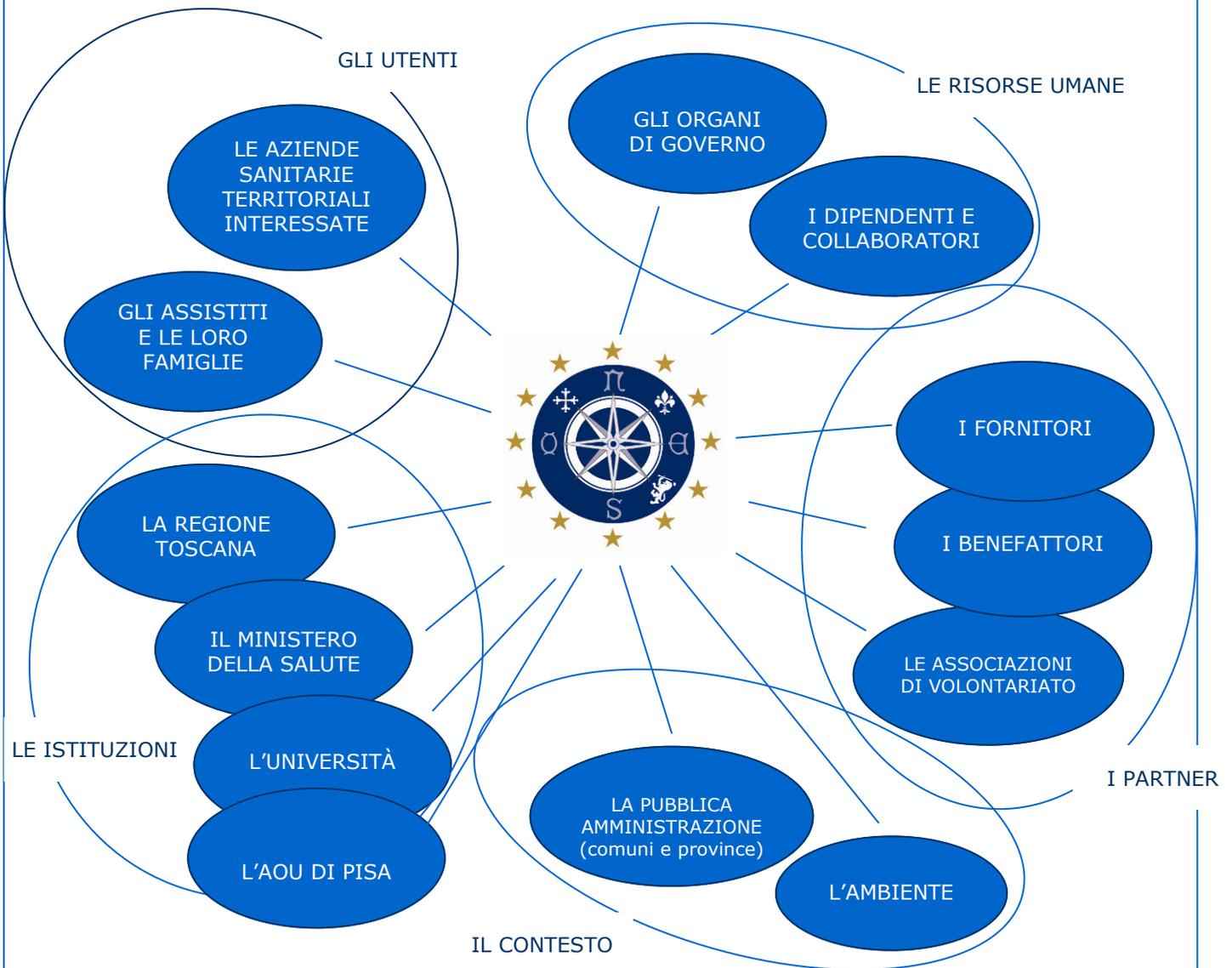




PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

L'identificazione dei propri stakeholder è una fase essenziale per adottare un processo di rendicontazione che sia effettivamente significativo, ed è altresì importante definire un percorso che risponda all'intensità delle relazioni ed all'importanza che tali relazioni hanno nell'orientare le decisioni, gli assetti organizzativi, le strategie, i comportamenti dell'organizzazione. La Fondazione Stella Maris, in coerenza con i valori che essa esprime, tra i propri portatori di interesse pone in primissima posizione i pazienti e le loro famiglie, immediatamente seguiti dai dipendenti e collaboratori che con il loro lavoro, la loro professionalità, hanno reso possibile raggiungere e mantenere livelli

nella ricerca e nell'assistenza, sulla base dei quali è stato riconosciuto e confermato nel tempo lo status di Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, e che fanno della Fondazione un punto di riferimento a livello regionale e nazionale. Tra gli interlocutori istituzionali particolare rilievo rivestono l'azienda ospedaliero universitaria di Pisa, con la quale la Fondazione ha da anni un rapporto organico di collaborazione, le aziende sanitarie territoriali di Pisa, Livorno ed Empoli, dalle quali proviene la gran parte dei soggetti in cura, l'Università di Pisa, la Regione Toscana, il Ministero della Salute. La mappa dei portatori di interesse identificati dalla Fondazione è riprodotta in figura.

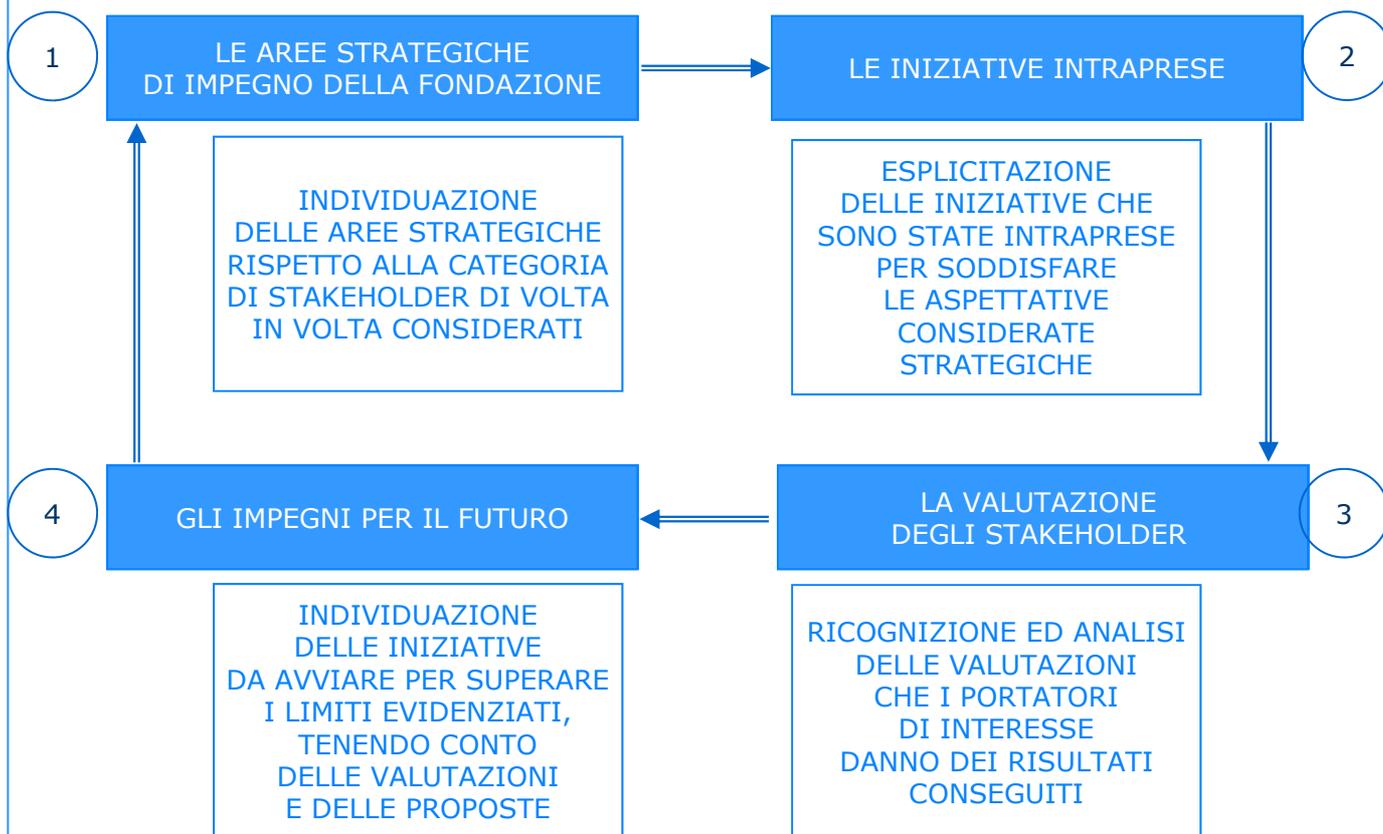


PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

IL PERCORSO SEGUITO

L'approccio metodologico adottato per valutare in quale misura la Fondazione ha soddisfatto le aspettative dei portatori di interesse individuati come prioritari in questo primo bilancio sociale (gli assistiti e le loro famiglie e il personale dipendente), e per individuare quali dovranno essere gli impegni da assumere per rispondere al meglio alle loro aspettative, si incardina nella sequenza di quattro momenti che trovano efficace rappresentazione nel diagramma qui riprodotto.

Questi quattro momenti rappresentano altrettante fasi di un percorso iterativo che si ispira al ciclo di Deming del miglioramento continuo della qualità, e si propone di essere il modo in cui la Fondazione si impegna a migliorare, anno dopo anno, la capacità di soddisfare le aspettative dei propri portatori d'interesse. I contenuti delle diverse fasi sono descritti in altrettanti paragrafi del capitolo relativo ai portatori d'interesse di volta in volta considerati.





PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

IL PERCORSO SEGUITO

Coerentemente con lo schema riprodotto nella pagina precedente i due capitoli relativi alle aspettative dei portatori di interesse individuati come prioritari sono articolati nelle seguenti sezioni:

1) LE AREE STRATEGICHE DI IMPEGNO DELLA FONDAZIONE

In questa sezione sono precisate le tematiche rispetto alle quali la Fondazione ritiene debba essere prestata specifica attenzione, tematiche ovviamente diverse in relazione alle diverse tipologie di portatori di interesse considerati.

2) LE INIZIATIVE INTRAPRESE

In questa sezione sono sinteticamente descritte le iniziative che la Fondazione ha posto in essere per soddisfare le aspettative dei portatori di interesse di volta in volta considerati, sia sul piano organizzativo e strutturale sia sul piano degli strumenti di misurazione dei risultati conseguiti.

3) LA VALUTAZIONE DEI PORTATORI DI INTERESSE

In questa sezione sono sintetizzate le valutazioni dei portatori di interesse di volta in volta considerati come queste sono emerse sia dalla elaborazione dei questionari utilizzati per rilevare i loro giudizi, sia da una riflessione critica con gli stessi sui risultati dell'elaborazione, sugli strumenti utilizzati, sulle iniziative poste in essere dalla Fondazione per raggiungere i risultati attesi.

Questa riflessione è stata supportata da un semplice questionario aperto, articolato sulle seguenti domande:

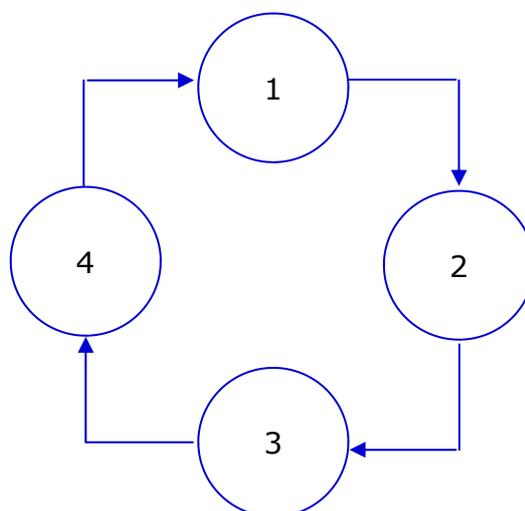
1. in quale misura ritenete che le aree strategiche individuate dalla Fondazione rispondano alle vostre specifiche aspettative; ed in particolare qual è secondo voi l'ordine di priorità di tali aspettative e quali sono eventuali aspettative che non trovano riscontro nella selezione indicata?

2. in quale misura ritenete che le iniziative intraprese dalla Fondazione costituiscano una concreta risposta alle vostre aspettative, e quali sono le criticità che rilevate?
3. in quale misura ritenete che gli strumenti attualmente utilizzati per la rilevazione della soddisfazione delle vostre aspettative siano adeguati per fornire una misurazione oggettiva e significativa, sia per quanto concerne i contenuti, sia per quanto concerne le modalità di somministrazione?
4. quali impegni ritenete che la Fondazione debba assumere per migliorare complessivamente la propria capacità di risposta alle vostre aspettative?

4) GLI IMPEGNI PER IL FUTURO

In questa sezione sono esplicitati gli impegni che l'istituzione assume nei confronti dei portatori di interesse considerati per rispondere in modo migliore alle loro aspettative.

Questi impegni sono stati definiti tenendo conto delle valutazioni e delle proposte formulate dai portatori di interesse presi in considerazione, ai quali con il bilancio sociale si vuole concretamente dar voce, nella convinzione che il loro apporto sia essenziale per migliorare le performance della Fondazione.



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

GLI ASSISTITI E LE LORO FAMIGLIE

LE AREE STRATEGICHE DI IMPEGNO DELLA FONDAZIONE

Le aspettative che la Fondazione ritiene di dover soddisfare nei confronti di questa categoria di portatori di interesse sono riconducibili a due macroaree: la qualità tecnico professionale delle prestazioni erogate e la qualità percepita. Tali macroaree possono essere così articolate:

qualità tecnico professionale delle prestazioni erogate

- livello di competenze tecnico scientifiche dei professionisti chiamati a dare risposte ai problemi dell'assistito
- efficacia appropriatezza e sicurezza degli interventi effettuati per dare risposta ai problemi dell'assistito
- capacità di assicurare una presa in carico dell'assistito in una logica di integrazione nella rete territoriale dei servizi sanitari e sociali
- capacità di inquadrare le problematiche di cui l'assistito è portatore nel contesto relazionale con particolare riferimento

alla dimensione familiare e sociale

- allineamento dei percorsi e protocolli diagnostico-terapeutici implementati rispetto all'evoluzione delle conoscenze e delle tecnologie biomediche

qualità percepita

- capacità dell'operatore di instaurare un rapporto empatico con l'assistito e con la sua famiglia
- capacità di dare risposta tempestiva ed esaustiva ai bisogni informativi dell'assistito e della sua famiglia sia per quanto concerne l'accesso alle prestazioni sia per quanto concerne il percorso assistenziale
- igiene e comfort delle strutture di accoglienza dell'Istituto
- chiarezza e comprensibilità dei percorsi e protocolli diagnostico terapeutici e riabilitativi implementati
- contenimento dei tempi di accesso alle prestazioni richieste



una suggestiva immagine del Centro diurno La Scala



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

GLI ASSISTITI E LE LORO FAMIGLIE

LE AZIONI INTRAPRESE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ TECNICO PROFESSIONALE

Per ciascuna delle aree ritenute strategiche rispetto ai portatori di interesse qui considerati (gli assistiti e le loro famiglie) vengono di seguito sinteticamente richiamate le principali iniziative intraprese dalla Fondazione in questi anni.

La formazione

Nella consapevolezza del ruolo strategico che in questo ambito rivestono la formazione e l'aggiornamento continuo, la Fondazione ha investito in questo settore ingenti risorse come analiticamente descritto nel capitolo relativo al personale.

L'evoluzione organizzativa

Per rispondere alle istanze degli assistiti e delle loro famiglie, la Fondazione ha messo in atto modificazioni organizzative rilevanti, ha attivato nuovi servizi ambulatoriali e di degenza, ha aperto nuovi laboratori di ricerca, che garantiscono prestazioni di avanguardia nel settore assistenziale. Le modificazioni sono state rese necessarie dall'evoluzione della domanda di salute da parte dell'utenza e dalla necessità di mantenere i servizi ai livelli di eccellenza richiesti per vedere riconosciuto lo status di istituto di ricovero e cura a carattere scientifico. Specifiche istanze di cambiamento sono state presentate anche dai referenti istituzionali: la Regione Toscana, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, le Aziende Sanitarie Locali di riferimento (la ASL 5 di Pisa e la ASL 11 di Empoli), il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità e altri interlocutori pubblici (i servizi di neuropsichiatria infantile del territorio, gli operatori sociali, gli operatori scolastici).

L'istituzione del dipartimento clinico

Un intervento organizzativo di grande rilievo è la costituzione, nel gennaio 2004, del dipartimento clinico di neuroscienze

articolato in quattro unità operative, distinte sulla base della patologia trattata, e conseguentemente ambiti di aggregazione di specifiche competenze specialistiche, che ha modificato l'organizzazione precedente basata su sezioni cliniche suddivise in base all'età dei degenti.

La motivazione prevalente dell'istituzione del dipartimento clinico è stata quella di dare risposte professionalmente più adeguate agli assistiti garantendo una maggiore specializzazione degli operatori ed una stretta correlazione tra clinica, ricerca e formazione.

Anche le altre modificazioni che si sono succedute nel tempo hanno tutte risposto alle logiche appena descritte.

L'UDGEE

Dal 2006 è stata istituita una unità operativa specificamente dedicata alle disabilità gravi dell'età evolutiva (UDGEE) dotata di 10 posti letto (7 in ricoveri ordinari e 3 in day hospital), con funzioni di alta specialità riabilitativa per l'età evolutiva, affidate all'IRCCS sulla base del Piano Sanitario Regionale 2005-2007 e del successivo protocollo attuativo.

L'avvio di questo servizio è stato la logica conseguenza della necessità di fornire ai giovani pazienti della regione toscana una risposta riabilitativa intensiva e precocissima a soggetti in età evolutiva dopo un episodio di sofferenza cerebrale acuta. Infatti è ormai accertato da autorevoli evidenze scientifiche che una corretta riabilitazione fin dalle primissime fasi dopo un evento critico cerebrale, determina un'importante riduzione degli esiti causati dal danno cerebrale stesso, riduzione tanto più significativa quanto più il soggetto è giovane ed il suo cervello è immaturo.



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

GLI ASSISTITI E LE LORO FAMIGLIE

LE AZIONI INTRAPRESE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ TECNICO PROFESSIONALE

L'emergenza psichiatrica

Nel 2005/2006 tra Regione Toscana, Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer e IRCCS Fondazione Stella Maris, è stato stipulato un accordo per l'istituzione di un servizio di emergenza psichiatrica dedicato a pazienti toscani in età preadolescenziale o adolescenziale. Inizialmente sono stati attivati due posti letto, che successivamente sono stati portati a tre.

Per svolgere l'attività di emergenza psichiatrica, l'IRCCS Stella Maris, grazie ad un finanziamento ad hoc della Regione Toscana, ha allestito spazi autonomi all'interno dell'unità operativa di Psichiatria, individuando un pool di personale medico e paramedico specificamente formato e dedicato a questa attività.

La realizzazione di questo servizio è in linea con le indicazioni degli ultimi piani sanitari regionali, che ribadiscono che la corretta e precoce presa in carico dei soggetti in età evolutiva affetti da patologia psichiatrica in fase acuta è fondamentale per garantire un più rapido e duraturo reinserimento sociale successivo all'episodio critico. Questo particolare tipo di pazienti crea difficoltà di gestione sia alle Unità Funzionali di Salute Mentale dell'Infanzia e dell'Adolescenza, sia alle strutture ospedaliere tradizionali di pediatria o di psichiatria dove comunemente questi malati accedono quando hanno una crisi acuta. La mancanza di ambienti, di risorse e spesso di specifiche competenze, crea ritardi nell'intervento, generando situazioni potenzialmente a rischio per l'incolumità del paziente e degli operatori.

I disturbi pervasivi dello sviluppo

In tempi più recenti la Fondazione ha sviluppato una particolare attenzione verso una patologia di grande rilievo sociale: il disturbo pervasivo dello sviluppo (DPS).

La Regione Toscana nel corso del 2010 ha avviato un percorso di screening sui disturbi della comunicazione, nell'ambito di un progetto di monitoraggio e presa in carico precoce del disturbo autistico sin dai primissimi momenti della sua manifestazione.

La Fondazione Stella Maris collabora attivamente a questo progetto come centro di riferimento di area vasta per la formazione, fornendo la consulenza e il supporto tecnico al gruppo operativo interdisciplinare costituito tra le unità operative di neuropsichiatria infantile delle diverse aziende sanitarie della Regione Toscana per la conferma diagnostica e per il trattamento delle complicanze nelle fasi acute, per la supervisione del trattamento e per la valutazione della sua efficacia e del percorso assistenziale, nonché per la ricerca e la diffusione delle conoscenze scientifiche, e la definizione di protocolli per la diagnosi e la cura condivisi.

L'ADHD

Un altro importante settore di intervento della Fondazione concerne una patologia di grande rilievo in età evolutiva, anche per le implicazioni che essa ha sul piano sociale e scolastico, la sindrome da deficit di attenzione ed iperattività (Attention Deficit Hyperactivity Disorder—ADHD).

A seguito del decreto ministeriale del 22 luglio 2003, che prevedeva l'uso di specifici farmaci nel trattamento di questa patologia, e della nota dell'Istituto Superiore di Sanità del 28 aprile del 2004, che specificava i criteri per l'individuazione dei centri di riferimento da parte delle regioni, la Toscana con delibera n. 652 del 5 luglio 2004 ha individuato la Fondazione Stella Maris come uno dei centri idonei a queste funzioni, consentendo così ad un ampio numero di bambini toscani di poter essere curati in maniera adeguata.



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

GLI ASSISTITI E LE LORO FAMIGLIE

LE AZIONI INTRAPRESE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ TECNICO PROFESSIONALE

Le malattie neuromuscolari

Nel corso del 2009 una analisi dei dati sui flussi sanitari regionali svolta dalla Direzione Sanitaria dell'IRCCS, ha confermato ciò che più volte era stato segnalato dall'utenza, cioè la difficoltà per alcuni pazienti affetti da patologia neuromuscolare e da malattie neurogenetiche di trovare un'adeguata risposta assistenziale in Toscana e particolarmente nell'area vasta nord occidentale.

Al fine di adeguare la capacità di risposta alle problematiche che questa patologia pone, sia sul piano diagnostico che su quello terapeutico, è stata integrata e potenziata la dotazione strumentale e sono state acquisite specifiche competenze tecnico laboratoristiche attraverso la collaborazione con due eminenti clinici e ricercatori, che a partire dal 2010 hanno attivato laboratori e servizi in grado di effettuare prestazioni assistenziali e di ricerca di alto profilo clinico e scientifico.

La gestione del rischio clinico.

Nel 2006 la Regione Toscana ha aggiornato i requisiti di accreditamento per le strutture ospedaliere pubbliche e private ed ha introdotto tra i requisiti di accreditamento il "Sistema di Gestione e Controllo del Rischio Clinico".

In ottemperanza di questo obbligo normativo e nella convinzione che la sicurezza del paziente è una delle priorità aziendali irrinunciabili, nell'aprile 2007 la Fondazione ha introdotto il "sistema di Gestione del Rischio Clinico".

È stato attivato un percorso formativo per alcuni operatori (Seminari informativi, Corso di formazione per Facilitatori, Corso di Formazione per il Clinical Risk Manager), e successivamente è stato costituito il gruppo di lavoro.

La Gestione del Rischio Clinico è un processo che mira ad un miglioramento continuo della pratica clinica attraverso modalità organizzative in grado di individuare e tenere sotto controllo i rischi, di ridurre al minimo il verificarsi degli errori e di garantire così la sicurezza dei pazienti in tutte le fasi del percorso assistenziale, in una logica che si basa non sulla ricerca della responsabilità ma sull'opportunità di apprendere dall'errore.

Dal punto di vista organizzativo sono attivi un referente per la gestione del rischio (Clinical Risk Manager), un gruppo di lavoro aziendale per la gestione del rischio clinico, un comitato per la sicurezza, un facilitatore per ogni presidio. Nel processo di gestione del rischio clinico sono importanti le fasi dell'identificazione, della valutazione, del monitoraggio e soprattutto della prevenzione del rischio.

Per ciascuna di queste fasi sono stati adottati strumenti specifici:

- la raccolta sistematica di segnalazioni di eventi indesiderati (Incident Reporting), nonché ricognizioni periodiche condotte dal direttore sanitario e dal responsabile della sicurezza per l'identificazione e la segnalazione di situazioni rischiose o potenzialmente rischiose;
- le rassegne di morbilità o mortalità e gli audit clinici con l'ausilio della tecnica FMEA (Failure Mode and Effects Analysis) per l'individuazione dei possibili fattori di rischio;
- ricognizioni di controllo per l'individuazione di situazioni di rischio e una relazione periodica alla direzione generale sull'andamento del sistema con proposta dei correttivi da attuare.

Gli obiettivi del processo di gestione del rischio clinico adottato sono:

- promuovere la cultura della sicurezza;
- individuare e ridurre i rischi presenti;



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

GLI ASSISTITI E LE LORO FAMIGLIE

LE AZIONI INTRAPRESE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ TECNICO PROFESSIONALE

- intraprendere azioni mirate a prevenire l'incidenza di eventi avversi per pazienti ed operatori;
- favorire lo sviluppo di strumenti per la sicurezza del paziente in una logica di continuo miglioramento della qualità del servizio ad esso offerto;
- migliorare il clima interno attraverso un miglioramento dei circuiti comunicativi.

A partire dal 2008, seguendo le indicazioni del centro regionale per la gestione del rischio clinico sono stati effettuati: 6 audit clinici, 17 rassegne di mortalità e morbilità, 3 ricognizioni per la sicurezza.

Tra le iniziative intraprese per la gestione di rischio clinico riveste specifico rilievo l'attivazione di una pagina informativa sul rischio clinico sul sito web della Fondazione e di una cartella di rete intranet, per reperire informazioni riguardanti il Rischio Clinico (lista dei Facilitatori, finalità e aspetti metodologici, iniziative, contatti) e scaricare tutta la documentazione aziendale dedicata (Scheda di segnalazione, Scheda di Analisi).

La prevenzione delle infezioni

Le infezioni correlate alle pratiche assistenziali sono la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria, e rappresentano la conseguenza diretta della progressiva introduzione di nuove tecnologie che da una parte garantiscono la sopravvivenza ai pazienti ma che dall'altra favoriscono il contagio con molteplici microrganismi. La vigilanza e la prevenzione in questo settore sono fondamentali per una corretta assistenza sanitaria. Le persone a rischio di contrarre queste infezioni sono innanzitutto i pazienti ed i loro accompagnatori ma anche, se pur con minore frequenza, il personale ospedaliero, gli assistenti volontari, gli studenti e i tirocinanti.

Tra le condizioni che aumentano il rischio di contrarre infezioni, particolare rilievo rivestono l'età, (i neonati sono più a rischio degli altri) e patologie gravi come tumori, immunodeficienza, malnutrizione, traumi, dalle quali possono essere secondariamente affetti anche i pazienti che afferiscono alla Fondazione Stella Maris.

Le infezioni intraospedaliere hanno costi elevati in termini di salute ed economici sia per il paziente che per la struttura. È quindi necessario adottare pratiche consolidate dall'Evidence Based Clinical e Nursing, nonché pianificare ed attuare programmi di controllo e garantire l'attuazione di misure che si sono dimostrate efficaci nel ridurre al minimo il rischio di complicanze infettive.

La Fondazione Stella Maris si è mostrata estremamente sensibile al problema e con il preciso scopo di evitare l'insorgere di tali spiacevoli e pericolosi eventi ha sentito l'esigenza di formare personale dedicato allo scopo.

Nell'anno 2008/09 la Fondazione ha aderito ad un corso organizzato dall'Azienda Sanitaria Locale di Livorno per operatori di area vasta Nord occidentale che aveva lo scopo di formare i referenti per le infezioni ospedaliere.

In seguito al corso è stato costituito un gruppo di lavoro composto da un Coordinatore della Direzione Sanitaria e quattro Infermieri appartenenti alle diverse sedi operative della Fondazione (Calambrone, Montalto, San Miniato).

Tra le varie iniziative del gruppo si segnala una attività di sensibilizzazione di tutto il personale rispetto ad un argomento così importante anche attraverso l'organizzazione di una giornata di informazione nella quale è stato illustrato il progetto "Stella Pulita".



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

GLI ASSISTITI E LE LORO FAMIGLIE

LE AZIONI INTRAPRESE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ TECNICO PROFESSIONALE

Il gruppo ha collaborato con il Sistema Regionale di Gestione del Rischio Clinico e sono state intraprese le azioni necessarie per aderire alla campagna promossa dalla regione Toscana, "Mani Pulite".

Questa campagna, a prima vista ovvia, rappresenta invece un momento educativo basilare per adulti e per bambini con o senza disabilità.

L'integrazione con i servizi territoriali

Nel settore delle patologie croniche e che coinvolgono soprattutto soggetti deboli come quelli in età evolutiva, l'attivazione di un percorso assistenziale integrato tra ospedale e territorio è fondamentale per una corretta presa in carico assistenziale.

È ormai prassi consolidata che per molti pazienti residenti nelle ASL limitrofe, vengano facilitati incontri tra gli operatori della Fondazione, le équipes territoriali e/o gli insegnanti della scuola frequentata.

La diretta partecipazione alla stesura della relazione di dimissione, la discussione collegiale tra le due équipes curanti del piano di intervento riabilitativo, fa sì che il ricovero presso la Fondazione Stella Maris sia integrato nel percorso che il paziente sta affrontando per la sua riabilitazione.

Per facilitare l'integrazione con i servizi territoriali ormai da anni gli specialisti dell'IRCCS partecipano a gruppi di lavoro e di coordinamento costituiti dai responsabili delle unità funzionali di salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza della regione Toscana. In questa sede vengono discussi i principi cardine che regolano i percorsi assistenziali e le possibili integrazioni tra le varie agenzie (territorio, ospedale, scuola, servizi).

Sempre in una logica di integrazione tra ospedale e territorio negli ultimi anni sono stati stilati protocolli e stipulati accordi collaborativi e convenzionali tra la Fondazione e le ASL limitrofe. Tra questi particolare rilievo riveste l'accordo con l'Azienda Sanitaria Locale di Empoli, che ha per oggetto un controllo mirato dell'appropriatezza degli accessi ospedalieri.

Le risorse economiche rese così disponibili hanno consentito di consolidare un rapporto collaborativo nell'ambito del quale è stata stipulata la convenzione tra la Fondazione Stella Maris e l'Azienda Sanitaria Locale di Empoli, per la gestione di un centro diurno riabilitativo per giovani affetti da patologia psichiatrica istituito in una frazione di San Miniato, La Scala.

In questo stesso ambito deve essere menzionata la partecipazione della Fondazione Stella Maris alla sperimentazione gestionale per la costituzione della Fondazione "L'Alveare" di Luni Onlus per la riabilitazione di soggetti autistici, con l'Azienda Sanitaria Locale di Massa Carrara.

La consapevolezza dell'importanza di promuovere iniziative volte a facilitare l'integrazione delle risorse disponibili sul territorio ha indotto nel 2010 ad attivare un gruppo di lavoro per la costituzione del Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale dell'Azienda Sanitaria Locale di Pisa. La finalità principale del Dipartimento è proprio quella di coordinare gli interventi tecnici tra le strutture pisane che si occupano di pazienti psichiatrici nelle varie fasce di età, per garantire la continuità assistenziale nella presa in carico di questi malati.

PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

GLI ASSISTITI E LE LORO FAMIGLIE

LE AZIONI INTRAPRESE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ TECNICO PROFESSIONALE

L'attenzione alla dimensione relazionale

In questo ambito la Fondazione Stella Maris porta avanti un approccio che deve essere ricondotto al patrimonio di valori messi in campo dagli stessi fondatori, primi fra tutti il Professor Pfanner e la Professoressa Marcheschi.

La presa in carico di ogni paziente da parte di tutti i professionisti della struttura, medici, psicologi, terapisti, educatori, infermieri, scaturisce, oltre che dalla metodologia clinica, anche da una precisa scelta valoriale, di considerare i pazienti nella loro globalità di individui malati, portatori di un insieme di aspetti psicologici, sociali, culturali, inseriti nel contesto di complesse dinamiche familiari.

Questo approccio relazionale trova la sua maggiore espressione nelle professionalità che svolgono un lavoro di interazione diretta con gli assistiti e che sono istituzionalmente deputate ad un ruolo valutativo e terapeutico.

In questo contesto deve essere ricondotta l'esperienza di recente attivata dall'assistente sociale del presidio di Calambrone

in collaborazione con il patronato ACLI che ha reso disponibile un giorno la settimana un proprio incaricato.

L'iniziativa, denominata "grillo parlante", si propone di offrire uno spazio collettivo di gruppo, affinché i genitori dei bambini ricoverati possano avere ogni informazione utile per orientarsi nel "labirinto" dei servizi e delle prestazioni.

Durante questi incontri in particolare vengono:

- ◆ spiegate le procedure per chiedere il riconoscimento dell'invalidità civile (dove, come e perché attivare la pratica)
- ◆ fornite le informazioni sulle agevolazioni previste dalla legge in favore di minori certificati
- ◆ spiegate le modalità per accedere ai benefici previsti dalla legge
- ◆ spiegate le funzioni e il ruolo dei servizi territoriali, come e perché contattarli

Inoltre tutti i familiari dei degenti possono avere uno spazio riservato con l'assistente sociale e/o l'operatore del patronato, per affrontare in maniera più specifica e riservata ogni singola situazione.



l'area ospedaliera di Calambrone



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

GLI ASSISTITI E LE LORO FAMIGLIE

LE AZIONI INTRAPRESE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ TECNICO PROFESSIONALE

i percorsi diagnostico-terapeutici

Nel 2007/2008 su indicazione della Direzione Aziendale, è stata avviata una sperimentazione che ha portato alla creazione di quattro percorsi clinico assistenziali relativi alle principali patologie afferenti alla struttura ospedaliera.

Ciascun percorso è stato sviluppato da un medico neuropsichiatra infantile particolarmente esperto nella patologia trattata, che si è avvalso della collaborazione degli altri professionisti dell'equipe multidisciplinare con i quali quotidianamente collabora alla valutazione dei casi clinici.

Ogni percorso è stato predisposto facendo riferimento alle linee guida internazionali ed alle indicazioni della medicina basata sulle evidenze comparse nella letteratura scientifica sull'argomento.

Si riportano di seguito le patologie sulle quali è stata decisa l'elaborazione di un percorso assistenziale e il nominativo del medico estensore:

- disturbi pervasivi dello sviluppo
(dott.ssa Raffaella Tancredi)
- paralisi cerebrali infantili
(dott.ssa Paola Bruna Paolicelli)
- epilessia
(dott.ssa Annarita Ferrari)
- ritardo mentale
(dott.ssa Stefania Bargagna e dott.ssa Tiziana Fapore)
- disturbi della condotta
dott.ssa Annarita Milone
- disturbi della condotta alimentare
(dott.ssa Sandra Maestro)
- disturbo da deficit di attenzione ed iperattività (ADHD)
(dott. Gabriele Masi)

il controllo sistematico dell'appropriatezza

L'efficacia e l'appropriatezza di tutta l'attività assistenziale erogata vengono costantemente monitorate attraverso i controlli dei flussi di attività. La vigilanza viene effettuata mensilmente in concomitanza dell'invio dei flussi alla regione. Infine annualmente i dati dopo essere stati elaborati, vengono confrontati criticamente con gli obiettivi prefissati e quindi diffusi attraverso la pubblicazione dei report della Direzione Sanitaria. I report contengono nei dettagli le principali misurazioni dell'attività svolta e della loro qualità ed appropriatezza.

Per ulteriore garanzia e verifica di qualità in questo settore, così come previsto dall'accordo attuativo del protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Fondazione Stella Maris tra la fine del 2010 e l'inizio del 2011, è prevista l'attivazione di una commissione tecnica proprio per il monitoraggio dell'appropriatezza dell'attività assistenziale svolta in ambito ospedaliero.

Questa commissione paritetica nella sua composizione vedrà la partecipazione di un 50% di esperti individuati dalla Fondazione e di un 50% di membri esterni, saranno tutti professionisti esperti del settore ed i componenti esterni saranno designati in rappresentanza dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, dell'Area Vasta Nord Occidentale e della Azienda Sanitaria Locale di Pisa.

PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

GLI ASSISTITI E LE LORO FAMIGLIE

LE AZIONI INTRAPRESE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ PERCEPITA

aiutare l'utenza nell'accesso ai servizi

La notevole evoluzione tecnologica ed organizzativa che la Fondazione ha avuto negli ultimi anni ha portato con sé anche una necessaria ridefinizione delle procedure e degli ambienti utilizzati.

Alcune caratteristiche tipiche della Fondazione, come l'attività didattica, la presenza di personale tirocinante, la naturale tendenza alla crescita, con modificazioni frequenti delle dotazioni di personale, determinano un periodico avvicinarsi di coloro che a vari livelli prestano la propria opera nel settore assistenziale.

Queste caratteristiche possono determinare, in chi usufruisce delle strutture, un senso di smarrimento ed una percezione di disorientamento. I disagi agli assistiti ed alle loro famiglie possono essere ridotti se coloro che a vario titolo operano nella struttura (dipendenti, contrattisti, specializzandi, tirocinanti), sono consapevoli delle modificazioni subite dall'organizzazione e dalle procedure.

Poiché in genere per tutto il nuovo personale possono essere previsti solo brevi periodi di affiancamento da parte di operatori più esperti e più anziani, periodi durante i quali è possibile fornire alcuni degli strumenti basilari per lo svolgimento dell'attività, si è sentita l'esigenza di organizzare incontri di gruppo sul tema della conoscenza delle procedure interne, anche per dare agli operatori più giovani, una informazione panoramica del funzionamento dei vari servizi/uffici spiegando alcune delle procedure più comuni.

È stata scelta la strada che può essere così sintetizzata: "formiamo ed informiamo i nostri operatori affinché questi possano meglio informare e sostenere gli utenti esterni". A questo fine la direzione sanitaria nel 2009 ha organizzato e gesti-

to un breve corso di formazione intitolato "Conoscere le procedure ed i regolamenti interni per lavorare insieme".

Questo corso è stato pensato come percorso di inserimento sia per professionisti che si trovano in una fase di rapporto con la Fondazione ancora non strutturato (specializzandi, borsisti, contrattisti) sia per quelli che hanno iniziato da poco il loro percorso lavorativo, al fine di porli in condizione di fornire risposte univoche, coerenti e consapevoli alle molteplici richieste dell'utenza esterna. L'intenzione è stata quella di approfondire il percorso del paziente all'interno della struttura ospedaliera partendo dal primo contatto (anche solo telefonico) fino alla dimissione, dando una panoramica non solo dei servizi ma anche degli orari, della modulistica e del personale incaricato delle varie procedure. In passato molti corsi erano stati effettuati dalla direzione sanitaria sul tema del Sistema di Gestione della Qualità, ma l'ottica di rivolgersi direttamente agli operatori più giovani e da poco inseriti nell'attività è stata per la prima volta sperimentata nel 2009.

I risultati sono stati molto positivi e inducono a ripetere l'esperimento, potenziandolo se possibile anche nei prossimi anni.



la sede di Calambrone



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

GLI ASSISTITI E LE LORO FAMIGLIE

LE AZIONI INTRAPRESE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ PERCEPITA

La cura delle relazioni con il pubblico

La normativa nazionale e regionale prevede l'istituzione di un Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (URP) con lo scopo di dare voce ai cittadini a fronte di eventuali problemi che possono aver incontrato durante la degenza e segnalare gli stessi agli operatori incaricati o verbalmente, oppure tramite la formalizzazione di un reclamo scritto.

Le funzioni che la normativa attribuisce all'ufficio relazioni con il pubblico sono svolte attualmente da operatori di staff della direzione sanitaria.

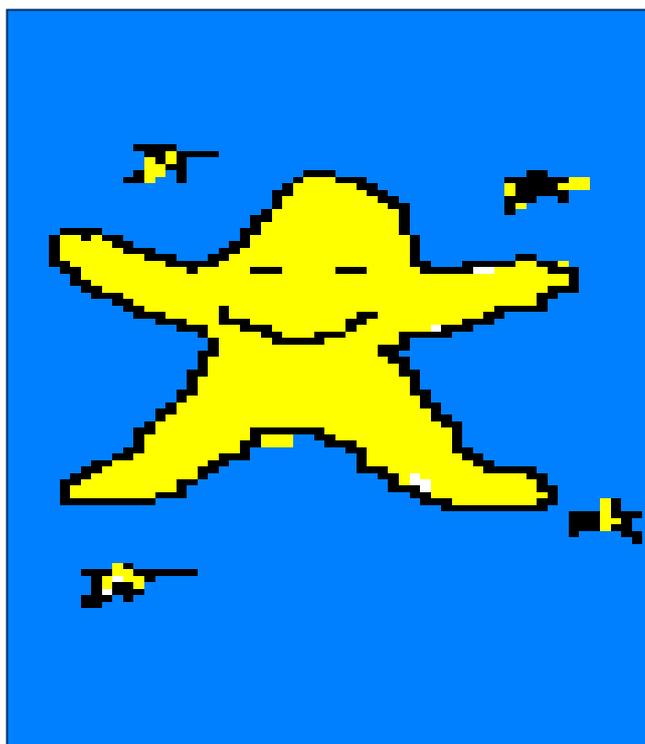
Con l'obiettivo di dare risposta ai problemi dell'utente è stato realizzato un progetto sperimentale denominato *"Migliorare la capacità di informazione e di ascolto nei confronti degli utenti dell'IRCCS Stella Maris e semplificare l'accesso alla struttura; dare voce ai cittadini utenti"*.

L'iniziativa ha consentito di raggiungere i seguenti obiettivi

- l'attivazione di un punto informazioni con l'individuazione di un operatore ed uno spazio dedicato facilmente riconoscibile e raggiungibile per l'utenza. Per questa funzione è stato utilizzato l'atrio centrale di accesso alle strutture sanitarie e per alcune ore della mattina è stato adibito un operatore di direzione sanitaria;
- la predisposizione di un accesso telefonico per gli utenti esterni inizialmente nelle prime ore della mattina di ogni giorno feriali; per la grande quantità di richieste è stata ampliata la finestra oraria di ulteriori tre ore, con grande apprezzamento da parte dell'utenza.
- la riorganizzazione dell'accoglienza nella sede dell'accettazione amministrativa predisponendo la consegna di alcuni documenti informativi :

- una breve brochure (in parte sintesi della Carta dei Servizi) con le principali informazioni e regole interne (orari di attività, modalità di fruizione dei servizi)
- i moduli per segnalazioni e reclami,
- i questionari di soddisfazione e gradimento,
- una piccola planimetria degli spazi interni per semplificare gli spostamenti tra i reparti
- una cartina della zona dove è ubicato l'ospedale con i riferimenti dei servizi e dei comuni limitrofi.

Anche per rispondere al debito informativo nei confronti dell'utenza esterna, è in corso una riorganizzazione del sito web della Fondazione, che è stato completamente riprogettato, e conterrà tutte le informazioni utili, per accedere ai principali servizi offerti.



l'operazione Stella pulita



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

GLI ASSISTITI E LE LORO FAMIGLIE

LE AZIONI INTRAPRESE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ PERCEPITA

controllo della qualità dei servizi appaltati

Da qualche anno la Fondazione ha scelto di esternalizzare alcuni servizi fondamentali di supporto logistico per gli assistiti (ristorazione e igienizzazione e sanificazione degli ambienti)

Operare questa scelta da un lato ha costituito un indubbio vantaggio gestionale, riducendo i costi complessivi dei servizi erogati ed aumentando nel suo insieme l'efficienza del sistema, ma dall'altro ha reso necessario attivare specifici strumenti di controllo della qualità dei servizi.

La percezione della qualità origina principalmente dalla capacità del servizio di rispondere alle aspettative degli assistiti. Gli aspetti dell'intervento professionale, che determinano la qualità del percorso diagnostico terapeutico, sono considerati per certi versi come scontati, al punto che la percezione di un loro mancato riscontro può tradursi nella formalizzazione di un reclamo.

Esistono peraltro bisogni accessori, non indispensabili per raggiungere i risultati clinici, tuttavia estremamente importanti per determinare la percezione di una buona qualità della struttura: il servizio di ristorazione e quello di igienizzazione e sanificazione gli ambienti sono sicuramente tra questi.

Per questi motivi da alcuni anni la direzione sanitaria è impegnata nel monitorare queste prestazioni, anche attraverso l'adozione di strumenti specifici di controllo.

il servizio di ristorazione

Già nel lontano dicembre 2000 è stata nominata ufficialmente una Commissione Mensa in cui sono rappresentati i genitori, la ditta che fornisce il servizio, le diverse strutture che ne usufruiscono, gli uffici amministrativi competenti.

La commissione, coordinata da un referente della direzione sanitaria, ha consolidato nel tempo un ruolo operativo progressivamente maggiore, divenendo l'ambito in cui vengono risolte le controversie correnti sulla gestione del servizio.

È opportuno sottolineare il puntuale, costante e scrupoloso impegno che la Commissione profonde per presidiare il miglioramento continuo della qualità di un servizio che contribuisce in misura rilevante alla qualità percepita dall'utenza.

il servizio di igienizzazione e sanificazione degli ambienti

L'igiene e la pulizia degli ambienti sono un requisito che non può essere disatteso.

Nel 2008 la percezione di alcune criticità relative alle condizioni ambientali ha indotto la direzione aziendale, effettuate le opportune verifiche, a disdire il contratto con la ditta che aveva in appalto il servizio. Dal febbraio 2009 una nuova azienda è subentrata nell'appalto, con un sensibile miglioramento negli aspetti complessivi.

Sono stati altresì implementati meccanismi strutturati di controllo, che prevedono in particolare visite ispettive interne a cura del responsabile della vigilanza igienico ambientale della Direzione Sanitaria. Tali controlli hanno consentito di individuare residue e marginali aree di criticità, specie per quanto riguarda gli ambienti comuni per le quali sono allo studio ulteriori azioni correttive.

iniziative per rendere piacevole la giornata di degenza

L'organizzazione della degenza per i ricoveri ordinari presso il presidio ospedaliero prevede che l'attività clinica sia concentrata nelle ore del mattino e del primo pomeriggio.



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

GLI ASSISTITI E LE LORO FAMIGLIE

LE AZIONI INTRAPRESE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ PERCEPITA

Ciò comporta che nelle ore pomeridiane e nei giorni festivi può risultare problematica la gestione dei bambini che presentano disturbi comportamentali o di altra natura psicologica.

Per ridurre i disagi che questo problema può determinare per le famiglie dei piccoli degenti, sono stati organizzati momenti ricreativi in diversi periodi dell'anno anche con il prezioso aiuto dell'Associazione Amici della Stella Maris una ONLUS che opera per promuovere l'immagine della Fondazione, organizzare il volontariato e raccogliere fondi per progetti mirati.

Le iniziative nell'anno 2007/08, sono state favorite dalla presenza dei Volontari del Servizio Civile Nazionale, grazie ai quali è stato possibile garantire una regolare apertura quotidiana della ludoteca per tutta la durata del progetto.

L'attuale carenza di volontari rende oggi problematica l'apertura regolare della ludoteca, creando disagi a genitori che in -

precedenti ricoveri avevano potuto usufruire di un servizio ben organizzato. Altre iniziative ludico ricreative che si sono svolte negli ultimi anni, ed alle quali hanno partecipato diverse associazioni del territorio, sono:

- ◆ la consegna dei doni di Natale, avvenuta grazie ai soci del Gold Wing Club Sezione Toscana che hanno organizzato l'evento "Babbo Natale in moto";
- ◆ la consegna dei doni per l'Epifania con la collaborazione del "Vespa Club";
- ◆ festeggiamenti in occasione del carnevale e della Pasqua, con la consegna delle uova pasquali, con il contributo del personale della Fondazione
- ◆ una rappresentazione musicale tenuta da maestri di musica del Conservatorio Mascagni di Livorno nel mese di Giugno 2009;
- ◆ momenti ricreativi gestiti dall'associazione "Vip Clown in Corsia I Libecciat" che hanno allietato alcuni pomeriggi dei bambini e delle loro famiglie.



Vip Clown in Corsia I Libecciat

PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

GLI ASSISTITI E LE LORO FAMIGLIE

LE AZIONI INTRAPRESE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ PERCEPITA

contenimento dei tempi di accesso

Il fatto che la Fondazione costituisca un punto di riferimento per l'utenza sia regionale che extraregionale fa sì che i tempi di accesso alle prestazioni siano eccessivamente lunghi sia per le prestazioni erogate in regime ambulatoriale sia per le prestazioni erogate in regime di ricovero.

Già dal 1997, anno in cui è stato istituito il Centro Unico di Prenotazione (CUP), ha avuto inizio il monitoraggio sistematico delle liste di attesa per ridurre le quali sono state intraprese molteplici iniziative. L'ultima in ordine di tempo risale al 2007, anno in cui sono state apportate alle modalità di prenotazione una serie di modifiche deliberate dal consiglio di dipartimento con il consenso dei responsabili delle diverse unità operative che ad esso afferiscono.

Le modifiche più rilevanti allora decise concernono:

il decentramento della prenotazione dei ricoveri di controllo presso lo stesso reparto di degenza, lasciando al medico la valutazione dell'appropriatezza del reingresso del paziente dopo un certo periodo di tempo; i ricoveri successivi al primo vengono concordati tra il medico referente ed il paziente stesso, registrati in agende di reparto suddivise per patologia; questa scelta ha consentito anche di razionalizzare l'utilizzo dei posti letto disponibili, facilitando l'accesso dei pazienti ricoverati per la prima volta;

una più approfondita valutazione delle problematiche che inducono a richiedere una prestazione ambulatoriale, al fine di indirizzare il paziente già dal primo contatto telefonico verso il professionista più idoneo a dare la risposta più adeguata all'utente, evitando così una inutile duplicazione di prestazione.

Nonostante l'impegno profuso non sono stati raggiunti i risultati auspicati nell'abbattimento delle liste di attesa, per l'effetto congiunto di due variabili: da un lato l'incremento costante della richiesta di prestazioni, legato anche al consolidamento della fiducia dei genitori dei piccoli pazienti, dall'altro il vincolo che scaturisce dal rigido controllo budgetario attuato dalla Regione Toscana per il contenimento della spesa sanitaria.

Le direttrici portanti della strategia che è stata posta in essere per limitare il fenomeno delle liste di attesa sono una attenzione costante all'appropriatezza della prestazione e la ricerca di formule innovative.

In questo ambito sono stati avviati contatti in sede regionale per valutare soluzioni che senza aggravare la spesa pubblica potrebbero dare una parziale risposta al problema.

Una delle soluzioni possibili è l'attivazione di "pacchetti ambulatoriali", intendendo in essi ricomprese un insieme di prestazioni diagnostiche terapeutiche erogabili in regime ambulatoriale. Questa formula potrebbe rispondere alle esigenze dei cittadini, per i casi meno gravi, per le degenze in day hospital o in ricovero ordinario.



l'area verde della sede di Calambrone



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

GLI ASSISTITI E LE LORO FAMIGLIE

L'INTRODUZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ

Nel 2005 la Fondazione Stella Maris ha adottato un sistema di gestione della qualità (secondo le norme UNI EN ISO 9001:2000, successivamente aggiornate 9001:2008), ottemperando ad una specifica prescrizione della normativa vigente, secondo la quale la certificazione di qualità costituisce prerequisito per il riconoscimento dello status di istituto di ricovero e cura a carattere scientifico. La decisione, al di là del mero adempimento normativo, risponde ad una scelta valoriale che da sempre caratterizza il modo di operare della Fondazione: il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza erogata, ponendo sempre al centro dell'organizzazione gli assistiti e le loro famiglie.

Il percorso per arrivare alla certificazione ha coinvolto tutti coloro che operano all'interno dell'Istituzione, dai responsabili delle diverse articolazioni organizzative fino ai livelli operativi, e tutti hanno fornito la massima disponibilità e collaborazione, consentendo di conseguire il risultato auspicato nei tempi previsti.

La Fondazione nei suoi tre presidi di Calambrone, Montalto e San Miniato è stata sottoposta la prima volta nel dicembre 2006 a verifica ispettiva da parte di una commissione del Bureau Veritas, ente indipendente accreditato dal Sistema Nazionale per l'Accreditamento degli Organismi di Certificazione e Ispezione (SINCERT). A seguito dei risultati di quella verifica è stata concessa la prima certificazione di qualità, valida per il triennio 2007 – 2009 e sempre confermata nel corso delle visite di verifica annuali. nel dicembre 2009 la certificazione è stata confermata anche per il triennio 2010 – 2012.

La certificazione concessa concerne:

- *progettazione ed erogazione di attività sanitaria e di riabilitazione in ambito neuropsichiatrico dell'infanzia e dell'adolescenza in regime ordinario, day hospital ed ambulatoriale, centro di emergenza psichiatrica ed attività del dipartimento socio-sanitario;*
 - *progettazione ed erogazione di attività formativa in ambito neuropsichiatrico dell'infanzia e dell'adolescenza e della riabilitazione neuropsichica.*
- Per presidiare e implementare il sistema di qualità la Fondazione Stella Maris, con delibera del CDA n 11/2005 del 16 aprile 2005, si è dotata di un'area qualità, costituita da un gruppo di lavoro formato da "referenti per la qualità" per ogni struttura organizzativa e da un responsabile con funzioni di coordinamento.
- Le linee direttrici che hanno ispirato l'introduzione del Sistema Qualità sono:
- attenzione costante all'utente, attraverso il monitoraggio della percezione che gli assistiti e le loro famiglie hanno della qualità dell'assistenza fornita;
 - condivisione delle modalità di lavoro attraverso la messa a punto e la diffusione di procedure e linee guida
 - monitoraggio delle prestazioni erogate ogni giorno dagli operatori attraverso l'utilizzo di strumenti informatici.
 - introduzione di percorsi assistenziali relativi alle patologie più significative
 - utilizzo sicuro delle apparecchiature con l'adozione delle procedure per la gestione dei dispositivi medici attivi
 - monitoraggio continuo dei fattori che possono causare inefficienze, anche attraverso la rilevazione sistematica degli eventi che possono determinare problemi per il paziente o per l'operatore, il controllo delle non conformità, la valutazione dei fornitori e l'introduzione di azioni correttive e preventive.

- *progettazione e sviluppo delle attività di ricerca in ambito neuropsichiatrico dell'infanzia e dell'adolescenza;*



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

GLI ASSISTITI E LE LORO FAMIGLIE

LA VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RICEVUTE

Le analisi di seguito sviluppate concernono l'attività ospedaliera, ambito nel quale sono stati in questi anni consolidati strumenti omogenei di rilevazione sistematica della qualità percepita. Per ogni ricovero, sia esso ordinario che in day hospital, all'atto della dimissione viene consegnato ai genitori dell'assistito un questionario articolato su una serie di domande volte a rilevare il giudizio degli interessati su aspetti ritenuti caratterizzanti la qualità percepita.

Le domande del questionario sono riconducibili a tre aree tematiche:

1. informazione e comunicazione, così come esse si realizzano nei contatti preliminari con la struttura (richieste telefoniche, prenotazioni), nell'accoglienza al momento della ammissione in reparto, nelle informazioni ricevute per quanto concerne il trattamento erogato
2. comfort alberghiero intendendo in esso ricompresi in particolare l'igiene degli ambienti e la qualità del cibo
3. qualità complessiva percepita nel rapporto con i professionisti durante la degenza, nell'atmosfera del reparto e nell'organizzazione della giornata

Le risposte fornite sono state analizzate attribuendo alle diverse modalità previste nel questionario i seguenti punteggi: insoddisfatto=1, soddisfatto=2, molto soddisfatto=3.

Al fine di porre a confronto gli andamenti nel quinquennio delle valutazioni formulate con riferimento alle tre aree cui sono riconducibili le domande del questionario, ad ogni area tematica è stato attribuito un punteggio P sulla base della formula: $P = 1 + (\text{punteggio effettivo} - \text{punteggio minimo teorico}) / [(\text{punteggio massimo teorico} - \text{punteggio minimo teorico}) / 9]$. Il punteggio minimo teorico corrisponde al prodotto del numero delle risposte per 1 ed il punteggio massimo teorico corrisponde al prodotto del numero delle risposte per 3.

Una prima riflessione sui dati riportati nelle tabelle e nei grafici di seguito riprodotti concerne l'incidenza percentuale dei rispondenti sul totale dei questionari consegnati. Per i ricoveri ordinari si raggiungono percentuali intorno al 20%, mentre la percentuale di rispondenti per i day hospital appare scarsamente significativa.

Questa criticità fa ritenere opportuno un ripensamento complessivo sia dei contenuti che delle modalità di somministrazione dei questionari, che costituirà oggetto di un progetto specifico nell'ambito della gestione del sistema qualità.

I dati osservati non consentono di evincere andamenti significativi. Risulta invece evidente come l'area di gran lunga più critica sia quella del comfort alberghiero.

Si tratta di una criticità connessa in larga misura con la vetustà di edifici sui quali sono necessari radicali interventi di ristrutturazione, che costituiscono oggetto di progetti pluriennali già predisposti. La concreta attuazione di tali progetti comporta peraltro molteplici difficoltà, non ultima quella della sostenibilità economica, che costringe di volta in volta ad effettuare scelte secondo le priorità emergenti. In questa logica sono stati recentemente realizzati interventi significativi di ampliamento degli spazi riabilitativi presso la sede di Montalto ed avviati importanti lavori di ristrutturazione edilizia presso la sede di San Miniato (Casa Verde).

Per quanto concerne il presidio di Calambrone tra le soluzioni che sono allo studio una possibile alternativa ad una ristrutturazione radicale degli ambienti è il trasferimento della struttura in un'area contigua all'azienda ospedaliero universitaria di Pisa, soluzione che presenterebbe il vantaggio di garantire una maggiore integrazione con servizi (terapia intensiva, anestesia) che possono risultare cruciali per pazienti in condizioni critiche.



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

GLI ASSISTITI E LE LORO FAMIGLIE

LA VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RICEVUTE

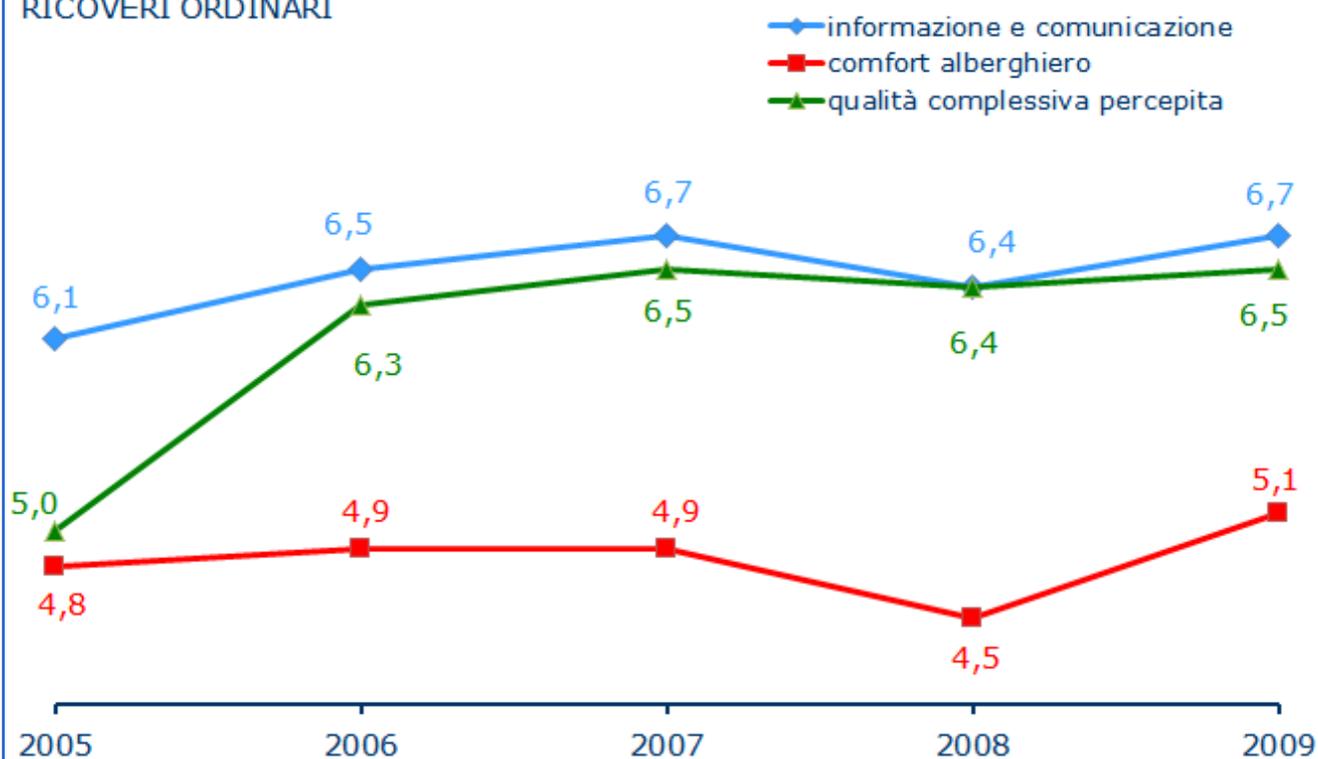
RICOVERI ORDINARI	2005	2006	2007	2008	2009
questionari distribuiti	928	934	963	981	979
questionari restituiti	148	186	203	163	225
% di rispondenti	15,9	19,9	21,1	16,6	23,0
VALORI MEDI ATTRIBUITI ALLE SINGOLE DOMANDE					
1. primo contatto ed accoglienza	2,2	2,3	2,3	2,2	2,3
2. informazione nel corso della degenza	2,2	2,2	2,3	2,2	2,3
3.comunicazione ed ascolto	2,2	2,2	2,3	2,2	2,2
4. qualità del rapporto con gli operatori	1,8	2,4	2,4	2,4	2,4
5. atmosfera di reparto	2,0	1,9	2,1	1,9	2,0
6. organizzazione della giornata	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
7. servizio di ristorazione	1,8	1,9	2,0	1,9	2,0
8. igiene degli ambienti	1,8	1,7	1,6	5,6	1,7
9.rispetto della privacy	2,0	2,1	2,2	2,2	2,2
10.giudizio di sintesi complessivo	2,1	2,0	2,0	2,0	2,0
RICOVERI IN DAY HOSPITAL	2005	2006	2007	2008	2009
questionari distribuiti	1033	1030	1061	1148	1252
questionari restituiti	57	62	82	66	127
% di rispondenti	5,5	6,0	7,7	5,7	10,1
VALORI MEDI ATTRIBUITI ALLE SINGOLE DOMANDE					
1. primo contatto ed accoglienza	2,1	2,3	2,2	2,3	2,4
2. informazione nel corso della degenza	2,2	2,4	2,3	2,4	2,4
3.comunicazione ed ascolto	2,3	2,4	2,4	2,3	2,3
4. qualità del rapporto con gli operatori	2,2	2,6	2,4	2,5	2,5
5. atmosfera di reparto	2,1	2,2	2,1	2,3	2,2
6. organizzazione della giornata	1,9	2,3	2,2	1,6	2,2
7. servizio di ristorazione	2,3	2,2	2,3	2,2	2,2
8. igiene degli ambienti	1,9	2,0	1,9	1,5	1,8
9.rispetto della privacy	2,1	2,4	2,3	2,3	2,3
10.giudizio di sintesi complessivo	2,2	2,2	2,2	2,3	2,2

PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

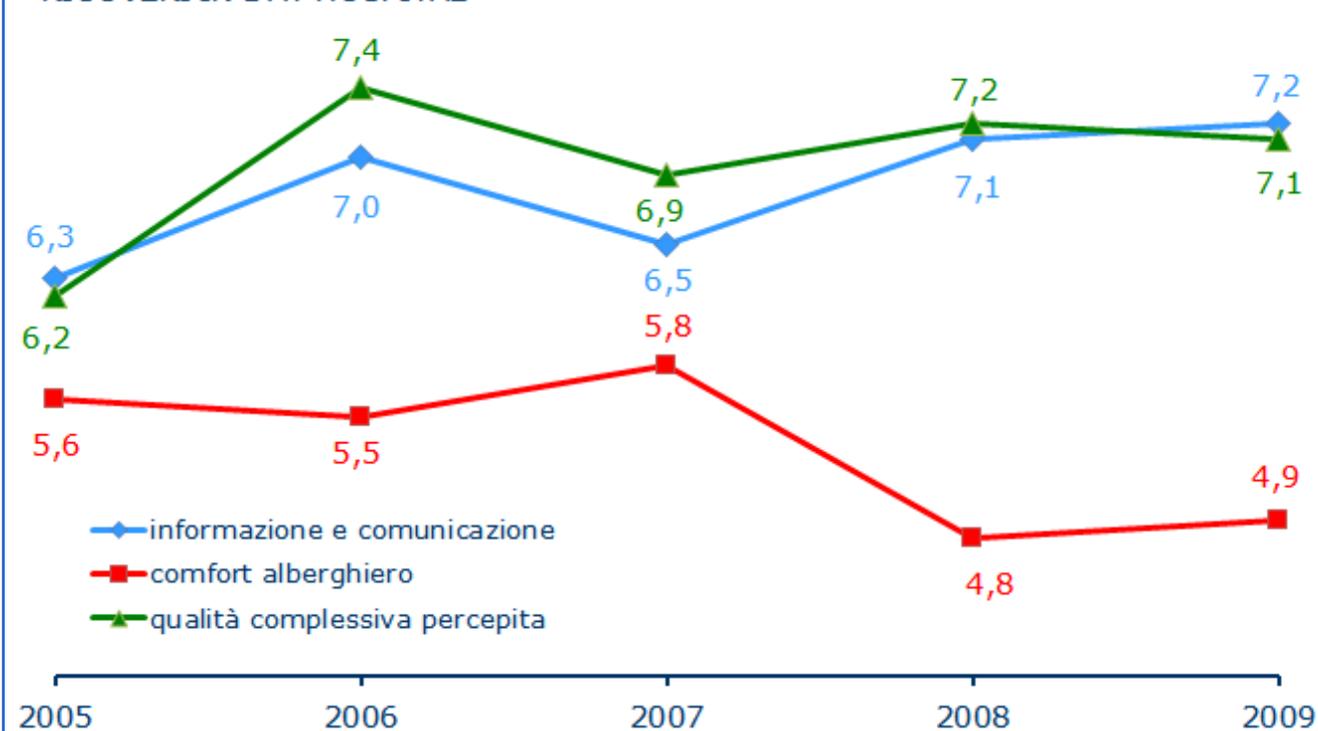
GLI ASSISTITI E LE LORO FAMIGLIE

LA VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RICEVUTE

RICOVERI ORDINARI



RICOVERI IN DAY HOSPITAL





PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

GLI ASSISTITI E LE LORO FAMIGLIE

VALUTAZIONI E PROPOSTE

La valutazione degli assistiti e delle loro famiglie in merito al grado di soddisfazione delle aspettative che essi ripongono nei confronti della Fondazione è stata rilevata, oltre che attraverso i questionari sulla qualità percepita consegnati ai genitori di ogni paziente dimesso, attraverso un confronto dialettico con Associazioni che a vario titolo sono state ritenute rappresentative di questa tipologia di portatori di interesse: le Associazioni dei genitori e le Associazioni che si occupano di aree di fragilità che costituiscono ambito elettivo di intervento della Fondazione.

Queste Associazioni sono stati invitate ad un primo incontro che è stato organizzato nel mese di maggio per presentare obiettivi e metodologia di lavoro adottati per l'implementazione del bilancio sociale. A questo incontro hanno partecipato per la Fondazione il Presidente, il direttore sanitario nonché il responsabile scientifico dell'Istituto Health Management, che hanno sottolineato in particolare il significato sostanziale della scelta effettuata di considerare il coinvolgimento dei portatori di interesse quale principio fondante il processo di rendicontazione.

Coerentemente con la metodologia adottata per gestire il coinvolgimento dei portatori di interesse, alle stesse Associazioni sono stati sottoposti i paragrafi di questo capitolo, nei quali sono esplicitate le aree strategiche di impegno della Fondazione, le iniziative intraprese nel quinquennio per soddisfare quelle che si ritengono essere le principali aspettative degli assistiti e delle loro famiglie: il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate, sia nella dimensione della qualità tecnico professionale sia nella dimensione della qualità percepita. Le stesse Associazioni sono stati invitate ad un incontro per formulare le proprie valutazioni e le proprie proposte.

In preparazione all'incontro è stato chiesto di formalizzare le proprie considerazioni rispondendo sinteticamente alle seguenti domande:

1. in quale misura ritenete che le aree strategiche indicate nel documento rispondano alle vostre specifiche aspettative? (in particolare qual è secondo voi l'ordine di priorità di tali aspettative e quali sono eventuali aspettative che non trovano riscontro nella selezione indicata?)
2. in quale misura ritenete che le iniziative intraprese dalla Fondazione costituiscano una concreta risposta alle Vostre aspettative? (e quali sono invece le criticità che rilevate?)
3. in quale misura ritenete che i questionari finora utilizzati per la rilevazione della valutazione sulla qualità delle prestazioni siano adeguati per fornire una misurazione oggettiva e significativa? (sia per quanto concerne sia i contenuti, che le modalità di somministrazione)
4. quali impegni ritenete che la Fondazione debba assumere per migliorare ulteriormente la propria capacità di risposta alle vostre aspettative?

All'incontro di verifica hanno preso parte alcune delle Associazioni presenti al primo incontro, prevalentemente rappresentative dell'area extraospedaliera con le quali sono stati sviluppati approfondimenti e verifiche che hanno portato alla stesura di un documento unitario nel quale le risposte alle domande poste sono state così formulate.

1. aree strategiche
per quanto riguarda le aree strategiche gli interlocutori coinvolti hanno espresso l'opinione che queste siano del tutto rispondenti alle aspettative degli assistiti e delle loro famiglie, per quanto attiene sia alla qualità tecnico professionale alla qualità percepita.



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

GLI ASSISTITI E LE LORO FAMIGLIE

VALUTAZIONI E PROPOSTE

2. iniziative intraprese

2.1 È stato da tutti riconosciuto l'impegno che la Fondazione ha profuso in questi anni per ampliare e specializzare progressivamente la propria offerta di servizi; è stato comunque chiesto di dare maggiore spazio alla diagnosi e alla terapia dei bambini affetti da disturbi dello spettro autistico, sia in ambito ospedaliero che in ambito extra ospedaliero (RSD Montalto ed RSD San Miniato), anche in sintonia con quanto previsto dal piano sanitario regionale 2008-2010.

2.2 È stata sottolineata l'esigenza di assicurare continuità tra l'intervento riabilitativo realizzato nella prima infanzia e quello effettuato quando il paziente entra nell'età adulta, sviluppando un lavoro di rete in sinergia operativa con tutte le risorse presenti sul territorio. L'evoluzione auspicata, e per certi versi preannunciata a livello di progetti regionali, è quella di tendere ad un approccio per percorsi assistenziali per patologia più che per fasce di età.

2.3 È stato chiesto di includere i pazienti trattati in sede extraospedaliera nei progetti di ricerca dell'IRCCS; gli intervenuti hanno affermato che la loro percezione è che nell'area ospedaliera vi sia un fermento di iniziative e di progetti, mentre nell'area extraospedaliera si proceda su modelli non adeguatamente ricettivi delle innovazioni scientifiche venendo meno in questa area una specifica caratteristica della Fondazione: quella di contestualizzare ricerca e assistenza

2.4 È stata evidenziata una situazione di stanchezza da parte di alcuni operatori, forse anche stressati da un contatto quotidiano con realtà difficili; a questo riguardo è stato suggerito un turnover

tra diverse aree assistenziali, ma anche di adottare strategie che consentano di rinnovare le motivazioni ad operare affidando a ciascun operatore obiettivi molto concreti e misurabili, implementando strumenti di misurazione che consentano di valutare in maniera oggettiva la qualità del lavoro svolto e che siano per il personale un incentivo al miglioramento continuo del proprio lavoro, correlando questi strumenti con un sistema premiante adeguatamente strutturato.

2.5 È stata evidenziata una carenza di comunicazione tra struttura e utenza delle residenze sanitarie assistenziali in ordine alle modalità operative educative (rapporto educatore/famiglia); è stata sottolineata l'esigenza di una più tempestiva, strutturata e continuativa informazione sulle attività svolte e sui risultati conseguiti, anche per assicurare coerenza e continuità dell'intervento educativo in famiglia e in Istituto.

2.6 È stato richiesto di rafforzare l'integrazione con i servizi territoriali, anche per quanto concerne l'ambito scolastico, al fine di assicurare una corretta e coerente presa in carico globale dell'assistito.

2.7 È stato positivamente valutato il progetto di coordinamento di tutte le attività da parte di un'unica figura professionale, per assicurare una maggiore omogeneità dell'intervento riabilitativo tra IRM e RSD. È stata al contempo segnalata la carenza di attività ricreative di gruppo o collettive nei fine settimana, carenza particolarmente grave per i ragazzi che non rientrano mai in famiglia.



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

GLI ASSISTITI E LE LORO FAMIGLIE

VALUTAZIONI E PROPOSTE

2.8 Per quanto concerne il comfort alberghiero gli interlocutori sentiti hanno confermato le criticità messe in luce dai questionari sulla qualità percepita commentati nella precedente sezione, criticità che sono ben note alla direzione ed il cui superamento implica investimenti molto consistenti.

3. rilevazione dell'opinione degli utenti

Per quanto concerne le modalità utilizzate per rilevare la percezione che gli assistiti e le loro famiglie hanno in ordine alla qualità delle prestazioni, è stata espressa l'opinione che i questionari così come sono strutturati e somministrati siano uno strumento non del tutto congruo per l'acquisizione dell'opinione dei genitori. È stato suggerito di utilizzare come strumento di rilevazione l'intervista strutturata affidando la gestione dell'intervista a soggetti estranei alla Fondazione, al fine di assicurare la necessaria libertà di espressione da parte dell'intervistato.



la sede di Montalto di Fauglia

4. impegni richiesti

4.1 Uno dei problemi maggiormente avvertiti concerne le liste di attesa. A tal riguardo è stato chiesto di rafforzare l'impegno della Fondazione per adeguare i tempi di attesa agli standard regionali, definendo obiettivi concreti il raggiungimento dei quali sia pianificato in un tempo definito

4.2 È stata sottolineata l'esigenza di assistere e indirizzare famiglie e pazienti in caso di malattie comuni (non relative alla patologia per la quale gli stessi sono seguiti) anche all'interno di altre strutture ospedaliere. coerentemente con quanto al riguardo indicato dalla Regione (delibera della Giunta Regionale Toscana n. 393 del 13 aprile 2001).

4.3 Per il personale precario e tirocinante sono attualmente previsti solo brevi periodi di affiancamento da parte di operatori più esperti. L'alternarsi di figure diverse determina un senso di smarrimento ed una percezione di disorientamento nel paziente. È stato chiesto alla Fondazione un impegno particolare affinché il personale non stabile sia in percentuale tale da non creare problemi all'utenza e sia seguito in modo adeguato nella fase di inserimento.

4.4 Per quanto concerne in particolare gli ospiti delle strutture residenziali è stato richiesto di affiancare all'iniziativa "mani pulite" descritta nel precedente paragrafo, un'iniziativa che potrebbe essere denominata "denti puliti", iniziativa che di fatto ha già avuto parziale avvio, con un corso di aggiornamento per il personale. È stato chiesto che siano predisposti adeguati strumenti per la pulizia quotidiana, e previsti controlli affidati non solo alla generosa ma non sempre continuativa disponibilità di una professionista volontaria.



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

GLI ASSISTITI E LE LORO FAMIGLIE

GLI IMPEGNI DELLA FONDAZIONE

Coerentemente con la metodologia adottata per la gestione del coinvolgimento dei portatori di interesse, in questo paragrafo sono esplicitati gli impegni che la Fondazione intende assumere in risposta alle esigenze ed alle richieste che i rappresentanti degli assistiti e delle loro famiglie hanno formulato, e che sono sintetizzate nel precedente paragrafo. Per coerenza e continuità metodologica le indicazioni qui precisate sono riferite ai singoli punti dello stesso.

Nella formulazione degli impegni che la Fondazione assume a fronte delle richieste espresse sono stati adottati due criteri fondamentali:

- rielaborare le richieste espresse dai portatori di interesse alla luce delle strategie complessive della Fondazione considerato che la visione del singolo stakeholder è ovviamente riferibile esclusivamente ai propri specifici interessi, mentre l'azione della Fondazione si riferisce alla visione complessiva del bene comune dell'Azienda e, dunque, l'una va armonizzata nel contesto complessivo dell'altra;
- assumere impegni puntuali, concreti ed effettivamente realizzabili nell'anno successivo a quello di redazione del Bilancio sociale, intendendo con ciò sia che la medesima realizzazione degli impegni sia nel proprio potere di governo, sia che essi siano realizzabili in funzione della loro fattibilità.

2.1 Disturbi dello spettro autistico.

L'ampliamento dell'offerta di servizi per questi disturbi non è nel potere di governo della Fondazione. Opportuno precisare che l'unità operativa 3 dell'Ospedale e l'Istituto di Riabilitazione di Calambrone svolgono già in questo specifico ambito una notevole mole di lavoro e che la Fondazione, con un proprio medico, la dotto-

ressa Tancredi, svolge già il ruolo di coordinamento per l'Area vasta tirrenica per il relativo screening pediatrico precoce. L'impegno che la Fondazione intende comunque assumere in risposta all'esigenza rappresentata è quello di mettere a disposizione il proprio know how culturale e scientifico per l'apertura ed il miglioramento di alcuni servizi sul territorio.

2.2 Continuità assistenziale superata l'età infantile adolescenziale.

In coerenza e nell'ambito della missione statutariamente ed istituzionalmente definita ed in coerenza con i vincoli derivanti da specifici accordi regionali la Fondazione esercita la propria attività assistenziale specifica nell'arco dell'età evolutiva (0-18). Tuttavia è possibile in singoli specifici casi, previo accordo con le Autorità competenti seguire pazienti in una fascia di età post-evolutiva (18-25 anni). Purtroppo per questo problema le risposte più significative possono venire esclusivamente da chi opera nel governo sanitario del territorio. Per quanto attiene alla disabilità grave e gravissima la Fondazione dispone già di servizi riabilitativi che coprono la fascia del giovane adulto e del percorso di vita dai 16 ai 64 anni. Tutto ciò premesso la Fondazione si impegna a recare un contributo culturale e scientifico all'elaborazione di percorsi assistenziali dedicati alla disabilità grave e gravissima nel prossimo Piano sanitario regionale, al fine di coprire l'intero arco di vita.

2.3 Ricerca nell'area extra ospedaliera.

La carenza di attività di ricerca sulle attività extra ospedaliere, particolarmente quelle dedicate alla disabilità grave e gravissima dell'adulto, è una caratteristica del panorama nazionale, anche in conseguenza della scarsità delle risorse finanziarie messe a disposizione da parte degli Enti finanziatori della ricerca in genere.



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

GLI ASSISTITI E LE LORO FAMIGLIE

Nella consapevolezza dell'importanza della ricerca in questo ambito la Fondazione, su proposta della Direzione aziendale, ha recentemente aderito all'Associazione Scientifica degli Istituti di Riabilitazione della Regione Toscana (ASIR) che ha come mission fondamentale la promozione della ricerca nel settore extra ospedaliero, con particolare riferimento agli adulti gravi e gravissimi ed in questo ambito la Fondazione si impegna a promuovere idee e progetti di ricerca da condividere con Enti similari associati ad ASIR. In ogni caso i responsabili dei servizi extra ospedalieri hanno facoltà di presentare progetti di ricerca alla Direzione scientifica, nell'ambito della pianificazione annuale della ricerca corrente. Ovviamente questi eventuali progetti devono essere sottoposti agli usuali criteri di selezione. Il medesimo assunto vale per la presentazione di progetti di ricerca finalizzata.

2.4 Rimotivazione degli operatori.

A questo riguardo, particolarmente rilevante appare l'attività degli educatori professionali e del personale assistenziale di Montalto. La Fondazione si impegna ad effettuare una valutazione specifica per comprendere la natura del problema segnalato e proporre idonee soluzioni. In ogni caso l'ipotesi suggerita di un turnover del personale tra la RSD e l'Istituto di Riabilitazione di Montalto è sicuramente da valutare, anche perché tale ipotesi costituisce una misura tradizionale di prevenzione dello stress lavorativo

2.5 Comunicazione tra operatori e genitori.

Su questo punto non vi è dubbio che occorre mettere in campo soluzioni che consentano un'adeguata informazione ai familiari circa i piani abilitativi-riabilitativi degli utenti ed in questo senso la Fondazione prende l'impegno di promuovere tale informazione, attraverso momenti organizzativi specifici.

GLI IMPEGNI DELLA FONDAZIONE

2.6 Integrazione con i servizi territoriali.

In questo ambito la Fondazione è già impegnata da tempo, e svolge una funzione di raccordo e confronto tra i responsabili dei servizi di neuropsichiatria infantile dell'area vasta nord occidentale.

2.7 Attività ricreative per il fine settimana dei ragazzi che non rientrano in famiglia.

Trattasi evidentemente di attività relative ai Centri di Montalto e Casa Verde. La possibilità di mettere in campo iniziative concrete che diano risposta all'esigenza segnalata postula il coinvolgimento delle Associazioni di volontariato. È stato avviato un percorso di collaborazione con alcune di queste Associazioni, del cui esito, relativamente all'organizzazione di attività ricreative per il fine settimana, sarà dato conto.

2.8 Miglioramento del comfort alberghiero.

In questo ambito occorre analizzare separatamente i problemi relativi alle tre sedi operative della Fondazione (Calambrone, Montalto di Fauglia e San Miniato)

Per quanto riguarda la sede di Montalto l'obiettivo è quello della costruzione di una nuova residenza in un'area di proprietà della Fondazione adiacente all'attuale Istituto per la quale recente è l'adozione da parte del Comune di Fauglia del relativo progetto di recupero. Per questa sede comunque, in attesa della possibilità di costruire una nuova residenza, è stato effettuato un investimento di oltre 500.000 euro per la sistemazione di nuove strutture per lo svolgimento delle attività e per il miglioramento di tutte le pertinenze accessorie esterne.

Per quanto riguarda la sede di San Miniato sono stati finalmente iniziati i lavori di ampliamento per un investimento complessivo di circa 1.500.000.00 di euro. Questi lavori sono effettuati con il soste-



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

GLI ASSISTITI E LE LORO FAMIGLIE

gno importante della Fondazione Cassa di Risparmio di San Miniato. La Fondazione eserciterà la massima vigilanza affinché questo primo stralcio sia portato a termine nei tempi previsti (primavera 2012).

La sede di Calambrone registra la situazione più critica dal punto di vista strutturale. La Fondazione deve valutare entro Natale se adottare la soluzione del trasferimento dell'ospedale in altra sede (Cisanello) o se avviare il percorso urbanistico per una ristrutturazione radicale degli edifici esistenti. Nel frattempo sono stati comunque programmati specifici interventi di miglioramento strutturale, tra i quali in particolare il completamento degli impianti di condizionamento per tutti gli ambienti di degenza della sede di Calambrone.

Nell'ambito del miglioramento del comfort alberghiero deve peraltro essere osservato che la Fondazione sconta oggi un deficit di pianificazione del rinnovo edilizio sin dagli anni novanta con la conseguente difficoltà attuale a reperire ingenti risorse finanziarie per svolgere pressoché in contemporanea grandi lavori di ristrutturazione nelle tre sedi di attività. La Direzione aziendale considera una priorità assoluta la soluzione di tutte le problematiche edilizie dalla Fondazione, ritenendo il comfort alberghiero una delle esigenze primarie di tutti gli assistiti.

3. Rilevazione dell'opinione degli utenti.

Nel rispondere alle osservazioni formulate con riferimento a questa area si deve precisare che le valutazioni di incongruità nella ricognizione dell'opinione degli utenti sono state formulate da rappresentanti di utenti dei Centri di Montalto e Casa Verde. L'assunto di partenza è che è difficile, se non impossibile in molti casi, rilevare l'opinione degli utenti portatori di disabilità grave e gravissima. L'opinione degli operatori del settore è che una ricostru-

GLI IMPEGNI DELLA FONDAZIONE

zione pur approssimativa dell'opinione degli utenti possa essere effettuata integrando i pareri dei familiari con quello dei singoli operatori che sono a contatto stretto quotidiano con i singoli utenti. Questo serve a contrastare un fenomeno specifico del giudizio di qualità percepita che è caratteristico nella gestione dei servizi, ovvero la tendenza a dare giudizi o troppo positivi o troppo negativi (bias interferenti). Per questo motivo la Fondazione ha adottato un questionario di qualità della vita dell'utente messo a punto dalla Cattedra di Psicologia dell'handicapp dell'Università di Padova (prof. Soresi) edito nella versione per familiari e operatori, la cui attendibilità e validità è stata testata su migliaia di utenti. Dunque, per questo punto l'impegno che si assume è quello di analizzare le motivazioni di incongruità denunciate ed adottare le opportune soluzioni, compresa quella della eventuale sostituzione dello strumento valutativo.

4.1 contenimento delle liste di attesa.

Ci si riferisce qui evidentemente alle liste d'attesa dell'ospedale, le quali, come è noto prevedono tempi di attesa per il ricovero anche superiori ai 12 mesi. Il fatto in sé indica la notevole attrazione da tutto il territorio nazionale per quanto viene offerto in termini professionali e scientifici all'assistito da parte della Fondazione, ma indubbiamente un così lungo tempo genera un senso di penosa attesa nei familiari che vorrebbero una immediata risposta ai problemi del proprio congiunto. A questo riguardo la Direzione aziendale si impegna a contribuire a creare le condizioni per una possibile riduzione dei tempi di attesa attraverso le seguenti azioni, già messe in campo, ma che possono essere ulteriormente rafforzare:

- ♦ apertura e avvio di una sede assistenziale in Basilicata per trattenere nei territori di residenza i bambini prove-



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

GLI ASSISTITI E LE LORO FAMIGLIE

GLI IMPEGNI DELLA FONDAZIONE

nienti dalle Regioni del Sud, garantendo ad essi quei livelli di eccellenza analoghi che sono prerogativa e tradizione della Fondazione Stella Maris;

- ♦ apertura di servizi di tipo extra ospedaliero, in particolare nella psichiatria dell'età evolutiva, per curare e riabilitare bambini e adolescenti che pur in fase acuta possono non necessitare di ricovero ospedaliero;
- ♦ promozione di progetti specifici tipo Day service, in collaborazione in particolare con l'ASL 5 di Pisa, per prestazioni diagnostiche in patologie che non necessitano di ricovero ospedaliero;
- ♦ promozione di intese collaborative con le Aziende territoriali per l'applicazione fattiva di criteri di accesso all'ospedale, che lascino fuori alcune prestazioni svolgibili tranquillamente sul territorio.

Per il raggiungimento dei precedenti obiettivi, la Fondazione eserciterà la massima pressione sulle Autorità competenti, dalla fattiva e concreta collaborazione delle quali dipende il positivo esito delle azioni promosse, che non è nella esclusiva potestà della Fondazione.

4.2 sostegno ed indirizzo per i problemi non legati alla patologia di base.

Fermo restando che la Fondazione ha posto in essere modalità che assicurano il massimo supporto possibile in situazioni quali quelle segnalate, si conferma l'apertura totale a recepire osservazioni contrarie su specifici casi.

4.3 incidenza percentuale di personale non stabile sul totale dell'organico.

La dotazione organica di personale strutturato della Fondazione è assolutamente rispondente agli standard fissati dalla normativa regionale ed è stata sensibilmente incrementata negli ultimi cinque anni come rilevato nel paragrafo relativo all'evoluzione della dotazione di risorse umane.

In alcuni settori quali le Residenze sanitarie di Montalto e Casa Verde si registra un'incidenza particolarmente elevata di assenze per malattia e infortuni, e questo determina la necessità di impiegare personale sostitutivo in modo continuativo. Questo può in qualche modo determinare una percezione di precarietà che non attiene peraltro alla dotazione organica.

Presso l'Ospedale di Calambrone alcuni posti sono coperti da personale a tempo determinato. In questi casi non si determinano disagi per gli utenti considerato che le unità di personale sono comunque sempre le stesse. L'impegno della Fondazione è di espletare al più presto i relativi concorsi. Deve essere invece indubbiamente migliorato il percorso di affiancamento per i neo assunti. A questo riguardo è prevista una procedura di apprendimento i risultati della quale la Fondazione si impegna a monitorare in collaborazione con il responsabile del Sistema Qualità.

4.4 "da mani pulite a denti puliti".

la Fondazione assume i seguenti impegni:

- ♦ dare l'indicazione di inserire nei progetti qualità relativi al sistema premiante 2010-2011 obiettivi specifici finalizzati al miglioramento dell'igiene orale degli utenti nei Centri di Montalto e Casa Verde (può essere data solo una indicazione in quanto la scelta dei progetti resta affidata ai singoli operatori);
- ♦ facilitare l'accesso del dentista volontario per l'attività di valutazione preventiva degli interventi da svolgere;
- ♦ assumere iniziative per promuovere, presso la clinica odontoiatrica di Pisa, percorsi privilegiati di accesso di utenti disabili, per l'effettuazione di interventi in anestesia generale;
- ♦ portare il problema all'attenzione di altre RSD della Regione Toscana per valutare eventuali iniziative comuni.

PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

IL PERSONALE

LE AREE STRATEGICHE DI IMPEGNO DELLA FONDAZIONE

Le aspettative del personale che la Fondazione Stella Maris ritiene debbano essere oggetto di una particolare attenzione sono riconducibili a tre aree strategiche: la crescita professionale, la qualità dell'ambiente lavorativo, l'integrazione e la comunicazione. Per ciascuna di esse sono definiti gli obiettivi specifici che la Fondazione si impegna a conseguire

la crescita professionale

- offrire ad ogni dipendente concrete e specifiche opportunità di crescita professionale, attraverso l'affidamento di ambiti progressivamente più ampi di autonomia e responsabilizzazione
- garantire pari opportunità ai dipendenti dei due sessi in termini sia di prospettive di sviluppo professionale, sia di affidamento di ruoli di responsabilità
- valutare e premiare l'impegno profuso per raggiungere gli obiettivi assegnati

la qualità dell'ambiente di lavoro

- assicurare una razionale ed equilibrata distribuzione dei carichi di lavoro
- garantire ai dipendenti un utilizzo costruttivo della contrattazione integrativa e dei diversi istituti in cui si articola il sistema delle relazioni sindacali
- garantire ai dipendenti igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro

l'integrazione e la comunicazione

- ricordare gli obiettivi assegnati alle singole unità operative ed ai singoli dipendenti con le strategie della Fondazione, in modo da rendere esplicito l'apporto che ciascuno dà col proprio impegno personale a raggiungere gli obiettivi strategici
- sviluppare una strategia di comunicazione che dia ad ogni dipendente gli elementi conoscitivi indispensabili per aumentare il senso di appartenenza all'istituzione



la struttura dove hanno sede la Presidenza, le direzioni generale, sanitaria e scientifica



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

IL PERSONALE

LE INIZIATIVE INTRAPRESE DALLA FONDAZIONE

IL SISTEMA DELLE RELAZIONI SINDACALI

Il rapporto di lavoro del personale dipendente della Fondazione è disciplinato dai contratti collettivi nazionali del personale medico e non medico delle strutture private convenzionate aderenti all'ARIS. Nell'ambito degli spazi che la normativa contrattuale nazionale lascia all'iniziativa delle singole aziende, la Fondazione ha adottato scelte che vogliono essere espressione e conferma del sistema di valori che costituisce patrimonio fondante dell'Istituzione, e che sono rivolte a valorizzare l'apporto del personale alla realizzazione della missione aziendale.

Tali scelte concernono in particolare:

- l'equiparazione alla normativa contrattuale vigente nel settore pubblico della disciplina giuridica del rapporto di lavoro della dirigenza sanitaria. Tale equiparazione costituisce una scelta strategica di grande rilievo perché da un lato dà alla Fondazione strumenti che consentono, nell'assunzione del personale, di effettuare le proprie scelte secondo logiche di trasparenza e di valutazione oggettiva del merito, ed al tempo stesso dà ai propri dipendenti la garanzia che i servizi resi all'interno della Fondazione abbiano lo stesso valore dei servizi resi all'interno delle aziende sanitarie pubbliche (delibera del CDA n. 51 del 20 dicembre 2003). Come noto il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 che disciplina il riordino degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ha reso facoltativa questa equiparazione giuridica. In conseguenza di ciò la Fondazione ha scelto di applicare inderogabilmente la normativa pubblica solo per quanto concerne la dirigenza medica riservandosi di volta in volta la facoltà di opzione tra normativa pub-

blica e privatistica per quanto concerne gli altri profili professionali

- l'istituzione del sistema premiante, che è stato strutturato in modo da subordinare l'erogazione dell'incentivo economico ad una valutazione oggettiva del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati e dell'apporto individuale al raggiungimento degli obiettivi aziendali (delibera del CDA n. 6 del 19 febbraio 2005). Sulla base degli indirizzi che la citata delibera definisce, sono stati ogni anno stipulati accordi specifici con la direzione generale, sia per quanto concerne gli obiettivi da raggiungere, sistematicamente connessi con progetti innovativi finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza e più in generale della qualità del sistema gestionale della Fondazione, sia per quanto concerne l'ammontare delle risorse destinate al finanziamento di questo istituto, risorse che vengono determinate annualmente dalla direzione generale sulla base dei risultati di gestione dell'anno precedente, e che costituiscono pertanto, per l'anno cui si riferisce il sistema premiante, un accantonamento certo e definito a priori. L'architettura complessiva del sistema premiante si caratterizza per la scelta di fondo di privilegiare una logica di miglioramento continuo della qualità dei processi ordinari di gestione rispetto ad una logica di mera produttività in termini quantitativi. Questa scelta ha consentito di assorbire l'effetto economico di tre rinnovi contrattuali, che hanno comportato un incremento dei costi valutabile nell'ordine di un milione e mezzo di euro, mantenendo inalterati i volumi di produzione, nonostante siano rimaste invariate le tariffe applicate per la valorizzazione economica delle prestazioni.



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

IL PERSONALE

LE INIZIATIVE INTRAPRESE DALLA FONDAZIONE

IL SISTEMA DELLE RELAZIONI SINDACALI

• la regolamentazione della formazione continua, istituto al quale la Fondazione ha inteso dare il respiro che esso deve avere per il rilievo che la formazione riveste quale presupposto per adeguare costantemente le potenzialità operative dell'Istituto, sia nell'area della ricerca che in quella dell'assistenza, all'evoluzione delle conoscenze mediche ed esprimere quei livelli di eccellenza che costituiscono presupposto naturale per lo status di Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (delibera CDA n. 21 del 13 maggio 2006). Con la delibera citata è stato approvato un regolamento organico della formazione continua che disciplina diritti e doveri dei dipendenti in ordine a questo fondamentale istituto, assumendo a proprio fondamento quanto previsto dalla normativa vigente, dal sistema di certificazione della qualità e dalla buona pratica.. Il regolamento prevede in particolare la predisposizione annuale di un programma di formazione che deve essere formulato sulla base di una ricognizione sistematica dei fabbisogni formativi dei professionisti che operano nelle diverse articolazioni organizzative della Fondazione. La programmazione degli interventi è finalizzata a raccordare all'evoluzione delle conoscenze scientifiche i programmi di ricerca e di assistenza.

Questi atti costituiscono i riferimenti portanti di una strategia di gestione delle risorse umane, all'interno della quale il sistema delle relazioni sindacali diviene strumento essenziale per disciplinare il rapporto tra la Fondazione e il personale dipendente affinché tale rapporto sia coerente con valori condivisi, ed assuma a proprio fondamento una logica di trasparente rispetto di diritti e doveri.

In questo ambito la direzione generale della Fondazione, delegata a gestire il rapporto con le organizzazioni sindacali territoriali e aziendali, ha posto un impegno costante nel costruire un sistema condiviso, affrontando nel tempo aree particolarmente critiche, che hanno costituito oggetto di specifici accordi:

- l'attuazione di progressioni verticali per specifici profili professionali del ruolo amministrativo. Nell'accordo sono stati precisati i criteri secondo i quali dovevano essere effettuate tali progressioni, criteri che hanno assunto quale riferimento essenziale una anzianità di servizio di almeno cinque anni e l'acquisizione di specifiche competenze professionali, acquisite attraverso l'implementazione di sistemi gestionali innovativi (25 febbraio 2004)
- la flessibilità degli orari di servizio. Questa flessibilità è particolarmente ampia per il personale laureato che di fatto gestisce in maniera autonoma la propria presenza in servizio, nel rispetto dell'unico vincolo di assicurarla in un arco temporale definito "fascia di rispetto" relativamente minimale in rapporto all'orario complessivo giornaliero. (28 giugno 2004). Questa facoltà, che costituisce retaggio di una impostazione che ha dato particolare rilievo all'autonomia gestionale del professionista in relazione agli impegni che lo stesso ha nell'area della ricerca e della didattica, deve essere oggetto di una riflessione complessiva anche in relazione all'evoluzione del rapporto tra ricerca e assistenza ed alla crescente complessità degli assetti organizzativi interni
- le modalità di ricorso ai contratti di lavoro intermittente, istituto normativo al quale la Fondazione sta ricorrendo in misura significativa per assicurare la necessaria continuità assistenziale.



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

IL PERSONALE

LE INIZIATIVE INTRAPRESE DALLA FONDAZIONE

IL SISTEMA DELLE RELAZIONI SINDACALI

Al riguardo la Fondazione ha firmato, in data 28 gennaio 2009, il primo accordo provinciale attuativo della normativa nazionale che disciplina questo tipo di rapporti di lavoro.

A queste aree tematiche di carattere generale si sono aggiunti accordi specifici relativi all'organizzazione del lavoro nelle sedi di Montalto e Casa Verde (16 ottobre 2003), stipulati per affrontare e risolvere criticità che si erano determinate in relazione ad esigenze organizzative specifiche presenti in queste sedi.

Questi accordi hanno consentito di consolidare un clima di leale collaborazione risolvendo di volta in volta criticità che avrebbero potuto condizionare negativamente la qualità del lavoro e conseguentemente la qualità dell'assistenza erogata.

Su queste basi si ritiene indispensabile definire un quadro regolamentare complessivo che disciplini il rapporto tra personale e Fondazione, e consenta al tempo stesso di portare a sistema quanto nel tempo concordato con le organizzazioni sindacali e fissare i principi ed i valori che devono permeare il sistema delle relazioni sindacali, in coerenza con il codice etico che deve ispirare l'Istituzione. La redazione, negoziazione e stipula di questo quadro regolamentare, che trova nel contratto integrativo aziendale la sua naturale espressione, costituisce impegno specifico della direzione generale, che si propone di arrivare alla stesura di un testo condiviso e sottoscritto nel più breve tempo possibile, considerata la rilevanza che questo atto riveste ai fini della certezza dei diritti e doveri reciproci, e quindi della qualità complessiva dell'organizzazione.



Il direttore generale, dottor Roberto Cutajar, delegato a gestire le relazioni sindacali



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

IL PERSONALE

LE INIZIATIVE INTRAPRESE DALLA FONDAZIONE

L'ATTIVITÀ DI FORMAZIONE

Il processo di riordino del servizio sanitario nazionale avviato con la legge delega 23 ottobre 1992 n. 421, e progressivamente realizzato con le norme attuative emanate a livello nazionale e regionale, pone l'aggiornamento professionale del personale quale imprescindibile premessa per conseguire quegli obiettivi che in termini di qualità dell'assistenza e appropriatezza delle prestazioni erogate costituiscono il fine ultimo del riordino stesso.

Il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 precisa che la formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze tecniche.

La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico, con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale.

Lo stesso decreto legislativo introduce meccanismi e strumenti che sono stati successivamente precisati per quanto concerne le modalità attuative, fermo restando l'obbligo, per i dipendenti del SSN, di curare la propria formazione professionale, dandone obiettivo riscontro attraverso l'acquisizione di crediti formativi il cui ammontare deve essere coerente con quanto disposto dalla Commissione Nazionale per la Formazione continua.

Per quanto concerne le strutture private accreditate (e la Fondazione Stella Maris rientra a pieno titolo tra queste), il citato decreto legislativo 229/1999 stabilisce che l'adempimento, da parte del personale sanitario dipendente o convenzionato che opera nella struttura, dell'obbligo di partecipazione alla formazione continua e il conseguimento dei crediti nel triennio costituiscono requisito essenziale per ottenere e mantenere l'accreditamento da parte del Servizio Sanitario Nazionale

Il sistema della formazione continua ha progressivamente consolidato strumenti e procedure per gestire in modo armonico ed integrato questo importante aspetto della professione degli operatori sanitari, anche attraverso periodi di sperimentazione, per approdare con l'accordo Stato regioni del 5 novembre 2009 ad un quadro organico che è stato recepito dalla Commissione Nazionale per la formazione continua in un regolamento applicativo adottato il 13 gennaio 2010, e che attribuisce specifici ruoli e responsabilità ai diversi livelli istituzionali, prefigurando spazi significativi di autoregolamentazione a livello regionale, fermo restando il ruolo di indirizzo coordinamento e controllo attribuito alla commissione nazionale con il supporto dell'agenzia nazionale per i servizi sanitari.

La Fondazione Stella Maris, anche in relazione al rilievo che questo aspetto riveste per un Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, ha da sempre posto una particolare attenzione al tema della formazione continua, ritenuta essenziale per assicurare, sia nell'area della ricerca che in quella dell'assistenza, un allineamento costante con l'evoluzione delle conoscenze scientifiche e delle prospettive diagnostiche terapeutiche.



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

IL PERSONALE

LE INIZIATIVE INTRAPRESE DALLA FONDAZIONE

L'ATTIVITÀ DI FORMAZIONE

Nel percorso compiuto in questo specifico ambito particolare rilievo riveste l'attribuzione alla Fondazione, da parte della Regione Toscana, di un ruolo significativo nel sistema formativo regionale. A questo riguardo un primo importante passo è stato compiuto con delibera della Giunta regionale n. 134 del 31 Gennaio 2005, con la quale la Regione ha deciso di coinvolgere la Fondazione Stella Maris nel programma di accreditamento regionale degli eventi formativi, al pari dell'Istituto Don Gnocchi, dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR, e del Laboratorio di ricerca e formazione per il management dei servizi alla salute (MES).

Con successiva delibera regionale n. 339 del 2005 la Fondazione Stella Maris è stata inoltre riconosciuta quale punto di riferimento dell'area vasta nord occidentale per la formazione, disponendo che "Le Aziende Sanitarie della Toscana, nell'am-

bito della programmazione della formazione sia Aziendale che di Area Vasta sono tenute a considerare l'offerta formativa che la Fondazione può garantire punto di riferimento specialistico. Alla Fondazione è altresì riconosciuta la funzione di Centro di Formazione continua per la neuropsichiatria dell'età evolutiva, in collaborazione con l'Università di Pisa, anche in coerenza con la programmazione della attività formativa della Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana".

Al fine di ottimizzare le modalità di utilizzo di questo istituto, nel luglio 2006 è stato adottato un regolamento interno che disciplina le modalità di accesso del personale alle attività formative. All'interno del regolamento è ribadito il principio della pari opportunità di partecipazione del personale in relazione agli obiettivi strategici annuali e triennali.

Per concretizzare tale assunto, è prevista una procedura per l'elaborazione dei piani di formazione, nella cui prima fase un comitato di indirizzo, composto da direttore

OPERATORI COINVOLTI E ORE DI FORMAZIONE PER PROFILO PROFESSIONALE

	2005		2006		2007		2008		2009	
	n	ore								
medici	22	542	23	1681	26	1396	21	532	20	694
psicologi	6	153	8	481	8	374	10	511	12	470
infermieri	24	921	23	894	31	1360	16	391	23	924
tecnici sanitari	5	45	4	24	4	207	5	201	5	117
educatori	47	1.486	44	2003	44	1849	44	1912	44	1915
terapisti	11	388	12	708	15	525	10	443	12	406
logopedisti	9	424	7	200	7	166	9	358	8	290
altri	3	59	4	274	6	277	5	156	10	180
TOTALE	127	4018	125	6265	141	6154	120	4504	134	4996

PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

IL PERSONALE

LE INIZIATIVE INTRAPRESE DALLA FONDAZIONE

L'ATTIVITÀ DI FORMAZIONE

scientifico, responsabili delle unità operative, responsabili delle linee di ricerca, un rappresentante dei laureati non medici e un rappresentante per le professioni tecnico-sanitarie, infermieristiche e riabilitative, individua le linee generali sui temi della formazione.

Su questa base, attraverso apposite schede di rilevazione del fabbisogno formativo, vengono avanzate alcune proposte di eventi che divengono oggetto di confronto e discussione all'interno di una o più successive riunioni del comitato di indirizzo, in seno al quale il direttore scientifico ne valuta la congruità complessiva rispetto agli indirizzi e ai temi proposti.

Il piano così formulato e condiviso viene approvato da parte del comitato tecnico scientifico e sottoposto al CDA, quindi inviato alla Regione e diffuso al personale.

Tra le criticità che ad oggi si rilevano in materia di formazione, si segnala la difficoltà di ottenere, con riferimento ai singoli eventi proposti, ed in particolare per quelli aperti alla partecipazione di esterni, una scheda di budget che consenta, in sede di elaborazione del bilancio preventivo della Fondazione, di formulare una previsione fondata dei costi e dei ricavi relativi, per una efficiente gestione della materia.

eventi formativi realizzati nel quinquennio				
2005	2006	2007	2008	2009
16	22	27	25	24



L'auditorium nel quale vengono organizzati gli eventi formativi di maggiore rilievo



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

IL PERSONALE

LE INIZIATIVE INTRAPRESE DALLA FONDAZIONE

LA COMUNICAZIONE

La direzione strategica della Fondazione ha da sempre considerato la circolazione delle informazioni fondamentale per mantenere ed accrescere il senso di appartenenza all'Istituzione.

Nonostante l'impegno profuso in questa direzione, la qualità della comunicazione interna continua ad essere percepita come una delle criticità aziendali, come evidenziato dai questionari sul clima organizzativo somministrati annualmente.

Per superare tale criticità la Direzione ha intrapreso una serie di ulteriori iniziative tra le quali particolare rilievo riveste l'istituzione di una newsletter interna, che è stata attivata dal mese di aprile dell'anno 2010 con un duplice scopo:

- informare gli operatori sulle iniziative intraprese dalle direzioni, attraverso apposite sezioni dedicate rispettivamente alla Presidenza, alla direzione generale, alla direzione scientifica ed alla direzione sanitaria. Queste sezioni vengono alimentate da contributi specifici forniti mensilmente. Ogni mese si chiede infatti ai responsabili delle diverse articolazioni organizzative di segnalare notizie che possano essere di interesse per il personale.
- supportare una politica di rinnovamento culturale. A questo fine la newsletter riserva ampi spazi alla pubblicazione dei risultati della collaborazione che diversi artisti hanno avviato con la Fondazione. Nella visione olistica della persona umana, è importante alimentarne lo spirito e la mente, e l'arte è un mezzo fondamentale per perseguire questo scopo.

L'impegno della direzione aziendale è che la newsletter diventi uno strumento di partecipazione alla vita della Fondazione di tutto il personale, che è stato e sarà

sistematicamente sollecitato a dare un contributo concreto affinché questo strumento acquisti consistenza e spessore.

Questo è l'obiettivo che si intende raggiungere, ed al quale si lavorerà con tutto l'impegno possibile.

Altro tema sul quale la direzione generale intende assumere un concreto impegno con l'intento specifico di dar conto al personale delle strategie adottate dalla Fondazione sia su tematiche più generali, sia su aspetti più specifici, concerne una più attenta riflessione sui canali interni di comunicazione tra i responsabili delle diverse articolazioni organizzative ed il personale, essendosi questo aspetto rivelato come particolarmente critico sulla base dei questionari sul clima interno.

Un'ulteriore iniziativa intrapresa nell'area della comunicazione è la ristrutturazione del sito web dell'Istituto, strumento che ha una duplice valenza comunicativa, sia interna che esterna.

Il progetto, permeato da una logica di profondo rinnovamento organizzativo nella gestione del sito, ha preso avvio dall'individuazione di una serie di domini e sub-domini che costituiscono l'ossatura del sito e corrispondono alle principali articolazioni attraverso le quali la Fondazione espleta la propria attività (gli organi istituzionali, la ricerca corrente e finalizzata, la formazione, l'assistenza ospedaliera e l'assistenza extraospedaliera).

Per ciascun dominio è stato individuato un responsabile del contenuto e un responsabile esecutivo dell'aggiornamento.

Le modifiche di volta in volta apportate dai responsabili dell'aggiornamento vengono prima rese visibili internamente per essere validate dal responsabile del contenuto, e quindi pubblicate.

PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

IL PERSONALE

LE INIZIATIVE INTRAPRESE DALLA FONDAZIONE

LA SICUREZZA NELL'AMBIENTE DI LAVORO

Nel quinquennio 2005-2009 si sono verificati 83 infortuni sul lavoro, così ripartiti negli anni

2005	2006	2007	2008	2009
13	22	17	15	16

Tutelare la sicurezza dei lavoratori nell'ambiente di lavoro costituisce per qualsiasi azienda specifico obbligo normativo, disciplinato da leggi che tendono ad adeguare alla normativa comunitaria il sistema di protezione vigente nel nostro Paese. Ottemperando a questo obbligo di legge la Fondazione ha posto in essere una serie di iniziative finalizzate a ridurre nella massima misura possibile i rischi collegati all'attività lavorativa.

Tra queste iniziative meritano specifica menzione le seguenti:

- predisposizione della documentazione necessaria per informare i dipendenti dei rischi generici connessi con le caratteristiche degli ambienti di lavoro e specifici delle mansioni ad essi attribuite;
- formazione degli operatori sui comportamenti da porre in essere in relazione al verificarsi di situazioni di emergenza;
- definizione di un assetto organizzativo strutturale per la gestione della sicurezza, nel quale sono stati individuati responsabilità e ruoli attribuiti ai diversi livelli organizzativi;
- esercitazioni sul campo basate sulla simulazione di emergenze, al fine di valutare l'efficienza del sistema organizzativo come sopra definito.

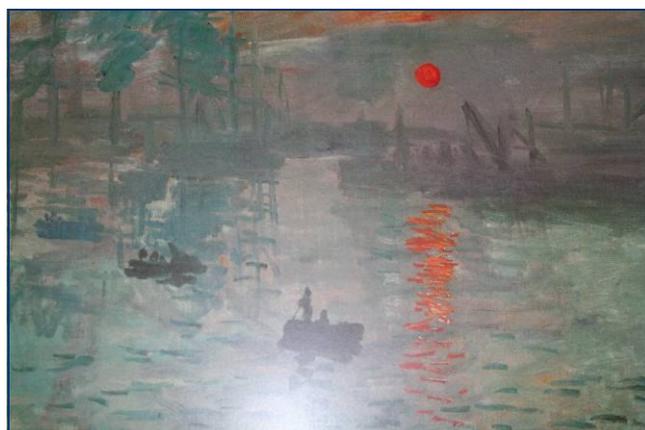
L'assetto complessivo del sistema sicurezza è stato formalizzato nel 2007 in un regolamento interno che prendendo spunto da esperienze avanzate realizzate in Italia ha per certi aspetti precorso il dettato

normativo definito nel decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 che costituisce ad oggi il riferimento centrale in materia.

Una ulteriore iniziativa specifica in materia di sicurezza concerne l'organizzazione di corsi di formazione per gli addetti alle squadre antincendio; su 112 persone all'uopo individuate, 83 hanno già seguito il corso e superato l'esame, 16 hanno seguito il corso e devono ancora sostenere l'esame e 13 soltanto devono ancora seguire il corso.

Nel quinquennio 2005-2009 l'investimento sostenuto dalla Fondazione Stella Maris con riferimento diretto e indiretto alla sicurezza sul lavoro, è stato di circa 1.000.000 di euro, cui devono aggiungersi tutti i costi di manutenzione degli immobili sia ordinari che straordinari, considerato che esiste un correlato indiretto ma evidente fra l'attuale status delle strutture e la sicurezza sul lavoro.

L'attuale struttura, nata come colonia estiva e poi riadattata ad uso ospedaliero, pone oggi davanti alla necessità di optare per una radicale ristrutturazione o una nuova edificazione. Qualunque scelta sarà effettuata, essa costituirà comunque strumento di ulteriore sensibile miglioramento anche in tema di sicurezza dei lavoratori.



Claude Monet, *impression, soleil levant*



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

IL PERSONALE

IL CLIMA ORGANIZZATIVO INTERNO

Inizia nell'anno 2005 un percorso articolato, impegnativo e complesso, finalizzato ad introdurre nella Fondazione criteri e strumenti idonei a produrre un miglioramento continuo dell'attività svolta, tanto nell'assistenza quanto nella ricerca, per raggiungere quei livelli di eccellenza che la normativa vigente in materia di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico prescrive, laddove afferma che *"Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sono enti a rilevanza nazionale dotati di autonomia e personalità giuridica che, secondo standard di eccellenza, perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità"* (decreto legislativo 288/2003, articolo 1, comma 1)

Una delle iniziative centrali in questo percorso è l'attivazione del sistema qualità, finalizzato a conseguire la certificazione di qualità secondo le norme ISO 9001:2000 (successivamente aggiornate con le norme ISO 9001:2008), certificazione che viene rilasciata da un ente certificatore accreditato, previo accertamento della sussistenza di una serie di requisiti organizzativi e strutturali che attestano i livelli di eccellenza espressi dall'istituzione certificata.

In questo contesto è stato introdotto dal 2006, riferito al 2005, ed è stato mantenuto per tutti gli anni successivi, un questionario da compilare da parte del personale dipendente finalizzato a valutare il clima organizzativo interno.

Il questionario viene distribuito nel primo bimestre dell'anno solare, i dati rilevati sono riferiti all'anno precedente.

Le domande sono le stesse per tutte e tre le sedi della Fondazione (Calambrone, Montalto e San Miniato) e vengono rivolte indistintamente a tutti i dipendenti. Il questionario è assolutamente anonimo. Per garantire la riservatezza non viene richiesto alcun dato che possa consentire l'identificazione del rispondente (età, sesso, profilo professionale, durata del rapporto di lavoro con la Fondazione), questa scelta preclude ovviamente possibilità di analisi delle risposte in funzione delle diverse variabili che possono determinare valutazioni diverse, e limita oggettivamente le possibilità di analisi delle risposte, ma è al tempo stesso coerente con il convincimento che si debba procedere per gradi.

Nei mesi successivi all'elaborazione dei dati questi vengono presentati a tutto il personale nell'ambito di incontri organizzati per diffondere i risultati raggiunti nell'ambito del sistema di gestione della qualità. Gli stessi risultati sono discussi nelle riunioni di riesame tra la direzione sanitaria, la direzione generale ed il responsabile del sistema gestione qualità.

Il questionario è costituito da dieci domande attraverso le quali ciascun operatore può esprimere la sua valutazione rispetto all'argomento proposto nella domanda, selezionando una delle tre risposte possibili, che corrispondono a giudizi di valore crescente: insufficiente, sufficiente o buono.

Gli argomenti affrontati dalle domande poste nel questionario sono riconducibili a tre aree che ritenute di particolare rilievo per la valutazione del clima interno:

- A) l'organizzazione aziendale
- B) il clima interno
- C) il posizionamento individuale



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

IL PERSONALE

IL CLIMA ORGANIZZATIVO INTERNO

Le domande poste nelle diverse aree tematiche sono così formulate:

A. L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

1. Come valuta il sistema organizzativo aziendale?
2. In quale misura si identifica con le politiche e le strategie aziendali?
3. Come valuta la diffusione delle informazioni all'interno dell'azienda?

B. IL CLIMA INTERNO

4. Come valuta il clima aziendale fra le persone?
5. Come valuta il suo ambiente di lavoro?
6. Come valuta i Suoi rapporti con la Direzione Clinica?

C. IL POSIZIONAMENTO INDIVIDUALE

7. Come valuta la Sua efficienza produttiva?
8. Come valuta il Suo rapporto con l'azienda?
9. Come valuta le risorse materiali e strumentali a lei fornite?
10. In quale misura ritiene che l'azienda investa sulla sua formazione?

Le risposte fornite sono state analizzate in termini di valori medi ottenuti attribuendo alle diverse modalità di risposta previste nel questionario i seguenti punteggi:
 insufficiente = 1,
 sufficiente = 2,
 buono = 3.

Nelle tabelle di seguito riprodotte sono riportati i valori medi, suddivisi per sede (Calambrone, San Miniato e Montalto), e ponendo a confronto i dati degli ultimi cinque anni.

CALAMBRONE	2005	2006	2007	2008	2009
questionari distribuiti	164	149	147	114	162
questionari restituiti	96	79	88	71	64
% di rispondenti	58,5	53,0	59,9	62,3	39,5
VALORI MEDI ATTRIBUITI ALLE SINGOLE DOMANDE					
1. sistema organizzativo aziendale	1,5	1,7	1,5	1,6	1,4
2. identificazione con le strategie aziendali	1,5	1,8	1,5	1,6	1,3
3. comunicazione interna	1,4	1,5	1,5	1,5	1,3
4. clima aziendale	1,7	2,0	1,8	1,8	1,8
5. ambiente di lavoro	1,7	2,1	2,0	1,9	1,9
6. rapporti con la direzione clinica	1,7	1,9	1,8	1,7	1,6
7. autovalutazione della propria efficienza	2,4	2,6	2,5	2,6	2,5
8. rapporto con l'azienda	1,7	2,1	2,0	2,0	1,9
9. adeguatezza delle risorse fornite	1,4	1,6	1,5	1,5	1,4
10. investimenti aziendali nella formazione	1,6	1,7	1,6	1,6	1,5



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

IL PERSONALE

IL CLIMA ORGANIZZATIVO INTERNO

SAN MINIATO	2005	2006	2007	2008	2009
questionari distribuiti	39	38	41	37	37
questionari restituiti	37	35	38	34	31
% di rispondenti	94,9	92,1	92,7	91,9	83,8
VALORI MEDI ATTRIBUITI ALLE SINGOLE DOMANDE					
1. sistema organizzativo aziendale	1,8	1,9	1,5	1,7	1,6
2. identificazione con le strategie aziendali	1,6	1,7	1,4	1,6	1,6
3. comunicazione interna	1,4	1,7	1,5	1,4	1,7
4. clima aziendale	1,8	2,1	2,1	2,1	2,2
5. ambiente di lavoro	1,9	2,3	2,1	2,1	2,0
6. rapporti con la direzione clinica	1,7	2,5	2,0	2,1	1,8
7. autovalutazione della propria efficienza	2,2	2,5	2,2	2,3	2,2
8. rapporto con l'azienda	2,2	2,3	1,9	2,2	2,0
9. adeguatezza delle risorse fornite	1,5	1,8	1,6	1,7	1,6
10. investimenti aziendali nella formazione	1,6	1,8	1,6	1,5	1,6

Il numero dei questionari somministrati corrisponde al numero dei dipendenti effettivamente in servizio al momento della distribuzione. In alcune situazioni di assenza prolungata (infortuni, congedi per maternità o altro) coincidenti con il periodo di diffusione, il questionario non è stato consegnato agli eventuali sostituti, questo spiega le variazioni del numero dei questionari somministrati negli anni.

Una prima considerazione riguarda la percentuale di questionari restituiti che non solo conferisce una diversa attendibilità all'analisi delle risposte, ma che già di per sé è indicativa della qualità del clima organizzativo. Da questo punto di vista la sede più virtuosa è da sempre stata San Miniato con risposte che hanno sempre superato il 90% ad eccezione dell'ultima rilevazione in cui la percentuale è scesa

all'83% comunque sempre rimanendo la più alta tra tutti i presidi.

A Montalto le percentuali di rispondenza sono state molto variabili negli anni, la variabilità osservata è legata forse più a problemi di carattere organizzativo che non a specifiche difficoltà degli operatori, nell'anno 2008 i questionari addirittura non sono stati ritirati per problemi della segreteria di quella sede.

A Calambrone i valori sono stati sempre lievemente superiori al 50%, il calo dell'ultimo anno potrebbe indicare che non c'è stata adeguata sollecitazione alla compilazione da parte della Direzione, oppure una certa stanchezza o sfiducia nello strumento.

Al fine di una interpretazione dei dati riportati nelle tabelle occorre considerare che per come sono stati attribuiti i pun-



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

IL PERSONALE

IL CLIMA ORGANIZZATIVO INTERNO

MONTALTO	2005	2006	2007	2008	2009
questionari distribuiti	55	55	55	49	42
questionari restituiti	44	16	23	24	25
% di rispondenti	80,0	29,1	41,8	49,0	59,5
VALORI MEDI ATTRIBUITI ALLE SINGOLE DOMANDE					
1. sistema organizzativo aziendale	1,6	1,8	1,7	1,6	1,5
2. identificazione con le strategie aziendali	1,7	1,9	1,8	1,7	1,6
3. comunicazione interna	1,4	1,3	1,5	1,4	1,4
4. clima aziendale	2,1	1,9	1,8	1,7	1,6
5. ambiente di lavoro	2,0	1,9	1,9	1,8	1,7
6. rapporti con la direzione clinica	1,8	2,1	1,7	1,5	1,4
7. autovalutazione della propria efficienza	2,4	1,9	2,3	2,4	2,3
8. rapporto con l'azienda	2,1	2,2	1,7	1,8	1,9
9. adeguatezza delle risorse fornite	2,1	1,7	1,5	1,6	1,6
10. investimenti aziendali nella formazione	1,6	2,1	1,6	1,6	1,6

teggi alle diverse possibili risposte i valori medi possono variare da un minimo teorico di 1 ad un valore massimo teorico di 3, così che valori compresi tra 1 e 2 possono essere interpretati come una valutazione negativa e valori compresi tra 2 e 3 possono essere interpretati come una valutazione positiva.

Le differenze tra i vari punteggi sono molto ridotte anche perché ridotte erano le opzioni possibili di risposta, articolati solamente su tre livelli di giudizio.

Pur con questo limite, intrinseco nella metodologia adottata, l'analisi dei dati pone in evidenza molteplici aree di criticità. Se si eccettuano le domande 7) "È soddisfatto della sua efficienza produttiva?" e 8) "Come pensa il suo rapporto futuro con l'azienda?" domande alle quali la gran parte delle persone ha dato risposte posi-

tive, tutti gli altri quesiti hanno posto in evidenza valutazioni di insoddisfazione più o meno accentuata. Fa parziale eccezione a questo rilievo, San Miniato che in alcuni anni e per alcuni item ha registrato valori medi positivi.

Altro elemento che deve essere considerato con particolare attenzione è il trend tendenzialmente decrescente dei valori medi nel corso dei 5 anni, che pone in evidenza una lenta progressiva erosione del grado di soddisfazione del personale.

Questi aspetti sono oggetto di attenta considerazione da parte della Direzione Aziendale, che sta riconsiderando la stessa impostazione metodologica della rilevazione, sia per quanto concerne la scelta delle domande sia per quanto concerne l'adozione di una scala più ampia di possibili risposte.



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

IL PERSONALE

IL CLIMA ORGANIZZATIVO INTERNO

A questo riguardo nell'ambito del sistema premiante 2008/2009, nella sede ospedaliera di Calambrone è stato realizzato il progetto "Ricerca di indicatori di efficacia ed efficienza comunicativa nell'ambiente di lavoro, finalizzata al miglioramento del clima interno". Il progetto è stato realizzato da un gruppo di lavoro coordinato dalla Dottoressa Gabriella Bruni, con il significativo contributo del responsabile del rischio clinico dottoressa Angela Cosenza, nel quale erano rappresentate tutte le principali professioni tecniche presenti all'interno della struttura ospedaliera.

Il gruppo di lavoro ha elaborato una prima versione di un nuovo questionario, quale indicatore del clima interno, che è stato sperimentato su un campione di dipendenti della sede di Calambrone.

L'analisi dei dati ha confermato ed approfondito l'esistenza di aree di criticità soprattutto per quanto concerne il sistema della comunicazione interna. L'analisi dei dati raccolti attraverso la sperimentazione del questionario ha posto infatti in evidenza specifici ulteriori elementi di criticità e richiamato l'esigenza di un impegno che è stato recepito e condiviso dalla direzione aziendale per migliorare una serie di aspetti tra cui in particolare gli scambi informativi e comunicativi, la conoscenza del lavoro dei colleghi, la diffusione dei protocolli diagnostici e di ricerca, delle iniziative assistenziali e di ricerca, in atto nei vari reparti.

Gli approfondimenti effettuati hanno sottolineato la necessità di prevedere spazi istituzionalizzati e strutturati per le comunicazioni di tipo gestionale e tecnico, per facilitare gli scambi comunicativi fra le diverse unità funzionali e tra i vertici e la base, per rendere possibile un maggiore coinvolgimento del personale di base nelle scelte di tipo gestionale e tecnico, per superare una percezione diffusa, che i dati

hanno posto in evidenza, di una gestione eccessivamente verticistica e gerarchica, di un ridotto ascolto da parte dei propri superiori.

I dati rilevati hanno altresì posto in evidenza l'opportunità di programmare riunioni (gruppi di lavoro) con cadenza regolare, di promuovere una più assidua presenza dei responsabili, di facilitare la condivisione e la collaborazione tra colleghi e soprattutto tra base e vertici.

Su questelinee la direzione aziendale ha preso atto dell'esigenza di dare risposte concrete, che superino la sensazione da molti espressa di uno scarso riconoscimento e di una scarsa valorizzazione del lavoro svolto, di una insufficiente precisazione dei ruoli professionali e delle responsabilità, di una distribuzione non equilibrata dei carichi di lavoro e delle risorse, e di una eccessiva settorializzazione del lavoro che rende difficile quella integrazione multi professionale che costituisce una delle scelte valoriali fondanti la visione che la Fondazione Stella Maris ha della propria missione.

Al fine di porre a confronto nelle diverse sedi della Fondazione gli andamenti nel quinquennio delle valutazioni formulate con riferimento alle tre aree cui sono riconducibili le domande del questionario, (organizzazione aziendale, sistema di relazioni e posizione personale) è stato elaborato per ciascuna di esse un indicatore di sintesi applicando il seguente procedimento: è stato considerato per ogni domanda un punteggio minimo teorico corrispondente al prodotto del numero delle risposte per il valore 1 (punteggio attribuito al giudizio insufficiente), è stato altresì considerato come punteggio massimo teorico quello corrispondente al prodotto del numero delle risposte per il valore 3 (attribuito alla risposta "buono"). Ad ogni area tematica è stato attribuito



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

IL PERSONALE

IL CLIMA ORGANIZZATIVO INTERNO

un punteggio P sulla base della seguente formula: $P=1+(\text{punteggio effettivo} - \text{punteggio minimo teorico})/[(\text{punteggio massimo teorico} - \text{punteggio minimo teorico})/9]$.

I risultati delle elaborazioni effettuate sono rappresentati dai grafici di seguito riprodotti, che pongono in evidenza alcuni aspetti di particolare rilievo.

Un primo aspetto che l'analisi dei dati pone in evidenza è che il 2006 rappresenta l'anno che in assoluto riporta il miglior risultato in termine di valutazione espressa sia nel complesso sia con riferimento alle singole aree di valutazione. Proprio nel 2006 è stato implementato il sistema di gestione della qualità. L'iniziativa ha avuto un impatto molto positivo sul piano valoriale e motivazionale, ha attivato momenti intensi di sinergia operativa, un effettivo impegno di tutti a dare il proprio personale contributo a realizzare un risultato che è stato interpretato come grande opportunità di migliorare il proprio lavoro, la qualità dell'assistenza, ed ha migliorato la percezione dell'Istituzione e del proprio modo di essere all'interno di essa.

Un secondo elemento di riflessione concerne l'andamento progressivamente decrescente dei punteggi riportati, sia nel complesso che con riferimento alle singole aree di valutazione, dal 2007 in avanti. Questo dato trova riscontro nella diminuzione progressiva della percentuale di rispondenti, indice di un probabile deterioramento del clima organizzativo.

Una terza evidenza che i grafici rappresentano concerne il fatto che le valutazioni sono pressoché sistematicamente migliori nella realtà di San Miniato rispetto alle altre due, soprattutto per quanto concerne il versante delle relazioni personali. Tali rapporti sono facilitati dal fatto che in questa realtà l'ambiente è più piccolo,

gli operatori provengono da una ristretta area territoriale e spesso sono preesistenti all'inserimento lavorativo legami personali di amicizia e di parentela.

Per superare le criticità evidenziate sono già state intraprese alcune iniziative, come ad esempio l'ampliamento degli spazi comunicativi tra le direzioni e la base, sono già state avviate riflessioni collettive con il coinvolgimento delle principali direzioni in una riflessione collegiale attraverso incontri con tutto il personale.

Per rispondere al problema della comunicazione interna, che appare una delle criticità maggiormente sentite dal personale, La Direzione Generale ha avviato la puntuale pubblicazione di bollettino in formato elettronico denominato "News Letter" con il preciso intento di colmare il gap informativo sulle più importanti novità che interessano la Fondazione.

L'esperienza dell'implementazione del Bilancio Sociale iniziata nel 2010 costituisce una straordinaria opportunità per il coinvolgimento e la diffusione delle strategie aziendali. Il bilancio sociale, nella dimensione di processo che è stata scelta come dimensione caratterizzante e qualificante l'approccio adottato in prospettiva dovrebbe portare ad una sempre più ampia partecipazione degli operatori, ai quali il bilancio sociale offre specifici spazi per esprimere le proprie valutazioni e le proprie proposte per un continuo miglioramento della capacità delle Fondazione di dar risposta alle loro aspettative.

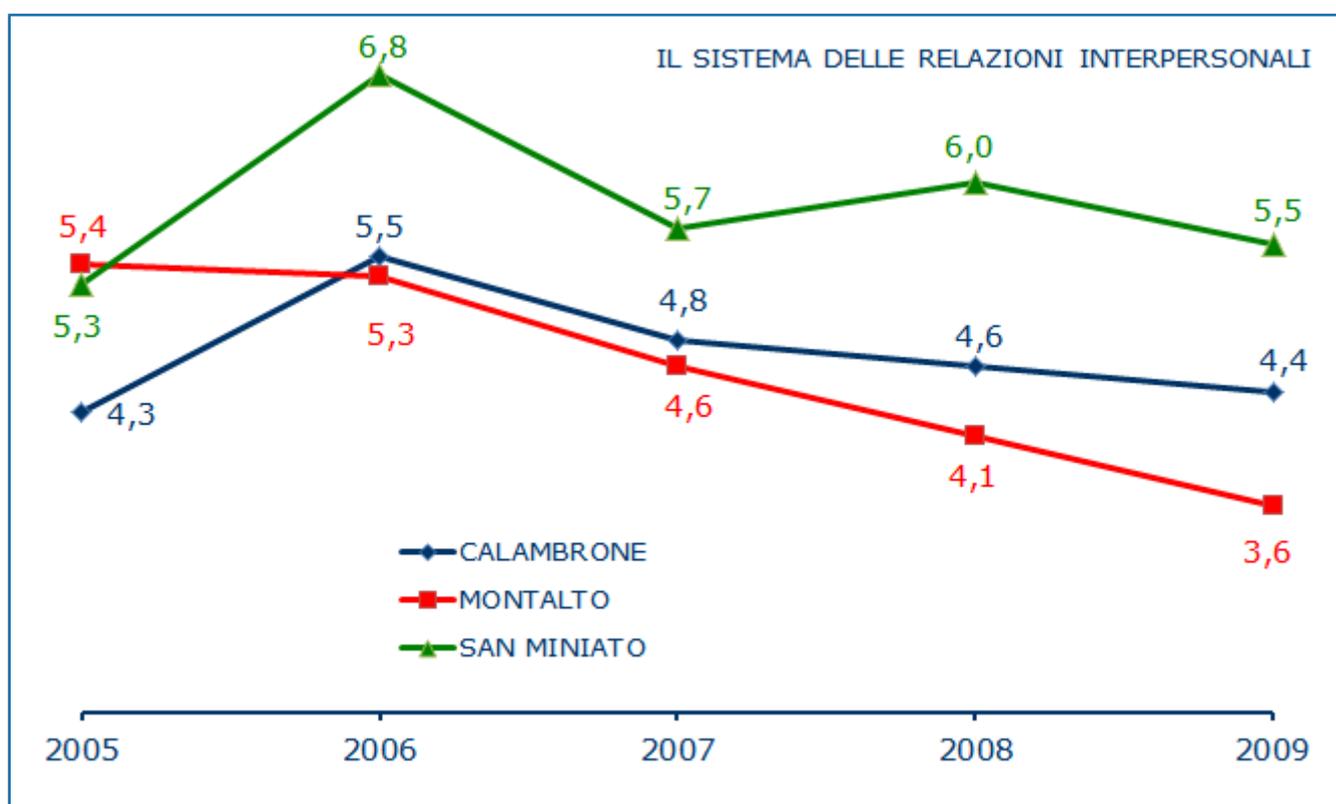
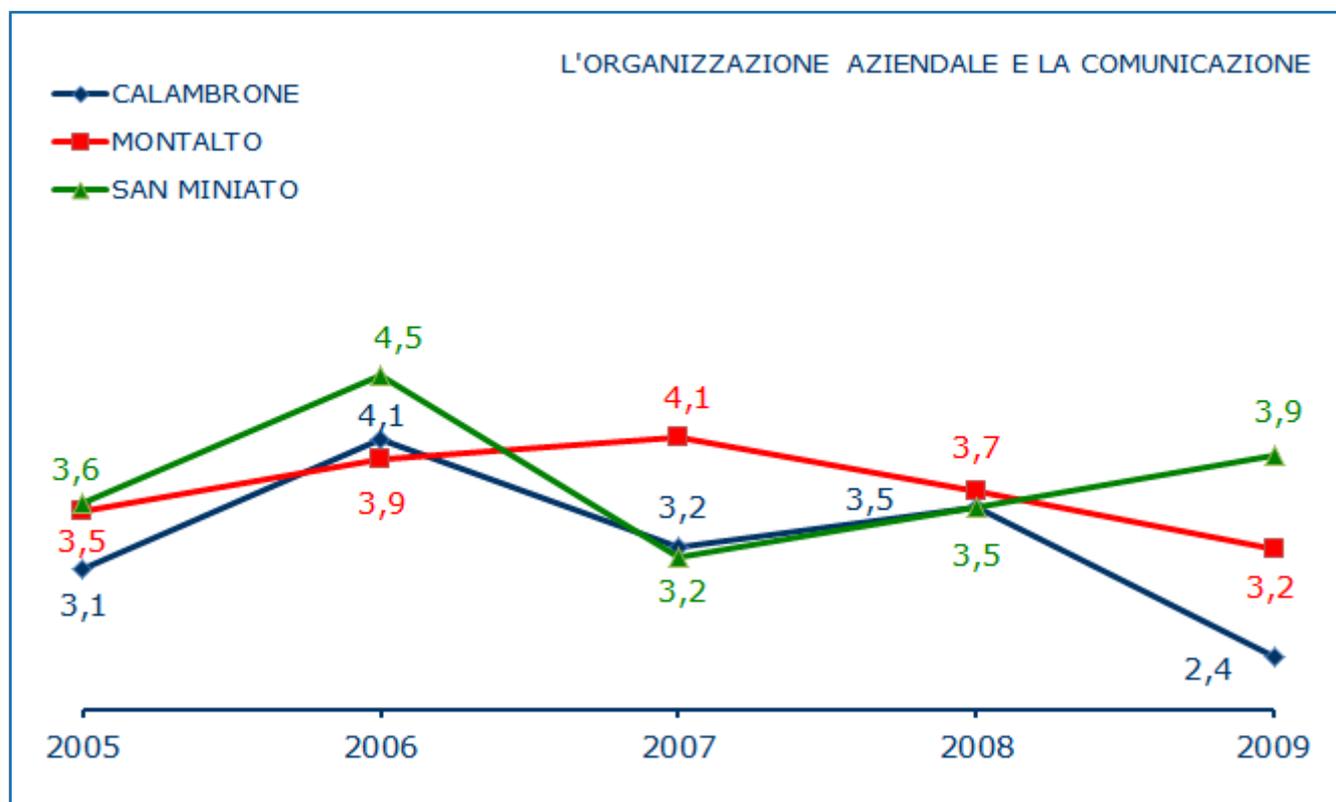
Per quanto concerne la rilevazione del clima interno appare evidente l'esigenza di un ripensamento complessivo sia dei contenuti che delle modalità di somministrazione del questionario, che devono essere riprogettati tenendo conto delle più avanzate esperienze realizzate in questo ambito a livello nazionale.



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

IL PERSONALE

IL CLIMA ORGANIZZATIVO INTERNO



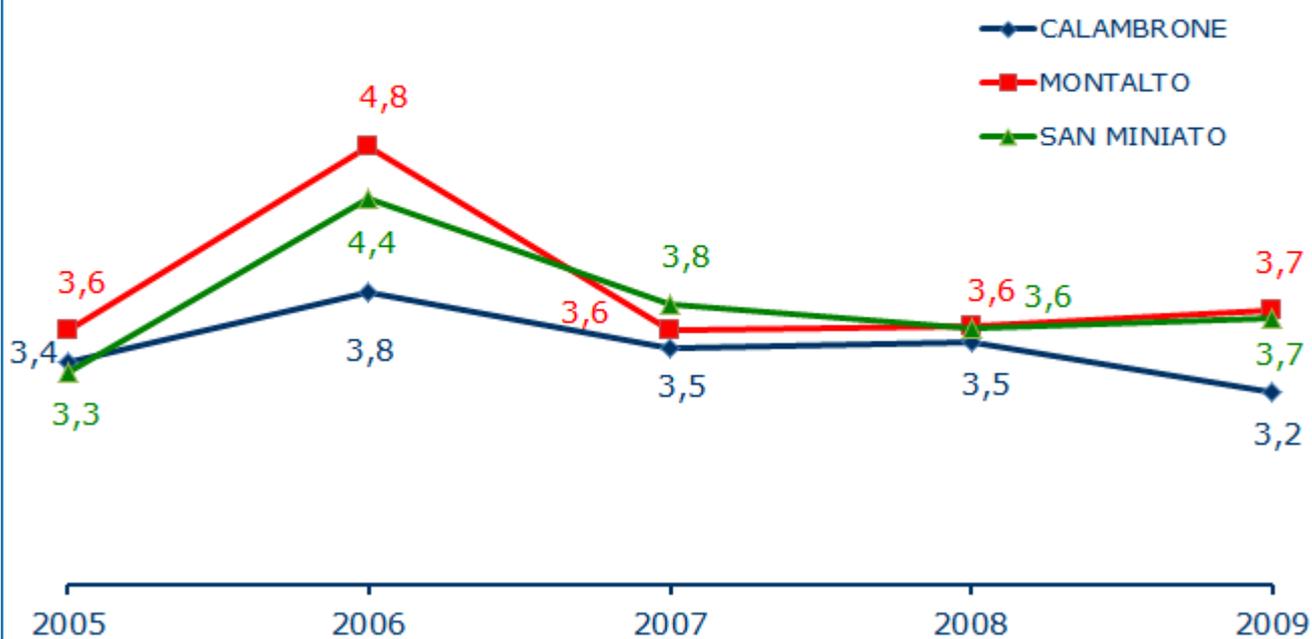


PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

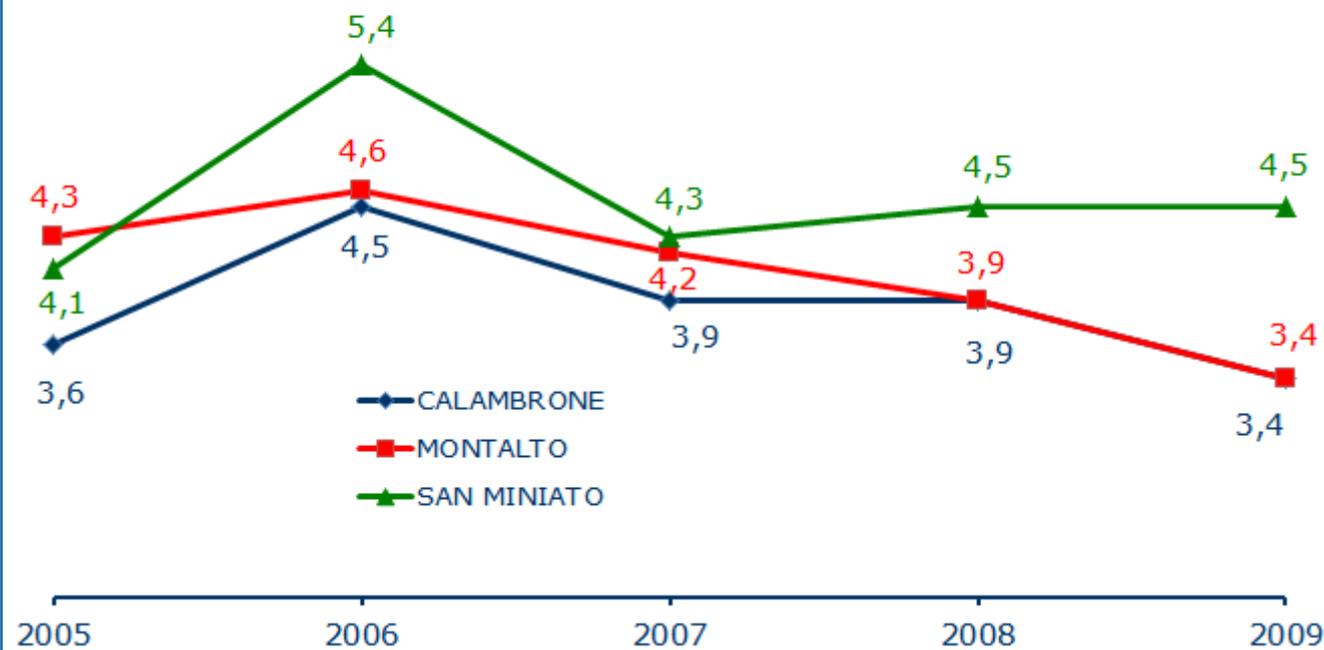
IL PERSONALE

IL CLIMA ORGANIZZATIVO INTERNO

LE RISORSE DISPONIBILI E GLI INVESTIMENTI NELLA FORMAZIONE



VALUTAZIONE COMPLESSIVA





PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE: IL PERSONALE

IL PERSONALE

ASSENZE PER MALATTIE E INFORTUNI

In coerenza con quanto indicato dalla letteratura specialistica, ed in accordo con quanto effettuato dalla Regione Toscana nel sistema di misurazione delle performance delle aziende sanitarie, la Fondazione Stella Maris rileva annualmente due indicatori considerati espressivi del clima interno: l'incidenza percentuale delle assenze per malattie e infortuni rispetto al totale delle giornate di lavoro attese sulla base del rapporto contrattuale.

I dati sono elaborati annualmente dall'ufficio risorse umane e forniscono indicazioni preziose sia sulla produttività del personale, sia sulla sicurezza negli ambienti di lavoro. L'incidenza di infortuni, in particolare, è un indicatore che ha valenze etiche e morali di estrema rilevanza, e può contribuire ad implementare idonee misure di sicurezza oltre che a ridurre costi sociali ed umani legati a questi eventi.

L'analisi dei dati evidenzia come non ci sia un trend costante negli anni e come l'andamento sia variabile sia per quanto riguarda le assenze per malattie che quelle per infortuni.

Sembra tuttavia rilevabile come tendenzialmente le assenze per malattia siano più frequenti tra il personale amministrativo. Questo dato depone favorevolmente per gli operatori dell'assistenza, che registrano un'incidenza tendenzialmente minore di assenze per malattie nonostante un maggiore rischio per patologie infettive intercorrenti ed un maggiore stress legato al contatto quotidiano con pazienti spesso problematici.

Le assenze per infortuni sono a Montalto notevolmente maggiori rispetto alle altre sedi. Ciò è sicuramente dovuto alla presenza di ospiti di sesso maschile, più grandi e più gravi rispetto alle altre sedi.

I dati evidenziano infine una bassa frequenza di assenze sia per malattie che per infortuni presso la sede di San Miniato. Questo dato correla perfettamente con quanto rilevato dai questionari sul clima organizzativo, che mostrano come a San Miniato questo risulti decisamente migliore rispetto alle altre sedi.

incidenza percentuale di assenze per malattia	2005	2006	2007	2008	2009
uffici amministrativi	2,6	3,5	6,4	8,4	5,3
CALAMBRONE	4,5	5,5	5,6	5,4	4,2
MONTALTO	7,2	8,1	6,7	5,8	6,3
SAN MINIATO	7,7	9,8	4,5	4,0	4,9

incidenza percentuale di assenze per infortuni	2005	2006	2007	2008	2009
uffici amministrativi	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0
CALAMBRONE	0,3	0,6	0,6	0,2	0,4
MONTALTO	1,7	1,3	2,4	1,6	1,6
SAN MINIATO	0,0	0,6	0,3	0,2	0,1



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE: IL PERSONALE

IL PERSONALE

VALUTAZIONI E PROPOSTE

La valutazione del personale in merito al grado di soddisfazione delle aspettative che esso ripone nei confronti della Fondazione è stata rilevata, oltre che attraverso i questionari sul clima organizzativo somministrati annualmente a tutti i dipendenti, attraverso un confronto dialettico con coloro che a vario titolo sono stati ritenuti idonei a rappresentare il personale dipendente: le rappresentanze sindacali aziendali, le organizzazioni sindacali provinciali, i rappresentanti aziendali del personale medico e del personale laureato non medico.

Con tali soggetti è stato avviato un percorso di effettivo coinvolgimento nella redazione del bilancio sociale coerentemente con la scelta strategica adottata dalla Fondazione nell'implementazione del bilancio sociale di fare del coinvolgimento dei portatori di interesse il principio fondante della rendicontazione stessa.

In preparazione all'incontro che è stato organizzato per portare a sintesi le valutazioni e le proposte dagli stessi formulate sono stati sottoposti a ciascuno di essi i paragrafi del presente capitolo, nei quali sono esplicitate le aree strategiche di impegno della Fondazione, le iniziative intraprese nel quinquennio per soddisfare quelle che si ritengono essere le principali aspettative del personale e la valutazione del personale stesso così come questa scaturisce dall'analisi dei questionari sul clima organizzativo ed è stato chiesto di formalizzare le proprie considerazioni rispondendo sinteticamente alle seguenti domande:

1. in quale misura ritenete che le aree strategiche indicate nel documento rispondano alle vostre specifiche aspettative? (in particolare qual è secondo voi l'ordine di priorità di tali aspettative e quali sono eventuali aspettative che

non trovano riscontro nella selezione indicata?)

2. in quale misura ritenete che le iniziative intraprese dalla Fondazione costituiscano una concreta risposta alle Vostre aspettative? (e quali sono invece le criticità che rilevate?)

3. in quale misura ritenete che i questionari finora utilizzati per la rilevazione del clima interno siano adeguati per fornire una misurazione oggettiva e significativa? (sia per quanto concerne i contenuti, sia per quanto concerne le modalità di somministrazione)

4. quali impegni ritenete che la Fondazione debba assumere per migliorare la propria capacità complessiva di risposta alle vostre aspettative?

Per rispondere a queste domande i rappresentanti aziendali con i quali è stato avviato questo confronto sul bilancio sociale hanno coinvolto i propri colleghi in un confronto dialettico il più possibile partecipativo che ha prodotto contributi articolati che sono stati discussi in un incontro conclusivo al quale hanno partecipato tutti i rappresentanti interessati, incontro che ha portato ad una sintesi delle risposte date, che viene di seguito esplicitata.

1. aree strategiche

I contributi di riflessione a questo riguardo forniti concordano tutti sul fatto che le aree strategiche indicate rispondono esattamente alle aspettative del personale.

Diverse sono risultate le priorità tra queste indicate: la dirigenza medica ha ad esempio considerato prioritaria la qualità dell'ambiente di lavoro, il personale laureato non medico la crescita professionale mentre il comparto ha posto al primo posto l'integrazione e la comunicazione.



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE: IL PERSONALE

IL PERSONALE

VALUTAZIONI E PROPOSTE

Nell'ambito dell'incontro è stato peraltro convenuto che sia di fatto impossibile indicare un ordine rigido di priorità, fermo restando che la priorità ineludibile è quella di mettere il personale nella condizione di assicurare la migliore qualità possibile alle prestazioni erogate all'utenza, priorità rispetto alla quale le diverse aree strategiche indicate sono reciprocamente strumentali.

2 valutazione delle iniziative intraprese dalla Fondazione per rispondere alle aspettative del personale.

Per quanto concerne l'equiparazione alla normativa contrattuale del settore pubblico del rapporto di lavoro della dirigenza medica è stato unanimemente sostenuto che questa equiparazione sia stata adottata solo per quanto attiene alla disciplina concorsuale che viene applicata per l'assunzione, ma che non sia stato realizzato un allineamento complessivo per quanto attiene alla disciplina giuridica (soprattutto per quanto concerne il conferimento degli incarichi dirigenziali) né alla disciplina economica.

È stato evidenziato il fatto che in questi anni la dirigenza medica abbia sviluppato competenze elevate, tali da diventare un riferimento non solo all'interno ma anche all'esterno della Fondazione. Ai dirigenti medici sono state da tempo attribuite funzioni di responsabilità e autonomia decisionale alle quali non ha fatto riscontro il formale conferimento di idonei incarichi dirigenziali. È stato auspicato che questa equiparazione sia da subito estesa a tutti i profili professionali.

Per quanto concerne la contrattazione integrativa le organizzazioni sindacali hanno preso atto dell'impegno esplicitato dalla direzione generale di addivenire nel più breve tempo possibile alla definizione

di un contratto integrativo aziendale che disciplini in modo chiaro e condiviso tutte le materie che sono lasciate dal contratto collettivo nazionale alla contrattazione decentrata, rispondendo così a sollecitazioni da tempo rappresentate dalle organizzazioni sindacali stesse.

È stata a questo riguardo sottolineata dai rappresentanti della dirigenza non medica e dei livelli E amministrativi l'esigenza di tener conto di una pluralità sindacale coerente con le diverse aree di professionalità.

Per quanto concerne la formazione sono state unanimemente rilevate le seguenti criticità:

- la natura degli argomenti affrontati e le modalità di sviluppo degli stessi sono riconducibili piuttosto all'area dell'aggiornamento professionale che non della formazione in senso stretto
- mancano strumenti sistematici di misurazione delle effettive ricadute della formazione sulla pratica clinica, anche in relazione alla caratterizzazione che gli eventi organizzati hanno più di aggiornamento che di formazione
- gli eventi formativi sono organizzati prevalentemente da docenti interni, il che preclude la possibilità di una apertura ad esperienze e conoscenze effettivamente innovative
- è stata rilevata la mancanza di una strategia complessiva della formazione che consenta al contempo di finalizzare gli eventi formativi all'attuazione della strategia aziendale, e di dare opportuni spazi alle diverse componenti professionali
- per quanto concerne la comunicazione è stato confermato quanto emerge dall'analisi dei questionari sul clima interno, che indicano nella scarsa comunicazione la carenza aziendale più rilevante.

PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE: IL PERSONALE

IL PERSONALE

VALUTAZIONI E PROPOSTE

È stato preso atto dell'impegno che la Fondazione sta approfondendo nell'implementare iniziative e strumenti che consentano di superare questa criticità, ed è stato raccomandato che non solo si attivino strumenti sistematici di comunicazione orizzontale e verticale, ma che si adottino soluzioni efficaci rispetto alle criticità che dal confronto emergono.

3. valutazione dei questionari

I questionari per la rilevazione del clima interno sono stati valutati semplici,

sensibili e affidabili, mentre è stata rilevata una oggettiva carenza nell'attivare iniziative che risolvano le criticità rilevate

4. impegni che devono essere assunti

È stato manifestato un apprezzamento sincero per l'iniziativa di implementazione del bilancio sociale. È stato peraltro raccomandato che questo non assuma il carattere di un adempimento formale, ma diventi strumento di effettiva partecipazione del personale alla gestione aziendale.



San Miniato — il Seminario vescovile



San Miniato — la scalinata che dalla piazza del Seminario porta alla Cattedrale



PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

IL PERSONALE

GLI IMPEGNI DELLA FONDAZIONE

Coerentemente con la metodologia adottata per la gestione del coinvolgimento dei portatori di interesse, in questo paragrafo sono esplicitati gli impegni che la Fondazione intende assumere in risposta alle esigenze ed alle richieste che i rappresentanti del personale hanno formulato, e che sono sintetizzate nel precedente paragrafo. Per coerenza e continuità metodologica le indicazioni qui precisate sono riferite ai singoli punti dello stesso

Nella formulazione degli impegni che la Fondazione assume a fronte delle richieste espresse sono stati adottati due criteri fondamentali:

1. rielaborare le richieste espresse dai portatori di interesse alla luce delle strategie complessive della Fondazione, considerato che la visione del singolo stakeholder è ovviamente riferibile esclusivamente ai propri specifici interessi, mentre l'azione della Fondazione si riferisce alla visione complessiva del bene comune dell'Azienda e dunque l'una deve essere armonizzata nel contesto complessivo dell'altra.
2. assumere impegni puntuali, concreti ed effettivamente realizzabili nell'anno successivo a quello di redazione del Bilancio sociale, intendendo con ciò sia che la medesima realizzazione degli impegni sia nel proprio potere di governo, sia che essi siano realizzabili in funzione della loro fattibilità.

equiparazione dell'ordinamento giuridico del personale dirigente sanitario alla normativa pubblica (articolo 15 undecies del decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 299).

Come noto la normativa di riordino degli IRCCS (decreto legislativo 288/2003) ha reso facoltativa questa opzione, ma la Fondazione ha confermato per il persona-

le medico l'adozione della normativa pubblica mentre per il personale dirigente non medico sono state lasciate aperte entrambe le opzioni. Attualmente, l'equiparazione assicura sia l'adozione delle procedure concorsuali pubbliche per la selezione e l'assunzione del personale a tempo indeterminato, sia l'ordinamento interno delle dirigenze. Naturalmente, l'attribuzione di incarichi dirigenziali di alta specializzazione o di struttura semplice è demandata alla programmazione annuale e triennale dei piani di attività in base alle necessità organizzative e alla disponibilità reale delle risorse. In questo senso le richieste formulate dal personale si ritengono già soddisfatte.

Non è possibile invece l'equiparazione economica perché gli IRCCS di diritto privato non dispongono delle stesse risorse di quelli pubblici. Di fatto le finanziarie successive al 1999 non hanno previsto il finanziamento dell'indennità di esclusività per gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati (solo alcune Regioni l'hanno finanziata nei primi anni 2000), così come era previsto per rendere effettivo il citato *articolo 15 undecies* anche sotto l'aspetto economico.

L'azienda è impegnata a distribuire risorse economiche aggiuntive al personale dirigente mediante l'adozione (già da tre anni) di un sistema premiante interno teso a gestire un fondo variabile annuale.

Contrattazione integrativa

L'impegno dell'Azienda è di procedere alla stipula di un contratto integrativo aziendale non appena verrà firmato il prossimo contratto collettivo nazionale di lavoro (l'attuale è stato come noto recentemente disdetto dalle organizzazioni datoriali).

A questo riguardo occorre ricordare che

PARTE TERZA: LE ASPETTATIVE DEI PORTATORI DI INTERESSE

IL PERSONALE

GLI IMPEGNI DELLA FONDAZIONE

molte intese sono state già attuate, in particolare quella relativa al sistema premiante aziendale correlato con obiettivi di produttività, competitività e qualità ha disponibili risorse aggiuntive che hanno in parte consentito di attenuare le già notate differenze strutturali che caratterizzano il trattamento economico del personale che opera nelle strutture sanitarie private.

La Fondazione pur nella consapevolezza dell'importanza che l'aspetto economico riveste, deve muoversi negli spazi e nei limiti che la vigente normativa da un lato e l'attuale congiuntura economica dall'altro rendono possibili. Nel contesto dei vincoli che l'attuale congiuntura economica pone al sistema sanitario nazionale e regionale sarà di fatto impossibile sostenere incrementi di costi del personale di natura fissa e progressiva. Gli incrementi retributivi saranno necessariamente limitati al sistema premiante, in relazione alla disponibilità annuale derivante dai risultati della gestione, in coerenza d'altronde con orientamenti che in materia di trattamento economico del personale vanno consolidandosi, sia nel settore pubblico che privato, a livello nazionale.

Formazione

Gli impegni richiesti sono tutti condivisibili tant'è che la direzione aziendale sta esercitando già da qualche anno un'azione finalizzata ad indirizzare i programmi di formazione verso gli obiettivi auspicati dal personale. In effetti una certa prevalenza degli eventi di aggiornamento, su quelli di formazione vera e propria, è caratteristica precipua dei piani di formazione elaborati nel decennio 2000-2010, questo anche perché la natura di Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico determina tra l'altro la valorizzazione della conoscenza di base, oltre che di quella applicata.

La Fondazione assume l'impegno di:

- ♦ dare maggiore spazio ad eventi formativi specificamente finalizzati all'acquisizione di nuove competenze,
- ♦ implementare indicatori che consentano di misurare le ricadute della formazione sulle attività di assistenza e di ricerca

Comunicazione ed informazione interna

L'impegno che in questo ambito la Fondazione assume è quello di migliorare e valorizzare strumenti sistematici di comunicazione interna quali:

- ♦ la newsletter
- ♦ il sito web
- ♦ riunioni interne di informazione e confronto del personale non solo con i responsabili dei diversi settori operativi ma anche con la direzione generale.



San Miniato — il palazzo vescovile



CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE DEL DIRETTORE GENERALE

Giunti alla fine del lavoro di elaborazione di questo primo bilancio sociale ci sentiamo di formulare una valutazione molto positiva dell'esperienza, che ha avuto ricadute concrete in tutte e tre le dimensioni della rendicontazione sociale: comunicativa, organizzativa e relazionale. Per questo esprimiamo i nostri più vivi ringraziamenti alla Regione Toscana che ha reso possibile questo risultato attraverso un finanziamento specifico della Direzione generale dell'Assessorato al Diritto alla Salute.

L'impegno è, naturalmente, quello di far sì che questa prima esperienza trovi la giusta continuità nei prossimi anni per consolidare i risultati positivi conseguiti, soprattutto per quanto concerne un deciso miglioramento del rapporto con i portatori d'interesse con i quali abbiamo iniziato le nostre interlocuzioni: il personale e le associazioni degli assistiti. Non solo questo rapporto ne è uscito rinnovato e vivificato, ma attraverso i loro suggerimenti e le loro richieste di impegno possiamo ora calibrare meglio ed in modo più mirato i nostri obiettivi strategici.

Per quanto concerne le ricadute sul piano organizzativo interno la stessa introduzione del bilancio sociale ha consentito di evidenziare una serie di criticità ed ha indotto ad adottare modalità di lavoro che consentissero di superarle.

Tutto questo ha richiesto un impegno severo da parte di tutti coloro che hanno reso possibile la realizzazione del progetto, un impegno del quale li ringraziamo. L'implementazione del bilancio sociale, in definitiva, costituisce, parimenti ai sistemi qualità ed ai sistemi di accreditamento, un momento di elaborazione e valutazione del concreto operare della Fondazione in base alla propria *mission*. Questi processi necessitano di molto tempo per divenire patrimonio corrente della cultura organizzativa di un'azienda, anche se sul momento recano un benefico effetto sul

clima interno, soprattutto perché vivificano positivamente la comunicazione interna sul luogo di lavoro. La sfida è non far cadere la tensione tra un bilancio e l'altro e far sì che esso venga sentito durante tutto l'anno come un momento di attiva partecipazione da parte di tutti gli interessati alla vita della Fondazione.

A questo riguardo riteniamo opportuno assumere i seguenti impegni per il futuro:

- ♦ rendere sistematico il processo di rendicontazione sociale
- ♦ rendere sincronico il processo di rendicontazione sociale con quello di rendicontazione economica
- ♦ ampliare la tipologia di portatori d'interesse coinvolti nel processo di rendicontazione, con primario riferimento agli interlocutori istituzionali
- ♦ rendere più coinvolgente, pervasivo, strutturato, standardizzato e personalizzato il processo di coinvolgimento degli interlocutori interni
- ♦ proceduralizzare il processo di rendicontazione in modo che siano nel tempo codificate le responsabilità e gli strumenti della sua realizzazione.

Vorrei infine indicare, tra le ricadute positive del progetto, la decisione di rendere organica e strutturata, con una convenzione ad hoc, la collaborazione con l'Istituto Health Management di Firenze, diretto dal Prof. Scheggi. A quest'ultimo, animatore instancabile del processo di realizzazione del primo bilancio sociale della Fondazione, indirizziamo il nostro più caloroso ringraziamento. Avere avuto in questi mesi l'opportunità di vederlo al lavoro e di interloquire con lui sulle più disparate questioni di management sanitario ci ha arricchiti di nuove conoscenze professionali, ma innanzitutto ci ha fatto crescere come persone.

Roberto Cutajar
direttore generale
della Fondazione Stella Maris