

PIANO DELLA PERFORMANCE 2015

PIANO DELLA PERFORMANCE 2015

INDICE:

Premessa	3
Fasi del ciclo della performance	4
Il contesto	5
Chi siamo	7
La misurazione delle Performance	9
Politiche di definizione del Budget	11
Organigramma della Fondazione	15
Mission, Vision e Valori	16
Principali punti di forza	18
Macroaree obiettivi	20
• Eccellenza scientifica	21
• Eccellenza clinica	26
• Sicurezza per i pazienti e per gli operatori	29
• Miglioramento dei servizi per l'utenza	33
• Digitalizzazione	34
• Trasparenza e anticorruzione come obiettivi culturali	35
• Gestione attenta delle risorse	37

ALLEGATI

All. 1) Sintesi dati di attività 2014

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

All. 3) Delibera del Direttore Generale del 20 Luglio 2015 n. 318 "obiettivi aziendali e di budget anno 2015"

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.

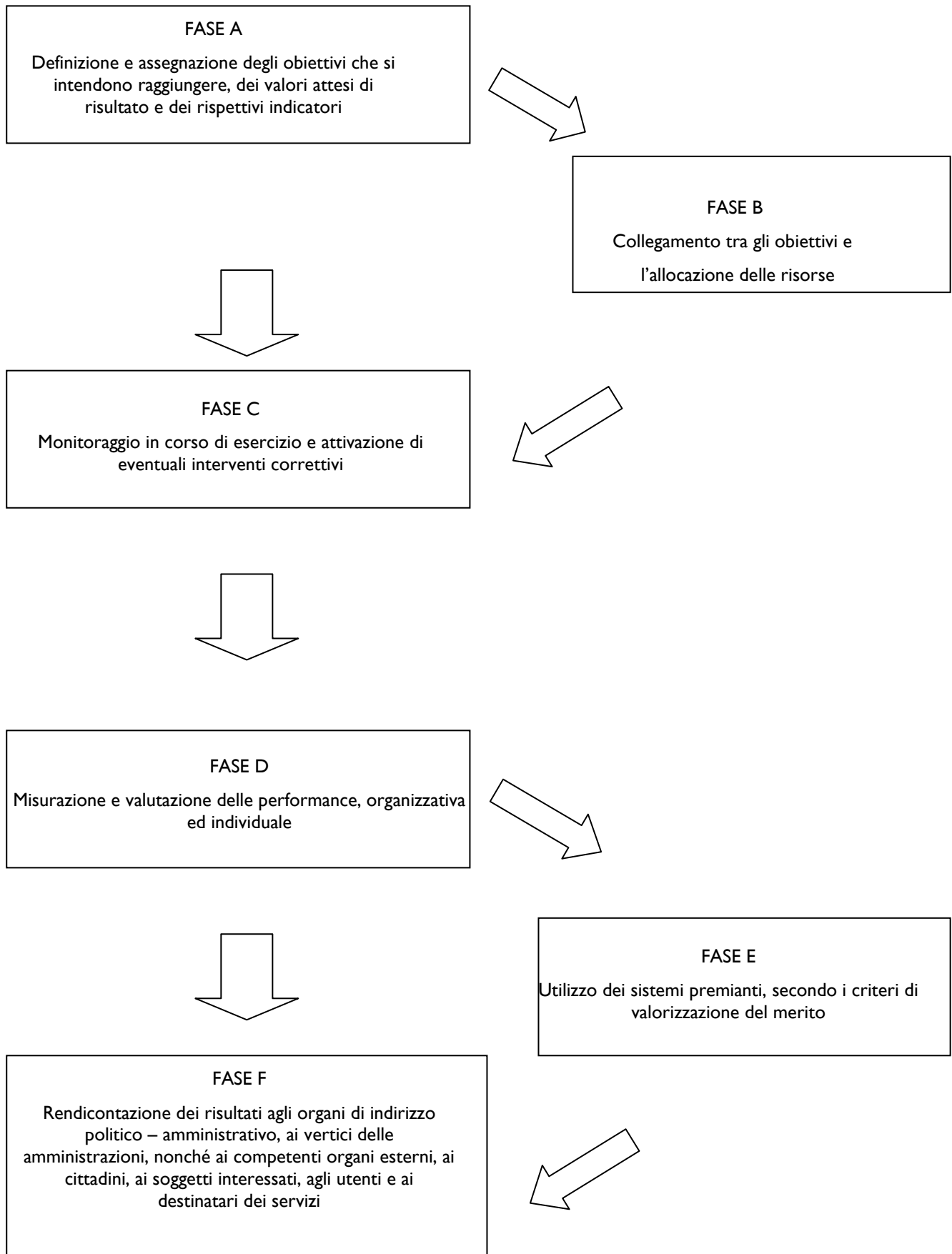
Il Piano della Performance viene aggiornato con cadenza annuale in relazione a :

- 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.

FASE 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 deliberazione della Giunta Regionale del 7 Marzo 2012 n. 3080

In data 24 Giugno 2009 con atto notorio (repertorio n. 99004) è stata stipulata una convenzione che ha sancito 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, di ricerca biomedica e 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:

- 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 la realizzazione e la gestione del Centro Nazionale di Androterapia Oncologica, nonché lo svolgimento di attività di ricerca e formazione, con particolare ma non esclusivo riferimento all'adroterapia oncologia.
- 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.
- **Il Centro Europeo di Nanomedicina**, centro di ricerca di eccellenza dedicato a ricerche di base ed applicate nell'ambito della nano medicina.
- **Il C.I.R.M. (Consorzio Italiano per la Ricerca in Medicina)**, Consorzio, senza fini di lucro che opera nell'area delle "Scienze della vita", composto da Soci Pubblici e Privati, le cui finalità sono promuovere e/o esercitare la ricerca biologica, medica, sanitaria non medica, socioeconomica e bio-statistica, promuovere e/o gestire servizi di ricerca, promuovere e/o gestire la sperimentazione clinica anche per conto di altri soggetti, esercitare attività di formazione professionale e di educazione permanente, anche attraverso l'uso di tecnologie per la formazione a distanza, creare partenariati finalizzati all'ideazione ed allo sviluppo di progetti di ricerca regionale, nazionale ed internazionale a finanziamento pubblico o privato.

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 CCCCNNL avviene in base al grado di raggiungimento degli obiettivi della singola U.O. (certificato dal NVP). Nello specifico la ripartizione del fondo per la retribuzione di risultato individuato dal CCNL, con l'aggiunta di eventuali altre somme residuali ai sensi dei CCCCNNL vigenti, per il personale dipendente dell'area della Dirigenza Medica e Dirigenza Sanitaria dal 2013 avviene, come previsti nei vigenti CCCCIIAA della Dirigenza Medica e Sanitaria, come segue:

- il 50% delle risorse disponibili è finalizzato a premiare il grado di raggiungimento dell'obiettivo di performance organizzativa (obiettivo di produzione);
- il 50% delle risorse disponibili è riconosciuto in relazione alla percentuale di raggiungimento individuale degli obiettivi indicata nella scheda di valutazione dell'anno di riferimento (performance individuale).

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 dei vigenti CCCCIIAA della Dirigenza Medica e Sanitaria che qualora non vengano compilate le schede di valutazione, non si provvederà a corrispondere l'intera retribuzione di risultato ai relativi Direttori di Struttura Complessa. Per i dirigenti privi di scheda di valutazione verrà cautelativamente corrisposto soltanto quanto spettante del 50% delle risorse finalizzate a premiare il grado di raggiungimento dell'obiettivo di performance organizzativa.

POLITICHE DI DEFINIZIONE DEL BUDGET

I - DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Il Budget 2015 è stato elaborato sulla base delle linee strategiche contenute nel:

- Piano Socio Sanitario Regione Lombardia (PSSR) 2010-2014
- Piano Regionale di Sviluppo della X legislatura e i relativi aggiornamenti approvati mediante il Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFR)
- Patto per la Salute 2014-2016
- Accordo Stato-Regioni relativo al regolamento “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”
- Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2013 (DGR n. X /2989 del 23/12/2014) – Regole 2015
- Bilancio Economico Preventivo 2015 approvato con Delibera del CDA N. 195 del 27 Aprile 2015

II - PRINCIPALI IPOTESI DI BUDGET ADOTTATE

Obiettivi di produzione

Premessa

L’attuale struttura della Fondazione situata in via Celoria, il cui insediamento risale agli anni '30 del secolo scorso, ha subito nei decenni diverse modifiche e integrazioni. Nell’ultimo decennio del secolo scorso, la decisione di realizzare una nuova sede portò inoltre a limitare gli interventi sull’esistente, mentre si consolidavano ormai negli ospedali lombardi livelli di qualità edilizia ed impiantistica di eccellenza.

A ciò si aggiunga che la vetustà degli immobili e degli impianti richiede sempre maggiori interventi di mantenimento e rinnovo per consentire di mantenere l’esercizio delle attività sanitarie di assistenza e la continuità della ricerca in condizioni di sicurezza e affidabilità.

L’anno 2015 si presenta particolarmente impegnativo per la Fondazione in considerazione degli investimenti programmati per adeguare agli standard di accreditamento e di sicurezza le strutture edilizie e gli impianti dei fabbricati della sede di via Celoria 11 in Milano.

Con Delibera di Giunta Regionale n. IX/3385 del 9 maggio 2012 è stata destinata alla Fondazione la somma di € 11.170.000 per interventi di messa in sicurezza dell'attuale sede, in attesa del trasferimento dell'attività sanitaria nel nuovo complesso "Città della Salute e della Ricerca" di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale n° IX/3666 seduta del 02/07/2012, che potrebbe avvenire, stante le previsioni temporali di predetta deliberazione, non prima dell'anno 2018.

Umanizzazione delle degenze

All'interno dei Padiglioni A e B, sono ospitate aree di degenza neurologiche (Neurologia A e Neurologia B, Neurologia C) e neurochirurgiche (Neurochirurgia A, Neurochirurgia B, Neurochirurgia C) con un totale di **87 posti letto neurologici (SSN)** e **39 posti letto neurochirurgici (SSN)** e **10 posti letto Solventi**, che necessitano di adeguamenti relativi alla sicurezza, comfort e standard alberghiero ormai non più rinviabili vista la vetustà dell'edificio.

E' quindi necessario promuovere l'umanizzazione delle degenze che rappresentano la parte più critica attraverso interventi di miglioramento quali:

- climatizzazione centralizzata,
- implementazione dei bagni per l'adempimento dei requisiti strutturali inerenti alle degenze,
- rivalutare la compartimentazione,
- dotazione di sistemi di rivelazione incendio,
- dotare manichette antincendio,
- revisione/sostituzione impianto elettrico.

Si prevede che gli interventi abbiano un forte impatto sull'attività clinico – sanitaria, in particolare quelli che si devono attuare direttamente sull'area degenziale quale la realizzazione degli impianti di condizionamento e l'implementazione dei servizi igienici del Padiglione A dell'ospedale, anche al fine dell'adeguamento ai parametri dell'accreditamento di cui alla DGR n° 38133 del 6/ 8/1998, in proroga in base alla DGR IX/898/2010, che prevede:

- SGTEC10 – requisiti previsti dalle leggi vigenti in materia di condizioni microclimatiche
- SSDMM03-04-05-06 – area di degenza
- SGTEC02 – prevenzione incendi
- SGTEC04 – requisiti previsti in materia di sicurezza e continuità elettrica

Gli interventi di miglioria e di adeguamento previsti necessitano di essere effettuati in senso verticale con intersecazione matriciale per tutti gli interventi previsti nell'area.

In considerazione della radicalità degli interventi, per rendere possibile la realizzazione dei lavori, il padiglione A lato destro dovrà esser messo completamente a disposizione a piani alterni. Naturalmente le attività dovranno essere concentrate e ben coordinate tra le parti al fine di contenere i tempi di realizzazione.

A tal fine, onde ridurre al massimo la contrazione dell'attività sanitaria, i lavori saranno effettuati nell'arco temporale da giugno 2015 fino alla metà di ottobre 2015.

Gli interventi strutturali previsti nel corso del 2015 coinvolgeranno direttamente o indirettamente tutto l'Ospedale di via Celoria e di conseguenza sarà influenzata la capacità produttiva delle singole Unità Operative sanitarie. Sulla base dei dati forniti dalla Direzione Sanitaria si è proceduto ad una accurata analisi sull'impatto economico che tali investimenti avranno nel corso dell'anno sull'attività produttiva dell'Istituto. In particolare le aree che avranno un impatto prevalente sull'attività di ricovero saranno le Neurologie e le Neurochirurgie. Le attività del Dipartimento di Neuropsichiatria Infantile non saranno coinvolte.

A causa della minore disponibilità di posti letto nel periodo in cui si svolgeranno i lavori, globalmente si prevede una **riduzione della produzione**.

Tutte le Unità Operative sanitarie coinvolte dagli interventi strutturali saranno impegnate nella **rimodulazione del mix di produzione** e nella **ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e strutturali** (migliorando l'utilizzo dei posti letto) disponibili, con l'obiettivo di garantire per il 2015 la continuità assistenziale.

La diminuzione dei ricoveri sarà compensata, ove possibile, da un incremento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale:

- si prevede un aumento delle prestazioni ambulatoriali dei Servizi Diagnostici, meno impegnati nelle prestazioni da erogare per i pazienti ricoverati;
- si prevede un aumento dei pacchetti diagnostici da erogare, ove possibile, in alternativa al ricovero.

Obiettivi di Costi

Nel 2015 si intende perseguire l'obiettivo di **riduzione dei costi di beni e servizi**, così come previsto dalle Regole 2015.

La base di calcolo da parte di Regione Lombardia per la definizione del Bilancio preventivo 2015 è la Prechiusura al IV CET 2014. Rispetto alla Prechiusura al IV CET 2014 la riduzione effettiva è pari a -279K€, calcolata secondo il metodo regionale, ovvero, dal valore complessivo dei Beni e Servizi (al netto degli utilizzi) vengono scorporati i Farmaci File F e Doppio Canale, i Contributi da beni e Servizi dell'anno e i Premi assicurativi. Invece la diminuzione risulta di -583K€ rispetto al Bilancio d'Esercizio 2014.

BENI E SERVIZI		Prechiusura IV CET 2014 (al netto utilizzi)	BILANCIO D'ESERCIZIO 2014 (al netto utilizzi)	BPE 2015 (al netto utilizzi)	VARIAZIONE	
		(A)	(B)	(C)	(C-A)	(C-B)
B1A-Acquisto di beni sanitari+var.rimamente	€.	19.141	19.540	19.291	150 -	249
B1B-Beni non sanitari	€.	281	254	267	- 14	13
B2A-Acquisti di servizi sanitari	€.	1.695	1.715	1.594	- 101	121
B2B1-Acquisti di servizi non sanitari	€.	9.640	9.546	9.573	- 67	27
B2B2-Consulenze, collaborazioni...	€.	235	175	224	- 11	49
B2B2-Formazione	€.	45	47	45	-	2
B3-Manutenzioni	€.	3.169	3.350	3.292	123 -	58
B4-Godimento beni di terzi	€.	3.673	3.786	3.626	- 47	160
B9-Oneri diversi di gestione	€.	167	161	114	- 53	47
A) TOTALE	€.	38.046	38.574	38.026	- 20	548
FARMACI FILE F	€.	3.392	3.674	3.807	415	133
FARMACI DOPPIO CANALE	€.	5.469	5.342	5.342	- 127	-
Beni e Servizi Contributi	€.	29	98	-	29 -	98
Premio Assicurazioni	€.	1.956	1.956	1.956	-	-
B) TOTALE	€.	10.846	11.070	11.105	259	35
A-B	€.	27.200	27.504	26.921	- 279	583

Si precisa che, come indicato nelle linee guida del II CET 2015, il vincolo beni e servizi del Bilancio Preventivo 2015 sarà rimodulato sulla base della DGR di modifica delle Regole di Sistema, alla luce dell'Intesa Stato-Regioni del 2 luglio 2015 e provvedimenti conseguenti. Inoltre si terrà conto di eventuali integrazioni sulla base dei dati di sistema, comportanti maggiori costi quali farmaci File F e Doppio Canale.

ORGANIGRAMMA DELLA FONDAZIONE

In allegato al Piano (All. 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 non è interamente applicato in quanto per alcune strutture sanitarie sono in corso di ultimazione le procedure di accreditamento istituzionale.

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.

² Tratto dal P.O.A.

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.

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 FORZA

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 evidenzia la complessità della casistica e il collegamento con la ricerca clinica.
- Organizzazione della ricerca secondo il modello NIH che vede nella identificazione dei DFTS le strutture più idonee a esprimere il carattere traslazionale delle attività di ricerca, da quelle di base fino al trasferimento dei risultati sul paziente con ricaduta positiva sul SSR e SSN.
- 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).
- 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, Magnetoencefalografo).
- 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.
- Capacità di sviluppare accordi di collaborazione con altri enti sanitari di eccellenza integrandoli fortemente con la struttura organizzativa (Dipartimenti Interaziendali).
- 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.
- 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 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;
 - sviluppo progetti risk management.
- 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 l’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 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 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 in 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 traslazonalità 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 2014	<i>Media triennio 11-13</i>	<i>Media triennio 10-12</i>	<i>Media triennio 09-11</i>
IF grezzo	1.263,05	1.343,48	1.226,75	980,77
IF normalizzato	1316,00	1.239,05	1.093,73	877,26

Il valore dell' IF dell'anno 2014 ha confermato l'eccellenza scientifica della nostra Fondazione confermando il valore medio raggiunto nel triennio precedente, triennio particolarmente produttivo; il che conferma l'ottimo posizionamento del nostro IRCCS tra i più qualificati.

Obiettivo 2015

Impact factor: In considerazione dell'andamento ciclico della produzione scientifica per il 2015 ci si aspetta un valore sempre elevato, ma non superiore a quello dell'anno precedente. Obiettivo quindi è il mantenimento della media del triennio 2012-2014 intorno ai 1200 punti di IF standardizzato. A livello di valore di IF grezzo e normalizzato si ritiene di poter considerare come obiettivo per il 2015 il raggiungimento di almeno il 70% del valore di IF dello scorso anno.

Costo per singolo punto di IF(valore 2014: €3.902,27): 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 2014 tale valore si è mantenuto sui livelli del 2013, confermando l'andamento positivo di tale indicatore. In considerazione del valore atteso di Impact Factor normalizzato per il 2014 si può ragionevolmente considerare obiettivo un valore di costo medio compreso fra -10% e +10% rispetto al 2014.

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. 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 di tale indicatore intorno ai 7 punti.

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

Per il 2015 ci si propone di incrementare l'attrazione risorse in ambito nazionale. Per quanto riguarda l'attrazione risorse a livello internazionale nel 2015 sono attesi i primi esiti della nuova programmazione europea HORIZON 2020. Quindi, in generale, ci si aspetta un incremento di risorse derivanti sia da fonti di finanziamento nazionali che internazionali, in particolare europee. Nello specifico, facendo riferimento al volume dei finanziamenti del triennio 2012-2014 (intorno ai 10 milioni di euro), si considera un buon risultato il raggiungimento di un valore $\geq$ al 80% di tale media.

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 traslazonalità della nostra attività. In linea generale la maggior parte delle nostre pubblicazioni e prodotti di ricerca hanno forte ricaduta sul SSN e SSR.

Obiettivo 2015

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'85% dei prodotti stessi.

Per quanto riguarda i trial clinici indipendenti e no-profit nel 2015 si prevede un andamento costante e il mantenimento del numero di trial attivi al 2014.

Obiettivi 2015

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
ECCELLENZA SCIENTIFICA	Valorizzare la produzione scientifica	IF grezzo 2015: $\geq 70\%$ anno 2014 IF normalizzato 2015: $\geq 70\%$ anno 2014 Costo medio per punto di IF: $-10\% \leq \text{CM anno 2013} \leq +10\%$ Produttività singolo ricercatore: IF standardizzato/FTE > 7
	Potenziare l'attrazione risorse	Finanziamenti per Ricerca $\geq 80\%$ della media dei finanziamenti per ricerca del triennio 2012-2014
	Monitoraggio indicatori di efficacia clinica e scientifica	Trasferibilità – ricaduta assistenziale: almeno l'85% dei prodotti della ricerca con ricaduta assistenziale e trasferibilità Trasferibilità - Trial clinici: numero trial clinici attivati nel 2015 maggiore o uguale a 20

ECCELLENZA CLINICA

Obiettivo 2015:

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
ECCELLENZA CLINICA	mantenimento dell'eccellenza clinica nei ricoveri della Fondazione	Mantenimento parametri (= o > anno 2014) pazienti extraregioni

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 di attività relativi all'anno 2014 mettono in evidenza elementi di eccellenza clinica dell'intero Istituto. Per quanto concerne l'attività di degenza è possibile apprezzare, grazie ad azioni organizzative, un decremento dell'attività di ricovero ordinario, come previsto dalle regole regionali, a vantaggio di prestazioni di specialistica ambulatoriale, macroattività ambulatoriali complesse (MAC). È inoltre possibile evidenziare come, nel contesto del mix, a fronte dei 6.049 casi di ricovero in degenza ordinaria, ben 944, pari a circa il 15,61% 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 2014 in ordine di frequenza (tabella seguente) che vede al primo posto il DRG 002 (craniotomia in età superiore di 17 anni, senza complicanze), con 944 casi pari a 7255 giornate di degenza, con un notevole rilievo di tipo anche economico, che evidenzia altrettanto bene l'eccellenza chirurgica.

Tabella: Primi 10 DRG di degenza ordinaria, in ordine di frequenza. Anno 2014

DRG	Tipo DRG	Num Ricoveri	GG Degenza
002 - Craniotomia età > 17 anni, senza CC	C	944	7.255
012 - Malattie degenerative del sistema nervoso	M	856	7.178
500 - Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	C	396	1.420
035 - Altre malattie del sistema nervoso, senza CC	M	381	1.963
011 - Neoplasie del sistema nervoso senza CC	M	328	1.795
008 - Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	C	319	1.331
026 - Convulsioni e cefalea età < 18 anni	M	271	1.739
013 - Sclerosi multipla e atassia cerebellare	M	255	2.003
467 - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	M	202	352
522 - Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riab.senza CC	M	163	1.106

Un ulteriore dato che vede in modo inequivocabile premiata l'eccellenza clinica dell'Istituto è dato dall'osservazione che, a fronte dei 6049 casi affrontati in regime di degenza ordinaria nel corso del 2014, ben 3242, pari ad oltre il 53,60% del totale, sono di provenienza extraregionale.

Ricoveri 2012							
Provenienza	Pazienti	% prov	Ricoveri ordinari	% prov	Ricoveri DH	Accessi DH	% prov
ASL MILANO	853	14,62%	917	14,35%	53	89	15,45%
ASL RL	1.929	33,06%	2.081	32,56%	153	234	44,61%
ESTERO	37	0,63%	41	0,64%	1	1	0,29%
EXTRA RL	3.016	51,69%	3.352	52,45%	136	190	39,65%
	5.835		6.391		343	514	

Ricoveri 2013							
Provenienza	Pazienti	% prov	Ricoveri ordinari	% prov	Ricoveri DH	Accessi DH	% prov
ASL MILANO	799	14,10%	832	13,35%	61	62	17,53%
ASL RL	1.822	32,16%	2.015	32,33%	120	141	34,48%
ESTERO	14	0,25%	16	0,26%	0	0	0,00%
EXTRA RL	3.031	53,49%	3.370	54,07%	167	191	47,99%
	5.666		6.233		348	394	

Ricoveri 2014							
Provenienza	Pazienti	% prov	Ricoveri ordinari	% prov	Ricoveri DH	Accessi DH	% prov
ASL MILANO	730	13,18%	771	12,75%	45	48	15,25%
ASL RL	1.874	33,83%	2.003	33,11%	112	114	37,97%
ESTERO	27	0,49%	33	0,55%	1	1	0,34%
EXTRA RL	2.909	52,51%	3.242	53,60%	137	148	46,44%
	5.540		6.049		295	311	

Ambulatoriale - Macroattività Ambulatoriale Complessa (MAC) – Chirurgia a Bassa Complessità (BIC)

In attuazione al concetto di efficienza, ma soprattutto di appropriatezza, ci si prefigge una ancor più puntuale programmazione delle modalità del trattamento delle patologie che devono essere trattate in regime di degenza ordinaria, implementando sempre più la quota di patologie “outpatients” che dovrà essere trattata sia in regime di Day Hospital, sia in quello ambulatoriale attraverso quelle forme definite “Macro Attività Complesse (MAC)” o “pacchetti ambulatoriali integrati” o Chirurgia a Bassa Complessità (BIC), intesa come delocalizzazione, sempre a livello ambulatoriale, di attività precedentemente gestite in Day Surgery.

Tutto ciò impone alla Fondazione di collocare, ancor di più, il paziente al centro del percorso assistenziale programmando le rivenienti attività necessarie per l’attuazione di tali modelli nel contesto di un unico accesso da parte del paziente o di più accessi programmati qualora la domanda sanitaria richieda la prestazione intesa come ciclo da svolgersi in più sedute.

Pertanto nel corso del 2015 la Fondazione si prefigge di proseguire con la riorganizzazione dei percorsi dei pazienti, aumentando le attività ambulatoriali a fronte di un decremento dell’ospedalizzazione. Nella tabella sottostante si evidenzia come negli ultimi due anni la Fondazione è riuscita a mantenere un trend di crescita dalle attività definite MAC a fronte di una diminuzione di ricoveri Day Hospital.

<i>Periodo</i>	<i>Regime</i>	<i>Tipo DRG</i>	<i>Accessi DH</i>	<i>Accessi MAC</i>	<i>DH/MAC</i>
2014	DH	Medico	224	1.937	11,56%
2013	DH	Medico	270	2.199	12,28%

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
ECCELLENZA CLINICA	Appropriatezza del livello assistenziale.	rapporto accessi DH/MAC 2015=<2014

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 e 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...).

LA FORMAZIONE E L'INFORMAZIONE PER LA GESTIONE DELLE EMERGENZE

Con Deliberazione N° IX/3385 la Regione Lombardia ha destinato alla Fondazione un finanziamento per eseguire interventi strutturali ed impiantistici finalizzati anche alla messa in sicurezza della sede di Via Celoria. n. II. Questi interventi proseguono nel 2015.

Al fine di garantire la sicurezza degli operatori e dei pazienti in caso di emergenza è necessario prevedere, per gli operatori afferenti alle aree interessate, attività di:

- ripasso sulle procedure di gestione delle emergenze (Piano di Emergenza della sede di via Celoria, II, ripasso delle modalità di spegnimento di un principio d'incendio e di evacuazione)
- addestramento all'impiego del telo 10 maniglie da impiegare per il trasporto di pazienti allettati in caso di emergenza

L'obiettivo prevede anche attività di informazione preventiva e definizione di misure compensative trasmesse a mezzo e-mail agli ambiti interessati dai lavori, per la diffusione a tutto il personale

PROSECUZIONE DELL'AGGIORNAMENTO PLANIMETRIE DI EVACUAZIONE PRESSO LA SEDE DI VIA CELORIA

E' quindi necessario continuare a garantire l'obiettivo già stabilito nel 2013 e nel 2014 relativo alla sicurezza dei diversi cantieri attivi dentro la sede di via Celoria attraverso:

- l'aggiornamento/modifica sia temporanea che definitiva delle planimetrie di evacuazione delle aree interessate dai lavori;
- attività di coordinamento.

Obiettivi annuali 2015

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
SICUREZZA PER I PAZIENTI E PER GLI OPERATORI	La formazione e l'informazione per la gestione delle emergenze	Relazione (prospetto riassuntivo) delle attività di formazione, informazione e addestramento svolte in base ai cantieri attivati
	Aggiornamento planimetrie di evacuazione presso la sede di via Celoria	Relazione (prospetto riassuntivo) delle planimetrie di evacuazione aggiornate

SVILUPPO SISTEMI QUALITÀ E RISK MANAGEMENT

All'interno del Piano della Performance, la Fondazione è attiva a vari livelli nell'ambito della prevenzione, controllo e trattamento delle infezioni ospedaliere rinominate infezioni correlate all'assistenza (ICA) essendo strettamente correlate all'attività di cura e assistenza dei pazienti. Il Ministero della Sanità (Circolare n° 52/1985) definisce come infezione ospedaliera l'infezione acquisita in ospedale, non presente in incubazione al momento dell'ingresso e le infezioni successive alla dimissione, ma riferibili per tempo di incubazione al ricovero e tutte le infezioni che il personale ospedaliero può contrarre nell'assistenza ai malati.

Le infezioni ospedaliere sono un importante problema di sanità pubblica, non solo per le gravi ripercussioni sullo stato di salute del paziente, ma anche perché è un importante indicatore della qualità dell'assistenza erogata dalle strutture ospedaliere e indicatore di sicurezza per i professionisti sanitari e, in generale, per la comunità.

Il controllo, sorveglianza e prevenzione delle infezioni ospedaliere è divenne prioritario per il forte impatto assistenziale dei pazienti, nell'aumento della suscettibilità dei pazienti che richiedono un intervento sanitario, nell'aumento delle esposizioni a rischio sia pazienti che operatori e infine nel contenimento dell'esborso per contenzioso medico-legale.

L'importante lavoro di ristrutturazione in vari settori dell'ospedale iniziato nel 2015 impone una particolare attenzione al lavoro di monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza e ai microrganismi multiresistente.

INFEZIONI E COLONIZZAZIONI DA MICRORGANISMI MULTI RESISTENTI

Nell'ultimo decennio si è assistito all'emergere in Europa del riscontro via via più frequente di popolazioni di microrganismi responsabili di infezioni ospedaliere sempre più resistenti agli antibiotici.

I germi multi resistenti sono microrganismi resistenti all'azione di molteplici antibiotici, in grado di causare le stesse infezioni sostenute dai germi antibiotico-sensibili, con cui condividono la virulenza e le modalità di trasmissione.

I microrganismi multi resistenti non devono essere confusi con i microrganismi in grado di causare malattie infettive diffusive, in quanto questi ultimi sono microrganismi che partendo da un soggetto malato possono contagiare e infettare soggetti sani (ivi inclusi gli operatori sanitari), venuti a contatto con il microrganismo.

La Regione Lombardia ha implementato, dall'anno 2009, un programma (RESILOMB, BASALOMB, SENTILOMB) di monitoraggio delle resistenze antibiotiche in ambito ospedaliero a 3 livelli: riconoscere i microrganismi multi resistenti agli antibiotici o con resistenze particolari, misurare i tassi di incidenza degli isolamenti in pazienti ricoverati c/o strutture ospedaliere, le

loro resistenza antibiotiche, l'incidenza dell'evenienza più terribile ossia la batteriemia da *Staphylococcus Aureo*

Contemporaneamente si sono studiate in più sedi le modalità di contenimento delle diffusioni di questi microrganismi, che, se responsabili dei processi infettivi, possono essere letali in quanto non suscettibili di trattamento antibiotico.

In quest'ambito è in atto c/o la Fondazione un continuo processo di miglioramento nell'affrontare la problematica, che molto si intrinseca con gli intenti del progetto di Risk management relativo alla gestione e prevenzione della sepsi in ambito neurochirurgico.

Questo obiettivo deve essere costantemente perseguito, quindi, devono essere messi in atto dei continui miglioramenti che vedono coinvolti diversi settori della Fondazione (Direzione Sanitaria, Risk management, Laboratorio, Sviluppo Sistemi Qualità, SITRA, SSP, UOTP).

Monitoraggio ed Analisi Epidemiologica degli Eventi Sentinella Microbiologici delle Eventuali Infezioni ad Essi Correlate

Gli isolamenti di microrganismi multiresistenti o con resistenze specifiche (per *Enterobacteriaceae* KPC – carbapenemasi resistenti) vengono considerati EVENTI SENTINELLA MICROBIOLOGICI in quanto la virulentazione del microrganismo, o più semplicemente la sua diffusione a livello ospedaliero, aumenta il rischio di morbidità e mortalità per infezione della popolazione assistita. Ne deriva che il primo livello di prevenzione e controllo è il monitoraggio e l'analisi dei risultati degli esami colturali.

L'attività di monitoraggio degli isolamenti di questi microrganismi prevede un processo comunicativo tempestivo tra la Microbiologia che analizza il prelievo di materiale biologico e l'ospedale, in primis la comunicazione deve avvenire tra la Microbiologia al momento dell'emissione del referto e il reparto dove il paziente è degente immediatamente seguita dalla comunicazione al Laboratorio di Patologia Clinica e genetica medica che acquisisce, registra il referto e lo comunica a Sviluppo Sistemi Qualità e Risk management per la Direzione Sanitaria

Gestione dell' Evento Sentinella Microbiologico

Il livello successivo in un ambito ospedaliero, all'isolamento di un microrganismo multiresistente o con resistenza specifica, riguarda tutte le procedure messe in atto sul paziente e dagli operatori sanitari e non. Nel corso degli ultimi anni a vari livelli (WHO, Ministero della Salute, Regioni etc.) si sono via via definite, linee guida protocolli procedure per prevenire la diffusione di agenti microbiologici multiresistenti o con resistenze peculiari. A livello ospedaliero sono necessari interventi di gestione del problema a vari livelli.

In linea generale a livello ospedaliero è di primaria importanza il lavaggio delle mani. Nel 2015 le Linee Guida di Risk Management emanate dalla Regione Lombardia prevedono l'invio di una

scheda di autovalutazione della procedura lavaggio mani e sulla base dei risultati l'elaborazione di due progetti di miglioramento che la struttura si impegna a realizzare nel 2016. All'apparire di un **EVENTO SENTINELLA MICROBIOLOGICO**, è necessario, in base a Linee Guida e normativa, attuare misure di isolamento e/o adottare precauzioni (da contatto, respiratorie etc.) variabili a seconda dei casi. Devono essere messe in atto soluzioni logistiche, organizzative ospedaliere, scelte cliniche in particolare sull'opportunità di trattare con antibiotico-terapia. Alcuni microrganismi alert inoltre necessitano di misure specifiche per esempio il *Clostridium difficile*, oppure sono caratteristici di alcune situazioni che ne facilitano la crescita (*Legionella* in riferimento agli impianti idrici, *Aspergillo* in caso di lavori di edilizia).

In questo senso c/o la Fondazione è stata formalizzata in sede di CIO una procedura specifica per l'isolamento e altre procedure relative a condizioni particolari. E' necessario quindi esercitare un'attività di controllo sulla adeguata aderenza e tempestiva messa in atto di queste.

Il Risk management vuole implementare un sistema di controllo sull'attuazione delle misure idonee al caso e la loro adeguatezza rispetto a Linee Guida internazionali/nazionali/regionali al verificarsi di ogni isolamento microbiologico definito come alert. Contestualmente vuole monitorizzare la logistica dei pazienti e l'andamento clinico per poter fornire alla Direzione Sanitaria una situazione quotidianamente aggiornata dei pazienti portatori di microrganismi "sentinella". La Direzione Sanitaria è in questo modo informata puntualmente per poter prendere qualsiasi provvedimento ritenga necessario per il problema.

Obiettivi 2015

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
Sicurezza per i pazienti e gli operatori	Adesione secondo le LG di Risk management 2015 al programma di implementazione del lavaggio mani	Invio della check list di valutazione corredata dai progetti di miglioramento (vedi LG di Risk management) entro i termini indicati (30/09/2015)
	Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) Monitoraggio ed epidemiologia degli EVENTI SENTINELLA MICROBIOLOGICI	Relazione annuale
	Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) Gestione dell'EVENTO SENTINELLA MICROBIOLOGICO	Relazione annuale Casi (eventi sentinella microbiologici) esaminati > 95%

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 2015

L'attenzione della Fondazione è rivolta verso il miglioramento dei servizi all'utenza sia in ambito informativo che strutturale.

Nello specifico, ci si propone di mantenere anche per l'anno 2015 la pubblicazione dei referti di laboratorio analisi entro 24 ore per almeno il 95%.

Inoltre, ci si concentrerà sul mantenimento dei tempi di attesa della diagnostica per immagini, risultata negli ultimi anni tra le prestazioni di maggior attrattività.

Per quanto riguarda la parte strutturale, il 2015 è contrassegnato da diverse opere di adeguamento degli spazi della Fondazione, adeguamenti riguardanti sia la sicurezza che il comfort degli utenti.

Nella logica del miglioramento delle buone performance, l'Istituto si propone come obiettivi per il 2015:

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI PER L'UTENZA	Pubblicazione referti in sistema SISS	n. referti di laboratorio analisi pubblicati entro le 24 ore/n. referti pubblicati > 0,95
	Mantenimento tempi di attesa per primi accessi diagnostica per immagini	Tempi previsti dalla DGR 1775/2011
	Interventi di adeguamenti di sicurezza ed umanizzazione degenze	Inizio lavori Conclusione di almeno il 90% dei lavori
	Avvio lavori per la realizzazione nuovo day hospital previa realizzazione di un reparto volano degenza	Inizio lavori Realizzazione del reparto volano Consegna all'impresa del reparto volano per la realizzazione del nuovo day hospital

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.

A tal fine si rende necessario il continuo aggiornamento dei sistemi tecnologici e l'adeguamento funzionale costante del Sistema Informativo per mantenere il livello di eccellenza della Fondazione e l'implementazione di Sistemi volti al miglioramento dei servizi ai cittadini.

A tale scopo sono state individuate alcune attività che nel corso del 2015 dovranno essere avviate da parte del Servizio Informatico ed in particolare:

1. La progressiva **introduzione dell'utilizzo dei Bar Code nelle differenti applicazioni sanitarie aziendali** come elemento di automazione, aumento dell'efficienza e miglioramento dell'efficacia nel processo di diagnosi e cura attraverso un progetto complessivo che illustri tempi e metodi di introduzione della nuova modalità operativa indicando:
 - a. i pacchetti applicativi SW coinvolti nella modifica;
 - b. i modelli di report complessivamente modificati;
 - c. i processi interessati;
 - d. le modalità di introduzione del nuovo modello operativo nei reparti.
2. L'acquisto tramite opportuna procedura di gara di un **sistema di storage centralizzato** che permetta di offrire un servizio unificato a livello aziendale, sicuro ed affidabile, da utilizzare per l'archiviazione dei dati prodotti dalle articolazioni della Fondazione con finalità di cura e di ricerca, e con lo scopo di abolire tutti i sottosistemi attualmente in uso che presentano un elevato livello di criticità.

Obiettivi 2015

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
DIGITALIZZAZIONE	Utilizzo dei Bar Code nelle differenti applicazioni sanitarie aziendali	Definizione del progetto complessivo entro settembre 2015. Avviamento di almeno 2 ambiti operativi entro fine 2015
	Acquisto di un sistema di storage centralizzato	Espletamento della procedura di gara: redazione del provvedimento di aggiudicazione

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 2015

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità	Verifica alla luce di eventuali novità normative e dell'esperienza maturata nel corso dell'anno 2014 delle istruzioni operative e dei tempi di pubblicazione dei dati di competenza, relativamente alla tempificazione di "aggiornamento tempestivo", e successivo riscontro al 31/12/2015 della pubblicazione al 100% dei dati di competenza delle singole UOC secondo le tempistiche individuate.	Verifica delle istruzioni operative e dei tempi di pubblicazione alla luce di eventuali novità normative e dell'esperienza maturata nel corso del 2014 e pubblicazione al 31/12/2015 con 100% dei dati pubblicati secondo le tempistiche individuate

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione	Revisione/Integrazione/Creazione di procedure al fine di limitare il rischio corruzione - svolgimento delle seguenti attività programmate: - Intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti ai sensi degli artt. 46-49 del D.P.R. n. 445 del 2000 (artt. 71 e 72 del d.P.R. n. 445 del 2000) (tutte le UOC del Dipartimento Amministrativo); - Svolgimento di incontri e riunioni periodiche tra dirigenti competenti in settori diversi per finalità di aggiornamento sull'attività dell'amministrazione, circolazione delle informazioni e confronto sulle soluzioni gestionali (tutte le UOC del Dipartimento Amministrativo);	Revisione, integrazione, creazione delle procedure individuate; svolgimento delle attività programmate

	- Definizioni di criteri, ove non previsti dalla normativa concorsuale, di indirizzo per la valutazione dei titoli dei candidati (UOC Risorse Umane); - Applicazione del nuovo regolamento per il conferimento degli incarichi (UOC Risorse Umane e Direzione Scientifica); - Assegnazione di punteggi standard per la valutazione dei titoli e dei requisiti preferenziali nelle selezioni di candidati a contratti di ricerca (UOC Risorse Umane e Direzione Scientifica); - Riduzione progressiva ordini emessi senza formale procedura d'acquisto con affidamento diretto (UOC Provveditorato Economato e UOC Tecnico-Patrimoniale); - Predisposizione di Istruzione Operativa volta a disciplinare le attività correlate al conferimento di incarichi a legali mediante la definizione dei contenuti economici dell'attività da svolgere (UOC Affari Generali e Legali); - Rotazione del personale: verifica, attraverso incontri con la Direzione Strategica e i Dirigenti interessati, ai fini della predisposizione della rotazione (tutte le UOC del Dipartimento Amministrativo); - Conflitto di interesse: monitoraggio semestrale tramite relazione con descrizione delle segnalazioni ricevute e delle misure adottate dai responsabili (UOC Risorse Umane); - Elaborazione della proposta di Regolamento per disciplinare gli incarichi e le attività non consentite ai pubblici dipendenti – nuova stesura del regolamento previo confronto con la Direzione Scientifica, la Direzione Sanitaria e la Segreteria del CdA (UOC Affari Generali e Legali e UOC Risorse Umane); - Elaborazione di direttive per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali con la definizione delle cause ostative al conferimento e verifica dell'insussistenza di cause di incompatibilità ed inconfiribilità: per l'anno 2015 verrà realizzata la modalità operativa attraverso la quale verranno effettuati i controlli delle dichiarazioni (UOC Affari Generali e Legali e UOC Risorse Umane); - Predisposizione di protocolli di legalità per gli affidamenti: individuazione delle modalità per la predisposizione dei protocolli di legalità (UOC Provveditorato Economato e UOC Tecnico-Patrimoniale); - Inserimento delle c.d. clausole etiche e di legalità nella documentazione contrattuale (riferimento ai provvedimenti della Fondazione in materia di etica e di anticorruzione). (UOC Provveditorato Economato e UOC Tecnico-Patrimoniale) - L'evidenza dei controlli dovrà risultare da appositi verbali agli atti del Responsabile della Prevenzione e della Corruzione.	
--	--	--

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 2015 DGR n. X /2989 del 23/12/2014), 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, per il 2015 si intendono monitorare due tipologie di costo che assorbono notevoli risorse:

- le Unità Operative/Servizi sanitari della Fondazione, avranno come obiettivo quello di contribuire al contenimento dei **costi dei dispositivi medici**,
- le Unità Operative sanitarie della Fondazione che erogano Farmaci File F, avranno come obiettivo quello di contribuire al contenimento dei **costi per File F a contratto** (pazienti lombardi), tipologia di costo soggetta a tetto

-

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
GESTIONE ATTENTA DELLE RISORSE	Contributo al contenimento dei costi per Dispositivi medici (Reagenti, Materiale protesico, Presidi chirurgici e Altro materiale sanitario)	Costi Dispositivi medici 2015 $\leq$ Costi Dispositivi medici 2014
	Contributo al contenimento dei costi per File F a contratto (pazienti lombardi)	Costi File F 2015 $\leq$ Budget File F 2015