

RELAZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE 2014

ECCELLENZA SCIENTIFICA

(Rendicontazione desunta dalla relazione della Direzione Scientifica)

Nell'ambito della programmazione triennale della ricerca (Piano Sanitario Nazionale 2013-2015), riorganizzata secondo il modello logico adottato dall'NIH, la scelta di ristrutturare le linee di ricerca secondo il modello traslazionale ha permesso all'Istituto di valorizzare le eccellenze cliniche e sperimentali: la produttività scientifica si mantiene ad alti livelli, sia come valore di Impact Factor che come qualità delle riviste, mentre l'attrazione risorse, pur in presenza di aggiustamenti strutturali, conferma il buon posizionamento nazionale ed internazionale acquisito negli anni precedenti.

Rispetto ai finanziamenti, per quelli di parte Corrente – fondi strutturali da Ministero della Salute - siamo in presenza di una riduzione del livello nazionale del fondo complessivo messo a disposizione dal Ministero per il finanziamento dell'attività di ricerca. Tale fondo, che aveva già subito una decurtazione strutturale nel 2013, è ulteriormente diminuito, sempre per motivi non dipendenti dal merito di ogni singolo istituto. L'assegnazione per l'anno 2014 è stata di circa € 4.900.000, con una decurtazione del 7% circa.

Relativamente ai finanziamenti finalizzati, pur in presenza di una diminuzione degli introiti derivanti dalla ricerca europea, il 2014 ha visto l'avvio della nuova programmazione quadro europea HORIZON 2020 con la pubblicazione dei primi bandi, i cui risultati si otterranno nei primi mesi del 2015. Il volume totale dei finanziamenti si è comunque confermato ad altissimi livelli, superando i 10.000.000 di euro.

Obiettivi annuali 2014

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
ECCELLENZA SCIENTIFICA	Valorizzare la produzione scientifica	IF grezzo 2014: $\geq 80\%$ anno 2013 IF normalizzato 2014: $\geq 80\%$ anno 2013 Costo medio per punto di IF: $-10\% \leq CM \text{ anno } 2013 \leq +10\%$ Produttività singolo ricercatore: IF standardizzato/FTE > 7
	Monitoraggio indicatori di efficacia clinica e scientifica	Trasferibilità – ricaduta assistenziale: almeno l'80% dei prodotti della ricerca con ricaduta assistenziale e trasferibilità

Obiettivi annuali 2014

In relazione al sub obiettivo “Valorizzare la produzione scientifica” si può affermare che l'**obiettivo è stato raggiunto** in quanto sia il valore dell'IF grezzo (1.263,05 punti), che il valore dell'IF normalizzato (1316,00 punti) hanno mantenuto i livelli dello scorso anno, ben superiori quindi al valore obiettivo dell'80%. Ciò permette all'istituto di consolidare il positivo andamento della produttività rispetto alla media del triennio precedente. Da rilevare anche che, rispetto al 2013, sono aumentati i lavori pubblicati su riviste qualitativamente rilevanti – impact factor grezzo ≥ 8 -, passando da 33 lavori a 48; ciò a conferma della significatività della nostra ricerca.

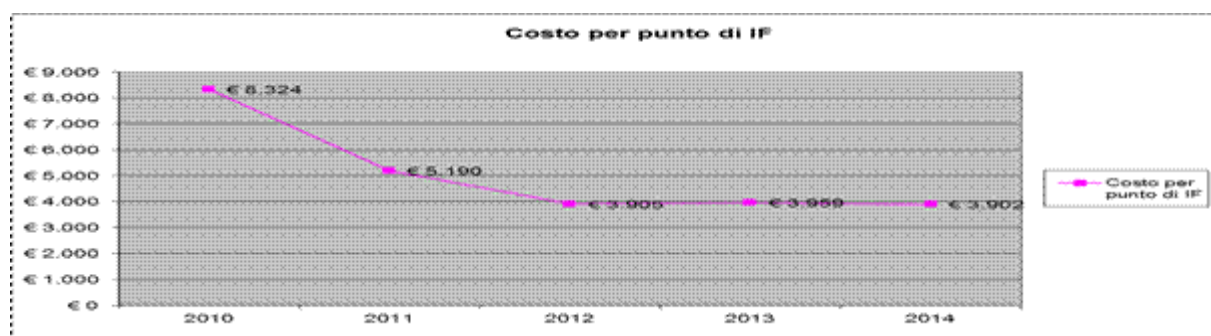
Rispetto al costo medio per punto di IF, si rileva una ulteriore diminuzione dello stesso - €3.902,27 nel 2014 contro € 3.959 nel 2013 - a significare la bontà degli investimenti dei finanziamenti per ricerca.

Parimenti il buon andamento della produttività scientifica anche per il 2014 ha permesso di incrementare il valore dell'IFN per ricercatore produttivo, che è passato da punti 7,419 a punti 8,94.

L'obiettivo pertanto è stato raggiunto

Di seguito si riportano alcuni dati e grafici a supporto dei risultati ottenuti.

IF	Media triennio 10-12	Anno 2014
grezzo	1226,78	1263,05
normalizzato	1076,07	1316,00



Da una analisi delle pubblicazioni emerge che il grado di trasferibilità e di ricaduta assistenziale è pari a circa l'86% dell'intera produzione. Tale dato è coerente con l'elevato grado di traslazonalità della nostra attività.

Obiettivo raggiunto

Obiettivi pluriennali

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

ATTRAZIONE RISORSE – Come già indicato nella relazione relativa allo stato di avanzamento semestrale, sia **l'obiettivo annuale che quello pluriennale sono stati pienamente raggiunti.**

Nel 2014 la Fondazione ha ottenuto un volume di finanziamento pari a circa 10 milioni di euro, valore inferiore rispetto al 2013. Come già descritto in premessa, due le motivazioni principali: una diminuzione del 7% del finanziamento strutturale di Ricerca Corrente e la nuova programmazione della ricerca europea i cui frutti si concretizzeranno nel 2015. In ogni caso tale valore è in linea con il valore medio del triennio 2011-2013 (€ 10.500.000). **Per cui l'obiettivo annuale è stato raggiunto**

Rispetto all'indicatore pluriennale – valore medio dei finanziamenti 2009-2011 (€ 9.993.000)/valore medio dei finanziamenti 2012-2014 (€ 10.400.000) ≤ 1 – **l'obiettivo è stato raggiunto**

TRIAL CLINICI – Nel corso del 2014 sono stati attivati numero 61 trial clinici: **pertanto l'obiettivo 2014 è stato pienamente raggiunto, così come l'obiettivo pluriennale.** Infatti nel triennio 2012-2014 sono stati approvati in tutto 185 studi clinici (valore soglia 100).

ECCELLENZA CLINICA

(Rendicontazione desunta dalla relazione della Direzione Sanitaria)

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
ECCELLENZA CLINICA	Mantenimento del livello quali-quantitativo dei servizi offerti alla popolazione	Peso medio DRG TAR 2014 >= 2013 Peso medio DRG TUC 2014 >= 2013

I provvedimenti legislativi e i documenti di programmazione e gestione nazionali e regionali emanati nell'ultimo triennio hanno determinato e stanno determinando un quadro di profonda trasformazione delle modalità di assistenza sanitaria i cui effetti hanno già determinato modificazioni dell'“offerta”. Le alte specialità presenti nella Fondazione, es. Neurochirurgia, saranno sempre più caratterizzate ad attrarre pazienti con patologia complessa e, pertanto, vi sarà sempre maggiore attuazione del concetto di efficienza e soprattutto di appropriatezza. Il potenziamento di attività di alta specialità in armonia con quanto stabilito con DGR IX/271 del 19/6/2013, anche attraverso la realizzazione del nuovo blocco operatorio, consentirà un ancora più marcato mix di chirurgia di alta complessità sia in termini qualitativi che quantitativi. Pertanto per l'anno 2014 la Fondazione si è posta quale obiettivo di eccellenza clinica il mantenimento del peso medio dei DRG anche a fronte di una diminuzione dei ricoveri.

Peso medio DRG			
Tariffario	2013	2014	2014 vs 2013
TAR	1,21	1,20	-0,01
TUC	1,55	1,56	0,01

Legenda: TUC : tariffario unico compensazione (extra regione) - TAR: tariffario regionale

Dalla tabella si evince che il peso medio dei DRG con la compensazione riferita alle tariffe TUC e TAR è sostanzialmente sovrapponibile.

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,

<i>DRG</i>	<i>Tipo DRG</i>	<i>Num Ricoveri</i>	<i>GG Degenza</i>
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

L'eccellenza clinica appare ben evidente nella tabella dove risultano per il 2014 DRG di notevole complessità della patologia trattata dai nostri operatori che si estrinseca anche attraverso la marcata attrattività nazionale della Fondazione.

L'obiettivo risulta pertanto essere stato raggiunto

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

Obiettivo annuale 2014

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
ECCELLENZA CLINICA	Appropriatezza del livello assistenziale.	rapporto accessi DH/MAC 2014=<2013

Nel corso del 2014 la Fondazione ha proseguito con la riorganizzazione dei percorsi dei pazienti, aumentando le attività ambulatoriali a fronte di un decremento dell'ospedalizzazione. Nella tabella sottostante si evidenzia come la Fondazione sia riuscita a mantenere un trend di crescita dalle attività definite MAC:

<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%

L'obiettivo risulta pertanto essere stato raggiunto

SICUREZZA PER I PAZIENTI E PER GLI OPERATORI

(Rendicontazioni desunte dalle relazioni dal Servizio Prevenzione e Protezione e dall'Ufficio Qualità e Risk Management)

Obiettivi annuali 2014

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
SICUREZZA PER I PAZIENTI E PER GLI OPERATORI	L'informazione per la prevenzione dei rischi interferenziali	Aggiornamento opuscolo informativo
	Aggiornamento planimetrie di evacuazione presso la sede di via Celoria	Relazione (prospetto riassuntivo) delle planimetrie di evacuazione aggiornate
	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%

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...).

L'INFORMAZIONE PER LA PREVENZIONE DEI RISCHI INTERFERENZIALI

Nelle strutture che compongono la Fondazione sono chiamati ad operare molteplici soggetti esterni, le cui attività sono necessarie per il pieno e regolare funzionamento delle attività sanitarie a beneficio dei pazienti.

Le attività del personale esterno possono interferire con quelle del personale della Fondazione, generando criticità che si ripercuotono sia sulla salute e sicurezza dei lavoratori in generale, sia sull'erogazione del servizio ai pazienti.

Considerata la peculiarità delle strutture della Fondazione è necessario garantire un efficace e preventivo scambio di informazioni sui rischi presenti nei diversi ambiti lavorativi e sulle misure di prevenzione e protezione adottate.

Con tale intendimento, nel corso del 2014 si è preveduto di aggiornare l'opuscolo informativo di cui all'art. 26 del D.Lgs. 81/08.

Tale strumento è necessario per continuare ad adempiere agli obblighi di cooperazione e coordinamento finalizzate all'eliminazione o riduzione dei rischi dovuti alle interferenze fra le attività lavorative svolte dal personale aziendale e da quello esterno.

L'opuscolo informativo di cui all'art. 26 del D.Lgs. 81/08 è stato emesso in data 18/12/2014, a firma del Direttore Generale.

Inoltre il documento è stato reso disponibile sulla intranet aziendale ai fini di una facile consultazione.

L'obiettivo è stato raggiunto.

PROSECUZIONE DELL'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 nella sede di Via Celoria, 11. Questi interventi hanno avuto prosecuzione anche nel 2014.

E' stato quindi necessario continuare a garantire l'obiettivo già stabilito relativo al costante aggiornamento/modifica temporanea delle planimetrie di evacuazione delle aree interessate dai lavori.

Contestualmente allo sviluppo dei lavori (inizio e fine), al 31/12/2014, sono state aggiornate le planimetrie dei reparti di:

- Terapia Intensiva – stanze isolati
- Neurochirurgie II e III
- Blocco Operatorio

L'attività non si esaurisce solo nell'aggiornamento delle planimetrie, sia quelle a parete che quelle nel faldone presso il "centro di gestione delle emergenze", di cui al precedente "prospetto riassuntivo" ma comprende anche l'aggiornamento provvisorio della segnaletica di indirizzamento circa i percorsi di esodo, quale strumento di "informazione", l'elaborazione di note (procedure scritte) rivolte sia al personale interno che a quello esterno (che a vario titolo opera presso il presidio), nonché incontri ad hoc per la diffusione della conoscenza circa le modifiche dei percorsi.

L'obiettivo è stato raggiunto.

MONITORAGGIO ED EPIDEMIOLOGIA DEGLI EVENTI SENTINELLA MICROBIOLOGICI

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, 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 diviene 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.*

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 batteremia da *Staphylococcus Aureo*

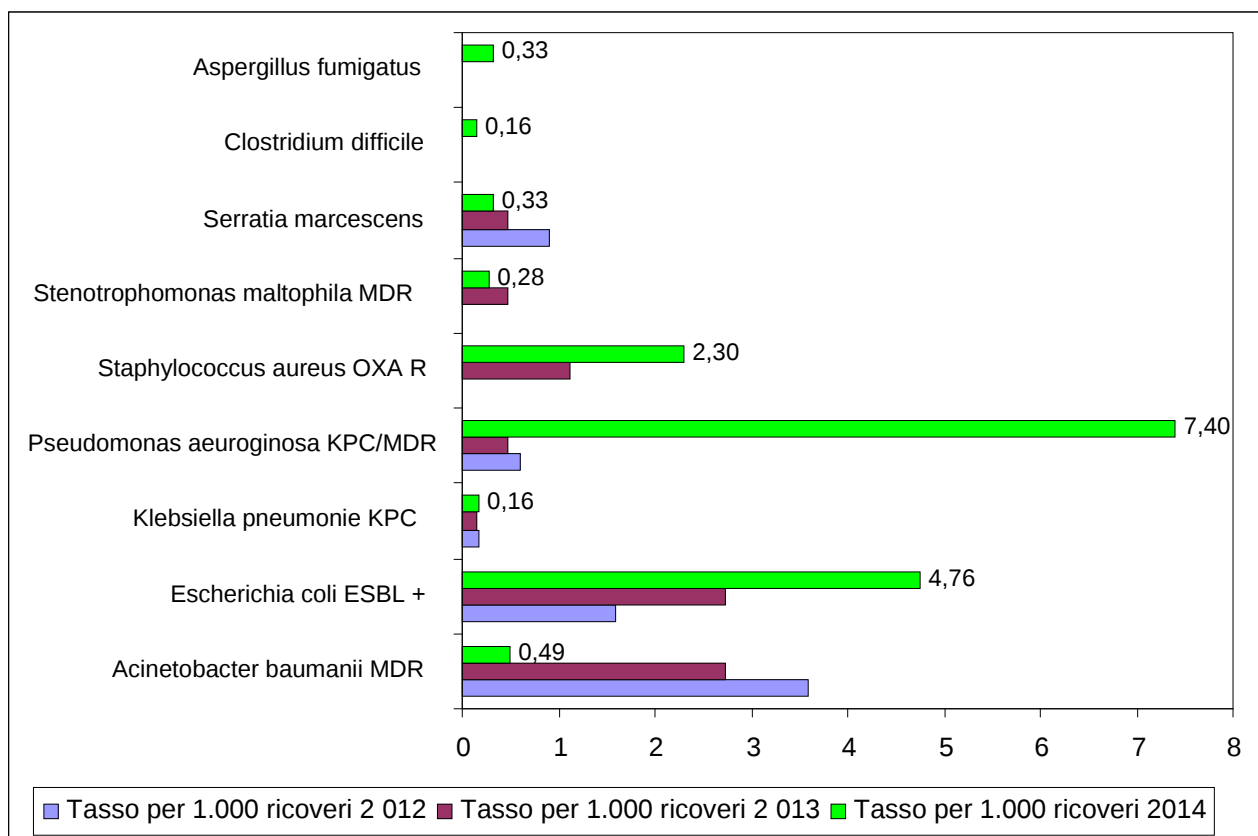
Contemporaneamente si sono studiate in più sedi le modalità di contenimento delle diffusioni di questi microrganismi, definiti **“alert”** o **“eventi sentinella microbiologici”**, che, se responsabili dei processi infettivi, possono essere letali in quanto non suscettibili di trattamento antibiotico. La Fondazione durante il 2011 ha messo a punto una specifica procedura 2012 (Pr 62 emissione 02/12/2011) per la gestione degli eventi sentinella microbiologici con approccio multidisciplinare avvalendosi delle professionalità del CIO e del Gruppo di Coordinamento del Rischio. Inoltre sempre in linea con questo, si è implementato negli anni 2013-2014 il progetto di Risk management relativo alla gestione e prevenzione della sepsi in ambito neurochirurgico. L'obiettivo ha richiesto e richiede il costante coinvolgimento dei diversi settori della

Fondazione (Direzione Sanitaria, Risk management, Laboratorio, Sviluppo Sistemi Qualità, SITRA, SSP, UOTP, Formazione). Le tematiche inerenti l'antibiotico resistenza, la gestione e l'implementazione del protocollo della sepsi, l'antibioticoterapia sono state trattate in corsi di formazione inseriti nel piano annuale di Formazione e nel Piano annuale di Risk management 2012, 2013, 2014 con erogazione di crediti ECM.

Monitoraggio ed epidemiologia degli eventi sentinella microbiologici delle eventuali infezioni ad essi correlate

- **Tassi Eventi Sentinella Microbiologici e trend Fondazione I.R.C.C.S. Istituto Neurologico “C.Besta” al 31 Dicembre anno 2014 –evoluzione trimestrale e confronto con tassi complessivi dell’anno precedente**
- I dati complessivi relativi agli isolamenti degli eventi sentinella microbiologici sono riportati nella tabella sottostante

<i>Microorganismo</i>	<i>Tasso 2013 ES/1.000 ricoveri 6223 ricoveri</i>	<i>Tasso I sem 2014 ES/ 1.000 ricoveri 3566 ricoveri</i>	<i>Tasso III trim 2014 ES/1.000 ricoveri al 30 settembre 5295 ricoveri</i>	<i>Tasso 2014 ES/ 1.000 ricoveri 31/12/2014 6080 ricoveri</i>
Acinetobacter baumannii MDR	2,73	0,84	0,57	0,49
Acinetobacter junii Ertapenem-R	0,16	/	/	0
Burkholderia capacia	0,16	/	/	0
Candida albicans	0,16	/	/	0
Corynbacterium species	0,16	/	/	0
Corynbacterium striatum	0,16	/	/	0
Enterobacter cloacae	0,16	/	/	0
Escherichia coli ESBL +	2,73	3,64	3,97	4,77
Klebsiella pneumonie MDR	0,16	/	/	0
Klebsiella pneumonie KPC	0,16	0,28	0,19	0,16
Klebsiella pneumonie ESBL +	0,8	/	/	0
Proteus mirabilis ESBL +	0,32	/	/	0
Providencia stuartii	0,16	/	/	0
Pseudomonas aeuroginosa KPC o MDR	0,48	8,69	6,80	7,40
Salmonella group	0,16	/	/	0
Serratia marcescens	0,48	/	/	0,33
Staphylococcus aureus OXA R o MRSA	1,12	2,80	2,46	2,30
Staphylococcus aureus ESBL +	0,16	/	/	0
Staphylococcus capitis	0,32	/	/	0
Staphylococcus epidermidis	2,41	0,28	0,19	0,16
Stapylococcus haemolyticus	0,96	/	/	0
Staphylococcus hominis	0,16	/	/	0
Stapylococcus sciurii	0,16	/	/	0
Stapylococcus warneri	0,32	/	/	0
Stenotrophomonas maltophila	0,48	0,28	0,38	0,33
Aspergillus fumigatus	/	/	/	0,33
Clostridium difficile	/	/	/	0,16



TAB – Microrganismi “alert”: specie isolate 2014 – confronto tassi 2012 e 2013

In generale nel 2014 si è assistito a **una riduzione del numero di specie isolate** (10 specie nel 2014 vs 24 specie del 2013); in particolare non sono state isolate alcune delle Enterobacteriaceae identificate nel 2013; si sono ridotti gli isolamenti di varie specie di Staphylococcus. Rispetto al 2013 si è assistito alla **riduzione del tasso per quanto concerne Acinetobacter baumannii** (2,73 vs 0,49 x 1000 ricoveri); i pazienti portatori di questo microrganismo sono stati 8, nessuno di questi è stato trattato con colistina avendo ritenuto il microrganismo un colonizzante e non responsabile di eventuali processi infettivi. Tutti i pazienti portatori del microrganismo sono stati degenti nel primo trimestre dell'anno.

I microrganismi maggiormente implicati nell'ambito della sorveglianza degli eventi sentinella sono:

Pseudomonas Aeruginosa (16 pazienti di cui 2 hanno entrambi i tipi di resistenze: 8 Pseudomonas Aeruginosa MDR, 8 Pseudomonas Aeruginosa KPC), Escherichia Coli ESBL+ (24 pazienti), Staphylococcus Aureus (8 pazienti: 4 Staphylococcus Aureus OXAR, 4 Staphylococcus Aureus MRSA).

Nella tabella di cui sopra sono confrontati i tassi nel corso dei tre anni dei soli microrganismi “alert” isolati nel 2014.

Si è assistito a un incremento di isolamenti di Pseudo. Ae. (2013 0,48/1000 ricoveri vs 2014 7,40/1000 ricoveri). Gli isolamenti sono stati 43 di cui 36 su broncoaspirato per la maggior parte non correlati a infezione delle vie respiratorie ma espressione di colonizzazione della cannula tracheale/vie aeree. I pazienti coinvolti sono stati 16 nel 2014 mentre solo 3 nel 2013.

E' stato rilevato un incremento del tasso di isolamenti per *Escherichia Coli* ESBL+ (2013 2,73/1000 ric vs 2014 4,77/1000 ric). Il numero di pazienti nei quali si è identificato il microrganismo è stato di 24 di cui 9 riconosciuti in pazienti di ambito neurologico. Tutti gli isolamenti tranne 3 sono stati rilevati in campioni urinari. La popolazione neurologica è rappresentata da pazienti cronici portatori di catetere vescicale a dimora, con un riscontro del microrganismo già all'ingresso in quanto pazienti provenienti da altre strutture ospedaliere o riabilitative.

in paziente neurologico immunodepresso sottoposto a numerose antibiotico-terapie Si è verificato un unico isolamento su urinocoltura (tasso 0,28 x 1000 ricoveri) di *Klebsiella pneumoniae* KPC.

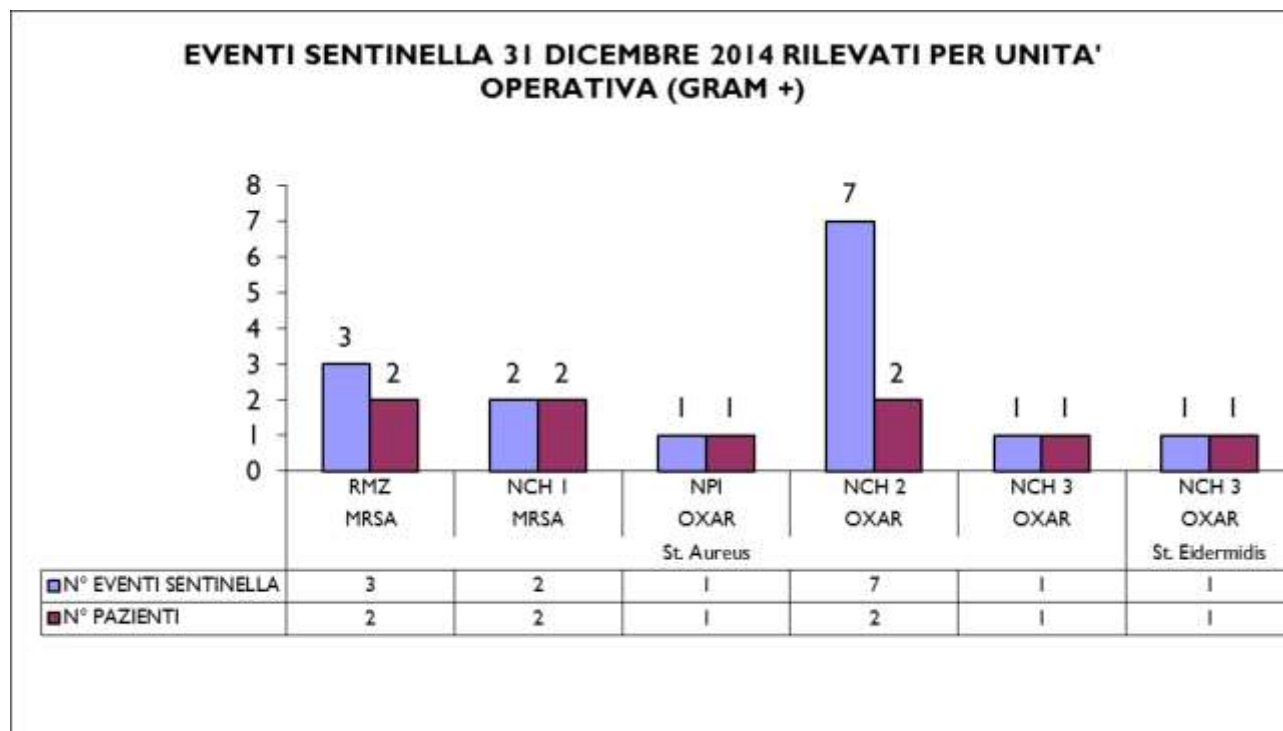
➤ **Distribuzione eventi sentinella per campione biologico anno 2014**

SUDDIVISIONE EVENTI SENTINELLA PER CAMPIONI BIOLOGICI 31/12/2014		
GRAM -		
MICRORGANISMI	CAMPIONE ANALIZZATO	TOTALE EVENTI SENTINELLA
<i>Escherichia coli</i>	Urinocoltura	26
	CVC	1
	Broncoaspirato	2
<i>Klebsiella p.</i>	Urinocoltura	1
<i>Acinetobacter b.</i>	Urinocoltura	2
	Broncoaspirato	1
<i>Stenotr. maltophilia</i>	Broncoaspirato	2
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	CVC	1
	Emocoltura	1
	Materiale purulento	1
	Materiale da ferita	1
	Urinocoltura	5
	Broncoaspirato	36
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	Broncoaspirato	2
<i>Serratia marcescens</i>	CVC	1
	Liquor	1

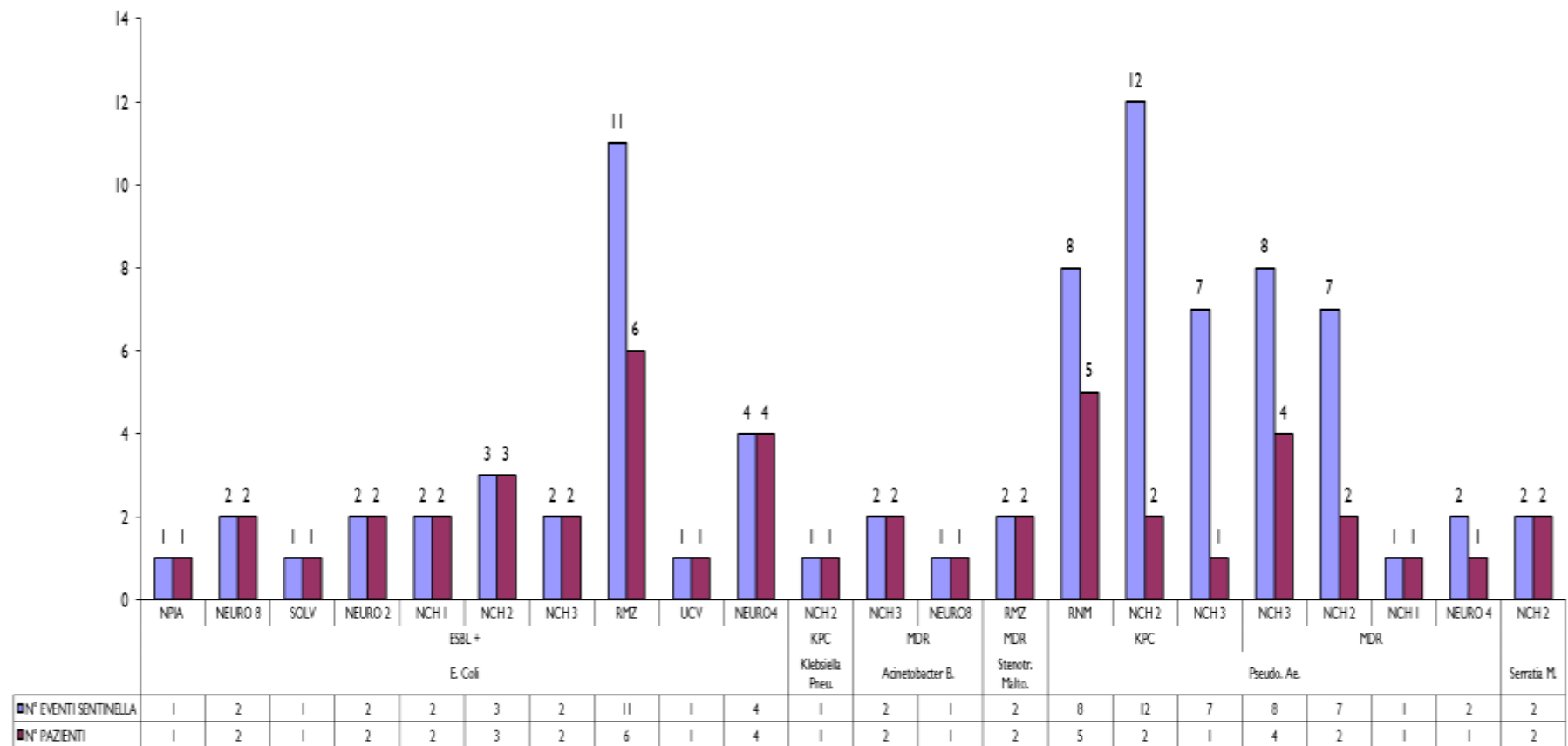
SUDDIVISIONE EVENTI SENTINELLA PER CAMPIONI BIOLOGICI 31/12/2014		
GRAM +		
MICRORGANISMI	CAMPIONE ANALIZZATO	TOTALE EVENTI SENTINELLA
<i>Staphylococcus aureus</i>	liquor	3
	Emocoltura	5
	Broncoaspirato	2
	CVC	1
	Materiale da ferita	3
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	CVC	1
<i>Clostridium Difficile</i>	Coprocoltura	1

Nel 2014 l'82% degli isolamenti ha riguardato microrganismi Gram neg caratterizzati da una modalità di trasmissione da contatto; nel 2013 il dato era pressoché sovrapponibile (80%). Il primo riscontro di questi microrganismi ha sempre dato origine all'isolamento in camera singola o di coorte e della attuazione delle precauzione da contatto o per le altre modalità di trasmissione a seconda dei casi, come da Pr 62. Nelle è riportata la distribuzione degli isolamenti distinti in microrganismi Gram + e Gram -

L'obiettivo è stato raggiunto



EVENTI SENTINELLA 31 DICEMBRE 2014 RILEVATI PER UNITA' OPERATIVA (GRAM-)



INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA) - GESTIONE DELL'EVENTO SENTINELLA MICROBIOLOGICO

Gli isolamenti di microrganismi multiresistenti o con resistenze specifiche (pe Enterobacteriaceae KPC – carbapenemasi resistenti) vengono considerati EVENTI SENTINELLA MICROBIOLOGICI in quanto la virulentazione del microrganismo o più semplicemente la sua diffusione a livello ospedaliero aumentano 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, come supportato dalla letteratura internazionale (WHO, CDC Atlanta 2012 etc.) e dalle Linee Guida regionali sulla prevenzione e gestione delle Enterobacteriaceae (Decreto 1127 del 14.2.2014).

Per la gestione dell' Evento Sentinella Microbiologico o microrganismi “alert” dal 2011 è stata implementata e via via affinata l'attività di monitoraggio degli isolamenti di questi microrganismi attraverso 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

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 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: è di primaria importanza il lavaggio delle mani, inoltre 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. In questo senso c/o la Fondazione è stata formalizzata in sede di CIO una procedura specifica (Pr 62 emissione 02/12/2011).

E' necessario quindi esercitare un'attività di controllo sulla adeguata aderenza e tempestiva messa in atto della procedura medesima.

Il Risk management ha implementato 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.

Come dato fondamentale si evidenzia che su un totale di 6080 ricoveri al 31 dicembre 2014 gli isolamenti sono nettamente ridotti parallelamente alla riduzione del n di pazienti coinvolti: in particolare il tasso di

pazienti portatori di microrganismi multiresistenti o con resistenze specifiche è sceso a 9,7/1000 ricoveri (corrispondente a 59 pazienti di cui 16 hanno avuto il primo isolamento in la Terapia Intensiva) mentre il tasso riscontrato nel 2013 che è stato del 15,90/1000 pazienti portatori di ES (corrispondente a 99 isolamenti colturali di ES) a 16,44/1000 del 2014 (100 isolamenti).

EVENTI SENTINELLA MICROBIOLOGICI										
2012-2013-2014										
	N ric	N gg deg	N pz	N ES	ES/1000ric	Δ% 2013- 2014	ES/10000gg	%	N isolamenti	N isol/1000 ric
2012	6391	46236	70	70	10,9529025		15,13971797		145	22,68815522
2013	6223	46250	99	99	15,9087257		21,40540541		261	41,94118592
2014	6080	38432	57	59	9,70394737	-39,0023591	15,35179017	-39,4326	100	16,44736842

INFEZIONI CORRELATE ALL' ASSISTENZA									
2013-2014									
DIPARTIMENTO NEUROCHIRURGICO									
	N ric	N gg deg	N pz	N ICA	ICA/1000ric	Δ% 2014	2013- ICA/10000gg	Δ% 2014	2013-
2013	2100	13316	44	52	24,7619		39,05077		
2014	2255	14551	42	46	16,85599	-31,9277	31,77673	-22,8911	

In questo contesto si inserisce la più ampia valutazione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) i cui tassi generali dei soli reparti chirurgici sono messi a confronto nella suddetta tabella. Il confronto è stato fatto nei soli reparti chirurgici per la confrontabilità dei dati e significatività del campione. Si dimostra una riduzione del 32 % del tassoX1000 ricoveri di infezioni insorte nei reparti chirurgici e del 23% se il tasso è rapportato ai 10000 gg di degenza. Il confronto è stato possibile solo considerando le ICA insorte in reparto chirurgico essendo il dato proveniente dalla Terapia Intensiva non trattabile in maniera omogenea. Peraltro le ICA in ICU sono correlate a fattori diversi da quelli presenti in reparto chirurgico (vedi ventilazione meccanica, presidi invasivi etc). E' comunque da sottolineare che solo una percentuale ridottissima di eventi sentinella ha dato origine a un processo infettivo (1/59 ES: trattasi di 1 caso di batteriemia da Staph. Au MRSA con outcome favorevole) e che ha richiesto un trattamento antibiotico (l'unico caso segnalato). Tutti gli isolamenti di microrganismi alert , tranne questo caso, sono stati ricondotti a contaminazioni e in minor entità a colonizzazioni.

Si è verificato inoltre un caso di Aspergilloso polmonare e un caso di infezione da Clostridium difficile, entrambi hanno richiesto terapie antibiotiche specifiche.

E' significativa la distribuzione dei pazienti nei quali si sono identificati inizialmente i microrganismi: nel 27% dei casi i pazienti erano degenti in Terapia Intensiva. Nel 20% dei casi in Neurochirurgia 2 e nel 18% dei casi in Neurochirurgia 3. Nel 3% dei casi i pazienti (2) erano degenti al Blocco infantile. I pazienti portatori di eventi sentinella degenti nel Blocco infantile non vengono trasferiti nell'Area predisposta in Neurochirurgia essendo questa situata in un Reparto per adulti ed essendo le Aree di degenza infantili indipendenti e dotate di locali atti ad operare l'isolamento. Nel 20% dei pazienti sottoposti ad isolamento, l'identificazione dell'ES è avvenuta in aree neurologiche. Come si evince dall'analisi epidemiologica sopra riportata, gli eventi sentinella microbiologici sono stati identificati in numero maggiore (65%) nel Dipartimento Neurochirurgico (Terapia Intensiva e UUOO neurochirurgiche). Sono pazienti per la maggior parte postchirurgici, in condizioni generali e neurologiche compromesse, portatori di uno o più presidi invasivi. La numerosità prevalente di pazienti isolati in TI è giustificata in quanto dal mese di settembre si è potuto disporre di due posti letto attrezzati per l'isolamento riducendo così il carico di gestione dei pazienti isolati nell' Area chirurgica precedentemente individuata come Area di isolamento. La localizzazione dei pazienti portatori di ES in isolamento in TI ha contribuito ad una loro miglior gestione assistenziale in quanto questi pazienti sono compromessi dal punto di vista clinico e richiedono quindi un elevato livello di assistenza.

I 59 pazienti sottoposti a isolamento sono stati isolati complessivamente per 1008 giornate di degenza con una media di periodo di isolamento di 17 giorni (min 1 giorno, max 134 giorni). In 12 pazienti il periodo di isolamento è stato inferiore alla settimana. Sono pazienti in condizioni cliniche adeguate a permettere la dimissione a domicilio oppure trasferiti in struttura riabilitativa accettante la condizione di isolamento del paziente. In 4 pazienti il periodo di isolamento è perdurato nel tempo per un periodo superiore ai 3 mesi. Si tratta di pazienti caratterizzati da degenze prolungate per deficit neurologici importanti per patologie neurologiche croniche (l encefalopatia) o **per complicanze post chirurgiche**.

➤ Discussione trend 2013-2014 Il miglioramento del trend è ascrivibile a:

- adesione stretta alla Procedura messa in atto dal 2012 (Pr 62 emissione 02/12/2011) che si fonda su un tempestivo alert della Microbiologia al reparto e contemporaneamente al Laboratorio Analisi a sua volta questo allerta il team di controllo della Direzione Sanitaria. Un elemento del team (Coordinatore infermieristico) si preoccupa dei controlli nei reparti e della messa in atto delle misure di prevenzione e contenimento a seconda del microrganismo isolato. Il Coordinatore infermieristico sorveglia, adegua il personale alle esigenze del paziente isolato (se possibile personale dedicato), si interfaccia con il medico per la gestione del caso (consulenza infettivologica, indagini colturali etc.). L'Ufficio Qualità ha inoltre istituito e mantiene costantemente aggiornato un file condiviso in cui vengono registrati tutti i nuovi isolamenti colturali di agenti sentinella e la logistica del paziente ottenendo così un quadro giornaliero di chi sono e dove sono posizionati i pazienti portatori di ES microbiologici. Durante l'anno si sono avvicendate due diverse Microbiologie mantenendo sempre un meccanismo di alert al Reparto immediatamente successivo al riconoscimento della specie microbiologica e alla sua resistenza (invio fax). Questo intervento è

fondamentale per l'attuazione il più precoce possibile delle misure di isolamento e/o comportamentali oltre alla valutazione clinica della situazione infettivologica e della antibioticoterapia appropriata o alla sua non attuazione o sospensione sulla base del presupposto che la pressione antibiotica induce ad un aumento delle resistenze microbiologiche.

- **Tutti (100%) gli isolamenti di Eventi Sentinella** sono stati presi in carico dall'Ufficio Qualità attraverso il controllo in reparto delle opportune condizioni di isolamento, della messa in atto delle precauzioni; i pazienti sono stati seguiti nel loro decorso fino alla dimissione o trasferimento seguendo l'evoluzione delle colture. Ogni ES è stato immesso nel data base di monitoraggio dell'Ufficio Qualità.
- identificazione da agosto 2013 di un'Area idonea all'isolamento nel Dipartimento neurochirurgico regolando i passaggi in modo adeguato, definendo e poi rispettando le precauzioni in caso di trasporto del paziente (Istruzione Operativa).
- Da settembre 2014 disponibilità di due posti letto attrezzati per l'isolamento in Terapia Intensiva per pazienti richiedenti elevato carico assistenziale e conseguente alleggerimento del carico gestionale dell'Area predisposta in neurochirurgia.
- Utilizzo sistematico del nebulizzatore a perossido di idrogeno/ioni Ag⁺ nelle procedure di pulizia/sanificazione delle stanze di degenza sia nei reparti che in BO che in Terapia Intensiva
- Stretta osservanza delle metodiche di pulizia e sanificazione introdotte l'anno precedente con utilizzo di prodotti appropriati alla popolazione microbiologica in particolare ipoclorito in diluizione al 2,5%; creazione di procedure ad hoc nel caso di trasporto interno per accertamenti diagnostici di paziente isolato e di concomitanti procedure di pulizia/sanificazione delle diagnostiche utilizzate e ascensori.
- relativamente all'*Acinetobacter baumannii*, principale responsabile di infezioni MDR nei precedenti anni, si è pervenuti all'attuale riduzione nell'incidenza dello stesso con le modifiche degli schemi di pulizia e sanificazione e dei prodotti utilizzati per la pulizia/sanificazione nella Terapia Intensiva e nell'Area del reparto di NCH 2 deputata all'isolamento, a cui si è aggiunto l'inserimento l'uso del nebulizzatore a perossido di idrogeno e cloro-derivati. L'apparecchiatura ha trovato impiego in tutte le aree di degenza, nelle diagnostiche dove sono rimasti degenti o hanno transitato pazienti portatori di eventi sentinella microbiologici; inoltre l'apparecchiatura è stata inserita nelle procedure di disinfezione/sanificazione in Blocco operatorio. Si è attuata una politica di antibiotico terapia caratterizzata da una maggiore proprietà nello start della medesima e nella selezione dell'antibiotico. Si sottolinea che dopo il I trimestre 2014 non ci sono stati più isolamenti.
- Affissione di una cartellonistica dedicata nei reparti illustrante le precauzioni di isolamento in base alle modalità di trasmissione allegata alla Pr 62 e di una illustrante l'istruzione operativa (IO 82) per la gestione del paziente isolato che deve eseguire accertamenti diagnostici e che quindi deve essere spostato e trasportato.
- Procedurizzazione e creazione di Istruzioni operative ad hoc per il lavaggio mani e per i guanti sterili.

- un riscontro positivo dalla formazione medico-infermieristica erogata a vari livelli per tutto l'anno precedente e la presa in considerazione delle più recenti Linee Guida regionali per quanto riguarda l'isolamento di Enterobacteriaceae KPC (carbapenemasi produttrici). L'attenzione alle Enterobacteriaceae KPC e in generale con resistenze specifiche è forte essendo la popolazione di isolamenti
- L'indiretto apporto formativo al problema attraverso corsi di Formazione inseriti nel PFA 2014 riguardanti le ICA (infezioni correlate all'assistenza) e l'implementazione del protocollo di gestione della sepsi secondo le Linee Guida 2012 della Sepsis Surviving Campaign inseriti nel Piano annuale di Risk management 2014. Formazione mirata attraverso corso dedicato alle ICA sull'antibioticoterapia, nel corso relativo alla gestione della sepsi alla de-escalation antibiotica.
- Consolidamento di una politica di antibiotico terapia caratterizzata da una maggiore proprietà nello start della medesima, nella selezione dell'antibiotico e nella attuazione della de-escalation.
- Coinvolgimento dell'infettivologo per la valutazione del quadro clinico, messa in evidenza delle colonizzazioni e maggiore puntualità nell' utilizzo dell'antibiotico terapia. Questo ha permesso di ridurre la pressione antibiotica su specie colonizzanti e quindi attuare una delle strategie più forti nella prevenzione della formazione di resistenze antibiotiche.

La multidisciplinarietà (Direzione Sanitaria, Sistema Qualità, Risk Management, altro) è stata indispensabile per:

- Mantenimento della procedura di allerta al succedersi della nuova Microbiologia convenzionata sempre attraverso il coordinamento tra Direzione Sanitaria, Laboratorio di biochimica clinica, Risk management, Ufficio Qualità.
- Mantenimento del monitoraggio della logistica dei pazienti c/o l'Ufficio Qualità
- Acquisizione del Glos Air per la nebulizzazione con perossido di idrogeno.
- Mantenimento (e controllo) delle metodiche di sanificazione/disinfezione degli ambienti e delle superfici dato il prevalente riscontro di microrganismi con diffusione da contatto. Programmazione di campionamenti ambientali ad hoc (Direzione Sanitaria, SITRA, Ufficio Qualità, SPP, Provveditorato)
- Messa in funzione di due stanze di isolamento in Terapia Intensiva (Dir San , UOC Tecnico Patrimoniale, Risk management, SPP, UUOO cliniche)

I possibili ambiti di intervento, in base a quanto osservato nell'anno riguardano:

- Data la prevalente popolazione di ES Gram neg depone per una modalità di trasmissione prevalentemente da contatto mantenere a buoni livelli l'adozione delle adeguate procedure per il lavaggio mani Le Linee Guida regionali di Risk management 2015 invitano a considerare prioritaria l'adozione di una politica forte di implementazione del lavaggio mani in accordo con i dati di letteratura internazionale e regionale per il controllo e la prevenzione della diffusione delle Enterobacteriaceae MDR o KPC o ESBL produttrici.
- Il problema dell'attribuzione di personale dedicato ai pazienti isolati, come indicato nelle Linee Guida internazionali, al fine di contenere al massimo la diffusione del microrganismo si scontra con la condizione di forte ristrettezza nell'acquisizione di risorse aggiuntive sia di personale che di beni. Anche per questa

problematica la valutazione di volta in volta della situazione può aiutare a trovare delle soluzioni di adattamento il più idonee possibili alla situazione che si sta affrontando.

- Permangono i problemi di gestione dei pazienti portatori di ES in area di degenza neurologica in quanto la struttura è gravata da problematiche antiche di tipo logistico/strutturali. I pazienti neurologici non possono essere ubicati in aree con alto livello assistenziale se non hanno un quadro clinico complesso e quindi l'area neurologica può presentarsi inadeguata per la gestione delle diverse situazioni.

- Essendo questi pazienti prevalentemente portatori di ES microbiologici Gram neg a livello urinario, si ipotizza l'introduzione di dispositivi monouso per raccogliere le urine a sistema chiuso per evitare che il paziente utilizzando i servizi diffonda e trasmetta il microrganismo nell'ambiente.

- In pochi casi il paziente è stato ricoverato già portatore sano di microrganismo multiresistente: la criticità è rappresentata dalla difficoltà a avere notizie utili dall'ospedale inviante per poter effettuare triage microbiologico. Si vuole studiare una modalità con la quale effettuare in ingresso il riconoscimento di pazienti possibili portatori sani o colonizzati.

L'obiettivo può pertanto ritenersi raggiunto.

MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI PER L'UTENZA

(Rendicontazioni desunte dalle relazioni dell'UOC Servizio Informatico e Direzione Sanitaria)

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 2014

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI PER L'UTENZA	Pubblicazione referti in sistema SISS	n. referti pubblicati entro le 24 ore/n. referti pubblicati > 0,95
	Miglioramento tempi di attesa diagnostica per immagini	75° percentile tempi attesa 2014 < 75°tempi attesa 2013

Pubblicazione referti in sistema SISS

In riferimento alla tempestività, si riportano i dati mensili del 2014:

Gennaio 2014

LIS (Pubblicazione entro 24 h): 56%

La tempestività registrata nel mese di gennaio risulta inferiore al target a causa di un problema tecnico legato al repository

Febbraio 2014

LIS (Pubblicazione entro 24 h): 100%

Marzo 2014

LIS (Pubblicazione entro 24 h): 100%

Aprile 2014

LIS (Pubblicazione entro 24 h): 100%

Maggio 2014

LIS (Pubblicazione entro 24 h): 100%

Giugno 2014

LIS (Pubblicazione entro 24 h): 99%

sistema di radiologia.

Luglio 2014

LiS (Pubblicazione entro 24 h): 100%

Agosto 2014

LIS (Pubblicazione entro 24 h): 99%

Settembre 2014

LIS (Pubblicazione entro 24 h): 99%

Ottobre 2014

LIS (Pubblicazione entro 24 h): 100%

Novembre 2014

LIS (Pubblicazione entro 24 h): 99%

Dicembre 2014

LIS (Pubblicazione entro 24 h): 99%

I dati inferiori al target non sono comunque dovuti ad inadempienza della Fondazione: nello specifico la tempestività registrata nel mese di gennaio risulta inferiore a causa di un problema tecnico legato al repository, problematica già comunicato alla ASL nell'incontro GCA (gruppo di coordinamento allargato CRS-SISS) del 20 ottobre 2014. Allegato I

Laddove non si sono verificate problematiche tecniche, le percentuali di tempestività riscontrate rientrano nell'obiettivo prefissato.

L'obiettivo può pertanto ritenersi raggiunto.

Miglioramento tempi di attesa diagnostica per immagini

75° percentile tempi attesa 2014 < 75° tempi attesa 2013

Tempi indicati per i primi accessi - DGR 1775 del 24/05/2011			
Servizio	codici	75° percentile anno 2014	75° percentile anno 2013
TC RACHIDE	88.38.1	6	2
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	87.03.1	6	22
RNM CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO	88.91.1 - 2	38	27
RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA	88.26.	2	2
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	88.73.5	11	5
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA	88.94.1 - 2	38	27
RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE	87.24	2	2
RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS	87.44.1	2	2
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	88.93.1	35	37
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO	87.03	6	7
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA	88.93	30	16
TC RACHIDE SENZA E CON CONTRASTO	88.38.2	6	2
RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA	88.27	2	2

Le percentuali del 75° percentile nel 2014 sono entro i termini previsti dalla DGR 1775 del 24/05/2011.

Obiettivi Pluriennali

(Rendicontazioni desunte dalla relazione dell'UOC Tecnico Patrimoniale)

Obiettivi pluriennali:

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO PLURIENNALE	INDICATORE/MISURA AVANZAMENTO 2014
MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI PER L'UTENZA	Riorganizzazione e ristrutturazione delle aree di degenza dei pazienti adulti	Aggiudicazione appalto e consegna lavori
	Progettazione e avvio lavori di ristrutturazione degli spazi da utilizzare per attività di day hospital	Aggiudicazione appalto e consegna lavori

Nell'ambito degli obiettivi pluriennali di miglioramento dei servizi per l'utenza l'UOC Tecnico Patrimoniale ha contribuito al raggiungimento dei seguenti sub obiettivi pluriennali:

RIORGANIZZAZIONE E RISTRUTTURAZIONE DELLE AREE DI DEGENZA DEI PAZIENTI ADULTI

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 565 del 17 ottobre 2013 è stata indetta procedura di selezione per gara ad evidenza pubblica, le cui domande sono pervenute in data 2 dicembre 2013.

In data 10 gennaio 2014 è stato approvato e finanziato con DDG Sanità n.90 il progetto definitivo. A seguito di approvazione di Regione Lombardia si è quindi proceduto alla disamina delle offerte ed, in data 31 luglio 2014, è stato aggiudicato l'appalto al primo operatore economico in graduatoria (ITI Impresa Generale SpA).

In data 22 settembre 2014, con Deliberazione del Direttore Generale n. 600, è stato aggiudicato definitivamente l'appalto all'impresa ITI Impresa Generale SpA.

A seguito della firma del contratto di appalto in data 6 novembre 2014, l'impresa ITI Impresa Generale SpA ha consegnato, in data 3 dicembre 2014, il progetto esecutivo che, sottoposto a verifica da parte degli uffici competenti, ha evidenziato carenze che non ne consentivano l'approvazione.

Per evitare uno slittamento di ulteriori 60 giorni (30 per la riprogettazione e 30 per l'approvazione), dopo numerosi Tavoli di Lavoro tra Impresa e Fondazione, l'Impresa ha consegnato una revisione accurata di una prima parte di progetto, limitata ai soli interventi nei reparti di Neurochirurgia II e III.

In data 19 dicembre 2014, quindi, previa verifica della documentazione consegnata, è stato sottoscritto il verbale di consegna dei lavori.

Si può ritenere, quindi, di **aver raggiunto l'obiettivo**

PROGETTAZIONE E AVVIO LAVORI DI RISTRUTTURAZIONE DEGLI SPAZI DA UTILIZZARE PER ATTIVITÀ DI DAY HOSPITAL

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 447 del 9 luglio 2014 sono state ammesse ed invitate le imprese a formulare la propria offerta mediante piattaforma Sintel.

A seguito di rilievi espressi in sede di gara, si è proceduto all'approvazione in autotutela della rettifica dei requisiti di partecipazione delle imprese all'appalto (SOA) contenuti nel Capitolato Speciale d'Appalto con Deliberazione n. 599 del 22 settembre 2014.

Conseguentemente la data di scadenza della presentazione delle offerte, già fissata per il 29 settembre 2014, è stata posticipata al 6 ottobre 2014, ritardando l'aggiudicazione definitiva.

Alla scadenza prevista, sono state ricevute n. 2 offerte oggetto di valutazione da parte della Commissione Giudicatrice, che è stata nominata solo in data 24 ottobre 2014 a causa delle indisponibilità delle aziende sanitarie alla nomina di componenti esperti.

I lavori della Commissione Giudicatrice, svoltisi in più sedute, si sono conclusi in data 14 novembre 2014 con l'individuazione, quale primo operatore in graduatoria, dell'Impresa RVM Impianti srl.

L'offerta è però risultata anomala a causa del superamento dei 4/5 del punteggio massimo dei punteggi di gara, con conseguente avvio del procedimento di verifica dell'anomalia conclusosi in data 1 dicembre 2014.

In data 4 dicembre 2014, con Deliberazione del Direttore Generale n. 750, è stato finalmente aggiudicato l'appalto all'impresa RVM Impianti.

Nel corso del mese di dicembre sono state effettuate le dovute verifiche in merito al possesso dei requisiti dichiarati dall'operatore economico in sede di gara (antimafia, casellario giudiziale, misure di prevenzione).

In data 14 gennaio 2015 è stato sottoscritto il contratto con l'impresa, data dalla quale sono decorsi 21 giorni per l'elaborazione del progetto esecutivo, consegnato in data 5 febbraio 2015. In data 16 febbraio 2015 è stato sottoscritto tra la Fondazione e l'impresa RVM Impianti verbale di accordo avente ad oggetto la consegna immediata dei lavori per la parte degli spostamenti. **L'obiettivo è stato pertanto raggiunto**, con uno slittamento temporale dovuto, come sopra descritto, a cause impreviste e indipendenti dalla volontà aziendale.

DIGITALIZZAZIONE

(Rendicontazione desunta dalla relazione dell'UOC Servizio Informatico)

Obiettivi annuali 2014

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
DIGITALIZZAZIONE	Adeguamento tecnologico sistema RIS-PACS	Espletamento della procedura di gara: redazione del provvedimento di aggiudicazione
	Certificati di Malattia (CDM) - Adeguamento agli indirizzi Nazionali/Regionali: comunicazione di Inizio Ricovero e CDM in sede di dimissione	Incremento progressivo dei certificati digitali emessi rispetto a quelli cartacei

Adeguamento tecnologico sistema RIS-PACS

Con deliberazione n. 498/2014 del 30 luglio 2014 è stata aggiudicata la procedura negoziata (indetta con deliberazione n. 410/2014 del 25 giugno 2014) senza previa pubblicazione di un bando di gara ai sensi dell'Art. 57, comma 2, lettera b) del D.lgs. 163/2006, per l'affidamento del servizio di assistenza e manutenzione del sistema RIS/PACS, **pervenendo pertanto al raggiungimento dell'obiettivo** assegnato a tale data.

Nel corso dei mesi trascorsi il fornitore Exprivia ha provveduto all'installazione e messa in esercizio dell'adeguamento come da capitolato, ed il nuovo sistema è operativo.

Certificati di Malattia (CDM)

La Fondazione ha adottato la procedura di Web Application messa a disposizione da Lombardia Informatica per il rilascio dei Certificati di Ricovero e di Malattia alla Dimissione.

Ad ulteriore miglioramento con lo scopo di semplificare l'operatività di tutti gli operatori coinvolti, la Fondazione ha preso parte alla validazione congiunta con le AA.OO. Bolognini di Seriate (BG) e Mellini di Chiari (BS) del nuovo sistema per la comunicazione diretta dal programma ADTR (IRIS WEB) delle certificazioni indicate.

TRASPARENZA

(Rendicontazione desunta dalla relazione del Dipartimento Amministrativo)

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ	Esplicitazione delle istruzioni operative e dei tempi di pubblicazione dei dati afferenti i flussi di dati di competenza, relativamente alla tempificazione di “aggiornamento tempestivo”, e successivo riscontro al 31/12/2014 della pubblicazione 100% dei dati di competenza delle singole UOC secondo le tempistiche precedentemente individuate.	Esplicitazione delle istruzioni operative e dei tempi di pubblicazione e pubblicazione al 31/12/2014 con 100% dei dati pubblicati secondo le tempistiche individuate.

Poiché è previsto dal D.Lgs. 33/2013 l'obbligo di pubblicazione/aggiornamento dei dati da effettuarsi “tempestivamente” senza tuttavia fornire alcuna indicazione del contenuto temporale da attribuire a tale espressione, le Unità Operative del Dipartimento Amministrativo hanno provveduto alla tempificazione del significato da attribuire all'espressione “aggiornamento tempestivo” per ciascuna tipologia di dati di propria competenza. In particolare è stata individuata per ogni tipologia di dato l'istruzione operativa ed i termini entro i quali procedere alla pubblicazione del medesimo nell'apposita sezione del sito amministrazione trasparente.

Per quanto riguarda la pubblicazione dei dati, si fa presente che in data 13/02/2015, il Gruppo di Lavoro “Amministrazione Trasparente” della Fondazione ha preso atto che alla data del 31/12/2014 è avvenuta la pubblicazione del 100% dei flussi di dati “pubblicabili” richiesti nella sezione Amministrazione Trasparente e nel rispetto delle tempistiche individuate e delle istruzioni operative precisate.

Inoltre, si precisa che il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni ha attestato, attraverso le certificazioni datate 11 Novembre 2014 e 19 Gennaio 2015, la completezza dei dati presenti all'interno della sezione Amministrazione Trasparente.

L'obiettivo può pertanto ritenersi raggiunto.

LEGGE 190/2012**(Rendicontazione desunta dalla relazione per quanto di competenza delle Strutture del Dipartimento Amministrativo/Staff Direzione Generale)**

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO
PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	Revisione/Integrazione/Creazione di procedure al fine di limitare il rischio corruzione: - Intensificazione del controllo interno incrociato attraverso monitoraggi trimestrali nelle fasi di elaborazione delle competenze connesse ai rimborsi spese e alla Libera Professione e connesse al pagamento ai Fornitori (UOC Economico-Finanziaria); - Integrazione della procedura di gestione delle convenzioni mediante la previsione di modalità di scelta del contraente che prevedono il ricorso a forme ad evidenza pubblica (UOC Affari Generali e Legali); - Integrazione della procedura che disciplina analiticamente le modalità di gestione dei sinistri in SIR al fine di evitare potenziali interferenze nel processo di liquidazione danni (UOC Affari Generali e Legali); - Integrazione della procedura per la gestione dei sinistri diversi da quelli di RC sanitaria, inserendo misure di controllo e di verifica dell'operato dei vari attori che partecipano al processo (UOC Affari Generali e Legali); - "Proceduralizzazione" di fasi del processo relative ad attività di conferimento di incarichi di collaborazione (UOC Risorse Umane); - Individuazione di procedure per la designazione dei componenti delle Commissioni (sorteggio dei Componenti) (UOC Risorse Umane); - Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (Whistleblowing) (UOC Risorse Umane); - Elaborazione di direttive per effettuare controlli su precedenti penali ai fini dell'attribuzione degli incarichi e dell'assegnazione ad uffici (UOC Risorse Umane); - Procedura relativa ad 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) (UOC Risorse Umane); - Revisione modulo per la richiesta alla partecipazione a missioni nell'ottica della totale trasparenza e completezza delle informazioni dichiarando tutte le fonti di finanziamento (UOC Risorse Umane); - Procedura gestione dei Fornitori (UOC Provveditorato-Economato); - Procedura di acquisizione di nuovi beni (UOC Provveditorato-Economato); - Rotazione personale interno alla UOC Provveditorato (UOC Provveditorato-Economato). - Svolgimento di procedure di controllo di regolare esecuzione di lavori, forniture e servizi (UOC Tecnico Patrimoniale); - Affidamenti diretti (UOC Tecnico Patrimoniale); - Subappalto (UOC Tecnico Patrimoniale); - Sviluppo attività di controllo in base a protocolli di legalità (UOC Tecnico Patrimoniale).

- Intensificazione del controllo interno incrociato attraverso monitoraggi trimestrali nelle fasi di elaborazione delle competenze connesse ai rimborsi spese e alla Libera Professione e connesse al pagamento ai Fornitori: Nell'ambito dell'intensificazione di procedure al fine di limitare il rischio di corruzione, la UOC Economico Finanziaria e Controllo di Gestione ha intensificato i seguenti controlli interni (agli atti della stessa UOC):

- verifica trimestrale a campione sui dati sensibili riguardanti la liquidazione dei compensi per attività libero professionale e i rimborsi spese ai dipendenti, prima di trasmetterli all' UOC Risorse Umane per il pagamento con gli stipendi mensili;
- verifica trimestrale in concomitanza con la predisposizione dei CET e dei Bilanci della compatibilità dei dati iscritti a bilancio con le risultanze dei coge registrati nella contabilità economico-patrimoniale;
- verifica trimestrale dei flussi di cassa e confrontato il saldo di cassa della contabilità con i saldi della banca/tesoreria;
- verifica trimestrale a campione dei mandati di pagamento ai fornitori.

L'obiettivo può pertanto ritenersi raggiunto.

- Integrazione della procedura di gestione delle convenzioni mediante la previsione di modalità di scelta del contraente che prevedono il ricorso a forme ad evidenza pubblica: era già stata predisposta una procedura di gestione delle convenzioni (PR 55) con lo scopo di disciplinare le attività di richiesta e redazione di convenzioni, nonché di esplicitare le modalità di gestione delle stesse. Al fine di poter dare attuazione al piano triennale della corruzione, sono state individuate le modalità con cui poter integrare la procedura esistente, con particolare riguardo agli aspetti afferenti all'individuazione delle strutture sanitarie esterne volte a soddisfare le specifiche esigenze della Fondazione, nonché alle modalità di stipula di convenzione tenuto conto anche di quanto disposto dall'art. 4 comma 6 del D.L. 95/2012 convertito in legge n. 135 del 7 Agosto 2012 che cita testualmente: *"a decorrere dal 1 Gennaio 2013 le pubbliche amministrazioni possono acquisire a titolo oneroso servizi di qualsiasi tipo, anche in base a convenzioni, da enti di diritto privato...esclusivamente in base a procedure previste dalla normativa nazionale in conformità con la disciplina comunitaria"*.

La citata procedura è stata pertanto debitamente integrata e pubblicata sulla rete intranet della Fondazione.

L'obiettivo può pertanto ritenersi raggiunto.

- Integrazione della procedura che disciplina le modalità di gestione dei sinistri in SIR al fine di evitare potenziali interferenze nel processo di liquidazione danni: nella procedura che disciplina le modalità di gestione dei sinistri elaborata dall'UOC Affari Generali e Legali, si è provveduto ad individuare per la sezione relativa ai sinistri in SIR delle precise disposizioni volte a contenere i possibili fenomeni corruttivi. In particolare sono state individuate diverse tipologie di controlli che si articolano come di seguito specificato e sono stati regolamentati mediante un'istruzione operativa (IOAG_05):

- il funzionario incaricato della gestione del sinistro dovrà predisporre una scheda descrittiva di tutte le singole voci che compongono il danno, così come emerge dalla relazione medico legale del fiduciario della Fondazione. In tale scheda devono essere altresì riportati tutti gli elementi atti a giustificare le singole poste (dalle spese mediche, spese peritali ai criteri di quantificazione delle varie tipologie di danno).
- Il referente dell'anticorruzione dovrà verificare la completezza della scheda prima che la medesima sia sottoposta ai successivi controlli.

- La scheda di valutazione, debitamente vistata dal referente dell'anticorruzione, dovrà essere sottoposta all'esame collegiale del Comitato di Valutazione Sinistri (CVS) della Fondazione che dovrà verificarne il contenuto e darne adeguato riscontro nel verbale.
- Il verbale dovrà essere poi condiviso dalla Direzione Generale e successivamente costituirà l'elemento sulla scorta del quale sarà possibile procedere alla predisposizione della delibera del C.d.A. di autorizzazione alla transazione, che dovrà infine essere inviata alla Corte dei Conti.

L'obiettivo può pertanto ritenersi raggiunto.

- Integrazione della procedura per la gestione dei sinistri diversi da quelli di RC sanitaria, inserendo misure di controllo e di verifica dell'operato dei vari attori che partecipano al processo: per poter prevenire il verificarsi di fenomeni corruttivi è necessario prevedere misure di controllo e di verifica della correttezza dell'operato dell'Assicuratore e dei suoi fiduciari (studi peritali) che andrà effettuata avvalendosi della collaborazione specialistica delle UU.OO.CC. e dei vari servizi coinvolti. In particolare, l'U.O.C. Provveditorato Economato, per quanto attiene la quantificazione dei danni (es. sinistri da mancato freddo, furti di apparecchiature, etc.), l'U.O.C. Tecnico Patrimoniale per l'acquisizione, da parte delle ditte, di preventivi di riparazione dei danni e la loro corretta esecuzione, nonché l'U.O.C. Economico Finanziaria e Controllo di Gestione per il recupero delle fatture ed eventualmente la Direzione Sanitaria e l'U.O.C. Risorse Umane per ulteriori adempimenti quali attestazioni, certificazioni di servizio etc. La finalità precipua di tale collaborazione è quella di evitare possibili interferenze qualora le attività fossero affidate in modo esclusivo ad una singola Unità Operativa. Inoltre è opportuno prevedere un meccanismo di rotazione dei referenti delle singole U.O.C. che si interverranno a vario titolo nell'attività istruttoria. E' stata pertanto debitamente integrata, sulla scorta di tali osservazioni, e pubblicata sulla rete intranet della Fondazione la Procedura PR 53.

L'obiettivo può pertanto ritenersi raggiunto.

- "Proceduralizzazione" di fasi del processo relative ad attività di conferimento di incarichi di collaborazione. Nel corso del 2014 è stato deliberato dal Consiglio di Amministrazione il "Regolamento per il conferimento di incarichi esterni", alla cui predisposizione il Dipartimento (in particolare l'UOC Risorse Umane) ha collaborato in maniera attiva. Si sono svolte poi alcune riunioni tra l'UOC Risorse Umane e la Direzione Scientifica per l'attuazione completa del Regolamento in argomento che avverrà nel corso del 2015, anche per il fatto che nel corso del 2014 sono emersi alcuni aspetti giuslavoristici in merito alle collaborazioni che hanno fatto affiorare la necessità di maggiori approfondimenti anche con l'apporto di consulenti legali in materia. In questa prima fase si è comunque provveduto alla revisione degli schemi dei contratti di collaborazione, con l'apporto di un consulente legale. **L'obiettivo può pertanto ritenersi raggiunto.**

- Individuazione di procedure per la designazione dei componenti delle Commissioni (sorteggio): in data 23/12/2014 è stata inviata tramite mail al Direttore Generale e al Direttore Amministrativo la proposta dell'UOC Risorse Umane (agli atti della stessa UOC) relativa alle procedure di individuazione dei componenti delle Commissioni Concorso in capo al Direttore Generale e/o al Collegio

di Direzione, prevedendo anche il sorteggio, e salvaguardando comunque gli aspetti già disciplinati dalla normativa e dal vigente Regolamento organico dei Concorsi Dirigenza. **L'obiettivo può pertanto ritenersi raggiunto.**

- **Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (Whistleblowing):** la “whistleblowing policy”, procedura per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito, con Deliberazione del Direttore Generale n. 798/2014, è stata approvata con la relativa modulistica. **L'obiettivo può pertanto ritenersi raggiunto.**

- **Elaborazione di direttive per effettuare controlli su precedenti penali ai fini dell'attribuzione degli incarichi e dell'assegnazione ad uffici:** in data 23/12/2014 è stata inviata tramite mail (agli atti dell'UOC Risorse Umane) al Direttore Generale e al Direttore Amministrativo la direttiva, sulla base del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (2014-2016) della Fondazione, per l'effettuazione di controlli su precedenti penali ai fini dell'attribuzione degli incarichi e dell'assegnazione ad uffici. Tale direttiva si rivolge ai responsabili delle UU.OO.CC. del Dipartimento Amministrativo. **L'obiettivo può pertanto ritenersi raggiunto.**

- **Procedura relativa ad 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):** è stata aggiornata l'Istruzione Operativa “Modalità di controllo del titolo di studio e altre certificazioni del personale della Fondazione” dell'UOC Risorse Umane, sottoscritta dal Direttore dell'UOC ed emessa in data 16/12/2014, all'interno della quale è prevista l'intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio, in particolare per quanto riguarda il controllo della veridicità dei titoli di studio da effettuarsi ai candidati che si posizionano in graduatoria di Concorso indetto dalla Fondazione per quanto riguarda i requisiti specifici richiesti nei relativi bandi di selezione. **L'obiettivo può pertanto ritenersi raggiunto.**

- **Revisione modulo per la richiesta alla partecipazione a missioni nell'ottica della trasparenza e completezza delle informazioni dichiarando tutte le fonti di finanziamento:** in applicazione ai principi contenuti nella legge 190 del 2012 e nell'ottica della totale trasparenza, si è provveduto a revisionare il modulo 70 “Modulo autorizzazione Missione” prevedendo che, in caso di partecipazioni a convegni, workshop, meeting etc. organizzati da società scientifiche di rilievo nazionale o internazionale con contributo finanziario o di altra natura (ottenuti al di fuori di quanto incluso nei budget di Ricerca Corrente o Finalizzata) anche parziale da parte di case farmaceutiche e case produttrici di apparecchiature medicali, dovrà essere compilato il modulo 148 “financial disclosure information”, che costituirà un allegato obbligatorio al modulo 70. In data 24/12/2014 sono stati inviati all'Ufficio Qualità per la pubblicazione sulla intranet aziendale la Revisione del MOD 70 e il Modulo Financial Disclosure Information. **L'obiettivo può pertanto ritenersi raggiunto.**

- **Procedura gestione dei Fornitori:** è stata creata una “Disciplina per l'accesso dei Fornitori U.O.C. Provveditorato Economato” della Fondazione, dove vengono definite le regole di comportamento attinenti

ai rapporti con i Fornitori, pubblicata sul sito istituzionale nella sezione “Fornitori” e nella sezione “Amministrazione Trasparente, Disposizioni generali, Atti generali”. Inoltre, presso i locali dell’U.O.C. Provveditorato Economato sono stati esposti i cartelli con indicazione degli orari e giorni di accesso ai locali, previo appuntamento, dei fornitori. **L’obiettivo può pertanto ritenersi raggiunto.**

- **Procedura di acquisizione di nuovi beni:** l’U.O.C. Provveditorato Economato ha ulteriormente e costantemente sensibilizzato il proprio personale a verificare che le indicazioni da seguire per la richiesta di nuovi prodotti e in particolare, le motivazioni dell’acquisto, i quantitativi necessari, le caratteristiche tecniche del prodotto, il periodo di utilizzo, eventuale dichiarazione di esclusività - indicazioni indispensabili per poter effettuare le opportune indagini di mercato e i relativi affidamenti - fossero inserite nelle diverse proposte ricevute, come indicato nella nota inviata a tutte le UU.OO. a firma del Direttore UOC Provveditorato datata 3 settembre 2012, disciplina tuttora in vigore e che non necessita di revisione.

Tramite l’ U.O.C. Provveditorato Economato sono state inoltre svolte le attività propedeutiche alla stesura del nuovo Regolamento per l’acquisizione in economia di beni, servizi e lavori, le cui disposizioni sono finalizzate ad assicurare che l’affidamento di servizi e forniture di beni avvenga in termini temporali ristretti e con modalità semplificate, nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia ed economicità di gestione, dei principi comunitari di trasparenza, non discriminazione, parità di trattamento, proporzionalità, delle indicazioni contenute nella Comunicazione Interpretativa CE C-179/2006, dei principi di cui alla L.241/1990, con particolare riferimento alla normativa nazionale e regionale corrispondente oltreché al D.Lgs n. 163/06 “ Codice dei Contratti Pubblici” e ss.mm.ii., in particolare all’art. 125, al D. Lgs. n. 159/11, “Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136; D.G.R. 30 gennaio 2014, n. IX/1299, “Patto di integrità in materia di contratti pubblici regionali, in sostituzione del Codice etico degli appalti adottato con la D.G.R. 4 maggio 2011, n. 1644. **L’obiettivo può pertanto ritenersi raggiunto.**

- **Rotazione personale interno alla UOC Provveditorato-Economato:** l’UOC Provveditorato Economato, tenuto conto delle dimensioni e delle peculiarità delle attività svolte, degli ambiti di applicazione e individuando il personale con funzioni di responsabilità (personale di comparto con posizione organizzativa o funzioni di coordinamento) e il personale operante nei processi caratterizzati da maggior rischio di corruzione, nei limiti consentiti dall’organizzazione e dal numero di personale in forza alla struttura, quale barriera organizzativa, a medio tempore, ha operato la rotazione dei procedimenti assegnati in corso di istruttoria. Per tutto il personale dell’U.O.C. nel corso del 2014 sono state riviste le Job description con l’individuazione dei relativi sostituti, confermando in tal modo la rotazione del personale. Inoltre nel corso dell’ultimo trimestre dell’anno 2014, è stato nominato il nuovo Direttore. **L’obiettivo può pertanto ritenersi raggiunto.**

- **Procedure di controllo di regolare esecuzione di lavori, forniture e servizi; Affidamenti diretti; Subappalto; Sviluppo attività di controllo in base a protocolli di legalità:** l’UOC Tecnico Patrimoniale ha redatto in data 16 novembre la “Procedura gestione Aree a rischio corruzione” (agli atti dell’UOC stessa – PR TP_02) comprendente tra l’altro lo svolgimento di procedure di controllo della

regolare esecuzione di appalti di lavori, forniture e servizi, per gli affidamenti diretti e sui controlli dei subappalti. Per quanto riguarda lo “Sviluppo attività di controllo in base a protocolli di legalità” sono state proceduralizzate all’interno del paragrafo 7 della procedura sopra citata le attività in capo alla UOC Tecnico Patrimoniale: all’entrata in vigore del protocollo redatto dalla Fondazione di concerto con le UOC del Dipartimento Amministrativo la UOC Tecnico Patrimoniale ne farà sottoscrivere copia all’operatore economico aggiudicatore dell’appalto. La sottoscrizione del protocollo dovrà avvenire per ogni contratto o affidamento eseguito dalla UOC Tecnico Patrimoniale per importi superiori a € 40.000,00.

L’obiettivo può pertanto ritenersi raggiunto.

OBIETTIVO DI COSTI E GESTIONE ATTENTA DELLE RISORSE
(Rendicontazione desunta dalla relazione dell'UOC Economico Finanziaria e
Controllo di Gestione)

Obiettivi annuali 2014

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 2014

Nel corso del 2014 per quanto concerne l'obiettivo della gestione attenta delle risorse al fine dell'ottimizzazione dei costi per **beni e servizi**, si è proceduto a una politica di razionalizzazione rispettando le riduzioni previste dalle Regole 2014 (con particolare riferimento ai dispositivi medici, alle procedure di acquisto in forma aggregata e alle azioni di razionalizzazione in ordine alla logistica) ed dal vincolo di costi imposto dalle Regole Regionali. Il vincolo dei beni e servizi, secondo il calcolo regionale (al netto dei Farmaci a distribuzione diretta, degli utilizzi, dei contributi dell'anno e dei premi assicurativi R.C. professionale) risulta rispettato, come da tabella sotto allegata.

Beni e Servizi

BENI E SERVIZI		A) BILANCIO D'ESERCIZIO 2013 (al netto utilizzi)	B) BILANCIO D'ESERCIZIO 2014 (al netto utilizzi)	VARIAZIONE B)-A)
B1A-Acquisto di beni sanitari+var.rimamente	€.	18.538	19.540	1.002
B1B-Beni non sanitari	€.	270	254	- 16
B2A-Acquisti di servizi sanitari	€.	2.046	1.715	- 331
B2B1-Acquisti di servizi non sanitari	€.	9.449	9.546	97
B2B2-Consulenze, collaborazioni...	€.	274	175	- 99
B2B2-Formazione	€.	41	47	6
B3-Manutenzioni	€.	3.018	3.350	332
B4-Godimento beni di terzi	€.	3.859	3.786	- 73
B9-Oneri diversi di gestione	€.	180	161	- 19
A) TOTALE	€.	37.675	38.574	899
FARMACI FILE F	€.	2.978	3.674	696
FARMACI DOPPIO CANALE	€.	4.994	5.342	348
Beni e Servizi Contributi	€.	148	98	- 50
Premio Assicurazioni		1.750	1.956	206
B) TOTALE	€.	9.870	11.070	1.200
Obiettivo riduzione 2014		301		
A-B	€.	27.504	27.504	-

Tutte le Unità Operative/Servizi sanitarie ed amministrative sono state coinvolte nel perseguimento di tale obiettivo. In particolare, tutte le Unità Operative sanitarie della Fondazione, hanno contribuito al contenimento dei costi dei dispositivi medici.

OBIETTIVO GESTIONE DEL PERSONALE

Sono state rispettate le disposizioni relative alla spesa dei contratti di consulenza e atipici (Co.Co.Co. e incarichi libero professionali): la spesa 2014 non è superiore al 2013 (sono fatte salve, come previsto, le spese di personale per la ricerca oppure totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati). Ciò emerge anche dal seguente prospetto fornito dall'UOC Economico-Finanziaria. **L'obiettivo può pertanto ritenersi raggiunto.**

Ricognizione dei contratti atipici

Regole di sistema 2014												
BILANCIO CONSUNTIVO 2013					BILANCIO CONSUNTIVO 2014				DIFFERENZA tra anno 2014 rispetto all'anno 2013			
Voce di spesa	Importo /1000 €	"DI CUI"			Importo /1000 €	"DI CUI"			Importo /1000 €	"DI CUI"		
		IMPORTI ad esclusione ai sensi della DGR 1185/2013	IMPORTI oggetto di specifici finanziamenti da Regione, Ministeri ed altri Enti Pubblici	IMPORTI oggetto di specifici finanziamenti da comunitari o da privato		IMPORTI ad esclusione ai sensi della DGR 1185/2013	IMPORTI oggetto di specifici finanziamenti da Regione, Ministeri ed altri Enti Pubblici	IMPORTI oggetto di specifici finanziamenti da comunitari o da privato		IMPORTI ad esclusione ai sensi della DGR 1185/2013	IMPORTI oggetto di specifici finanziamenti da Regione, Ministeri ed altri Enti Pubblici	IMPORTI oggetto di specifici finanziamenti da comunitari o da privato
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(7)-(5)-(1)	(10)-(6)-(2)	(11)-(7)-(3)	(12)-(8)-(4)
Consulenze sanitarie (A)	398			27	292			38	-106		0	11
Consulenze amministrativo- tecnico, professionali (B)	24								-24		0	0
Spese di rappresentanza, per relazioni pubbliche, convegni, mostre e pubblicità, sponsorizzazioni (C)	17	17			12	12			-5	-5	0	0
Missioni (D)	5	1		4	18		3	15	13	-1	3	11
Formazione (E)	41			4	47			14	6		0	10
Autovelocità (F)	22				19				-3	0	0	0
Personale a tempo determinato (G)	1.781		138	267	1.534		197	9	-255		-1	-258
Contratti atipici (Co.Co.Co. ed incarichi libero professionali) (H)	442		293	146	381		80	205	-61		-113	59
Prestazioni di lavoro interinale sanitario, amministrativo e tecnico; altre prestazioni lavoro occasionali (I)	17								-17			
TOTALE	2.755	18	391	348	2.303	12	280	281	-452	+6	-111	-67

MONITORAGGIO OBIETTIVI AZIENDALI E DI BUDGET ANNO 2014

Nel 2014 l'andamento dell'attività è stato monitorato mensilmente attraverso la distribuzione mensile dei dati di produzione e l'organizzazione di incontri periodici tra la Direzione e i responsabili delle singole UU.OO. Sanitarie.

Inoltre trimestralmente sono stati predisposti e distribuiti report di dettaglio sul consumo dei dispositivi medici per Unità Operativa.

Nel mese di Luglio è stato effettuato il monitoraggio semestrale dello stato di avanzamento degli Obiettivi aziendali e di Budget 2014 (Delibera del Direttore Generale n° 441 del 3.7.2014) per tutte le Unità Operative sanitarie e non.

Nel mese di Marzo 2015 è stata inviata al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni tutta la documentazione relativa alla rendicontazione finale degli Obiettivi di Budget 2014 delle U.O sanitarie e non, il quale ha provveduto a valutare per ciascuna U.O/Servizio il raggiungimento finale degli obiettivi assegnati (Delibera del Direttore Generale n° 197 del 29/04/2015).

INDICATORI DI ECONOMICITA'

Indicatori di Economicità
(In euro/1000)
TOTALE BESTA

Descrizione	2011	2012	2013	2014
Totale di Ricavi al netto dei costi capitalizzati	95.081,00	96.121,00	98.716,00	89.703,00
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)	30.721/95.081	30.628/96.121	30.265/98.716	29.876/89.703
	32,31%	31,86%	30,66%	33,31%
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 B7)	56.735/95.081	58.905/96.121	61.297/98.716	57.294/89.703
	59,67%	61,28%	62,09%	63,87%
3. Risultato operativo di esercizio/ricavi della gestione caratteristica (ROS) all netto dei costi capitalizzati	2.760/95.081	2.418/96.121	715/98.716	4.032/89.703
	2,90%	2,52%	0,72%	4,49%
4. Rotazione del CI: ricavi gest. caratt./ Totale attività	95.081/101.311	96.121/111.167	98.716/110.386	89.703/102.064
	0,94	0,86	0,89	0,88
Patrimoniali				
5. Grado di indebitamento corrente: passivo corrente/Tot. Passività ----- (Passivo corrente: SP riepilogo: D (debiti) +NI Tot E1Rate/ totale passività)	48.613/101.311	55.717/111.167	48.054/110.386	41.353/102.064
	47,98%	50,12%	43,53%	40,52%
6. Cespiti per addetto (Attivo fisso-imm. Fin./N. Addetti	49.386/558,60	45.188/587	39.489/599	38.839/598
	88,41	76,98	65,92	64,95
7. Durata crediti verso clienti (privati+pubblici) : crediti vs clienti/ ricavi giornalieri	27.974/(62.630/360)	21.396/(62.293/360)	25.168/(62.954/360)	21.412/(63.784/360)
	161gg	124gg	144gg	121gg
8. Durata crediti verso clienti privati/ricavi giornalieri	4.069/(11.796/360)	4.205/(11.562/360)	4.185/(11.555/360)	4.345/(10.901/360)
	124gg	131gg	130gg	143gg
9. Durata media debiti verso fornitori: debiti vs fornitori/acquisti giornalieri	12.780/(52.547/360)	8.247/(48.744/360)	8138/(46911/360)	8049/(44187/360)
	87gg	61gg	62,39gg	65,58gg
10. Passivo consolidato (Debiti a M/L termine)/ricavi gest. Caratteristica	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

* Ricavi gestione caratteristica: sono al netto dei costi capitalizzati

Il totale dei ricavi del 2014 è inferiore rispetto al 2013 per uno sfasamento temporale dell'assegnazione dei ricavi da ricerca finalizzata (contributi da Unione Europea) in quanto l'anno 2014 è stato un anno di passaggio tra il vecchio programma quadro europeo ex P7 e la nuova programmazione HORIZON 2020. I nuovi bandi europei sono stati pubblicati nel corso del II semestre 2014 e la Fondazione ha presentato i relativi progetti il cui esito positivo è stato reso noto nell'anno 2015.

Sintesi dati Anno 2014

ANDAMENTO PRODUZIONE – ASSISTENZA OSPEDALIERA E AMBULATORIALE

Il valore della produzione di prestazioni sanitarie (Ricoveri e Specialistica ambulatoriale, Tabella I.I) erogate dalla Fondazione nell'anno 2014 complessivamente appare in linea con la produzione dell'anno precedente.

TABELLA I.I – Andamento attività Fondazione Anno 2013-2014

cdc: TOT DIP SAN	Volume Attività					Ricavi (Valori €/1.000)				
	Anno 2013	Anno 2014	Variazione	Budget 2014	% Cons /Budget	Anno 2013	Anno 2014	Variazione	Budget 2014	% Cons /Budget
RICOVERI ORDINARI	6.233	6.049	-184	6.216	- 2,7	27.674	27.713	39	27.868	- 0,6
> Casi dimessi regione	2.847	2.774	- 73	2.900	- 4,3	11.704	11.601	- 102		
> Casi dimessi extra regione	3.386	3.275	- 111	3.316	- 1,2	15.970	16.112	142		
Percent. Casi extra regione	54,32	54,13		53,35	1,5					
- Casi chirurgici	2.308	2.258	- 50	2.337	- 3,4	18.340	18.614	274		
- Casi medici	3.925	3.791	- 134	3.880	- 2,3	9.334	9.099	- 235		
* Ricoveri > 1 giorno	5.724	5.620	- 104							
* Ricoveri 0 - 1 giorno	509	429	- 80							
Casi oltre soglia	183	168	- 15							
- Casi chirurgici	127	97	- 30							
- Casi medici	56	71	15							
Peso medio	1,415	1,415		1,415	0,0					
Degenza media (da SDO)	7,32	7,57		7,32	3,5					
GG totali di degenza (da SDO)	45.651	45.823	172	45.280	1,2					
DAY HOSPITAL	348	295	- 53	323	- 8,7	300	200	- 100	300	- 33,4
> Casi dimessi regione	181	157	- 24	181	- 13,3	141	95	- 46		
> Casi dimessi extra regione	167	138	- 29	142	- 2,8	159	105	- 54		
- Casi chirurgici	124	86	- 38	124	- 30,6	263	174	- 89		
- Casi medici	224	209	- 15	199	5,0	38	26	- 12		
Totale accessi	394	311	- 83	285	9,1					
TOTALE RICOVERI (DO+DH)	6.581	6.344	-237	6.539	- 3,0	27.974	27.913	-61	28.168	- 0,9
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	273.457	260.017	- 13.440	273.457	- 5,8	13.555	13.427	- 127	13.506	- 0,6
- Visite	45.134	45.056	-78	45.134	- 0,4	1.146	1.102	- 44		
- Esami	226.124	213.024	-13.100	226.124	- 6,7	11.948	11.912	- 36		
- Pacchetti MAC	2.199	1.937	-262	2.199	- 16,2	461	413	- 48		
> Prestazioni amb. regione	210.923	196.309	-14.614			8.269	7.867	- 402		
> Prestazioni amb. extra regione	62.445	63.658	1213			5.286	5.561	275		
Prestazioni per interni	464.045	453.917	-10128	464.045	- 2,2	9.274	9.471			
ALLEGATO 1C	959	852	-107	959	- 11,7	-	-	-		
TOTALE AMBULATORIALI	274.416	260.869	-13.547	274.416	- 5,8	13.555	13.427	- 127	13.506	- 0,6
TOTALE	280.997	267.213	- 13.784	280.955	- 5,7	41.529	41.340	- 189	41.674	- 0,8

PRESTAZIONI DI RICOVERO

Globalmente si evidenzia una leggera flessione del numero delle prestazioni di ricovero rispetto all'anno precedente. Si mantengono invece sui livelli del 2013 i relativi ricavi (**valorizzazione TUC**) dovuti ad un diverso mix di produzione di livello più elevato.

RICOVERI ORDINARI

Di seguito in tabella si riporta il dettaglio dei ricoveri ordinari, chirurgici e medici, anno 2013-2014.

TABELLA 1.2 – Ricoveri ordinari Anno 2013-2014

RICOVERI ORDINARI Anno 2013_2014 (valori in K€)						
	Anno 2013		Anno 2014		Variazione	
	Casi	Valore	Casi	Valore	Casi	Valore
DRG chirurgici	2.308	18.340	2.258	18.614	-50	274
DRG medici	3.925	9.334	3.791	9.099	-134	-235
TOTALE	6.233	27.674	6.049	27.713	-184	39

Complessivamente le dimissioni di tipo chirurgico diminuiscono rispetto all'anno precedente di 50 casi ma aumentano in valore di 274K€. Questo è principalmente spiegato dal considerevole aumento dei ricavi derivanti dai casi di DRG di Tracheostomia (DRG 541-542). Per quanto riguarda le dimissioni di tipo medico, si segnala la trasformazione di alcune tipologie di casi a vantaggio di prestazioni ambulatoriali, MAC (Macroattività Ambulatoriali complesse, così come previsto dalle regole regionali).

RICOVERI DH

I ricoveri in regime di DH nell'anno 2014 subiscono una leggera diminuzione dovuta alla trasformazione in prestazioni ambulatoriali, MAC (Macroattività Ambulatoriali complesse).

TABELLA 1.3 – Ricoveri DH Anno 2013-2014

RICOVERI DAY HOSPITAL Anno 2013_2014 (valori in K€)						
	Anno 2013		Anno 2014		Variazione	
	Casi	Valore	Casi	Valore	Casi	Valore
DRG chirurgici	124	262	86	174	-38	-89
DRG medici	224	38	209	26	-15	-12
TOTALE	348	300	295	200	-53	-101

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Nel 2014 diminuiscono i volumi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in attuazione ad una programmazione più puntuale finalizzata all'appropriatezza delle prestazioni. Aumentano i ricavi per le prestazioni ambulatoriali erogate a pazienti Extraregione, indice della forte attrattività che continua ad esercitare l'Istituto. Pesa sulla valorizzazione degli esami il cambiamento della tariffazione di alcune prestazioni di genetica (nuove tariffe definite nella DGR n X/2313 del 01/08/2014) a partire dal mese di Novembre 2014. Di seguito si riportano le prestazioni ambulatoriali che hanno registrato un aumento maggiore nel 2014.

TABELLA 1.4 – Prestazioni ambulatoriale con aumento maggiore nel 2014

Prestaz Amb Id	Prestaz Amb Desc	ANNO 2013		ANNO 2014		VARIAZIONE	
		Quantita	Valore	Quantita	Valore	Quantita	Valore
9229M	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA SENZA CASCO CON BRACCIO ROBOTICO PER IL RIPOSIZIONAMENTO ED IL CONTROLLO ONLINE DEL BERSAGLIO	343	€ 2.401.000	391	€ 2.737.000	48	€ 336.000
91292	RIARRANGIAMENTI (DELEZIONI E DUPLICAZIONI) DI ALTRI GENI UMANI MEDIANTE MLPA e tecniche assimilabili (per ciascun gene)	175	€ 71.050	301	€ 120.754	126	€ 49.704
91303	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO ; (Blocchi di circa 400 bp)	13.668	€ 2.892.012	14.562	€ 2.940.309	894	€ 48.296
91297	ANALISI DI SEQUENZA GENICHE MEDIANTE NEXT GENERATION SEQUENCING (NGS) e tecniche assimilabili; (se impiegata nei casi pe	0	€ -	21	€ 44.609	21	€ 44.609
89155	TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO	0	€ -	421	€ 33.554	421	€ 33.554
88911	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	1.132	€ 267.480	1.239	€ 292.763	107	€ 25.283
91302	ANALISI DI POLIMORFISMI (str, VNTR); Con reazione polimerasica a catena ed elettroforesi (per locus)	1.013	€ 175.249	1.141	€ 197.393	128	€ 22.144