

PIANO DELLA PERFORMANCE 2013

INDICE:

Premessa	2
Fasi del ciclo della performance	3
Il contesto	4
Chi siamo	6
La misurazione della Performance	8
Politiche di definizione del Budget	10
Indicatori di economicità	12
Organigramma della Fondazione	13
Mission, Vision e Valori	14
Principali punti di forza	16
Macroaree obiettivi	18
• Eccellenza scientifica	19
• Eccellenza clinica	24
• Sicurezza per i pazienti e per gli operatori	29
• Miglioramento dei servizi per l'utenza	31
• Digitalizzazione	32
• Trasparenza e anticorruzione come obiettivi culturali	33
• Gestione attenta delle risorse	34

ALLEGATI

All. 1) Sintesi dati di attività anno 2012-2011

All. 2) Organigramma deliberato dal CdA con Deliberazione 27 febbraio 2013 n. III/75

PREMESSA

Il Piano della Performance è un Documento di Programmazione previsto dal Decreto Legislativo 27 Ottobre 2009, n. 150, la cui adozione è disposta anche per gli Enti del S.S.N. al fine di assicurare e garantire elevati standards qualitativi ed economici del servizio erogato, tramite la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa ed individuale.

La finalità è quella di rendere partecipe la collettività ed in particolare gli utenti del S.S.R. dei più interessanti e performanti obiettivi che la Fondazione si è prefissa di raggiungere sia nell'anno corrente che nel triennio, garantendo trasparenza ed ampia diffusione tra cittadini, utenti, stakeholders, etc.

Il Piano della Performance è orientato ad assicurare un forte legame tra la missione dell'Istituto, i programmi, gli obiettivi e le azioni intraprese, nonché tra risultati, processi e risorse.

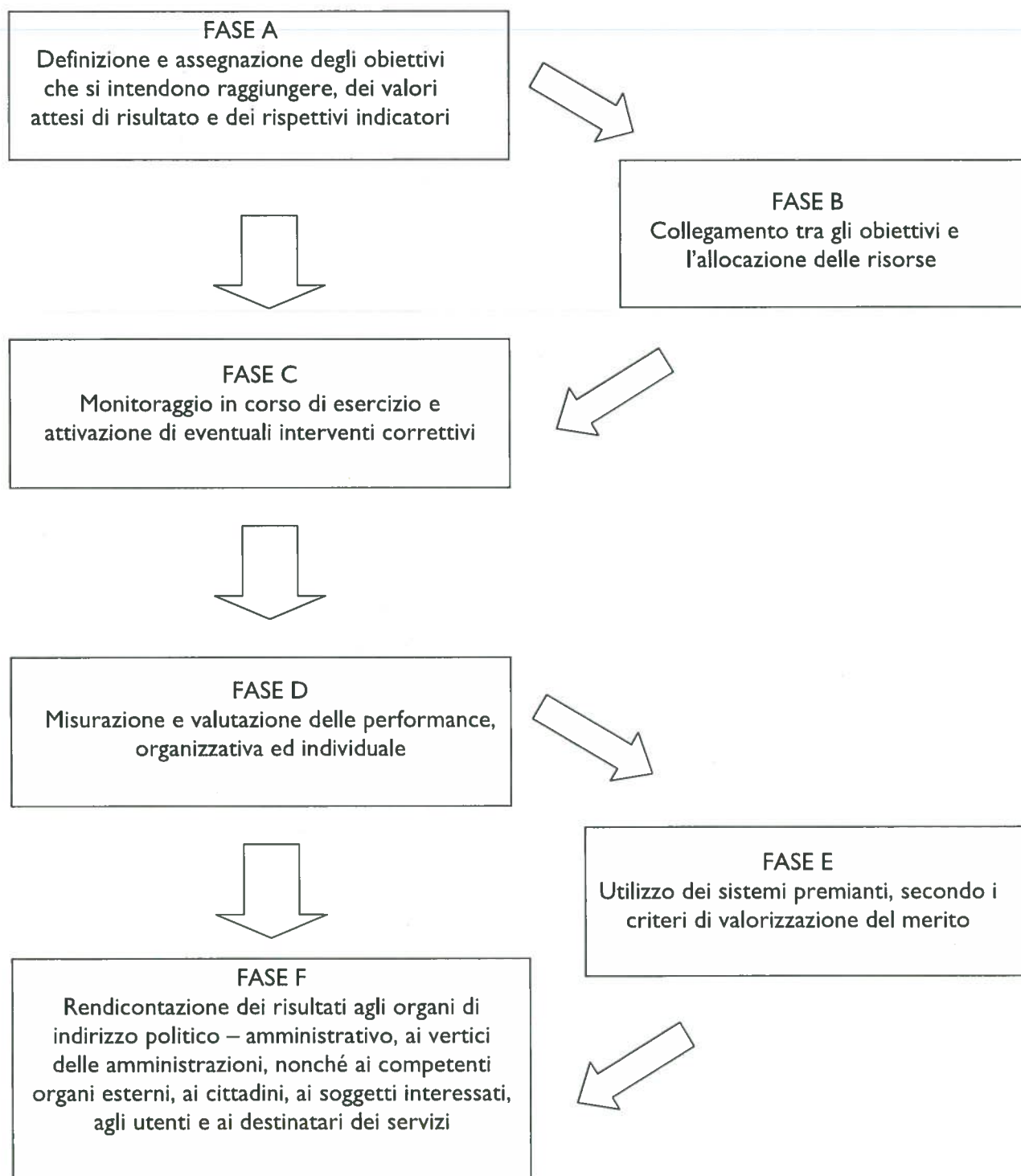
La prima parte del Piano è essenzialmente descrittiva della Fondazione e dell'attività di programmazione – vale a dire degli elementi che consentono di identificare “chi è” e “cosa fa” –, mentre la seconda è rappresentata da tabelle di sintesi dei progetti e degli obiettivi che la Fondazione si propone di perseguire.

Il Piano della Performance viene aggiornato con cadenza annuale in relazione a :

- obiettivi definiti in sede di programmazione regionale;
- modifiche del contesto (interno – esterno) di riferimento;
- modifiche della struttura organizzativa e delle modalità di funzionamento della Fondazione.

Il Piano viene pubblicato sul sito istituzionale, nella sezione “Operazione Trasparenza” e la Direzione darà conto dell'effettivo stato di attuazione attraverso la Relazione annuale sulla Performance.

FASI DEL CICLO DELLA PERFORMANCE



IL CONTESTO¹

L'Italia invecchia e gli anziani sono sempre di più. Si vive più a lungo, ma l'allungamento della vita si accompagna, spesso, a una serie di malattie (neurologiche, cardiovascolari, degenerative) che possono comportare disabilità e limitazioni nello svolgimento della vita quotidiana.

Le malattie neurologiche sono un importante problema di sanità pubblica, colpiscono tutte le età, sono croniche e causa di disabilità e hanno un impatto molto forte sui malati, le loro famiglie, i sistemi politici. Come riportato recentemente da diversi studi, in Europa le malattie neurologiche sono causa del 35% della disabilità causata da tutte le malattie.

Si ha così il passaggio da uno scenario con prevalenza di malattie trasmissibili ad uno con prevalenti malattie croniche non trasmissibili e il generale invecchiamento della popolazione, la cosiddetta "transizione epidemiologica" che ha accresciuto la preoccupazione e le difficoltà di chi deve valutare in maniera globale la salute e la disabilità delle popolazioni, da quella motoria e sensoriale alla cognitiva fino alla sfera psicoemotiva e viscerale.

Cresce dunque l'attenzione al carico assistenziale sempre più rilevante derivante in generale dalle patologie neurologiche: le malattie neurodegenerative (Alzheimer, Parkinson, Sclerosi Laterale Amiotrofica), i tumori del sistema nervoso, le patologie autoimmuni (Sclerosi Multipla, Miastenia), le epilessie, le malattie degenerative genetiche e le malattie dello sviluppo infantile e dell'adolescenza.

Queste sfide hanno comportato un'evoluzione fortissima delle neuroscienze, proprio in conseguenza della diffusione e dell'impatto delle patologie neurologiche, cui si è accompagnata un'evoluzione rapidissima e continua delle tecnologie e delle conseguenti capacità diagnostiche e terapeutiche nonché dei modelli gestionali. Uno sforzo straordinario è in corso in questo senso a livello internazionale.

Gli sviluppi scientifici e tecnologici hanno consentito infine di affrontare sotto un profilo scientifico anche gli aspetti diagnostici e terapeutici legati ad un tema di particolare interesse sotto il profilo bioetico quali i disordini di coscienza.

A fronte della crescente domanda di salute in questo ambito, vi è da tempo a livello nazionale e regionale un'attenzione alla programmazione delle risorse destinate ai livelli di assistenza, alla verifica dell'appropriatezza della spesa, alla definizione di regole di finanziamento che spingono verso modelli gestionali più parsimoniosi attraverso una modifica delle DRG orientata a ridurre progressivamente il ricorso ai ricoveri.

¹ Tratto dal PIANO STRATEGICO TRIENNALE 2010 -2012

Nel quadro di scarsità di risorse per la sanità pubblica, l'alto impatto disabilitante e quello di costo/carico complessivo delle malattie neurologiche dovranno, tuttavia, indurre a riconsiderare i criteri in base a cui definire l'allocazione di risorse in ambito sanitario e sociale in funzione delle priorità di salute e di cura.

Sul fronte della ricerca, le neuroscienze hanno avuto un'evoluzione recente nell'ambito della medicina molecolare, della biologia cellulare e della nanomedicina, che apre possibilità straordinarie alla diagnosi e alla cura sempre più efficace e attenta agli esiti delle patologie.

Anche in quest'ambito, negli ultimi anni il Ministero della Salute ha progressivamente ridotto il finanziamento della ricerca corrente, stabilendo peraltro criteri più stringenti per l'assegnazione delle risorse finanziarie ed ha accresciuto il sostegno alla ricerca finalizzata. Questo, se da un lato favorisce lo sforzo programmatico degli Istituti di ricerca, dall'altro rende più complesso il costruire percorsi di stabilizzazione dei ricercatori e di ricambio generazionale.

Vi è inoltre l'esigenza di fare leva sul prestigio internazionale di alcuni Istituti perché la ricerca nelle neuroscienze mantenga una presenza strategica in Italia, rafforzando le iniziative di collaborazione miranti ad attrarre ricercatori stranieri o ricercatori italiani che operano all'estero.

CHI SIAMO

La Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, di rilievo nazionale, si configura statutariamente quale Fondazione di partecipazione, nella quale assumono particolare rilevanza i soggetti rappresentati in seno al Consiglio di Amministrazione. La Fondazione Besta annovera tra i Fondatori la Regione Lombardia, il Ministero della Salute e il Comune di Milano che hanno in seno al Consiglio di Amministrazione una specifica rappresentanza.

Sono Organi della Fondazione: il Presidente, il Consiglio di Amministrazione, il Direttore Generale, il Direttore Scientifico e il Collegio Sindacale.

Il 15 luglio 2006 l'Istituto Neurologico "Carlo Besta", fondato nel 1918 e classificato dal 1981 come Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), è stato trasformato in Fondazione IRCCS con personalità giuridica di diritto pubblico, ai sensi del decreto legislativo n.288 del 2003. L'attività della Fondazione è disciplinata dallo Statuto approvato con Decreto del Ministero della Salute il 28 aprile 2006.

Nel giugno 2009 è stata stipulata una convenzione che sancisce l'ingresso della Fondazione Mariani nella Fondazione "Carlo Besta" quale primo partecipante privato al fianco dei fondatori pubblici (Ministero della Salute, Regione Lombardia e Comune di Milano).

Nel quadro sanitario regionale e nazionale, la Fondazione IRCCS Carlo Besta si pone quale polo di eccellenza per la ricerca e la cura delle più significative malattie neurologiche. Il Besta coniuga in modo sinergico le attività di ricerca scientifica, di diagnosi e cura – che danno origine ad un continuo miglioramento dell'efficacia terapeutica – nell'ambito della neurologia clinica e di base e si occupa dei disturbi neurologici dell'adulto e del bambino, delle patologie neurochirurgiche ed oncologiche e delle malattie croniche e rare.

L'Istituto è riferimento nazionale e regionale di numerosi centri ultraspecialistici per il trattamento di disturbi neurologici specifici.

Obiettivo fondamentale dell'attività complessiva della Fondazione è quello di rispondere al bisogno di salute secondo criteri di qualità, eticità, efficienza e innovazione scientifica avendo come valore di riferimento la centralità della persona.

La Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta persegue le seguenti finalità fondamentali: assistenza sanitaria e di ricerca biomedica, sanitaria, di tipo clinico e finalizzata alla cura (ricerca traslazionale); elaborazione ed attuazione di programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria; supporto alle università (istruzione e formazione pre e post laurea); sperimentazione di forme innovative di gestione e organizzazione in campo sanitario e di ricerca biomedica.

La Fondazione, in conformità alla sua mission, ha costituito e partecipa, con altre strutture pubbliche e private, a diversi consorzi/associazioni/società ed in particolare:

- Il Consorzio di Genomica Funzionale, denominato **GENOPOLIS**, e finalizzato allo sviluppo scientifico e tecnologico della genomica funzionale.
- L'Associazione **Ce.ri.S.Ma.S.** (Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario) che ha lo scopo di sviluppare attività di ricerca e promozione nell'area della gestione delle organizzazioni sanitarie, anche mediante forme di collaborazioni con istituzioni pubbliche e private.
- L'Associazione per la Neuroscienze Cliniche e Riabilitative (**A.N.R.C.**), composta dai rappresentanti di IRCCS sia di diritto pubblico che privato, che si occupa di promuovere lo sviluppo della ricerca scientifica nel campo delle neuroscienze e della riabilitazione.
- La Fondazione **CNAO** che ha come scopo quello di realizzare il Centro Nazionale di Androterapia Oncologica.
- Il **Centro di Riabilitazione Terranuova Bracciolini S.p.A.**, polo sanitario riabilitativo di alta specializzazione nella zona di Valdarno (AR).

La Fondazione partecipa altresì, in qualità di socio, a diverse associazioni tra cui:

- La Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere (**FIASO**) che ha come scopo quello di concorrere alla ottimale qualificazione e sviluppo dell'assistenza sanitaria nonché promuovere la formazione e l'aggiornamento professionale degli operatori sanitari.
- **L'Associazione Alleanza contro il Cancro** finalizzata alla gestione di una rete di informazione e collaborazione tra gli IRCCS di diritto pubblico e privato ad indirizzo oncologico, che promuova e agevoli lo scambio di dati e risultati scientifici.
- **L'Associazione Alleanza degli Ospedali nel Mondo**, che ha come scopo primario quello di promuovere, favorire ed organizzare una stabile collaborazione dei centri sanitari italiani nel mondo fra loro e con il Ministero della Salute.
- **Il Centro Europeo di Nanomedicina**, centro di ricerca di eccellenza dedicato a ricerche di base ed applicate nell'ambito della nano medicina.

LA MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE

La verifica del livello di conseguimento atteso degli obiettivi è assicurata attraverso l'individuazione di uno o più indicatori agli stessi associati.

La misurazione delle performance avviene periodicamente attraverso il monitoraggio degli obiettivi di interesse regionale e del documento di programmazione, nonché con strumenti mirati, quali il processo di budget e/o la reportistica periodica.

Nell'ambito del processo di budget, dal confronto periodico tra l'andamento della gestione e gli obiettivi definiti, possono essere effettuati, nel caso di criticità e/o scostamenti dai programmi, interventi correttivi.

E' compito del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni monitorare e valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi di programmazione e gestione pianificati.

GESTIONE DELLE PERFORMANCES E SELETTIVITÀ NELL'ATTRIBUZIONE DEI PREMI RISULTATO

La retribuzione di risultato/produttività collettiva é finalizzata, all'interno della Fondazione, a promuovere il merito ed il miglioramento delle performances organizzative ed individuali attraverso l'utilizzo di sistemi premianti ispirati a logiche meritocratiche che vietano l'erogazione indiscriminata a "pioggia".

E' attualmente in vigore per il personale del Comparto una modalità di erogazione della "produttività" articolata nel modo seguente:

A) il 70% delle risorse disponibili del Fondo della Produttività collettiva sono finalizzate a premiare il grado di raggiungimento dell'obiettivo di performance organizzativa (obiettivo di produzione) previa certificazione prevista con cadenza trimestrale da parte del Controllo di Gestione e validata dal NVP sulla base degli indicatori stabiliti in sede di definizione del budget e/o relazioni dei Direttori di Struttura Complessa attestanti lo stato di avanzamento degli obiettivi.

B) il 30% delle risorse disponibili del Fondo della Produttività, sono riconosciute, a saldo, in relazione alla valutazione individuale (attraverso la compilazione di un'apposita scheda di valutazione della performance) ottenuta nell'anno di riferimento.

Entrambe le quote di produttività collettiva sono attribuite al personale con le diversificazioni basate sui pesi delle relative categorie contrattuali previste dal CCIA 2002/2005 (Area del comparto).

Per il personale Dirigente la ripartizione del fondo per la retribuzione di risultato individuato dai vigenti CCCCNL avviene in base al grado di raggiungimento degli obiettivi della singola U.O.

(certificato dal NVP) e, per i dirigenti professional e responsabili di Struttura Semplice afferenti all'area medica-sanitaria, anche della percentuale di raggiungimento individuale degli obiettivi indicata nella scheda di valutazione (per il direttore di U.O. si applica la percentuale di raggiungimento degli obiettivi della U.O.; per il Direttore di Dipartimento si fa riferimento alla media di raggiungimento degli obiettivi delle U.O. afferenti).

In caso di inottemperanza a quanto previsto dal d.lgs 150 del 2009 in materia di ciclo di gestione della performance, la normativa in materia individua una responsabilità Dirigenziale. La Fondazione ha previsto all'interno del CCA della Dirigenza Medica (Art. 15) del 21 dicembre 2011 quanto segue: *“Dal 2012, qualora non vengano compilate le schede di valutazione, non si provvederà a corrispondere la retribuzione di risultato ai Direttori di Struttura Complessa, mentre per gli altri Dirigenti verrà cautelativamente corrisposta una quota non superiore al 50% proporzionale alla percentuale di raggiungimento degli obiettivi di Unità Operativa”*.

POLITICHE DI DEFINIZIONE DEL BUDGET

I - DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Il Budget 2013 è stato elaborato sulla base delle linee strategiche contenute nel:

- Piano Socio Sanitario Regione Lombardia (PSSR) 2010-2014;
- Patto della Salute 2010-2012;
- Decreto-legge **Spending Review**, n. 95 del 6 luglio 2012 recante “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”;
- **DGR 3976** del 06/08/2012 “Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2012 anche alla luce dei provvedimenti nazionali”
- Decreto-legge **Balduzzi**, n. 158 del 13 settembre 2012 recante “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”;
- **Legge di stabilità 2013**, n. 228 del 24.12.2012;
- Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2013 (Deliberazione n. IX /4334 del 26/10/2012 e ss) – **Regole 2013**;
- **Bilancio Economico Preventivo 2013** approvato con Delibera del CDA n. 63 del 8/02/2013.

II - PRINCIPALI IPOTESI DI BUDGET ADOTTATE

Obiettivi di produzione (mantenimento)

L'anno 2013 si presenta particolarmente impegnativo, in considerazione degli **investimenti programmati**:

- installazione di due nuove sale operatorie pre-fabbricate
- ristrutturazione della Recovery Room
- umanizzazione delle aree di degenza

Questi interventi strutturali coinvolgeranno, direttamente, il Dipartimento di Neurochirurgia e le aree di degenza, ed indirettamente tutto l'Ospedale di via Celoria. Particolare attenzione verrà pertanto posta nella programmazione degli interventi, al fine di renderla compatibile con il mantenimento dell'attività produttiva dell'Istituto.

Nel 2013, pertanto, si intende perseguire l'obiettivo del **mantenimento dell'attività chirurgica conseguita nell'anno 2012, con le criticità sopra evidenziate, ed il potenziamento dell'attività ambulatoriale**, tenendo presenti le disposizioni regionali in merito alla trasformazione di alcune prestazioni da regime di ricovero ordinario e day hospital in prestazioni **ambulatoriali in MAC e BIC** e garantendo per i ricoveri in regime ordinario un **elevato livello di eccellenza**, trattando una casistica complessa (per esempio: DRG Craniotomia).

In allegato (Allegato I) si riporta l'analisi dell'andamento della produzione negli anni 2011-2012.

Obiettivi di Costi (riduzione)

Nel 2013 si intende perseguire l'obiettivo di **ottimizzazione dei costi di beni e servizi**, così come previsto dalla normativa nazionale e regionale (Legge di Stabilità n. 228 del 24/12/2012, Spending Review Legge n. 135/2012, Regole Regionali 2013 DRG n. IX/4334 del 26/10/2012 e seguenti):

- **Beni e servizi (al netto della spesa per farmaci e dispositivi medici):** riduzione almeno del **1%** rispetto alla proiezione del III CET 2012;
- **Farmaci:** riduzione del **1,5%** rispetto alla proiezione del III CET 2012;
- **Dispositivi medici:** riduzione del **4%** rispetto alla proiezione del III CET 2012.

Autofinanziamento degli investimenti

Per l'anno 2013 **non sono ammessi investimenti autofinanziati**. Gli investimenti possono essere realizzati se finanziati con contributi in conto capitale e **previa validazione da parte della Direzione Generale Sanità**.

Gestione del Personale

A livello di linee strategiche per la gestione del personale per il 2013 si conferma **l'obiettivo di dare priorità all'assunzione di personale a tempo indeterminato**.

Per quanto riguarda tutte le altre tipologie di **contratti atipici** (Co.Co.Co, incarichi libero professionali e di consulenza), la relativa **spesa per l'anno 2013 non potrà superare quella sostenuta nell'anno 2012**.

INDICATORI DI ECONOMICITA'

Descrizione	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Totale di Ricavi al netto dei costi capitalizzati	81.093,00	80.860,00	88.997,00	95.081,00	95.962,00	83.748,00
1. Rapporto percentuale tra totale dei costi del personale /totale ricavi gestione caratteristica (Nota Integrativa Totale: costo del personale dipendente totale /CE Riepilogo : Totale dei Ricavi caratteristici al netto dei costi capitalizzati)	26.907/81.093	28.275/80.860	30.830/88.997	30.721/95.081	30.628/95.962	30.598/83.748
	33,18%	34,97%	34,64%	32,31%	31,92%	36,54%
2. Costi per beni e servizi/ricavi gestione caratteristica (Costo per beni e servizi comprende: N.I. Tot: acquisti di beni B1; acquisti di servizi B2 ;manutenzioni B3; Godimento beni di terzi B4,Oneri diversi di Gestione B9)	47.334 /81.093	52.437 / 80.860	54.406 /88.997	56.735/95.081	58.905/95.962	49.347/87.748
	58,37%	64,84%	61,13%	59,67%	61,38%	56,24%
3. Risultato operativo di esercizio/ricavi della gestione caratteristica (ROS) al netto dei costi capitalizzati	2.851/ 81.093	2.767/80.860	2.935/88.997	2.760/95.081	2.418/95.962	2.980/83.748
	3,51%	3,42%	3,30%	2,90%	2,52%	3,56%
4. Rotazione del CI: ricavi gest. caract./ Totale attività	81.093/98.643	80.860/109.187	88.997/99.735	95.081/101.311	95.962/112.680	
	0,82	0,74	0,89	0,94	0,85	
Patrimoniali						
5. Grado di indebitamento corrente: passivo corrente/Tot. Passività — (Passivo corrente: SP riepilogo: D (debiti) +NI Tot E1Rate/ totale passività)	50.973 /98.643	59.733/109.187	53.791/99.735	48.613/101.311	56.842/112.680	
	51,67%	55,00%	54,00%	47,98%	50,45%	
6. Cespiti per addetto (Attivo fisso-imm. Fin.)/N. Addetti	43.904/510,8	48.697/ 523,3	51.857/ 555,30	49.386/558,60	45.459/587	
	85,95	93,06	93,39	88,41	77,44	
7. Durata crediti verso clienti (privati+pubblici) : crediti vs clienti/ ricavi giornalieri	27.714/(51.842/360)	34.657/(52.918/360)	20.395/(59.202/360)	27.974/(62.630/360)	21.237/(62.293/360)	
	192 gg	235 gg	124 gg	161gg	123gg	
8. Durata crediti verso clienti privati/ricavi giornalieri	5.454/(10.724/360)	2.310/(10.548/360)	2.271/(10.494/360)	4.069/(11.796/360)	5.260/(11.562/360)	
	181 gg	79 gg	78 gg	124gg	164gg	
9. Durata media debiti verso fornitori: debiti vs fornitori/acquisti giornalieri	17.076/(54.506/360)	16.366/(62.542/360)	14.179/(54.256/360)	12.780/(52.547/360)	8.071/(48.731/360)	
	113 gg	95 gg	94 gg	87gg	60gg	
10. Passivo consolidato (Debiti a M/L termine)/ricavi gest. Caratteristica	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
* Ricavi gestione caratteristica: sono al netto dei costi capitalizzati						

ORGANIGRAMMA DELLA FONDAZIONE

In allegato al Piano (Allegato 2) l'organigramma definito in base al nuovo POA deliberato dal CdA con Deliberazione 27 febbraio 2013 n. III/75, avente ad oggetto: "Revoca della deliberazione n. III/64 dell'08/02/2013 e riapprovazione del Piano di Organizzazione Aziendale (POA) 2012-2014", approvata dalla Giunta Regionale con Deliberazione 7 marzo 2013 n. 5004.

Al momento della stesura del presente Piano della Performance, il POA in argomento è applicabile per le strutture del Dipartimento Amministrativo e le Funzioni organizzative di Staff ad Direttore Generale che non sono soggette a procedure di accreditamento.

MISSION, VISION E VALORI²

Obiettivo fondamentale dell'attività complessiva della Fondazione è quello di rispondere al bisogno di salute secondo criteri di qualità, eticità, efficienza e innovazione scientifica avendo come valore di riferimento la centralità della persona, sia paziente che dipendente che privato cittadino.

E' impegno primario degli organi dell'Istituto e di ogni sua componente organizzativa, secondo le rispettive attribuzioni, il perseguire compiutamente i fini istituzionali, assicurando la piena attuazione dei principi della correttezza e trasparenza sia amministrativa che gestionale, coniugandoli con la massima efficacia degli interventi ed efficienza nell'impiego delle risorse al fine di pervenire ad un'effettiva economicità dell'azione di governo.

La Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta persegue le seguenti finalità fondamentali:

- svolgere attività di assistenza sanitaria e di ricerca biomedica, sanitaria, di tipo clinico e finalizzata alla cura (ricerca traslazionale);
- elaborare ed attuare programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria;
- fornire supporto alle università (istruzione e formazione pre e post laurea);
- sperimentare e monitorare forme innovative di gestione e organizzazione in campo sanitario e di ricerca biomedica.

Nel quadro sanitario regionale e nazionale, la Fondazione IRCCS Carlo Besta si pone quale polo di eccellenza per la ricerca e la cura delle più significative malattie neurologiche che, dato il progressivo invecchiamento della popolazione, stanno aumentando in misura esponenziale ed avranno nei prossimi decenni un carico assistenziale sempre più rilevante.

L'Istituto coniuga in modo sinergico le attività di ricerca scientifica, di diagnosi e cura – che danno origine ad un continuo miglioramento dell'efficacia terapeutica – nell'ambito della neurologia clinica e di base e si occupa dei disturbi neurologici dell'adulto e del bambino, delle patologie neurochirurgiche ed oncologiche, delle malattie croniche e rare.

L'impegno costante nella diagnosi e nella terapia si unisce alla ricerca finalizzata alla cura, con l'obiettivo comune di favorire la conoscenza e di implementare il trattamento e la prognosi delle malattie neurologiche.

L'Istituto è riferimento nazionale e regionale di numerosi centri ultraspecialistici per il trattamento di disturbi neurologici specifici.

La missione della Fondazione IRCCS pertanto è quella di rispondere al bisogno di salute secondo criteri di qualità, eticità, efficienza ed innovazione scientifica, avendo come valore di riferimento la centralità della persona.

² Tratto dal Piano Organizzativo Aziendale

Tali finalità, tra loro inscindibili, sono perseguite attraverso l'esercizio delle funzioni aziendali con particolare riferimento alle attività di alta specializzazione e con l'impegno ad assicurare le relative prestazioni, siano esse di ricerca o di assistenza, con la massima efficienza ed una costante attenzione ai profili della qualità e dell'efficacia.

L'Istituto intende incrementare ulteriormente il proprio ruolo di struttura di riferimento nell'ambito delle Neuroscienze, permeando di tale visione tutta l'attività delle diverse strutture organizzative a cominciare dall'Organizzazione Dipartimentale.

PRINCIPALI PUNTI DI FORZA³

Di seguito alcuni dei principali punti di forza della Fondazione:

- Disponibilità di risorse professionali, tecnologiche, organizzative, know how e relazioni in grado di sviluppare l'intero filone della ricerca nelle neuroscienze (pre-clinica, traslazionale, trial clinici).
- Capacità di sviluppare un'attività clinica di eccellenza, in quanto fortemente integrata con l'attività di ricerca, come dimostrato dalla coerenza tra la casistica trattata e le linee di ricerca programmata; il costo per 1000 euro di fatturato di ricovero in rapporto a quello di altre aziende sanitarie (dati Joint Commission) evidenzia la complessità della casistica e il collegamento con la ricerca clinica.
- Posizionamento strategico nella ricerca negli ambiti ritenuti più promettenti per le neuroscienze:
 - medicina molecolare;
 - bioimaging;
 - biologia cellulare;
 - nanomedicina.
- Disponibilità di un know how e di una rete di relazioni per la definizione di un metodo scientifico per valutare e risolvere gli aspetti socio-assistenziali delle patologie neurologiche in funzione di una riabilitazione globale.
- Capacità di attrazione di risorse finanziarie sui programmi di ricerca propri sia a livello nazionale che comunitario, in presenza di un'evoluzione sfavorevole a livello nazionale del finanziamento della parte corrente; di particolare rilievo per un'istituzione pubblica come il Besta è la capacità di sviluppare e potenziare la ricerca clinica indipendente.
- Elevata produttività della ricerca testimoniata dai valori dell'Impact Factor e dalla elevata qualità delle riviste.
- Centro leader in Italia per la neurochirurgia di elezione non traumatica, con un prestigio riconosciuto a livello internazionale, anche grazie alla disponibilità di tecniche chirurgiche innovative e di avanguardia (chirurgia stereotassica; ...).
- Capacità di offrire trattamenti radioterapici ad elevata complessità, in particolare per pazienti oncologici, anche grazie alla disponibilità di tecnologie di avanguardia (Cyber Knife; acceleratore lineare; ...).
- Capacità di mettere a punto terapie innovative (Unità Produttiva per Terapie Cellulari, neurofisiologia interventistica di modulazione e stimolazione, radiochirurgia selettiva, terapia loco-regionale dei glioblastomi, medicina molecolare).

³ Tratto dal PIANO STRATEGICO TRIENNALE 2010 -2012

- Dotazione di apparecchiature ad alta tecnologia, sia per l'attività clinica e diagnostica che per l'attività sperimentale, che rendono il Besta un centro di alta specializzazione (Risonanza Magnetica sperimentale 7 TESLA, Angiografo biplano, Risonanza Magnetica 1,5 e 3 TESLA, Acceleratore lineare).
- Elevato livello tecnologico nella diagnostica per immagini (sistema RIS/PACS).
- Capacità di innovazione organizzativa nell'erogazione delle prestazioni, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e l'appropriatezza delle cure: assistenza per aree di degenza multidisciplinari, degenze brevi nel dipartimento pediatrico (Week Hospital), pacchetti ambulatoriali (Day Service), prericovero chirurgico.
- Trend fortemente positivo nella riduzione dei tempi di attesa per i primi accessi assoluti nella visite neurologiche.
- Capacità di sviluppare accordi di collaborazione con altri enti sanitari di eccellenza integrandoli fortemente con la struttura organizzativa (Dipartimenti Interaziendali).
- Disponibilità di un sistema organizzativo strutturato di prevenzione e protezione e di un piano per il completamento dei documenti di valutazione dei rischi e i conseguenti interventi di miglioramento.
- Forte investimento sull'attività di valutazione e controllo:
 - adozione volontaria del Codice Etico Comportamentale e del Modello Organizzativo ai sensi del D. Lgs 231/2001 e costituzione di un organismo indipendente di valutazione;
 - sviluppo della politica della qualità, della certificazione e della misurazione dei risultati: ISO 9001, Joint Commission International, Balanced Score Card;
 - sviluppo progetti risk management.
- Elevata apertura alla partecipazione di partner privati; in particolare la Fondazione Mariani, a seguito di un accordo economicamente importante volto a sostenere l'attività clinica e di ricerca dell'Istituto in ambito pediatrico, è entrata a fare parte dell'organo di indirizzo della Fondazione.
- Relazioni sindacali positive.
- Sviluppo comunicazione istituzionale attraverso l'evoluzione del sito istituzionale e la produzione dell'house organ e ufficio stampa con monitoraggio uscite.

MACROAREE OBIETTIVI

La Fondazione IRCCS Carlo Besta è il principale Istituto neurologico italiano. E' riconosciuta la capacità di sviluppare attività di ricerca ed attività clinica di elevato livello il cui mantenimento e miglioramento richiedono continuo impegno dei propri operatori ed adeguati investimenti.

Attraverso la ricerca, l'Istituto individua possibilità diagnostiche e terapie nuove o migliorative per i pazienti garantendo quindi l'elevata qualità nelle proprie prestazioni.

Vengono pertanto considerati OBIETTIVI DI PERFORMANCE all'interno del presente Piano aziendale:

1. ECCELLENZA SCIENTIFICA

2. ECCELLENZA CLINICA

3. SICUREZZA PER I PAZIENTI E PER GLI OPERATORI

4. MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI ALL'UTENZA

5. DIGITALIZZAZIONE

6 TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE COME OBIETTIVI CULTURALI

7 GESTIONE ATTENTA DELLE RISORSE

ECCELLENZA SCIENTIFICA

La Fondazione IRCCS Istituto Neurologico “Carlo Besta” interpreta nelle sue strategie cliniche e di ricerca l’impegno sulle grandi tematiche della neurologia dei nostri tempi e della innovazione tecnologica che il progresso scientifico offre con progressione esponenziale, avendo come obiettivo il paziente. L’eccellenza assistenziale e appropriatezza gestionale trova completamento nell’eccellenza scientifica dell’attività di ricerca: le componenti non sono decisamente differenziate e interpretano il continuum traslazionale “FROM BENCH TO BED” e viceversa.

La ricerca dell’istituto è clinica e traslazionale e può essere suddivisa in tre settori principali:

- Area di ricerca preclinica
- Area di ricerca clinica
- Area di ricerca socio assistenziale.

L’eccellenza scientifica quindi è caratterizzata dalla capacità di traslazonalità dell’attività di ricerca sopra specificata, ovverosia dalla capacità di trasferire in termini concreti a livello di ricaduta assistenziale e terapeutica sulla collettività i risultati della ricerca.

L’attività di ricerca della nostra Fondazione si svilupperà in linea con gli indirizzi individuati nel documento di programmazione europea “UE 2020”, linee strategiche recepite anche nel documento di Programmazione Nazionale delle Ricerca Sanitaria 2014-2016 e in linea con la programmazione sanitaria regionale. In quest’ottica sono state riviste le linee di ricerca programmatiche per il prossimo triennio (2013-2015) secondo il modello logico adottato dall’NIH. Su queste basi, le linee di ricerca del nostro Istituto sono organizzate in 4 macro-aree:

Linea 1. Neurologia Sperimentale pre-clinica: Studi patogenetici e sviluppo di terapie sperimentali su modelli cellulari, animali e in silico ove possibile.

Obiettivo principale di questa linea di ricerca è lo studio della patogenesi delle malattie neurologiche in modelli sperimentali. I progetti prevedono l'utilizzo di modelli animali genetici, sia naturali che transgenici; modelli animali indotti; modelli cellulari e di network neuronale; modelli “cell-free” e modelli computerizzati ed in silico.

Linea 2. Caratterizzazione fenotipica e genotipica e diagnostica avanzata delle Malattie Neurologiche: questa area include la neurologia clinica, la neuropsicologia, la neurofisiologia, la neuroradiologia, la neuropatologia e la medicina molecolare.

Questa linea di ricerca è volta alla caratterizzazione fenotipica e genotipica dei pazienti affetti da malattie del sistema nervoso centrale e periferico e del muscolo attraverso specifici protocolli clinici ed esami strumentali e di laboratorio. Un particolare sforzo è dedicato all’identificazione di nuovi geni-malattia e fattori di rischio genetico, e allo sviluppo di biomarcatori ad elevata sensibilità

e specificità, utilizzando tecniche avanzate di neuroimaging e neurofisiologia, e metodiche biochimiche, morfologiche e molecolari. Il fine ultimo è la diagnosi precoce e la stratificazione dei pazienti attraverso algoritmi multifattoriali, per ottimizzare la gestione clinica delle diverse patologie, selezionare i casi per i trial farmacologici e non farmacologici, e comprendere la patogenesi delle malattie per identificare nuovi target terapeutici e sviluppare innovative strategie di intervento.

Linea 3. Sperimentazione Clinica in Neurologia e Neurochirurgia

La mission principale è quella di far diventare il nostro Istituto un Centro di Eccellenza per la Sperimentazione Clinica in Neuroscienze di riferimento nella Regione Lombardia e nel Paese.

Gli obiettivi principali per questo scopo sono i seguenti:

- a) Sviluppare in modo costante la ricerca clinica relativamente alla conduzione di: 1. RCT sponsorizzati; 2. RCT spontanei; 3. Studi retrospettivi di malattia; 4. Costituzione di DB/Registri di malattia.
- b) Sviluppo della attività di monitoraggio sugli studi spontanei, Osservatorio e Farmacovigilanza.
- c) Sviluppare le relazioni con le aziende Farmaceutiche per implementare la disponibilità di nuovi principi attivi/devices utilizzabili nel trattamento di pazienti.
- d) Sviluppo di un piano annuale di formazione continuo e specifico sui temi della sperimentazione clinica dedicato sia al personale dirigente che infermieristico.

Linea 4. Neurologia clinica e impatto sul SSN/SSR

La linea 4 produce risultati di alta qualità con l'obiettivo di assicurare che le decisioni dei medici, dei pazienti e dei decisori politici siano ben informate dalle migliori evidenze disponibili derivate dalla ricerca pre-clinica e clinica. Verranno sviluppati programmi di ricerca clinica con collaborazioni nazionali e internazionali che includono una vasta gamma di argomenti nella ricerca clinica valutativa (accuratezza dei test diagnostici e rapporto efficacia/sicurezza degli interventi), nella valutazione e costruzione di misure di esito orientate al paziente e nella ricerca metodologica sullo sviluppo di metodi innovativi del disegno sperimentale e dell'analisi. Inoltre programmi di ricerca socio-sanitaria permetteranno di valutare l'impatto dei risultati della ricerca pre-clinica e clinica rispetto alla società in un'ottica biopsicosociale. Questi due elementi sono strettamente collegati fra loro, poiché è sulla base dell'effetto dei trattamenti sul singolo che si possono misurare i benefici della continuità clinico-assistenziale in termini economici, di salute delle popolazioni e di politica sanitaria. La caratteristica è quindi quella di permettere di verificare la reale traslationalità degli interventi che si effettuano sui pazienti.

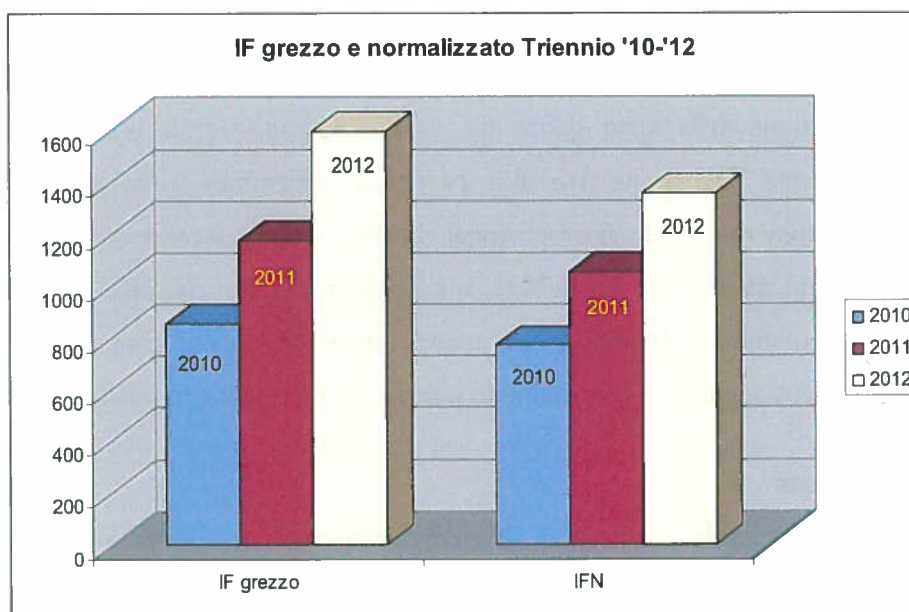
L'eccellenza della Fondazione in ambito scientifico è misurata da una serie di parametri che si possono così sintetizzare: produzione scientifica e attrazione risorse, appropriatezza, capacità di operare in rete.

Indicatori di performance – dati pregressi e obiettivi futuri

Produttività scientifica

	Anno 2012	Media triennio 10-12	Media triennio 09-11	Media triennio 08-10
IF grezzo	1.649	1.226,75	980,77	795,627
IF normalizzato	1456,70	1.093,73	877,26	807,23

Il valore dell' IF dell'anno 2012 ha confermato il positivo andamento dell'ultimo triennio, raggiungendo quota 1.456 con un incremento rispetto al 2011 del 23% sia per quanto riguarda il valore grezzo che normalizzato, il che mantiene l'ottimo posizionamento del nostro IRCCS tra i più qualificati. Di seguito si riporta graficamente l'andamento dell'Impact factor nei tre anni 2010 – 2011 – 2012.



Obiettivo 2013

Impact factor: Ci si propone di mantenere il buon andamento della produttività scientifica anche per il 2013 attestando la media del triennio 2011-2013 a quota di 950 punti di IF standardizzato mantenendo sostanzialmente invariate risorse di personale. A livello di valore di IF grezzo e normalizzato si ritiene di poter considerare come obiettivo per il 2013 il raggiungimento di almeno l'80% del valore di IF dello scorso anno.

Costo per singolo punto di IF (valore 2012: €4.040,50): Il valore è calcolato sul finanziamento che il nostro Istituto riceve annualmente per il supporto dell'attività di ricerca da parte del Ministero della Salute. Indica la capacità dell'istituto di ottimizzare e usare efficientemente le risorse pubbliche. Nel 2012 tale valore è ulteriormente diminuito attestandosi su circa € 4.000 per singolo punto di Impact Factor standardizzato, confermando l'andamento positivo di tale indicatore. Ci si propone di mantenere tale andamento tendenzialmente costante.

IF standardizzato/FTE: il rapporto fra valore dell'Impact Factor standardizzato e numero di ricercatori FTE meglio definisce la reale capacità produttiva di un Ente di Ricerca come il nostro. Nel 2012 ha avuto un incremento attestandosi a 9.99 punti di IF per ricercatore con pubblicazioni. Tale indicatore è usato sia a livello nazionale per la valutazione della Ricerca Corrente di ogni IRCCS che a livello internazionale in quanto permette di valutare ogni ente di ricerca indipendentemente dalle dimensioni. Ci si propone di mantenere il livello ipotizzando però una naturale diminuzione che non dovrebbe superare il 15%.

Attrazione risorse intesa come capacità dell'istituto di reperire fondi attraverso l'applicazione a bandi nazionali ed internazionali

Nell'ambito della nuova programmazione strategica delle linee di indirizzo per il triennio 2013-2015 e in considerazione della forte spinta alla collaborazione internazionale per il 2013 ci si propone di incrementare l'attrazione risorse in particolare in ambito europeo, e di mantenere a livelli costanti l'attrazione risorse da grant nazionali. Nello specifico, facendo riferimento al volume medio dei finanziamenti del triennio 2010-2012, si considera un buon risultato il raggiungimento di almeno il 90% del volume medio dei finanziamenti internazionali nel triennio 2010-2012 e di almeno l'80% del volume medio dei finanziamenti nazionali nello stesso triennio.

Obiettivo pluriennale

La riorganizzazione strutturale degli ambiti di ricerca avvenuta nell'ultimo anno permetterà nel triennio a venire un aumento proporzionale delle risorse finanziarie acquisite attraverso la partecipazioni a bandi e call per la ricerca nazionali ed internazionali, anche alla luce del nostro ruolo nell'ambito della rete neurologica nazionale ed internazionale.

Trasferibilità della ricerca

La nuova programmazione delle linee di ricerca per il triennio 2013-2015 è stata fatta tenendo in considerazione il forte grado di traslationalità della nostra attività. In linea generale la maggior parte delle nostre pubblicazioni e prodotti di ricerca hanno forte ricaduta sul SSN e SSR.

Obiettivo 2013

Mantenere gli standard raggiunti che rispecchiano l'alto grado di traslazonalità della nostra attività di ricerca con un indice di ricaduta assistenziale dei prodotti di ricerca pari all'80% dei prodotti stessi.

Obiettivo pluriennale

Trasferibilità - Trial clinici (n. pazienti 2012: 4061; trial clinici attivi 2012: 138): la riorganizzazione della struttura di Ricerca e Sviluppo Clinico porterà ad una ottimizzazione delle attività specifiche di ricerca clinica nell'ottica di incrementare le potenzialità di sviluppo di trial clinici indipendenti e non profit, nonché di potenziare i trial clinici profit, oltre che di ottimizzare le risorse e le attività specifiche per la conduzione efficiente delle stesse. La nuova organizzazione del Servizio di Ricerca e Sviluppo Clinico e la collaborazione con il Servizio di DH faciliterà la gestione dei pazienti trattati favorendone l'incremento.

Obiettivi annuali 2013

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
ECCELLENZA SCIENTIFICA	Valorizzare la produzione scientifica	IF grezzo 2013: $\geq 80\%$ anno 2012 IF normalizzato 2013: $\geq 80\%$ anno 2012 Analisi qualitativa delle pubblicazioni su riviste scientifiche: ad alto valore di IF: almeno 30 lavori su riviste con F grezzo >8 Costo medio per punto di IF: $\leq 80\%$ anno 2012 Produttività singolo ricercatore: IF standardizzato/FTE > 8
	Monitoraggio indicatori di efficacia clinica e scientifica	Trasferibilità – ricaduta assistenziale: almeno l'80% dei prodotti della ricerca con ricaduta assistenziale e trasferibilità

Obiettivi pluriennali

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA ANNO 2013	INDICATORE/MISURA CONCLUSIVO
ECCELLENZA SCIENTIFICA	Potenziare l'Attrazione risorse	Mantenimento media triennio 2010-2012	Valore triennio 2009-2011/Valore triennio 2012-2014 ≤ 1
	Monitoraggio indicatori di efficacia clinica e scientifica	Trasferibilità - Trial clinici: numero trial clinici attivati nel 2013 maggiore o uguale a 35	Trasferibilità – Trial clinici: trial clinici attivati nel triennio: >100

ECCELLENZA CLINICA

La Fondazione si prefigge di mantenere il livello di eccellenza clinica acquisito negli anni ed alimentato dalla ricerca scientifica.

Al di là della considerazione che ciascuna Unità Operativa e Dipartimento presenta sue peculiari eccellenze di assistenza clinica collegate naturalmente con le proprie linee di ricerca, l'analisi di alcuni dati attività relativi all'anno 2012 mette in evidenza elementi di eccellenza clinica dell'intero Istituto.

Per quanto concerne l'attività di degenza è possibile apprezzare già a priori un numero di casi sostanzialmente sovrapponibile a quello registrato nel precedente anno pure a fronte della generale tendenza al decremento determinato dalla trasformazione di DRG medici in prestazioni di specialistica ambulatoriale, come evidenziato nel corso del 2012, per l'attivazione delle macroattività ambulatoriali complesse (MAC).

È inoltre possibile evidenziare come, nel contesto del mix, a fronte dei 6.391 casi di ricovero in degenza ordinaria, ovvero il numero totale dei DRG del 2012, ben 1.191, pari a circa il 18,6% del totale, riguardino interventi chirurgici di craniotomia, che, notoriamente, costituiscono la più complessa attività in ambito neurochirurgico.

Tale peculiarità è confermata anche dall'analisi dei primi 10 DRG dell'anno 2012 in ordine di frequenza (tab.1) che vede al primo posto il DRG 002 (craniotomia in età superiore di 17 anni, senza complicanze), con 1023 casi pari a 7809 giornate di degenza, con un notevole rilievo di tipo anche economico, che evidenzia altrettanto bene l'eccellenza chirurgica.

Tabella 1: Primi 10 DRG di degenza ordinaria, in ordine di frequenza. Anno 2012, Istituto Besta

DRG	Descrizione	Ricoveri ordinari	gg degenza	Rimborso
002	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	1.023	7.809	€ 10.277.060,00
012	Malattie degenerative del sistema nervoso	850	7.287	€ 2.711.966,00
500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	411	1.315	€ 1.136.146,00
011	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	305	1.820	€ 740.020,00
035	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	301	1.749	€ 481.359,00
026	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	279	1.878	€ 682.907,00
522	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	273	2.091	€ 649.995,00
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	258	1.779	€ 474.605,00
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	204	898	€ 475.452,00
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	135	732	€ 180.606,00

La complessità e la necessaria eccellenza per affrontarle vengono altrettanto bene evidenziate nella stessa tabella 1, dove, al secondo posto, è possibile osservare il DRG 012 (malattie degenerative del sistema nervoso), che vede notoriamente al proprio interno il raggruppamento omogeneo di diagnosi più complesso in ambito neurologico, con 850 casi pari a 7287 giornate di degenza.

Un ulteriore dato che vede in modo inequivocabile premiata l'eccellenza clinica dell'istituto è dato dall'osservazione (tab. 2) che, a fronte dei 6391 casi affrontati in regime di degenza ordinaria nel corso del 2012, ben 3352, pari ad oltre il 52,45% del totale, sono di provenienza extraregionale, mentre 2081, pari al 32,56 % del totale provengono dalla Regione Lombardia.

Tabella 2: Provenienza dei ricoveri ordinari. Anno 2012, Istituto Besta

<i>Residenza</i>	<i>Ricoveri ordinari</i>	<i>%</i>
ASL MILANO	917	14,35%
ASL RL	2.081	32,56%
ESTERO	41	0,64%
EXTRA RL	3.352	52,45%
	6.391	

Tabella 3: Provenienza dei ricoveri in DH. Anno 2012, Istituto Besta

<i>Residenza</i>	<i>Ricoveri DH</i>	<i>%</i>
ASL MILANO	53	15,45%
ASL RL	153	44,61%
ESTERO	1	0,29%
EXTRA RL	136	39,65%
	343	

Anche l'analisi del bacino di utenza del Day Hospital (tab. 3) conferma l'attrattività derivata dall'eccellenza: 136 casi pari ad oltre il 39 % del totale provengono da fuori Regione, mentre 153 casi, pari a circa il 44 % del totale, provengono da ASL della Regione Lombardia diverse da quella di Milano.

Ciò evidenzia molto bene il bacino di utenza formale e sostanziale dell'Istituto, la sua attrattività nei confronti dell'intera Regione.

Anche l'attività di Day Hospital e MAC evidenzia la peculiarità dell'Istituto (tab. 4). Giova qui ricordare come l'indirizzo fondamentale della Regione Lombardia, esplicitato dalle regole di sistema del 2011 e confermate nei successivi anni, veda come obiettivo la trasformazione di gran parte di detta attività di ricovero ordinario e day hospital in quella di specialistica ambulatoriale.

Tabella 4: Macroattività Ambulatoriale Complessa (MAC) 2012

Disciplina	Prestazione	Totale	Pz
30-NEUROCHIRURGIA	MAC10-Somministrazione di terapia infusionale, con farmaci che richiedono monitoraggio di eventuali effetti collaterali, in pz con patologie acute o croniche	5	
	MAC11-Manovre diagnostiche complesse invasive semplici (es. Puntura lombare)	22	
30-NEUROCHIRURGIA Totale		27	22
32-NEUROLOGIA	MAC01-Chemioterapia con somministrazione di farmaci ad alto costo (file F 5 e 3)	259	
	MAC02-Chemioterapia senza somministrazione di farmaci ad alto costo (file F 5 e 3)	480	
	MAC04-Terapia antitumorale con somministrazione di farmaci orali o IM	21	
	MAC05-Terapia di supporto (idratazione, alimentazione parenterale, correzione di effetti collaterali da chemioterapia, terapie marziali, supporto trasfusionale, manovre interventistiche terapeutiche tipo toracentesi e paracentesi ecc)	4	
	MAC09-Somministrazione di terapia infusionale in pz con patologie acute o croniche che non necessitano di ricovero o in post-ricovero per terminare trattamento iniziato	4	
	MAC10-Somministrazione di terapia infusionale, con farmaci che richiedono monitoraggio di eventuali effetti collaterali, in pz con patologie acute o croniche	902	
	MAC11-Manovre diagnostiche complesse invasive semplici (es. Puntura lombare)	44	
32-NEUROLOGIA Totale		1.714	308
33-NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	MAC02-Chemioterapia senza somministrazione di farmaci ad alto costo (file F 5 e 3)	3	
	MAC10-Somministrazione di terapia infusionale, con farmaci che richiedono monitoraggio di eventuali effetti collaterali, in pz con patologie acute o croniche	3	
33-NEUROPSICHIATRIA INFANTILE Totale		6	2
Totale complessivo		1.747	332

Analoga tendenza è evidenziata dall'analisi delle visite ambulatoriali dove si riscontra un incremento del 4,7%, erogate nel corso del 2012 rispetto a quelle del 2011. Il 25% delle visite ed oltre il 20% delle prestazioni strumentali sono di provenienza extraregionale.

Le Diagnosi principali del 2012 sono elencate nella seguente tabella (tabella 5)

Tabella 5 : principali Diagnosi 2012

Diagnosi	Qtà
3059I - ALTRI ABUSI,MISTI O NON SPECIFICATI,CONTINUO	294
72210 - ERNIA DEL DISCO INTERVERTEBRALE LOMBARE SENZA MIELOPATIA	245
1919 - TUMORI MALIGNI DELL'ENCEFALO,NON SPECIFICATO	245
2252 - TUMORI BENIGNI DELLE MENINGI CEREBRALI	205
3320 - PARALISI AGITANTE	171
2375 - TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO DI ENCEFALO E MIDOLLO SPINALE	141
4373 - ANEURISMA CEREBRALE SENZA ROTTURA	124

340 - SCLEROSI MULTIPLA	122
75989 - ALTRO DI ALTRE ANOMALIE SPECIFICATE	120
72402 - STENOSI DEL CANALE VERTEBRALE LOMBARE	107
1918 - TUMORI MALIGNI DI ALTRE PARTI DELL'ENCEFALO	96
3501 - NEVRALGIA DEL TRIGEMINO	89
34540 - EPILESSIA PARZIALE,CON MENZIONE DI ALTERAZIONE DELLA COSCIENZA,SENZA MENZIONE DI EPILESSIA NON TRATTABILE	89
3330 - ALTRE MALATTIE DEGENERATIVE DEI NUCLEI DELLA BASE	89
74781 - ANOMALIE DEL SISTEMA CEREbroVASCOLARE	68
1983 - TUMORI MALIGNI SECONDARI DI ENCEFALO E MIDOLLO SPINALE	64
22802 - EMANGIOMA DELLE STRUTTURE INTRACRANICHE	54
2250 - TUMORI BENIGNI DELL'ENCEFALO	53
3599 - MIOPATIA NON SPECIFICATA	44
34541 - EPILESSIA PARZIALE,CON MENZIONE DI ALTERAZIONE DELLA COSCIENZA,CON EPILESSIA NON TRATTABILE	42

Le principali categoria di “procedure” identificabili come interventi chirurgici sono stati evidenziati nella seguente tabella (tabella 6)

Tabella 6: principali categoria di “procedure” 2012

<i>Procedure</i>	<i>Qtà</i>
8891 - RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	910
0153 - LOBECTOMIA CEREBRALE (PER LESIONE ORGANICA)	340
9466 - DISINTOSSICAZIONE E RIABILITAZIONE DA FARMACI	297
0331 - RACHICENTESI	261
8051 - ASPORTAZIONE DI DISCO INTERVERTEBRALE	249
0151 - ASPORTAZIONE DI LESIONE O DI TESSUTO DELLE MENINGI CEREBRALI	195
0309 - ALTRA ESPLORAZIONE E DECOMPRESSIONE DEL CANALE VERTEBRALE	154
8321 - BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI	130
8841 - ARTERIOGRAFIA DI ARTERIE CEREBRALI	123
0159 - ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO CEREBRALE	114
8703 - TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (TAC) DEL CAPO	75
0441 - DECOMPRESSIONE DELLE RADICI DEL TRIGEMINO	70
9308 - ELETTROMIOGRAFIA	46

3831 - RESEZIONE DI VASI INTRACRANICI CON ANASTOMOSI	41
8893 - RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN) DEL CANALE VERTEBRALE	38
3972 - RIPARAZIONE ENDOVASCOLARE O OCCLUSIONE DEI VASI DI TESTA E COLLO *	32
0293 - IMPIANTO O SOSTITUZIONE DI ELETTRODO/I DEL NEUROSTIMOLATORE INTRACRANICO	32
3951 - CLIPPING DI ANEURISMI	28
0125 - ALTRA CRANIECTOMIA	28
0401 - ASPORTAZIONE DI NEUROMA ACUSTICO	28

* la riparazione endovascolare corrisponde a uno degli interventi di neuroradiologia interventzionale e quindi è assimilabile ad un intervento chirurgico.

Obiettivi annuali 2013

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
ECCELLENZA CLINICA	Mantenimento dell'eccellenza clinica negli ambiti dell'attività della Fondazione	Mantenimento parametri (=< anno 2012) • pazienti da fuori Milano • pazienti extraregione

SICUREZZA PER I PAZIENTI E PER GLI OPERATORI

La Sicurezza in ospedale rappresenta oggi uno degli obiettivi prioritari del Governo nazionale, delle Regioni e delle Aziende sanitarie.

La Fondazione considera la sicurezza per i pazienti e per gli operatori come un obiettivo/valore di miglioramento continuo da raggiungere ed interiorizzare, pertanto all'interno del Piano della Performance esso si caratterizza attraverso misure migliorative di natura tecnica, (es. interventi strutturali e presidi per la riduzione del rischio) organizzativa e procedurale (es. sviluppo della cultura della sicurezza, formazione...).

Prevenzione ed auspicabile possibile riduzione degli infortuni sul lavoro.

Secondo l'Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro, ogni anno, a causa di 4,9 milioni di infortuni si producono oltre 3 giornate di assenza dal lavoro. Il costo degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali è compreso, per la maggior parte dei paesi, tra il 2,6% e il 3,8% del prodotto interno lordo (PIL). Un costo che grava sulle singole aziende, ma anche sull'economia nazionale. Al contrario, le economie nazionali e le aziende che hanno introdotto standard migliori di salute e sicurezza sul lavoro (SSL) tendono ad avere meno problemi.

Una misura per ridurre gli infortuni sul lavoro è l'erogazione di corsi di formazione rivolti a tutti i lavoratori: gli obiettivi principali dei corsi consistono nel fornire ai lavoratori conoscenze in materia di rischi specifici presenti nel proprio ambito lavorativo (laboratori di ricerca/diagnostica, reparti di degenza, servizi diagnostici, uffici amministrativi, ecc), creando i presupposti per aumentarne la consapevolezza e utilizzare in modo appropriato i dispositivi di protezione e le procedure a disposizione.

Nel corso del 2013 si prevede di:

- focalizzare la formazione specifica sulle categorie professionali che negli anni sono state meno coinvolte (medici e amministrativi);
- completare la formazione specifica delle categorie professionali già fortemente coinvolte negli anni (infermieri, OSS/OTAA/ausiliari, personale dell'area della ricerca).

Aggiornamento planimetrie di evacuazione presso la sede di via Celoria.

Con Deliberazione N° IX/3385, la Regione Lombardia ha destinato alla Fondazione un finanziamento per eseguire interventi strutturali ed impiantistici finalizzati alla messa in sicurezza della sede di Via Celoria, I I. Gli interventi riguardano:

- ristrutturazione sale operatorie;
- rinnovo impianti di continuità elettrica;
- adeguamenti alla normativa di prevenzione incendi;

- adeguamenti strutturali ed impiantistici di alcuni reparti e servizi;
- rifacimento spogliatoi e servizi igienici;
- sostituzione e potenziamento dei gruppi frigoriferi di condizionamento.

Per garantire la sicurezza dei diversi cantieri attivi dentro la sede di via Celoria si ritiene necessario:

- aggiornare/modificare temporaneamente le planimetrie di evacuazione di alcune aree;
- prevedere attività di coordinamento.

I primi fabbisogni rilevati riguardano:

- l'area interessata dai cantieri per la realizzazione delle nuove sale operatorie (pad. B);
- le aree interessate dai cantieri per la sostituzione dei nuovi impianti elevatori N. I e N. I6 (pad. C).

Ulteriori fabbisogni di aggiornamento delle planimetrie, a seguito dell'apertura di nuovi cantieri, verranno di volta in volta valutati.

Obiettivi annuali 2013

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
SICUREZZA PER I PAZIENTI E PER GLI OPERATORI	Prevenzione ed auspicabile possibile riduzione degli infortuni sul lavoro	Relazione completa sulla formazione del personale
	Aggiornamento planimetrie di evacuazione presso la sede di via Celoria	Relazione sull'aggiornamento delle planimetrie di evacuazione.

MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI PER L'UTENZA

La continua attenzione alla qualità dei servizi ed al loro sviluppo è riconosciuta dalla Fondazione come un aspetto rilevante e caratterizzante della performance aziendale analogamente alla capacità di operare secondo criteri di efficienza e nel rispetto dei vincoli di bilancio agendo sempre nell'ottica della centralità del paziente.

Obiettivi annuali 2013

Nella logica del costante e progressivo miglioramento delle performance, l'Istituto si propone come obiettivi per il 2013:

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI PER L'UTENZA	Fascicolo sanitario digitale	- Sviluppo di almeno due fogli specialistici: oncologia e malattie rare con il contestuale supporto ai rispettivi database scientifici - Validazione dell'integrazione Epinetwork e ROL (reti di patologia) nell'ambito del sistema Medical Tutorial
	Contenimento delle liste di attesa per i primi accessi assoluti	Riduzione del tempo di attesa per il 95° percentile al di sotto di 60 giorni nel 2° semestre 2013
	Pagamento anticipato del ticket	Implementazione con sistema Camelia Web degli scenari disposizioni incasso rendicontazione incasso e ricevuta attraverso il sistema SISS.

Obiettivi pluriennali:

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO PLURIENNALE	INDICATORE/MISURA AVANZAMENTO 2013
MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI PER L'UTENZA	Riorganizzazione e ristrutturazione delle aree di degenza dei pazienti adulti	Stesura progetto umanizzazione e invio a Regione Lombardia per finanziamento
	Progettazione e avvio lavori di ristrutturazione degli spazi da utilizzare per attività di day hospital	Nuovo day hospital e Riqualificazione Padiglione D (DGR 3385): Indizione di gara subordinata ad approvazione e assegnazione del Finanziamento da parte della Regione Lombardia entro il 15-11-2013.

Nel corso del 2013 si è previsto di accorpare l'obiettivo "Realizzazione dell'area destinata a DH Day Service e MAC" all'interno dell'obiettivo "Progettazione e avvio lavori di ristrutturazione degli spazi da utilizzare per attività di day hospital" in quanto sovrapponibili.

DIGITALIZZAZIONE

La continua attenzione alla qualità dei servizi nell'ambito della progressiva digitalizzazione dei processi clinici è riconosciuta dalla Fondazione come un aspetto rilevante e caratterizzante della performance aziendale.

Le integrazioni dei sistemi informatici di refertazione della Fondazione con le reti regionali di patologia permettono infatti di gestire i dati clinici in maniera unitaria evitando duplicazioni e limitando i potenziali errori

Obiettivi annuali 2013

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
DIGITALIZZAZIONE	Validazione dell'integrazione Epinetwork (reti di patologia) nell'ambito del sistema Medical Tutorial	Esito positivo della validazione effettuata dall'Ufficio di Certificazione di Lombardia Informatica.
	Definizione cronoprogramma di attivazione della rete ROL (reti di patologia) nell'ambito del sistema Medical Tutorial.	Pianificazione delle attività.

TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE COME OBIETTIVI CULTURALI

Come sancito dal Decreto Legislativo n. 33 del 2013, la trasparenza è intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, al fine di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

La trasparenza concorre ad attuare i principi di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà. La Fondazione Besta si pone come obiettivo quello di far permeare la cultura della trasparenza come valore imprescindibile. In ottemperanza ai principi di buon andamento dei servizi pubblici ed alla corretta gestione delle relative risorse, la pubblicazione on-line dei dati è finalizzata a consentire a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione della Fondazione con il fine di sollecitare e agevolare modalità di partecipazione e coinvolgimento della collettività.

Inoltre, la Fondazione si impegna in ogni modo a prevenire e contrastare il rischio di corruzione nello svolgimento delle proprie attività e pertanto, ai sensi della Legge n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", il Besta ha adottato un "Piano triennale per la prevenzione della corruzione".

Obiettivi annuali 2013

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
TRASPARENZA	Attuazione del "Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità"	Relazione completa sulle attività svolte SI/NO

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
LEGGE 190/2012	Individuazione di protocolli, procedure e atti e loro adeguamento in ottemperanza a quanto previsto dall'articolo 4 e seguenti del Piano Triennale per la prevenzione della corruzione	Relazione completa sulle attività svolte SI/NO

GESTIONE ATTENTA DELLE RISORSE

Nel rispetto dei vincoli derivanti dalle normative nazionali e regionali (Legge di Stabilità n. 228 del 24/12/2012, Spending Review Legge n. 135/2012, Regole Regionali 2013 DRG n. IX/4334 del 26/10/2012 e ss), come precisato nel Quadro di Sistema per l'anno 2013, la Fondazione intende perseguire l'obiettivo di riduzione e razionalizzazione dei costi. Tutte le Unità Operative/Servizi sanitarie ed amministrative saranno coinvolte nel perseguimento di tale obiettivo.

In particolare, le Unità Operative/Servizi sanitarie della Fondazione avranno come sub-obiettivo quello di contribuire alla riduzione dei costi dei dispositivi medici, tipologia di costo che assorbe maggiori risorse.

La riduzione complessiva dei costi dei dispositivi medici dovrà essere pari al 4% rispetto alla proiezione del III CET 2012, come previsto nel Bilancio Preventivo 2013.

Obiettivi annuali 2013

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
GESTIONE ATTENTA DELLE RISORSE	Contributo alla riduzione dei costi per Dispositivi medici (Reagenti, Materiale protesico, Presidi chirurgici e Altro materiale sanitario)	Costi Dispositivi medici ≤ Budget Bilancio preventivo Anno 2013

ALLEGATO I - SINTESI DATI DI ATTIVITA' ANNO 2012-2011

1. Assistenza Ospedaliera

La rimodulazione della produzione ospedaliera attua le linee di indirizzo regionali (Deliberazione di Giunta regionale n. IX / 2633 del 06/12/2011 - Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2012 e ss.) del Piano Socio Sanitario Nazionale (PSSN) e del Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) vigenti. **Risulta, infatti, realizzata, la progressiva trasformazione delle prestazioni erogate in regime di Day Hospital di tipo medico in prestazioni di Macroattività Ambulatoriale Complessa (MAC).** Le prestazioni erogate in regime di **Day Hospital di tipo medico** diminuiscono (1.072 casi nel 2011, 241 casi nel 2012), mentre aumentano le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in regime di pacchetti MAC.

Il numero di ricoveri in regime ordinario risulta in linea con il 2011 ed è dettagliato nella tabella sottostante:

Tabella 1a – Ricoveri Ordinari (Anno 2012)

	Anno 2012
	Casi
DRG chirurgici	2.358
DRG medici	4.033
TOTALE	6.391

In particolare, si evidenzia un aumento dei casi dimessi:

- DRG 012 – Malattie Degenerative del sistema nervoso, passa da 815 a 850 casi (+ 35 casi);
- DRG 561 – Infezioni non batteriche del sistema nervoso, passa da 46 a 96 casi (+50 casi);
- DRG 481 – Trapianto di Midollo osseo, passa da 7 a 10 casi.

Si registra un **aumento dei casi a più elevata complessità ed una diminuzione dei casi a minore complessità**, in particolare:

- aumentano i casi di DRG 002 – Craniotomia > 17 anni senza CC da 988 a 1.023 casi (+35 casi);
- diminuiscono i casi di DRG 500 – Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi da 455 a 411 casi (-44 casi).

2. Assistenza ambulatoriale

Nel corso del 2012, si registrano 263.103 prestazioni ambulatoriali, di cui 43.915 visite e 219.188 esami.

I pacchetti MAC erogati sono stati 1.747. In particolare, rispetto al 2011 si registra un aumento di:

- **pacchetti MAC**, pari a 1.352 in più (vedi Tabella 2a);
- **visite**, pari a 979 visite in più.

Tabella 2a – Pacchetti MAC (Anno 2011-2012)

PACCHETTI MAC Anno 2011_2012			
	Anno 2011	Anno 2012	Variazione
	Casi	Casi	Casi
TOTALE	395	1.747	1.352

Si evidenzia un incremento dei ricavi da prestazioni ambulatoriali dovuto ad una variazione del mix delle prestazioni, **che privilegia esami a più alta complessità**, come esami di genetica, tra cui:

- Analisi di segmenti di DNA mediante sequenziamento
- Ricerca di mutazione (DGGE)
- Analisi di mutazione del DNA

come riportato in tabella 2b.

Tabella 2b – Trend crescente esami (Anno 2011-2012)

		Anno 2011	Anno 2012	VARIAZIONE
Prestaz Amb Id	Prestaz Amb Desc	Quantita	Quantita	Quantita
91303	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO ; (Blocchi di circa 400 bp)	6.924	12.444	5.520
94021	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA	1.349	2.570	1.221
91381	RICERCA MUTAZIONE (DGGE); Ricerca heteroduplex (HA)	722	1.833	1.111
90418	TIREOTROPINA RIFLESSA (TSH-R)TSH. Incluso eventuale dosaggio di FT4 e FT3	220	1.306	1.086
9229G	CONTROLLO DEL SET UP INIZIALE PER PRIMA SEDUTA, CONTROLLO PORTALE E/O DELLA RIPETIBILITA' DEL SET UP DEL PAZIENTE (per o	1.091	2.119	1.028
90123	CARBAMAZEPINA	150	1.070	920
91293	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA ; Con reazione polimerasica a catena e elettroforesi	912	1.623	711

3. ANDAMENTO PRODUZIONE – SINTESI ANNO 2012-2011

Scheda Dati Attività 2012
Totale Dipartimenti Sanitari

	Volume Attività				Ricavi (Valori €/1.000)				
cdc: TOT DIP San	Anno 2011	Anno 2012	Budget 2012	% Cons /Budget	Anno 2011	Anno 2012	Budget 2012	% Cons /Budget	
RICOVERI ORDINARI	6.428	6.391	6.428	-0,6	29.156	28.443	29.156	-	2,4
> Casi dimessi regione	2.971	2.998	2.971	0,9	12.252	12.331			
> Casi dimessi extra regione	3.457	3.393	3.457	-1,9	16.903	16.112			
Percent. Casi extra regione	53,78	53,09	53,78	-1,3					
- Casi chirurgici	2.385	2.358	2.385	-1,1	20.027	18.931			
- Casi medici	4.043	4.033	4.043	-0,2	9.129	9.512			
* Ricoveri > 1 giorno	5.963	5.850	1.578	270,7					
* Ricoveri 0 - 1 giorno	465	541	162	234,0					
Casi oltre soglia	163	153							
- Casi chirurgici	109	111							
- Casi medici	54	42							
Peso medio totale	1,274	1,265	1,410	-10,3					
Degenza media	7,36	7,23	7,00	3,3					
GG totali di degenza (da SDO)	47.335	46.233	49.082	-5,8					
DAY HOSPITAL	1.155	343	575	-40,3	1.012	279	477	-	41,6
> Casi dimessi regione	690	206	335	-38,5	662	166			
> Casi dimessi extra regione	465	137	240	-42,9	349	113			
- Casi chirurgici	83	102	123		272	199			
- Casi medici	1.072	241	452		739	80			
Totale accessi	2.846	514	871	-41,0					
TOTALE RICOVERI (DO+DH)	7.583	6.734	7.003	-	30.167	28.722	29.633	-	3,1
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	271.438	263.103	270.518	-2,7	9.868	11.628	9.949		16,9
- Visite	42.936	43.915	41.739	5,2	694	716			
- Esami	228.502	219.188	228.779	-4,2	9.175	10.911			
Prestazioni per interni	527.714	463.438	522.112	-11,2	9.888	9.509			
Prestazioni UONPIA	8.134	1.315	8.134	-83,8	1.692	1.692	1.692		-
PACCHETTI MAC	395	1.747	2.288	-23,6	197	420	596	-	29,5
TOTALE AMBULATORIALI	279.967	266.165	280.940	-	11.757	13.740	12.237		12,3
TOTALE	287.550	272.899	287.943	-5,2	41.925	42.461	41.870		1,4

4. SINTESI RICAVID U.O. (con maggiorazione tariffaria DRG Lombardi IRCCS, Legge regionale n.7/2010)

In tabella vengono riportati i risultati di performance conseguiti dalle singole Unità Operative della Fondazione confrontando gli anni 2011 e 2012.

**TABELLA 4.1 – Sintesi ricavi UUOO sanitarie
(con maggiorazione tariffaria, LR 7/2010)**

REPORT RICAVID (DO+DH+AMB) - SINTESI	ANNO 2012				
Dati in K€	CONSUNTIVO	BUDGET	Δ valore	Δ%	
Dipartimento Neurochirurgia ⁽¹⁾	21.684	20.897	787	3,8%	
Radioterapia	3.577	3.430	147	4,3%	
Neuroanestesia e Rianimazione	117	90	27	30,0%	
Neurochirurgia I	5.558	5.632	- 74	-1,3%	
Neurochirurgia II	4.947	4.686	261	5,6%	
Neurochirurgia III	6.037	5.386	651	12,1%	
Dipartimento Neuroscienze Cliniche	10.478	9.327	1.151	12,3%	
Neu I - Disturbi Del Movimento	1.553	1.465	88	6,0%	
Neu II - Neuroncologia	1.218	1.256	- 38	-3,0%	
Neu III - Cefalee	1.386	1.311	75	5,7%	
Neu VIII - Neuroncologia Molecolare	2.178	1.672	506	30,3%	
Neu IV - Neuroimmunologia e Malattie Neuromuscolari	1.936	1.654	282	17,0%	
Neurologia IX UCV Malattie Cerebrovascolari	2.139	1.918	221	11,5%	
Dipartimento Diagnostica e Tecnologia Applicata	7.204	6.138	1.066	17,4%	
UO Lab Patologia Clin e Gen Medica	2.347	1.929	418	21,7%	
Neu VI - Neurofisiopatologia ed Epilettologia Diagnostica	469	452	17	3,8%	
Neuroradiologia	2.052	1.971	81	4,1%	
Neu VII - Neurofisiologia Sperimentale	581	589	- 8	-1,4%	
Neu V - Neuropatologia	620	455	165	36,3%	
Laboratorio di Neurogenetica Molecolare	1.134	742	392	52,8%	
Dipartimento Neuroscienze Pediatriche ⁽²⁾	5.346	5.183	163	3,1%	
NPI - Neuropsichiatria Infantile	2.352	2.361	- 9	-0,4%	
NDS - Neurologia Dello Sviluppo	2.993	2.822	171	6,1%	
TOTALE DIPARTIMENTI SANITARI	44.710	41.870	2.840	6,8%	

NOTE:

(1) I ricavi del Dipartimento di Neurochirurgia includono i ricavi del Reparto Solventi

(2) I ricavi del Dipartimento di Neuroscienze Pediatriche includono l'Allegato 1C.

5. CONTENIMENTO DEI COSTI

Relativamente all'area di performance "Gestione attenta delle risorse", in relazione all'obiettivo contenimento dei costi, si dettagliano i risultati conseguiti:

- **Riduzione consumo dispositivi medici:** Come riportato nella Tabella 5.1, è stato perseguito l'obiettivo di **riduzione del 5%** rispetto ai consumi dell'anno precedente.

TABELLA 5.1 – CONSUMO DISPOSITIVI MEDICI

	GEN-DIC 2011	GEN-DIC 2012	VARIAZIONE	% VARIAZIONE
PRESIDI CHIRURGICI	€ 3.225.153	€ 3.188.647	-€ 36.506	-1%
MATERIALE PROTESICO	€ 3.863.893	€ 3.568.611	-€ 295.283	-8%
TOTALE DISPOSITIVI MEDICI	€ 7.089.046	€ 6.757.258	-€ 331.789	-5%

Estrazione dati: OIamm 03 Gennaio 2013

Consulenze sanitarie e non sanitarie e personale a tempo determinato e con contratti atipici: si allega la Tabella 5.2 'Ricognizione dei tempi determinati e contratti atipici' (DGR n. IX/2633 del 6 dicembre 2011 - allegato 2), nel rispetto delle indicazioni regionali. Si evidenzia che i contratti atipici (consulenze sanitarie e non, Co.Co.Co. ecc) sono stati ridotti del 17,41%.

TABELLA 5.2 – Ricognizione dei tempi determinati e contratti atipici

DGR n. IX/2633 del 6 dicembre 2011 - allegato 2							
AZIENDA Fondazione IRCCS - Istituto Neurologico		BILANCIO CONSUNTIVO 2011		PRECHISURA 2012			
Voce di spesa (A)	Importo /1000 € (*)	"DI CUI"		Importo /1000 € (*)	"DI CUI"		DIFFERENZA 2012 ed 2011 in euro
		Importi oggetto di specifici finanziamenti	Netto		Importi oggetto di specifici finanziamenti	Netto	
			(1)			(2)	(3) = (2)-(1)
Personale a tempo determinato (**)	1.515,00	192,00	1.323,00	1.626,00	415,00	1.211,00	-112,00
contratti atipici (coco ed incarichi libero prof.) (***)	586,00	339,00	247,00	596,00	392,00	204,00	-43,00
TOTALE	2.101,00	531,00	1.570,00	2.222,00	807,00	1.415,00	-155,00
							-9,87%

6. CONTRATTO ASL DI MILANO

6.1 Contratto ASL di Milano: Ricoveri

Rispetto a quanto negoziato con la ASL di Milano, tenendo conto della maggiorazione tariffaria a favore della Fondazione (legge regionale n. 7/2010), la valorizzazione delle prestazioni per attività di ricovero per lombardi (DO+DH) risulta in lieve flessione. La flessione dei ricavi a contratto è spiegata dalla **rimodulazione dei DRG legati alla casistica oncologica benigna**, prima inclusi nel contratto, poi confluiti nell'extrabudget e dalla **progressiva trasformazione dei ricoveri erogati in regime di Day Hospital di tipo medico in prestazioni di Macroattività Ambulatoriale Complessa (MAC)**.

L'andamento dei ricavi per ricoveri extra-regione (DO+DH) risulta in lieve flessione rispetto al IV CET (Conto Economico Trimestrale) a seguito dell' **applicazione della Tariffa Unica di Compensazione per i casi extraregione** (la percentuale casi di ricovero ordinario extraregione della Fondazione è il 53,78%).

6.2 Prestazioni ambulatoriali

La valorizzazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale regionale, rispetto a quanto negoziato con l' ASL di Milano, registra un **trend positivo del 23,89%**.

Si evidenzia **un incremento significativo delle prestazioni per lombardi extrabudget (+68,96%)**, in seguito alla messa a regime della Cyberknife (Trattamenti di Radioterapia).

L'andamento dei ricavi per prestazioni di specialistica ambulatoriale extra-regione registra un incremento del +23,94% rispetto al IV CET (Conto Economico Trimestrale).

7. INDICATORI DI ECONOMICITA'

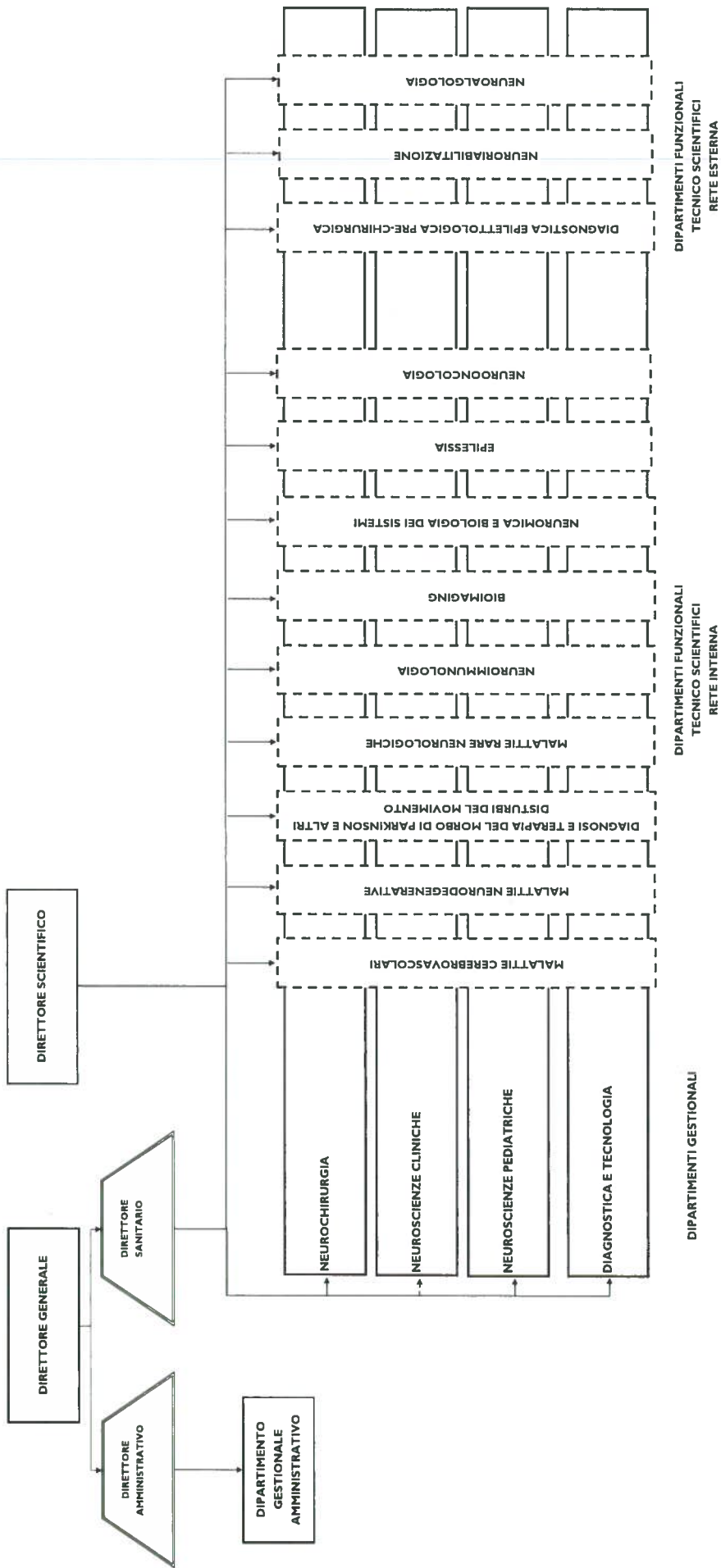
Infine, in allegato, il trend dei principali indicatori di economicità:

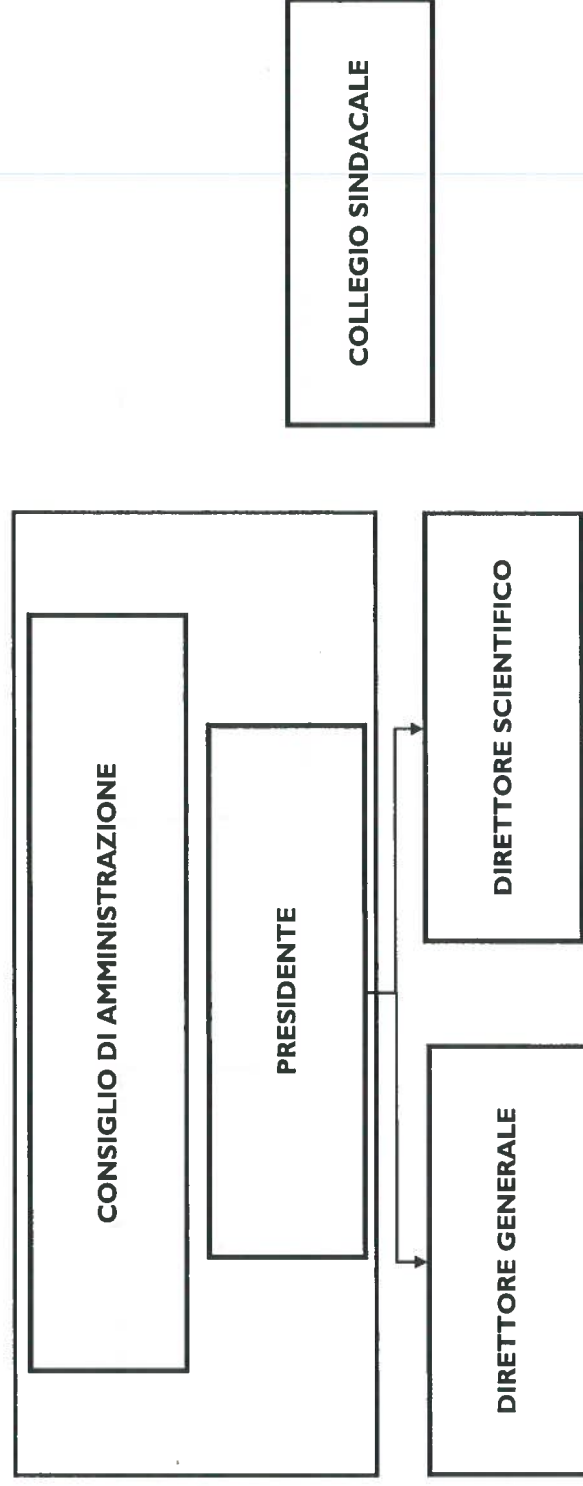
INDICATORI DI ECONOMICITA'

Descrizione	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Totale di Ricavi al netto dei costi capitalizzati	81.093,00	80.860,00	88.997,00	95.081,00	95.962,00	83.748,00
1. Rapporto percentuale tra totale dei costi del personale /totale ricavi gestione caratteristica (Nota Integrativa Totale: costo del personale dipendente totale /CE Riepilogo : Totale dei Ricavi caratteristici al netto dei costi capitalizzati)	26.907/81.093	28.275/80.860	30.830/88.997	30.721/95.081	30.628/95.962	30.598/83.748
	33,18%	34,97%	34,64%	32,31%	31,92%	36,54%
2. Costi per beni e servizi/ricavi gestione caratteristica (Costo per beni e servizi comprende: N.I. Tot: acquisti di beni B1; acquisti di servizi B2; manutenzioni B3; Godimento beni di terzi B4; Oneri diversi di Gestione B9)	47.334 /81.093	52.437 / 80.860	54.406 /88.997	56.735/95.081	58.905/95.962	49.347/87.748
	58,37%	64,84%	61,13%	59,67%	61,38%	56,24%
3. Risultato operativo di esercizio/ricavi della gestione caratteristica (ROS) al netto dei costi capitalizzati	2.851/ 81.093	2.767/80.860	2.935/88.997	2.760/95.081	2.418/95.962	2.980/83.748
	3,51%	3,42%	3,30%	2,90%	2,52%	3,56%
4. Rotazione del CI: ricavi gest. caract. / Totale attività	81.093/98.643	80.860/109.187	88.997/99.735	95.081/101.311	95.962/112.680	
	0,82	0,74	0,89	0,94	0,85	
Patrimoniali						
5. Grado di indebitamento corrente: passivo corrente/Tot. Passività — (Passivo corrente: SP riepilogo: D (debiti) +NI Tot E1Rate/ totale passività)	50.973 /98.643	59.733/109.187	53.791/99.735	48.613/101.311	56.842/112.680	
	51,67%	55,00%	54,00%	47,98%	50,45%	
6. Cespiti per addetto (Attivo fisso-imm. Fin./N. Addetti	43.904/510,8	48.697/ 523,3	51.857/ 555,30	49.386/558,60	45.459/587	
	85,95	93,06	93,39	88,41	77,44	
7. Durata crediti verso clienti (privati+pubblici): crediti vs clienti/ ricavi giornalieri	27.714/(51.842/360)	34.657/(52.918/360)	20.395/(59.202/360)	27.974/(62.630/360)	21.237/(62.293/360)	
	192 gg	235 gg	124 gg	161gg	123gg	
8. Durata crediti verso clienti privati/ricavi giornalieri	5.454/(10.724/360)	2.310/(10.548/360)	2.271/(10.494/360)	4.069/(11.796/360)	5.260/(11.562/360)	
	181 gg	79 gg	78 gg	124gg	164gg	
9. Durata media debiti verso fornitori: debiti vs fornitori/acquisti giornalieri	17.076/(54.506/360)	16.366/(62.542/360)	14.179/(54.256/360)	12.780/(52.547/360)	8.071/(48.731/360)	
	113 gg	95 gg	94 gg	87gg	60gg	
10. Passivo consolidato (Debiti a M/L termine)/ricavi gest. Caratteristica	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	

* Ricavi gestione caratteristica: sono al netto dei costi capitalizzati

ALLEGATO 2 - ORGANIGRAMMA





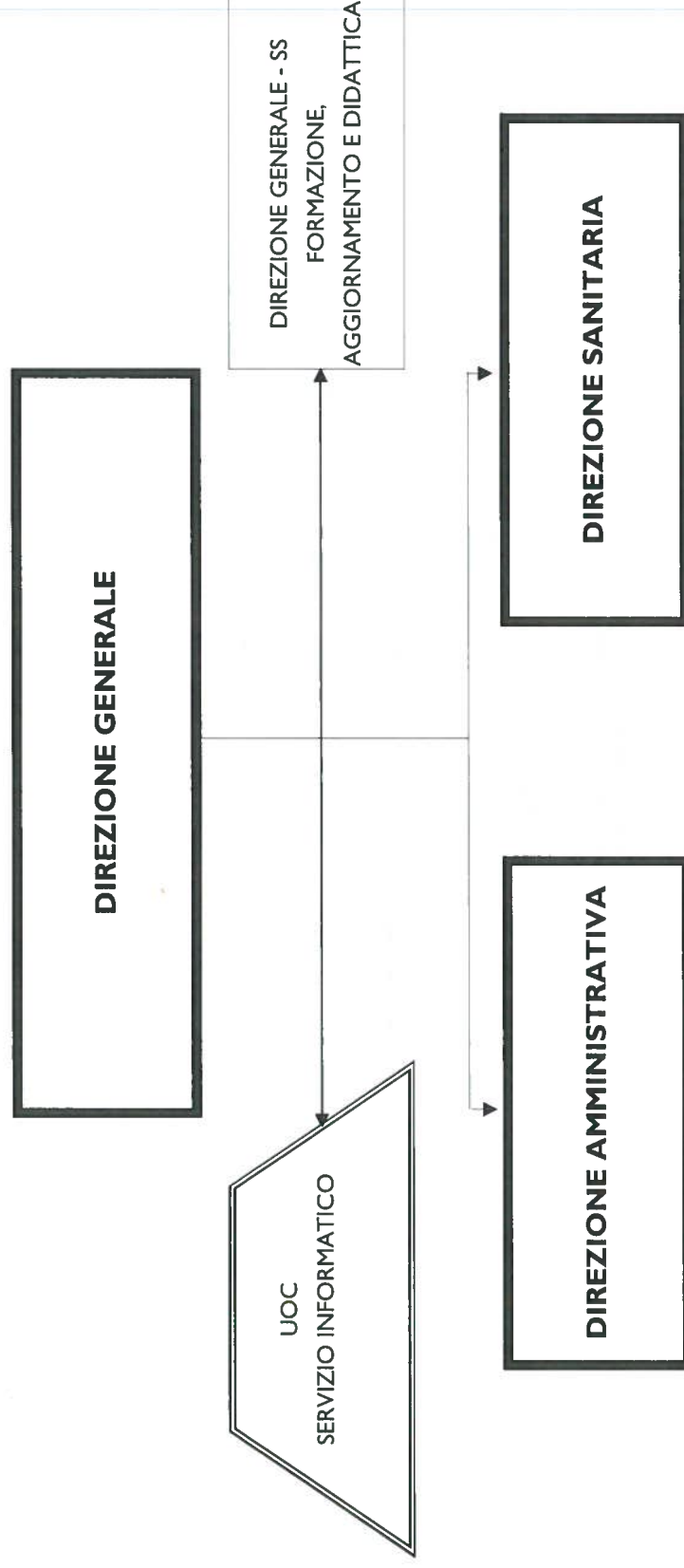
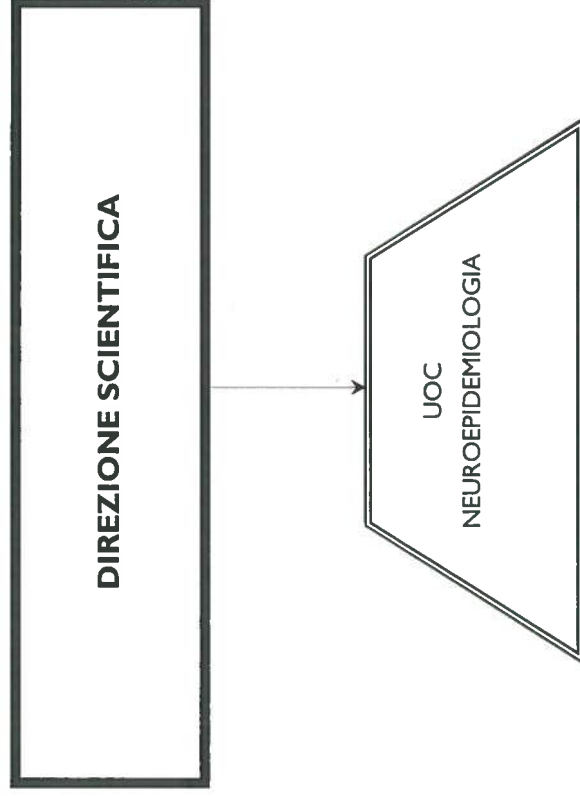
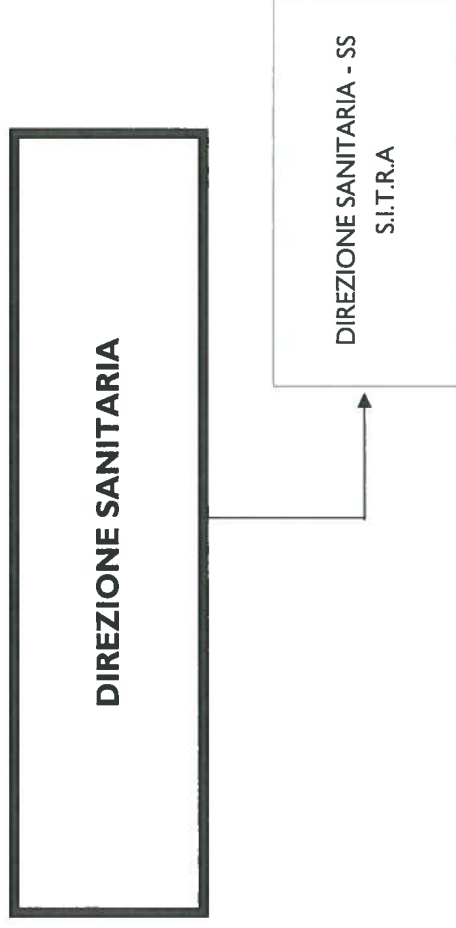


Tavola 2.1 Staff delle Direzioni Aziendali - Direzione Generale - Struttura Proposta POA scadenza 31.12.2014





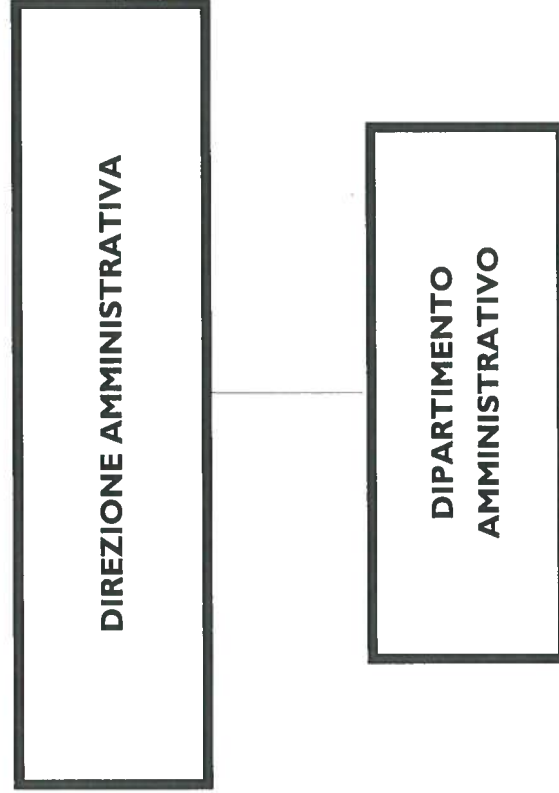
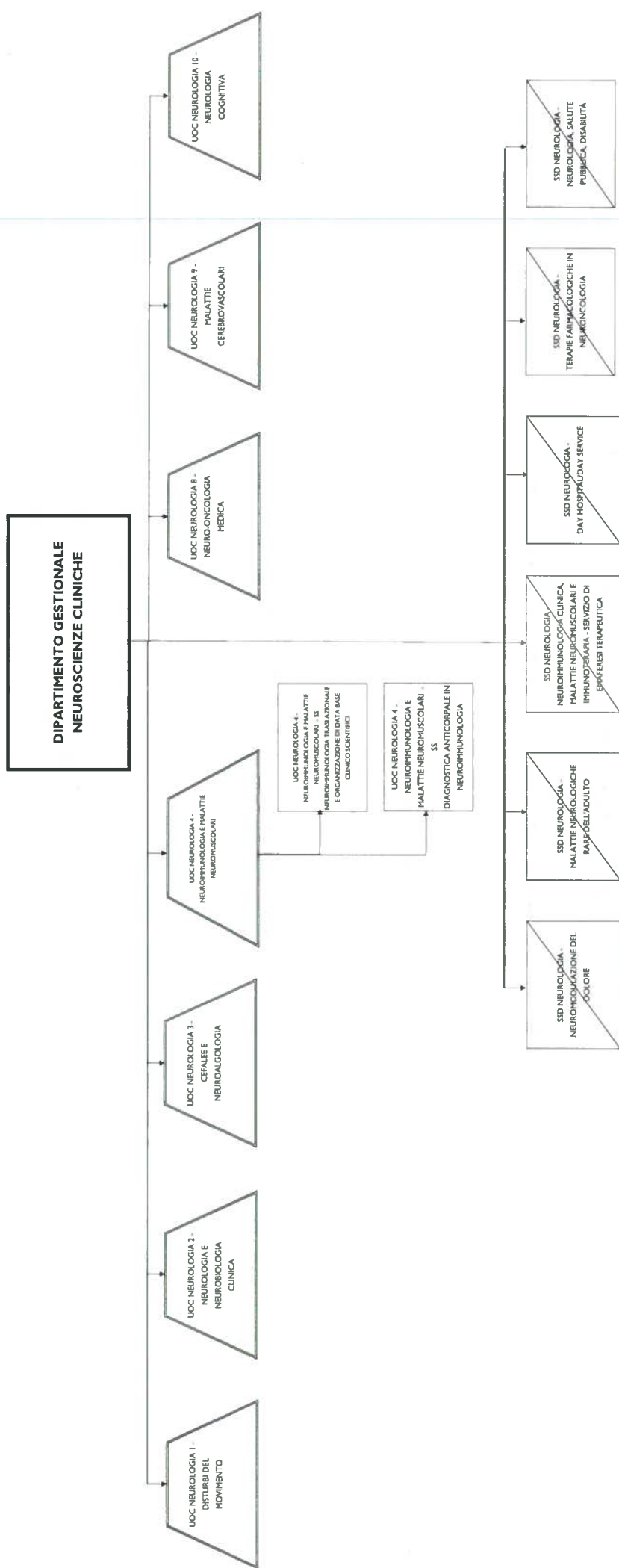
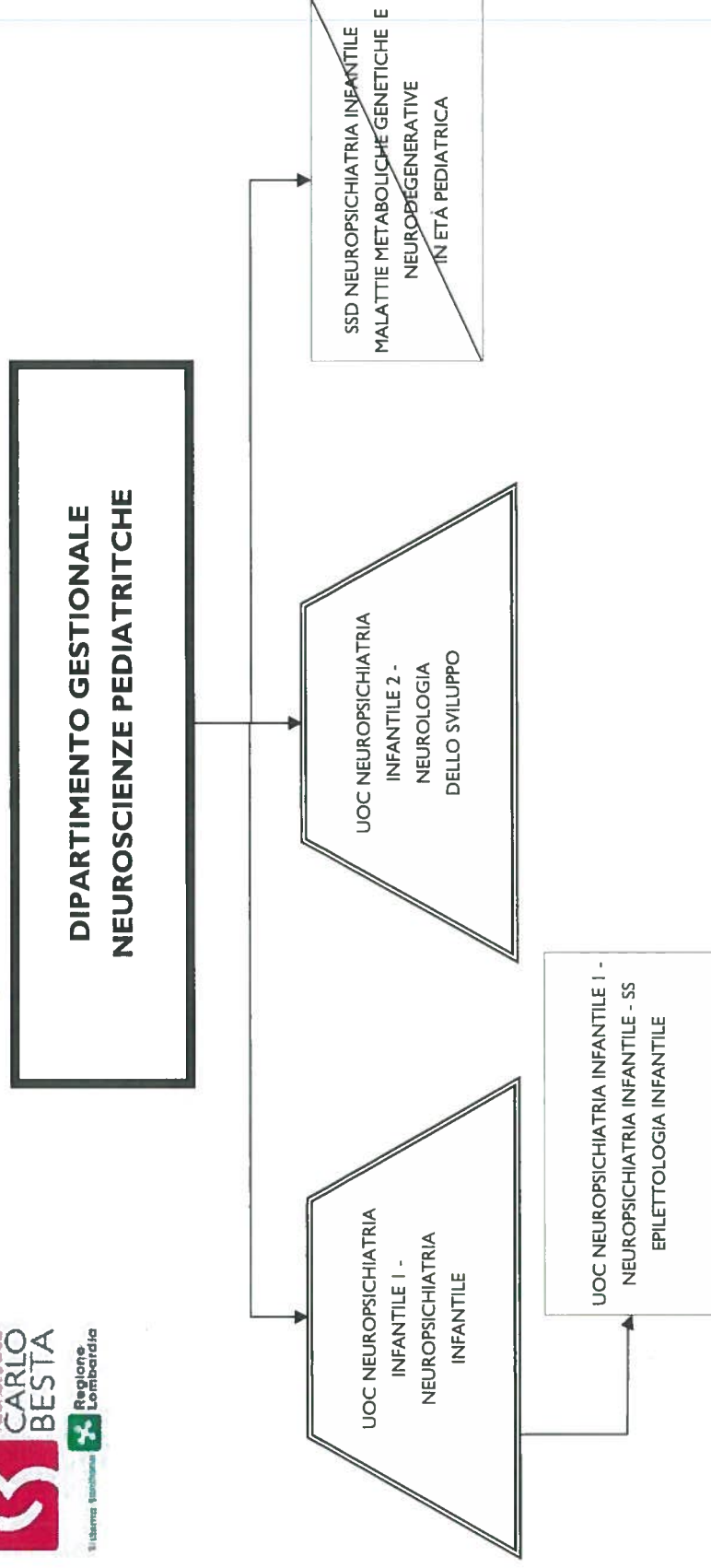
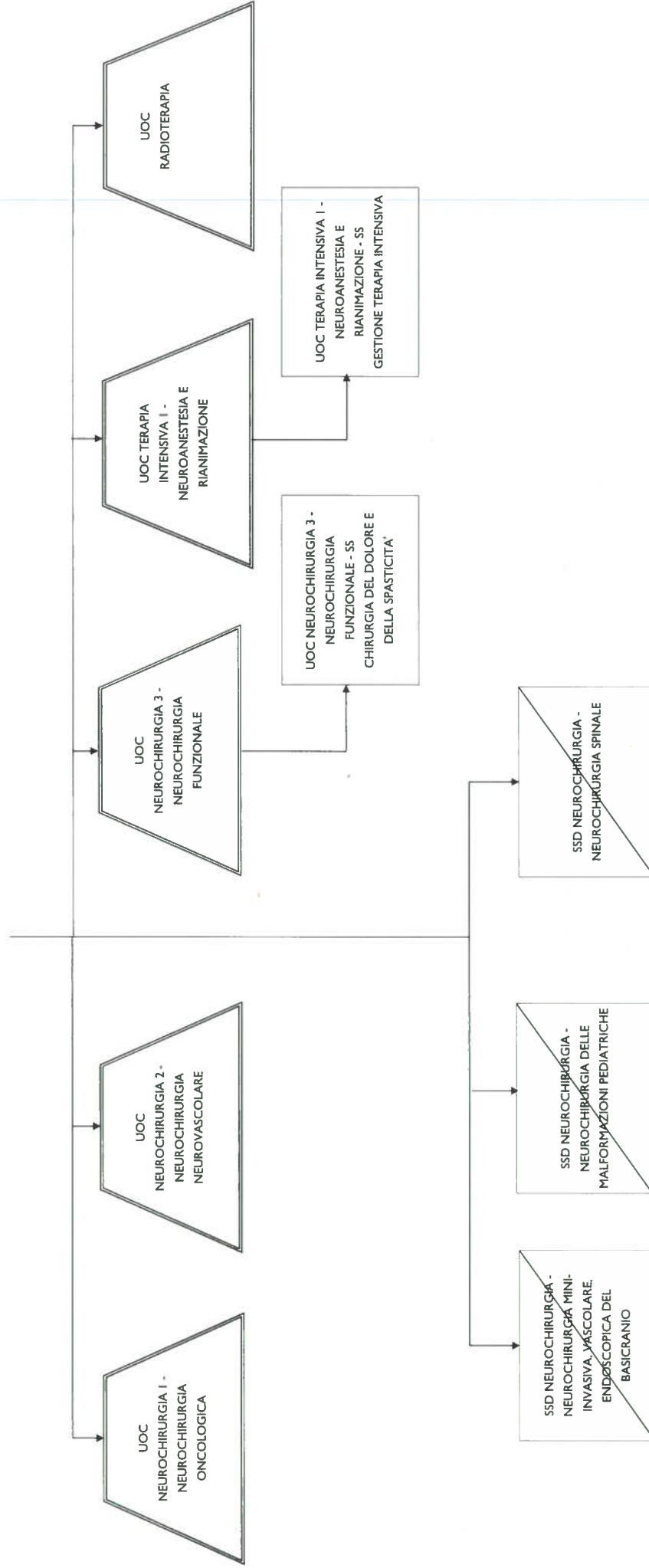


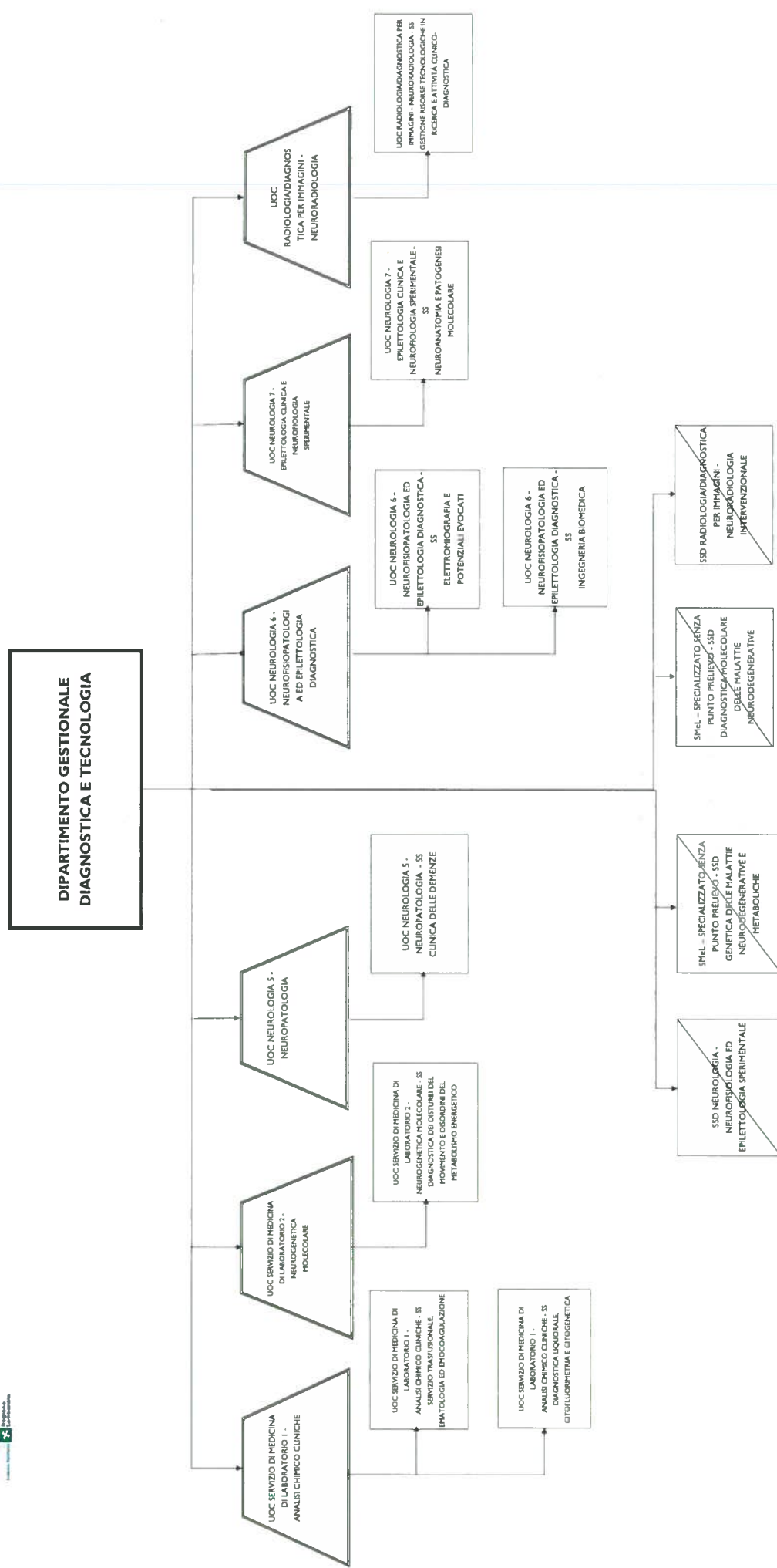
Tavola 2.1 Staff delle direzioni aziendali - Dipartimento Amministrativo -Struttura Proposta POA scadenza 31.12.2014

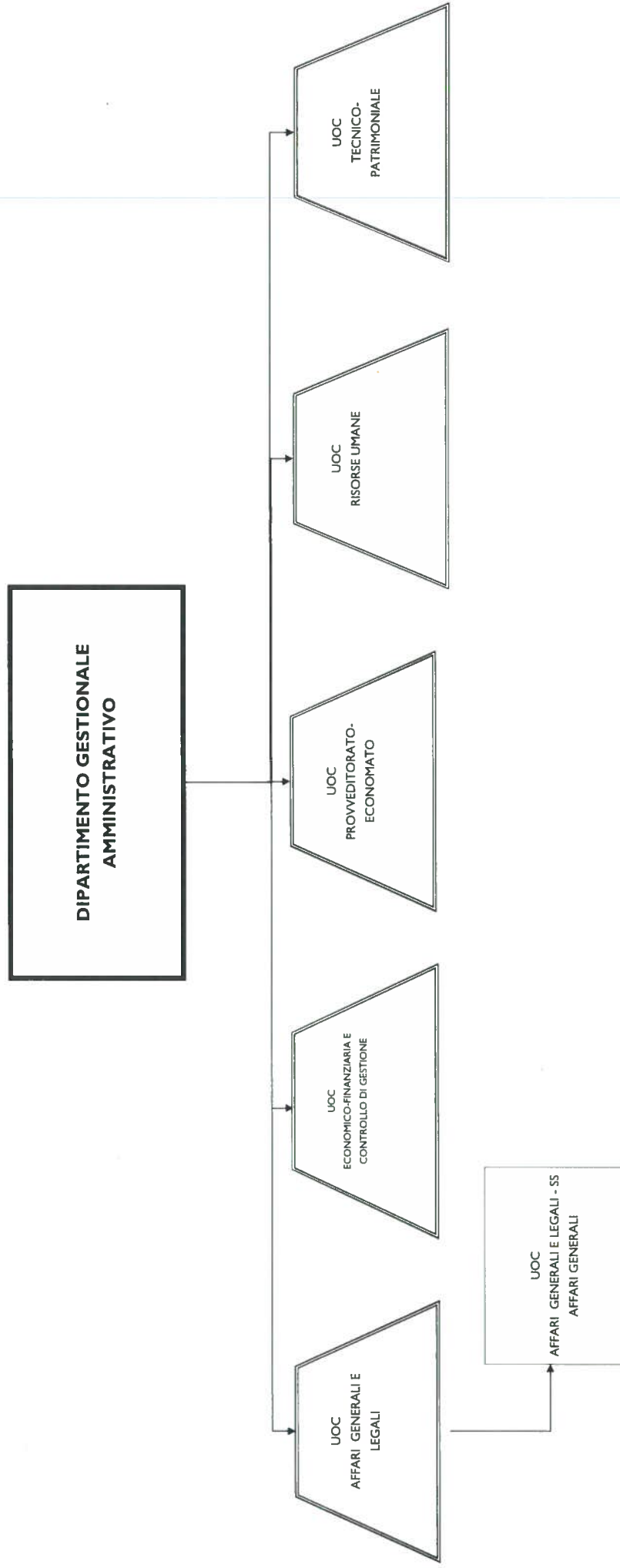


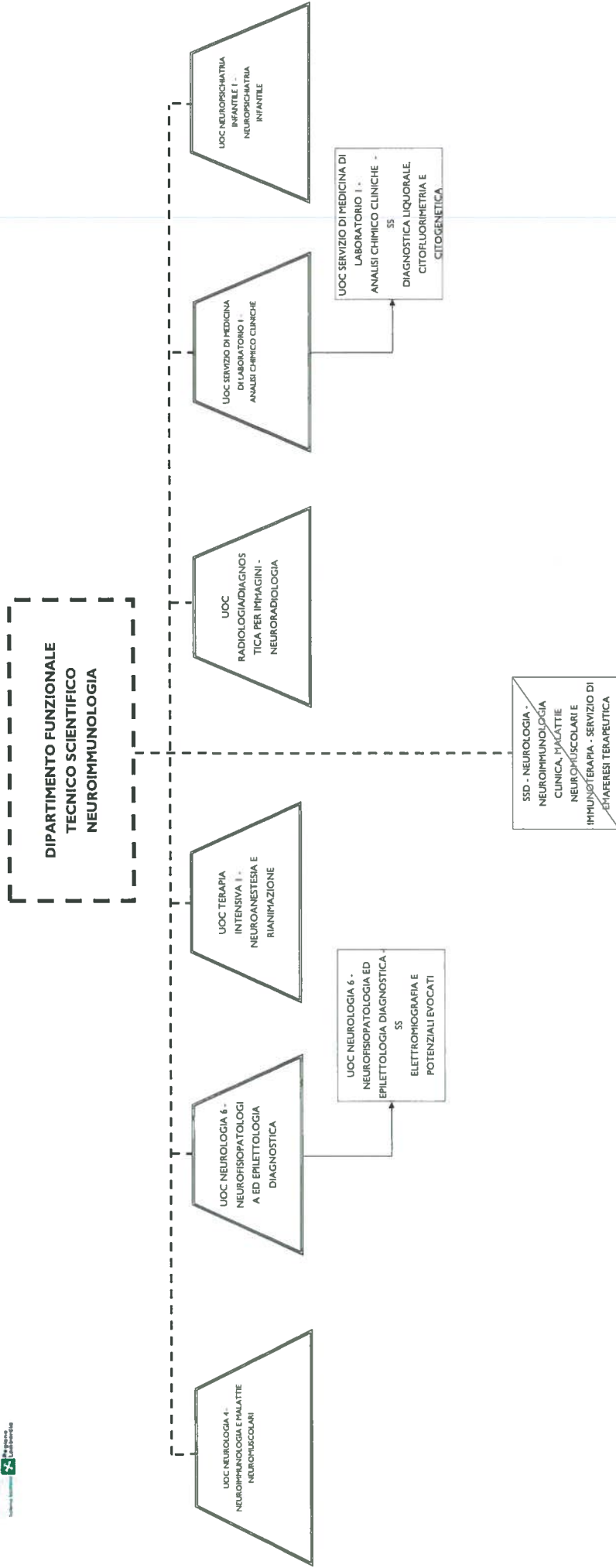


DIPARTIMENTO GESTIONALE NEUROCHIRURGIA









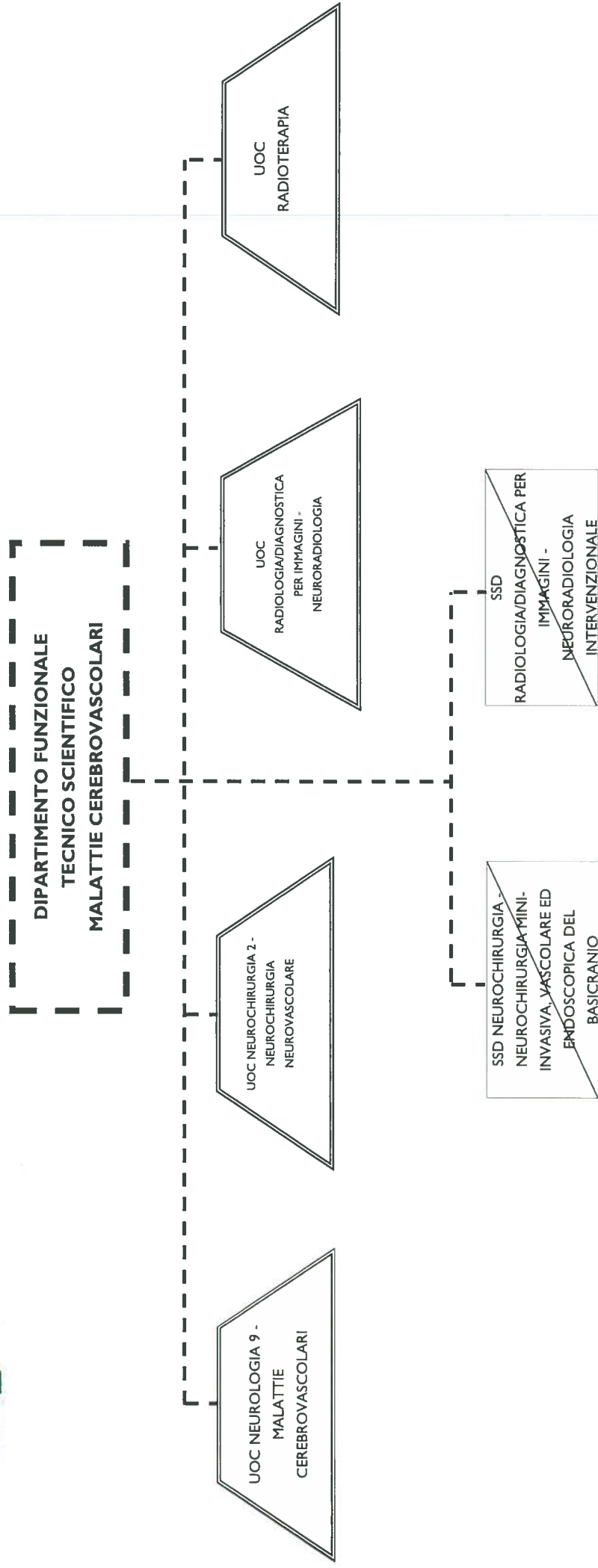


Tavola 3.1 Dipartimento Funzionale Tecnico Scientifico - Malattie Cerebrovascolari - Struttura Proposta POA scadenza 31.12.2014

