

# **RELAZIONE**

# **PIANO DELLA PERFORMANCE**

# **2015**

  
1  
  
1/2



## INDICE

PREMESSA .....	3
ECCELLENZA SCIENTIFICA .....	4
ECCELLENZA CLINICA.....	8
SICUREZZA PER I PAZIENTI E PER GLI OPERATORI.....	11
MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI PER L'UTENZA.....	19
DIGITALIZZAZIONE.....	22
TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE COME OBIETTIVI CULTURALI .....	24
GESTIONE ATTENTA DELLE RISORSE .....	32
MONITORAGGIO OBIETTIVI AZIENDALI E DI BUDGET ANNO 2015.....	39

ALLEGATO I obiettivo sicurezza per i pazienti e per gli operatori (Eventi Sentinella)



2

## PREMESSA

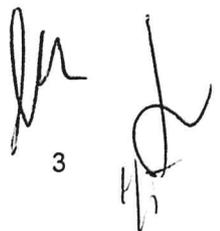
Il decreto legislativo 27 Ottobre 2009, n. 150 nel delineare la disciplina del ciclo della performance, ha previsto all'articolo 10 la redazione annuale, da parte delle amministrazioni pubbliche, di una Relazione che evidenzi a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati raggiunti rispettando gli obiettivi programmati ed inclusi all'interno del Piano della performance con rilevazione degli eventuali scostamenti.

In ottemperanza alle citate disposizioni, si è provveduto ad elaborare il presente documento, che compendia le risultanze scaturite dalle strategie gestionali poste in essere nell'arco dell'anno 2015 funzionali al raggiungimento degli obiettivi contenuti all'interno del Piano della Performance 2015.

Considerate le peculiarità e le caratteristiche della Fondazione, sono state considerate macroaree obiettivo particolarmente performanti:

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

Il presente documento, al fine di rispondere alle esigenze di trasparenza amministrativa, viene pubblicato all'interno del sito internet della Fondazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" sotto sezione "Performance"



3

## ECCELLENZA SCIENTIFICA

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
<b>ECCELLENZA SCIENTIFICA</b>	Valorizzare la produzione scientifica	IF grezzo 2015: $\geq 70\%$ anno 2014 IF normalizzato 2015: $\geq 70\%$ anno 2014 Costo medio per punto di IF: $-10\% \geq CM$ 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

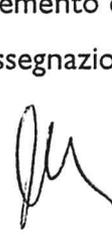
La scelta di riorganizzare le linee di ricerca secondo il modello traslazionale ha permesso all'Istituto di valorizzare le eccellenze cliniche e sperimentali: la produttività scientifica si mantiene ad alti livelli, sia come valore di Impact Factor che come qualità delle riviste, e l'attrazione risorse, pur in presenza di aggiustamenti strutturali, conferma il buon posizionamento nazionale ed internazionale raggiunto negli anni precedenti.

Se da un lato c'è stata una significativa riduzione dei finanziamenti di parte Corrente – fondi strutturali dal Ministero della Salute – dall'altro è stato ottenuto un consistente incremento del finanziamento per progetti finalizzati.

Per quanto riguarda la ricerca corrente, l'assegnazione per l'anno 2015 (su dati 2014) è stata di € 4.008.152,14, con una riduzione del 20% rispetto all'anno precedente. Questa riduzione è riferibile a una serie di fattori, fra cui una diminuzione del fondo strutturale totale messo a disposizione dal Ministero della Salute ed una riduzione relativa (ma non assoluta) della produttività scientifica dell'Istituto.

A livello nazionale, nell'anno 2014, si è assistito a un andamento positivo degli indicatori di produttività del Sistema IRCCS. Ciò ha in parte penalizzato gli IRCCS che, come il Besta, hanno mantenuto i livelli dell'anno precedente. In altre parole, il livello di produttività del Besta con andamento costante - livello che comunque colloca il nostro istituto tra i 10 migliori IRCCS nazionali - non ha permesso di mantenere lo stesso livello di finanziamento strutturale.

La riduzione del fondo di Ricerca Corrente è stata compensata da un significativo incremento del finanziamento per progetti finalizzati. In particolare nel 2015 la Fondazione ha visto l'assegnazione

 4 

dei primi progetti presentati nell'ambito del nuovo programma quadro europeo HORIZON 2020 e l'attrazione risorse, al netto della Ricerca Corrente, ha raggiunto gli 11 milioni di euro.

**I. Sub-obiettivo “Valorizzare la produzione scientifica”**

Indicatori: IF, costo medio per punto IF, produttività per ricercatore

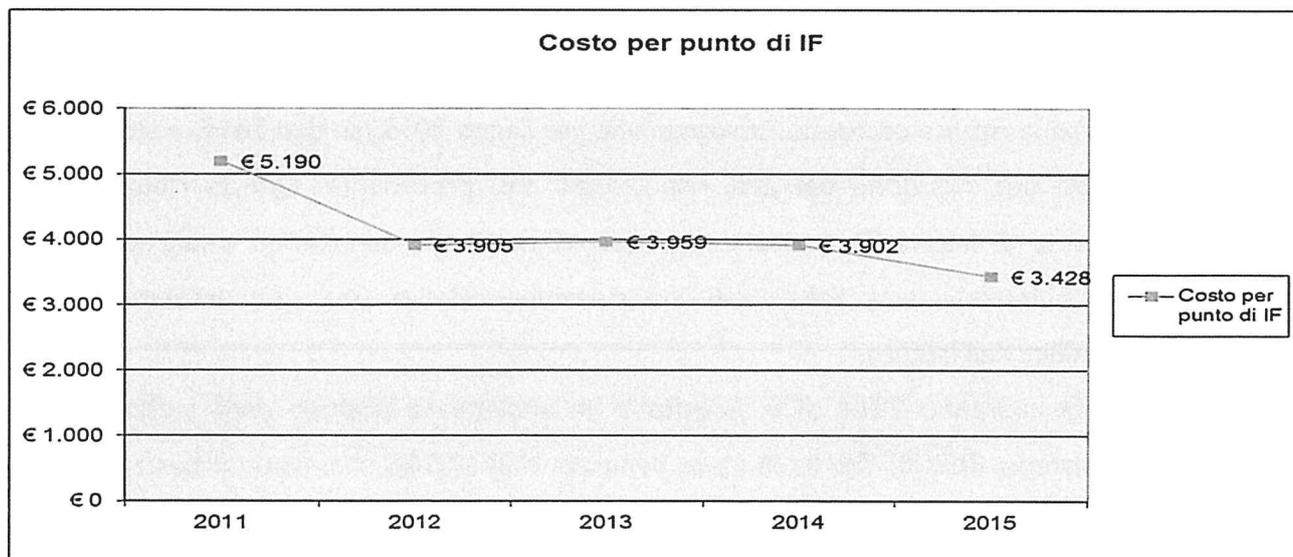
Risultati:

- a. Il valore dell'IF grezzo (1.534,29 punti) ed il valore dell'IF normalizzato (1.425,80 punti) hanno superato i valori dello scorso anno (l'obiettivo era il raggiungimento del 70% dei valori del 2014).
- b. Il costo medio per punto di IF si è ridotto passando da €3.902,27 nel 2014 a 3.428,15 nel 2015.
- c. Il valore dell'IFN per ricercatore produttivo è aumentato, passando da punti 8,94 nel 2014 a 11,78 nel 2015.

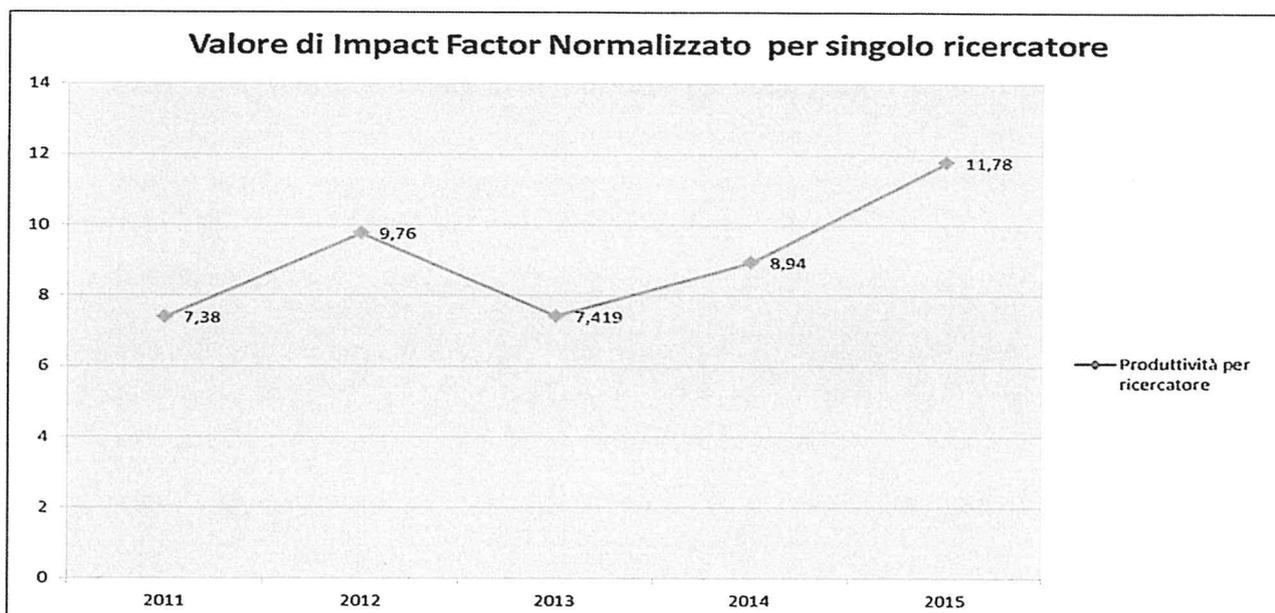
**Quindi questo sub-obiettivo è stato pienamente raggiunto.**

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

IF	Media triennio 12-14	Anno 2015
grezzo	1339,08	1534,29
normalizzato	1352,83	1425,80



5



## 2. Sub-obiettivo “Potenziare l’attrazione risorse”

Nel 2015 la Fondazione ha ottenuto un volume di finanziamento pari a circa **15 milioni di euro**. Come già descritto in premessa, si è assistito ad una diminuzione del 20% del finanziamento strutturale di Ricerca Corrente, ma vi è stato un incremento dell’attrazione risorse sia per quanto riguarda i finanziamenti europei che i finanziamenti derivanti da altri Enti e Charities (circa 11 milioni di euro). Il volume totale di finanziamenti per il 2015 (€ 15.193.962) è in linea col valore medio del triennio 2012-2014 (€ 15.648.632).

**Quindi questo sub-obiettivo è stato pienamente raggiunto.**

## 3. Sub-obiettivo “Monitoraggio indicatori di efficacia clinica e scientifica “

### a. Trasferibilità dei prodotti di ricerca (pubblicazioni)

Da una analisi delle pubblicazioni emerge che il grado di trasferibilità e di ricaduta assistenziale è pari a circa l’87% dell’intera produzione. Tale dato è coerente con l’elevato grado di traslazonalità della nostra attività.

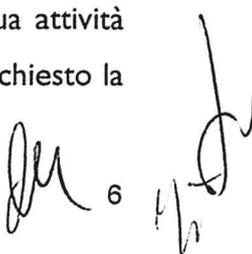
**Questa parte del sub-obiettivo è stato pienamente raggiunto.**

### b. Trial clinici

Nel corso del 2015 sono stati attivati 73 trial clinici. L’impegno era di attivare almeno 80 trial (20 in più rispetto al 2014).

**Questa parte del sub-obiettivo non è stato pienamente raggiunto.**

A questo riguardo si segnala che nel corso del 2015 l’Istituto ha dovuto ridurre la sua attività assistenziale in quanto sono stati realizzati alcuni lavori di ristrutturazione che hanno richiesto la

  
 6

chiusura parziale di alcuni reparti e servizi. Ciò ovviamente ha influito sulla possibilità di attivare nuovi progetti di ricerca clinica, prediligendo la prosecuzione di sperimentazioni già in corso.



7 

## ECCELLENZA CLINICA

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
ECCELLENZA CLINICA	mantenimento dell'eccellenza clinica nei ricoveri della Fondazione	Mantenimento parametri (= o > anno 2014) <ul style="list-style-type: none"> <li>• pazienti extraregioni</li> </ul>

### Attività di ricovero

Grazie ad importanti revisioni organizzative sono stati raggiunti obiettivi di interesse regionale nell'ambito del miglioramento dell'appropriatezza e del setting assistenziale di presa in carico del paziente, che hanno portato ad una riduzione dei tempi medi di degenza e allo spostamento di una importante quota di attività sul versante ambulatoriale (MAC). È inoltre possibile evidenziare che a fronte dei 5.712 casi di ricovero in degenza ordinaria, ben 852, riguardano interventi chirurgici di craniotomia, che rappresentano interventi neurochirurgici di più alta complessità. Ciò è confermato anche dall'analisi dei primi 10 DRG dell'anno 2015 in ordine di frequenza (Tabella 1) che vede al primo posto il DRG 002 (craniotomia in età superiore di 17 anni, senza complicanze).

**Tabella 1: Primi 10 DRG di degenza ordinaria, in ordine di frequenza. Anno 2015**

<i>DRG</i>	<i>Tipo DRG</i>	<i>Num Ricoveri</i>	<i>GG degenza</i>
002 - Craniotomia età > 17 anni, senza CC	C	852	6.090
012 - Malattie degenerative del sistema nervoso	M	817	6.377
500 - Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	C	368	1.102
035 - Altre malattie del sistema nervoso, senza CC	M	359	1.885
011 - Neoplasie del sistema nervoso senza CC	M	295	1.472
026 - Convulsioni e cefalea età < 18 anni	M	286	1.730
008 - Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	C	284	1.303
013 - Sclerosi multipla e atassia cerebellare	M	209	1.812
431 - Disturbi mentali dell'infanzia	M	185	974
522 - Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	M	170	1.121

  
 8  


Un ulteriore dato che vede in modo inequivocabile premiata l'eccellenza clinica dell'Istituto è dato dall'osservazione che, a fronte dei 5.712 casi affrontati in regime di degenza ordinaria nel corso del 2015, ben 3.088, pari ad oltre il 54,06% del totale, sono di provenienza extraregionale.

**Tabella 2**

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%
	<b>5.540</b>		<b>6.049</b>		<b>295</b>	<b>311</b>	

Ricoveri 2015							
Provenienza	Pazienti	% prov	Ricoveri ordinari	% prov	Ricoveri DH	Accessi DH	% prov
ASL MILANO	683	13,36%	736	12,89%	22	23	11,06%
ASL RL	1.671	32,68%	1.863	32,62%	57	58	27,88%
ESTERO	20	0,39%	25	0,44%	0	0	0,00%
EXTRA RL	2.739	53,57%	3.088	54,06%	120	127	61,06%
	<b>5.113</b>		<b>5.712</b>		<b>199</b>	<b>208</b>	

**L'obiettivo è stato raggiunto.**

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

### **Attività ambulatoriale - Macroattività Ambulatoriale Complessa (MAC)**

Le nuove modalità di gestione dei percorsi di cura hanno consentito una progressiva e crescente implementazione della quota di patologie trattate in regime ambulatoriale, attraverso "Macro Attività Complesse (MAC)" e "pacchetti ambulatoriali", che consentono al paziente di usufruire dei servizi dell'Istituto con accessi semplificati, più rapidi e concentrati nel tempo.

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 (Tabella 3).

Handwritten signature and initials, possibly indicating approval or authorship of the document.

**Tabella 3: confronto tra ricoveri in DH e attività ambulatoriale MAC. Anno 2015**

<i>Periodo</i>	<i>Regime</i>	<i>Tipo DRG</i>	<i>Accessi DH</i>	<i>Accessi MAC</i>	<i>DH/MAC</i>
2015	DH	Medico	183	2.273	<b>8,05%</b>
2014	DH	Medico	224	1.937	<b>11,56%</b>

**L'obiettivo è stato raggiunto.**

  
10 

# SICUREZZA PER I PAZIENTI E PER GLI OPERATORI

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
<b>SICUREZZA PER I PAZIENTI E PER GLI OPERATORI</b>	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

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

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

## LA FORMAZIONE E L'INFORMAZIONE PER LA GESTIONE DELLE EMERGENZE

Con Deliberazione N° IX/3385/2012 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. 11

Al fine di garantire la sicurezza degli operatori e dei pazienti in caso di emergenza, sono state previste 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 n. 11, ripasso delle modalità di spegnimento di un principio d'incendio e di evacuazione)
- addestramento all'impiego del telo 10 maniglie da utilizzare per il trasporto di pazienti allettati in caso di emergenza.

L'obiettivo ha previsto 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.

Il Servizio Prevenzione e Protezione, nel complesso,

1) ha tenuto le attività di:

- ripasso sulle procedure di gestione delle emergenze



11

- addestramento all'impiego del telo 10 maniglie da impiegare per il trasporto di pazienti allettati in caso di emergenza

presso i seguenti reparti interessati (direttamente o per contiguità fisica) dai cantieri:

- Neuroranimazione e T.I.
- Neurochirurgia C
- Neurologia D (Neurologia I e 3 - reparto volano) dove si è svolta anche la prova di evacuazione.

2) ha comunicato via e-mail le informazioni preventive e le misure compensative definite per i reparti coinvolti dai cantieri:

- ai coordinatori infermieristici NCHA e NCHB per cantiere nel reparto solventi
- ai coordinatori infermieristici DH, NCHC e NRZ oltre che ai Direttori di UOC, per cantiere nel reparto di NRL C
- ai Neurologi di guardia, quali responsabili delle gestione delle emergenze, in occasione del cantiere nel reparto di NRL C, per le attività relative al cantiere del Pad. D ai diversi piani, per il cantiere del Blocco Operatorio e per quello del Pad. A area dell'ex Direzione Sanitaria piano rialzato + secondo piano (reparto di NRL C e NCH C).

3) ha svolto attività di cooperazione e coordinamento con i reparti attigui/interessati dai cantieri:

- reparto volano di Neurologia D (Neurologia I e 3 - reparto volano) per i lavori di installazione dell'UTA (N. 3 verbali)
- Neurochirurgia A, per i lavori di adeguamento dell'atrio del PAD. A, primo piano (N. 1 verbale);
- Day Hospital adulti, per i lavori di adeguamento dell'atrio del PAD. A, primo secondo (N. 1 verbale);

4) ha predisposto ed inoltrato indicazioni da diramare a tutto il personale dei Pad D ed E in occasione del malfunzionamento della centralina antincendio.

**L'obiettivo è stato raggiunto.**

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

Con Deliberazione N° IX/3385/2012 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. 11. Questi interventi sono proseguiti nel 2015. E' stato quindi necessario continuare a garantire l'obiettivo già stabilito nel 2013 e nel 2014 relativo alla

 12



sicurezza dei diversi cantieri attivi dentro la sede di via Celoria attraverso la prosecuzione dell'attività di aggiornamento/modifica temporanea delle planimetrie di evacuazione delle aree attigue o interessate dai lavori, nel complesso:

- Neurochirurgia 1° piano
- Atrio 1° piano zona studi medici – Chiesa
- Terapia Intensiva 2° piano
- Neurochirurgia 2° piano
- Day Hospital 2° piano
- Atrio 2° piano zona studi medici – attesa DH
- Nuovo Reparto Volano piano terra.
- Pad. A, Atrio CUP piano rialzato
- Pad. A , piano primo, atrio cappella (N. 2 revisioni)
- Pad. A, piano primo, area soggiorno (N. 2 revisioni)

**L'obiettivo è stato raggiunto.**

## **SVILUPPO SISTEMI QUALITÀ E RISK MANAGEMENT**

<b>OBIETTIVO</b>	<b>SUB OBIETTIVO</b>	<b>INDICATORE/MISURA</b>
<b>Sicurezza per i pazienti e gli operatori</b>	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%

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) poichè strettamente correlate all'attività di cura e assistenza dei pazienti. Il Ministero della Sanità (Circolare n° 52/1985) definisce come infezioni ospedaliere le infezione acquisite in ospedale, non presenti 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.

*[Handwritten signatures]*  
13

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 rappresentano un importante indicatore della qualità dell'assistenza erogata e del livello di sicurezza per i professionisti sanitari. Controllo, sorveglianza e prevenzione delle infezioni ospedaliere sono prioritari per il forte impatto assistenziale sul paziente che contrae un infezione e, in seconda battuta, per il contenimento del contenzioso medico legale.

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

### **Infezioni e colonizzazioni da microrganismi multi resistenti**

Nell'ultimo decennio in tutta Europa si è assistito ad un costante aumento nella rilevazione 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 diffuse, in quanto questi ultimi sono microrganismi che partendo da un soggetto malato possono contagiare e infettare soggetti sani, inclusi gli operatori sanitari, venuti a contatto con il microrganismo.

Regione Lombardia ha implementato, dall'anno 2009, un programma (RESILOMB, BASALOMB, SENTILOMB) di monitoraggio delle resistenze antibiotiche in ambito ospedaliero su 3 livelli: riconoscere i microrganismi multi resistenti agli antibiotici o con resistenze particolari, misurare i tassi di incidenza degli isolamenti di pazienti ricoverati presso strutture ospedaliere e le loro resistenze antibiotiche e, infine, monitorare l'incidenza dell'evenienza più terribile, la batteriemia da *Staphylococcus Aureo*.

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

Per affrontare questa problematica sono attivi, all'interno della Fondazione, obiettivi di miglioramento legati all'ambito del Risk Management (per esempio il progetto di gestione e prevenzione della sepsi in ambito neurochirurgico). Nel costante perseguimento di questo

 14 

obiettivo sono coinvolti vari settori della Fondazione (Direzione Sanitaria, Risk Management, Laboratorio Analisi, 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 (p.e. 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 morbilità e mortalità per infezione della popolazione assistita; ne deriva che il monitoraggio e l'analisi dei risultati degli esami colturali costituiscono il primo livello di prevenzione e controllo.

L'attività di monitoraggio degli isolamenti di questi microrganismi prevede un processo comunicativo tempestivo. La comunicazione deve avvenire prima di tutto, al momento dell'emissione del referto, tra la Microbiologia (del Policlinico) e il reparto dove il paziente è degente; subito dopo deve essere informato il Laboratorio di Patologia Clinica e Genetica Medica che acquisisce, registra il referto e trasmette i dati necessari al Servizio Sviluppo Sistemi Qualità e Risk Management che li elabora per conto della 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 e procedure per prevenire la diffusione di agenti microbiologici multiresistenti o con resistenze peculiari.

Il lavaggio delle mani è sicuramente una misura di primaria importanza per la prevenzione delle ICA a livello ospedaliero. Nel 2015, per adempiere alle Linee Guida di Risk Management emanate dalla Regione Lombardia, si è inviata al Risk management della Regione Lombardia, in data 28/09/2015, una scheda di autovalutazione sull'igiene delle mani; sulla base dei risultati di tale autovalutazione sono stati elaborati due progetti di miglioramento da realizzare nel 2016. L'invio è avvenuto entro i termini richiesti (**l'obiettivo si considera raggiunto**).

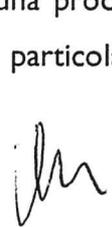
Il Piano di miglioramento ha previsto alcune iniziative in ambito formativo e organizzativo. In ambito formativo è stato realizzato, all'interno del corso "Prevenzione, monitoraggio e gestione delle Infezioni Correlate all'Assistenza" (legato agli obiettivi RAR 2015), un capitolo specifico dedicato all'igiene delle mani per illustrare le basi concettuali dell'igiene delle mani e i relativi

 15 

cenni storici, le Linee Guida e la cartellonistica WHO, tutte le procedure e istruzioni operative attuate nella Fondazione e presenti sulla intranet aziendale (IO 35 per lavaggio mani e 4 poster allegati; IO49 per utilizzo guanti sterili e non; IO 53 e 54 specifiche per utilizzo guanti sterili con e senza appoggio). A completamento è stato trattato l'argomento dei dispositivi di protezione individuale (DPI) da utilizzare nelle procedure di assistenza al paziente e nelle procedure di trattamento e/o isolamento del paziente portatore di microrganismi multiresistenti (Pr 62), sottolineando come il lavaggio mani sia fondamentale per il loro corretto utilizzo. Il comparto sanitario, quindi infermieri, personale di supporto, tecnici di radiologia e fisioterapisti, ha ricevuto questa formazione. Il progetto, supportato dalla Direzione sanitaria e dal Risk Management, proseguirà proponendo le stesse tematiche in alcuni momenti di formazione sul campo per tutti gli operatori sanitari, completando la formazione frontale, attraverso simulazione dei Poster WHO da parte dei discenti. A rotazione, in un giorno della settimana prestabilito, le varie UUOO e servizi riceveranno la formazione nel proprio reparto. Il piano di miglioramento ha previsto anche l'implementazione di una variante organizzativa per il lavaggio mani, posizionando dispenser di gel idro-alcologico all'ingresso delle stanze o al letto. I dispenser sono già presenti accanto ai lavandini di ogni stanza di degenza e sui carrelli medicazioni/farmaci, ma l'applicazione dei medesimi a muro, all'ingresso delle stanze o al letto (in Terapia Intensiva), facilita l'operazione senza dover attraversare la stanza (per l'età della struttura della Fondazione, i lavandini sono posizionati all'opposto della porta di ingresso senza possibilità di modifiche strutturali). E' in corso l'acquisizione della fornitura.

L'attività di monitoraggio, prevenzione e controllo degli eventi sentinella microbiologici è proseguita per tutto il 2015, in linea con quanto effettuato negli anni precedenti. Nell'Allegato I è riportata la casistica degli Eventi Sentinella microbiologici del 2015 scomposta e analizzata in base a tipologia microbiologica, materiale biologico di riscontro, luogo di degenza (UO) di riscontro. 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 e 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 presso la Fondazione sono state formalizzate, in sede di CIO, una procedura specifica per l'isolamento (Pr 62) e altre procedure relative a condizioni particolari; è

 16 

fondamentale esercitare un'attività di controllo sulla adeguata aderenza e tempestiva messa in atto delle indicazioni contenute in tali documenti.

Il Risk Management ha implementato un sistema di controllo per verificare l'attuazione delle misure idonee ad ogni singolo caso e la loro adeguatezza rispetto a Linee Guida internazionali/nazionali/regionali, al verificarsi di isolamenti microbiologici definito come alert. Contestualmente ha sviluppato una metodica di controllo e monitoraggio della logistica dei pazienti, stanze di isolamento della terapia intensiva o stanze delle diverse aree di degenza, e del loro 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.

I data base di raccolta dati microbiologici e della logistica del paziente, compilati giornalmente, sono disponibili presso l'Ufficio Qualità in una cartella condivisa con la Direzione Sanitaria.

Tutti i casi del 2015, corrispondenti a 70 Eventi Sentinella in 84 pazienti, sono stati seguiti come allocamento e trattamento sulla base delle caratteristiche del microrganismo isolato (casi trattati 100%; **l'obiettivo è raggiunto**).

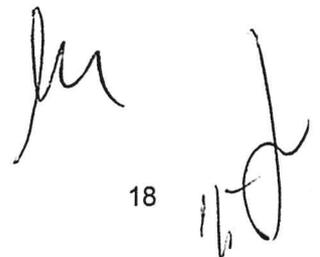
In caso vengano individuati cluster del medesimo microrganismo, si analizzano la casistica e le tempistiche, per mettere in atto soluzioni straordinarie specifiche per la situazione, soluzioni comunque sempre sottoposte al vaglio del CIO con l'apporto indispensabile dei consulenti microbiologo e infettivologo. Nel luglio 2015 si è reso necessario, per interrompere il cluster di comparsa di isolamenti di Serratia m. in Terapia intensiva, sottoporre la medesima ad una pulizia/sanificazione intensiva. E' stata inoltre condotta una analisi di tutti i casi di isolamento del medesimo microrganismo al fine di mettere in evidenza eventuali fattori favorenti/causali diretti. Tra i fattori favorenti si segnala il forte impatto delle modifiche organizzative e ambientali dovute ai numerosi cantieri aperti contemporaneamente in varie aree dell'ospedale, compreso quello importante di ristrutturazione del Blocco Operatorio. Nell'allegato I (Tabella riassuntiva tassi Eventi Sentinella) sono messi in evidenza i tassi, in riduzione, di eventi sentinella (ES) degli ultimi tre anni da quando, nel 2013 sono state messe in atto tutte le procedure e soluzioni logistiche per la prevenzione e il contenimento della diffusione di microrganismi multiresistenti e da quando si è adottato una politica antibiotica di restringimento del loro utilizzo, alla individuazione delle colonizzazioni, all'attuazione della de escalation antibiotica, all'introduzione del protocollo della sepsi secondo la *Sepsis Surviving Campaign* 2012. I tassi sono stati calcolati sia comprendendo gli eventi da Serratia che non, in considerazione del fatto che questo microrganismo si è presentato senza esprimere resistenze specifiche o multiresistenza e quindi essendo spia di un problema strettamente ambientale e non di antibiotico-resistenza. Senza considerare gli isolamenti di

 17 

Serratia, il tasso complessivo 2015 di ES (9,22 per 1000 ricoveri) è sovrapponibile a quello dell'anno precedente (9,33 per 1000 ricoveri) e nettamente ridotto rispetto a quello registrato nel 2013 (14,75 ES per 1000 ricoveri). I dati completi, presenti nell'allegato, sono stati presentati, analizzati e discussi alla riunione finale del CIO del 29/12/2015, pertanto **l'obiettivo è raggiunto.**

**NOTA**

- *I dati utilizzati per il calcolo dei tassi provengono dai "Flussi Informativi" ma sono contestualizzati al problema eventi sentinella microbiologici. In particolare il numero dei ricoveri viene estratto considerando i pazienti accettati dal 1° gennaio al 31 dicembre 2015 e accettati – dimessi nel medesimo periodo. Restano esclusi i dimessi nell'anno successivo.*
- *Le giornate di degenza non sono quelle amministrative ma cliniche in quanto la relazione tra luogo di "comparsa" dell'evento sentinella (quindi il primo esame colturale e i successivi che dimostrano la presenza del microrganismo multiresistente o comunque da monitorare per le sue caratteristiche di sens/res agli antibiotici) e il microrganismo stesso è fondamentale per l'adozione di politiche/procedure o azioni correttive/preventive sul problema specifico. Questo sistema permette anche di mettere in evidenza problemi sistemici. In particolare deve essere tenuto in considerazione che la Terapia Intensiva è maggiormente a rischio per insorgenza di eventi sentinella, sia per la popolazione afferente (pazienti gravi, defedati, immuno-depressi) che per l'invasività dei presidi che per la pressione antibiotica esercitata su queste condizioni. Sarebbe depistante attribuire l'insorgenza dell'evento alle altre UUOO cliniche inoltre i tassi alti della Terapia Intensiva si distribuirebbero sui tassi delle altre UUOO in modo incongruo.*

Two handwritten signatures in black ink, one on the left and one on the right, positioned above the page number.

## MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI PER L'UTENZA

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
<b>MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI PER L'UTENZA</b>	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

### **Pubblicazione referti in sistema SISS**

Tipologia referto	Valore Nov/Dic 2015
Per i referti di Laboratorio Analisi e verbali di PS: rispetto della tempestività di pubblicazione da parte di ogni EEP entro 24 ore dalla loro produzione <i>(dati rilevati dal portale SISS)</i>	98,82%

L'obiettivo è stato raggiunto.

### **Mantenimento tempi di attesa per primi accessi diagnostica per immagini**

#### **Tempi previsti dalla DGR 1775/2011**

Come si evince dalla tabella sotto riportata nel corso del 2015 sono stati monitorati e mantenuti i tempi di attesa previsti dalla DGR 1775/2011.



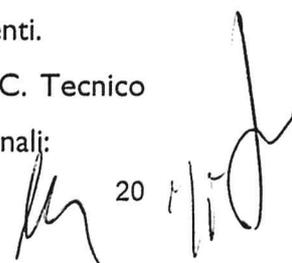
19

Tempi indicati per i primi accessi – DGR1775 del 24/05/2011		
Prestazione diagnostica	tempi previsti dalla DGR 1778/2011	media 2015
TC RACHIDE	40	3
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	40	2
RNM CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO	40	21
RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA	40	2
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	40	7
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA	40	21
RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE	40	2
RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS	40	2
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	40	23
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO	40	2
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA	40	17
TC RACHIDE SENZA E CON CONTRASTO	40	3
RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA	40	2

L'obiettivo è stato raggiunto.

L'anno 2015 è stato contrassegnato dalla realizzazione di diverse opere di adeguamento degli spazi della Fondazione, adeguamenti riguardanti sia la sicurezza che il comfort degli utenti.

Nell'ambito dell'obiettivi pluriennali di miglioramento dei servizi per l'utenza, l'U.O.C. Tecnico Patrimoniale ha, quindi, contribuito al raggiungimento dei seguenti sub obiettivi pluriennali:

 20

## **Interventi di adeguamenti di sicurezza ed umanizzazione degenze.**

I lavori hanno interessato il reparto Solventi e, a seguire:

- ✓ i reparti di Neurologia A e C,
- ✓ i reparti di Neurochirurgia A, B e C,
- ✓ il 3° piano del Pad. C.

Sono in corso gli adeguamenti di sicurezza antincendio al piano Seminterrato ed in fase di completamento quelli previsti per il 3° piano del Pad. A.

Sono stati sostituiti i quadri elettrici sia del pad. A che della centrale termica ed è stata posizionata in quota l'UTA a servizio dei reparti di neurologia A, B e C.

Durante l'esecuzione dei lavori sono state richieste anche lavorazioni aggiuntive per migliorare il comfort dei pazienti (quali, ad esempio, le tinteggiature di alcuni reparti, l'aggiunta di prese elettriche e dati, il collegamento dell'impianto TV, la razionalizzazione degli armadi dati, la realizzazione dei segnapassi notturni ecc.).

Sono in corso la realizzazione della scala di sicurezza Pad A e la Centrale di pompaggio, nonché le compartimentazioni di alcune aree impianti.

Si può ritenere, quindi, di avere raggiunto l'obiettivo.

## **Avvio lavori per la realizzazione nuovo Day Hospital previa realizzazione di un reparto volano degenza.**

A seguito di aggiudicazione, avvenuta con deliberazione del Direttore Generale n. 750 in data 4 dicembre 2014, dell'appalto lavori all'Impresa RVM Impianti srl, sono stati eseguiti i lavori propedeutici al cantiere ed è stato realizzato il nuovo Reparto Volano per consentire la ristrutturazione ai piani sovrastanti.

La consegna dei lavori per la realizzazione del Reparto Volano è avvenuta il 16 febbraio 2015 ed i lavori si sono conclusi in data 24 luglio 2015. Il nuovo reparto è stato accreditato nel mese di agosto 2015, dal 1 settembre 2015 è stato attivo con n. 15 posti letto sino al 18 dicembre 2015.

Dal 21 dicembre 2015 l'area è stata riconsegnata all'Impresa per la definitiva trasformazione in Day Hospital.

Si può ritenere, quindi, di avere raggiunto l'obiettivo.

  
21

## DIGITALIZZAZIONE

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

### Sub Obiettivo n°1. Utilizzo dei Bar Code nelle differenti applicazioni sanitarie aziendali.

Le attività sono state sviluppate nel corso del 2015 ed il primo indicatore è stato soddisfatto avendo inviato il progetto via e-mail a tutti gli enti aziendali interessati il 30 settembre 2015.

Il perimetro operativo è stato ampliato in quanto:

- A. sono state modificate le seguenti applicazioni/ambiti per accettare in richiesta le seguenti applicazioni software (3 in luogo di 2):
  - i. Medical Tutorial
  - ii. Sistema Ris/PACS per gli esami di Radiologia
  - iii. Sistema di Laboratorio
- B. sono stati modificati e messi in esercizio i seguenti 6 documenti:
  - i. SDO, Scheda di Dimissione Ospedaliera
  - ii. Etichette Cartella Prericovero
  - iii. Etichette Cartella Ricovero
  - iv. Referti di Radiologia per i pazienti interni ed esterni
  - v. Referti di Laboratorio Analisi per i pazienti interni ed esterni
  - vi. Distinta esami Laboratorio Analisi
- C. sono stati installati in tutte le postazioni di reparto i lettori di Codici a Barre per consentire la rilevazione automatica dei dati disponibili in bar code.

In conclusione si evince che **il primo sub-obiettivo sia stato ampiamente raggiunto e superato, realizzando un numero di interventi pari a circa il 150% del previsto**, ampliando il relativo perimetro rispetto all'impostazione iniziale dello stesso.

### Sub Obiettivo n°2. Acquisto di un sistema di storage centralizzato

Le attività svolte per questo sub-obiettivo hanno visto i seguenti passi effettuati:



- i. Identificazione di tutti i sottosistemi di storage presenti in Fondazione.
- ii. Definizione e stesura dell'allegato tecnico al capitolato di gara, trasmesso via e-mail all'UOC Provveditorato il 24 novembre 2015, la cui stesura ha richiesto ulteriori approfondimenti tecnici per l'identificazione e la determinazione delle interconnessioni fra i due sottosistemi collocati in locali differenti.
- iii. Definizione del capitolato e lettera di invito per procedura di gara, definita come "Procedura di cottimo fiduciario per l'affidamento del contratto di fornitura di un Sistema Storage Aziendale" alla quale è stato attribuito il CIG 6533255494.
- iv. Indizione della procedura tramite Determinazione di Indizione n° 290/2015 del 30/12/2015.  
Le procedure di gara sono quindi proseguite nel corso delle prime settimane del 2016.  
In conclusione si evince che **il secondo sub-obiettivo sia stato parzialmente raggiunto**, e le motivazioni per il ritardo nel completamento sono così riassumibili:
  - A. La complessità dell'impianto che ha richiesto numerosi approfondimenti tecnico logistici al fine di adeguare il sistema richiesto alle effettive esigenze aziendali
  - B. La necessità di rivedere e verificare la fonte di finanziamento, la cui disponibilità non si è definita se non a fine 2016
  - C. La revisione della lettera di invito/capitolato necessaria alla luce della determinazione n°346/2015 del 6/8/2015 che approva il documento sull'integrazione con i Sistemi Informativi Aziendali di sistemi ed apparecchiature e del nuovo regolamento acquisti (Deliberazione del CdA N° III/208 del 20/7/2015).

# TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE COME OBIETTIVI CULTURALI

## Obiettivi annuali 2015

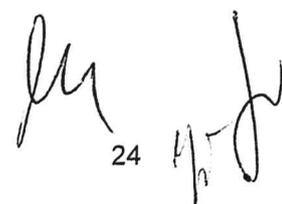
OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
<b>Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità</b>	Verifica alla luce di eventuali novità normative e dell'esperienza maturata nel corso dell'anno 2014 delle istruzioni operative e dei tempi di pubblicazione dei dati di competenza, relativamente alla 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

Si è proceduto a predisporre una nota con la richiesta alle varie Strutture coinvolte nell'obiettivo di verificare alla luce di eventuali novità normative e dell'esperienza maturata nel corso dell'anno 2014 le istruzioni operative e i tempi di pubblicazione dei dati di competenza, relativamente alla tempificazione di "aggiornamento tempestivo".

Le varie Strutture hanno risposto a tale nota: le nuove istruzioni operative sono state raccolte ed il monitoraggio relativo allo stato dell'arte al 14/12/2015 è stato effettuato già con gli aggiornamenti inviati dalle varie Strutture.

Il gruppo di lavoro "Amministrazione Trasparente" della Fondazione, "dopo aver verificato a campione i dati per i quali vige – omissis – l'obbligo di pubblicazione sul sito internet della Fondazione Carlo Besta nella sezione "amministrazione trasparente", attesta la pubblicazione al 100% dei dati di competenza delle singole UOC", come risulta dal verbale del 22/01/2016 (agli atti dell'UOC Risorse Umane).

A tal riguardo si riporta anche stralcio del verbale del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni del 20/01/2016: "il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, sulla base delle indicazioni contenute nella Delibera n. 43 del 20 Gennaio 2016 dell' ANAC, - omissis - ha provveduto ad esaminare la documentazione e la "banca dati" verificando sul sito internet istituzionale della Fondazione [www.istituto-besta.it](http://www.istituto-besta.it), nella sezione Amministrazione Trasparente, la qualità e la completezza delle informazioni richieste senza riscontrare criticità. Il monitoraggio effettuato, come indicato nell'attestazione del Presidente del NVP, ha avuto esito positivo. – omissis –". **L'obiettivo si può pertanto ritenere raggiunto.**



24

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
<p><b>Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione</b></p>	<p>Revisione/Integrazione/Creazione di procedure al fine di limitare il rischio corruzione - svolgimento delle seguenti attività programmate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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);</li> <li>- 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);</li> <li>- Definizioni di criteri, ove non previsti dalla normativa concorsuale, di indirizzo per la valutazione dei titoli dei candidati (UOC Risorse Umane);</li> <li>- Applicazione del nuovo regolamento per il conferimento degli incarichi (UOC Risorse Umane e Direzione Scientifica);</li> <li>- 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);</li> <li>- Riduzione progressiva ordini emessi senza formale procedura d'acquisto con affidamento diretto (UOC Provveditorato Economato e UOC Tecnico-Patrimoniale);</li> <li>- 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);</li> <li>- 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);</li> <li>- Conflitto di interesse: monitoraggio semestrale tramite relazione con descrizione delle segnalazioni ricevute e delle misure adottate dai responsabili (UOC Risorse Umane);</li> <li>- 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);</li> <li>- 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</li> </ul>	<p>Revisione, integrazione, creazione delle procedure individuate; svolgimento delle attività programmate</p>

	<p>la quale verranno effettuati i controlli delle dichiarazioni (UOC Affari Generali e Legali e UOC Risorse Umane);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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);</li> <li>- 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.</li> </ul>	
--	--	--

### **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione**

- Intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio*

L'UOC Risorse Umane procede al controllo della veridicità del titolo di studio (per il personale dirigente laurea, eventuale specializzazione e iscrizione agli albi ovvero per il comparto il requisito specifico di accesso con eventuale iscrizione agli albi) e di altre certificazioni (casellario giudiziario) su tutto il personale dipendente neoassunto, che viene individuato attraverso stampe giuridiche che specificano la matricola e la data di assunzione. Si è proceduto per coloro che hanno sottoscritto contratti atipici alla richiesta della verifica del casellario giudiziario. Inoltre, al 30/06/2015 è stato stilato un elenco dei contrattisti/borsisti che hanno sottoscritto un contratto nel I semestre 2015, così da procedere poi al sorteggio tramite generatore di numeri casuali di n.10 contrattisti sui quali svolgere i controlli sui requisiti di accesso alle relative selezioni: sono state pertanto inviate le richieste di controllo relative al personale sorteggiato. Infine, al 31/12/2015 è stato stilato un elenco dei contrattisti/borsisti che hanno sottoscritto un contratto nel II semestre 2015, così da procedere poi al sorteggio tramite generatore di numeri casuali di altri n.10 contrattisti sui quali svolgere i controlli sui requisiti di accesso alle relative selezioni.

L'UOC Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione, nel rispetto di quanto previsto nel Piano triennale e nell'Addendum della UOC nel corso dell'anno, ha proceduto ad effettuare le verifiche previste a campione sui Mandati di Pagamento e sulle Tabelle dei compensi da erogare. In occasione della predisposizione del Bilancio d'Esercizio 2014 (Maggio 2015-Settembre 2015) sono state effettuate le verifiche della corrispondenza dei dati esposti a Bilancio e la contabilità e si è provveduto a verificare la relativa quadratura di Cassa/Tesoreria. Per quanto riguarda le dichiarazioni sostitutive di atto notorio, l'UOC Economico-Finanziaria e Controllo di Gestione acquisisce per ogni fornitore, tramite dichiarazione sostitutiva di atto notorio, la dichiarazione


26


degli estremi identificativi del Conto Corrente bancario/Conto Corrente Postale dedicato in via esclusiva/non esclusiva e verifica che tale informazione sia inserita nell'applicativo gestionale Oliamm nell'anagrafica del fornitore. Nel corso del I semestre del 2015 è stata creata una procedura di controllo di tali dichiarazioni. La procedura prevede il controllo trimestrale delle dichiarazioni ricevute. Nel corso del II semestre 2015 si è proceduto ad inviare al Tesoriere, per i controlli dei conti correnti, n. 3 dichiarazioni ricevute dalla UOC nel 2015: la banca ha verificato la correttezza delle dichiarazioni e ha confermato, con mail, la correttezza dei conti correnti bancari. L'esito del controllo (documentazione – mail, ecc.) è archiviato presso la UOC stessa.

L'U.O.C. Tecnico Patrimoniale, nell'ambito delle procedure di gara per l'affidamento di beni e servizi, effettua, in adempimento a quanto prescritto dall'art. 38 del D. Lgs. 163/2006, la verifica della veridicità delle dichiarazioni sostitutive rilasciate dai concorrenti.

L'UOC Provveditorato Economato ha provveduto ad effettuare controlli presso il sito della Corte suprema di Cassazione in merito a ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici relativamente alle procedure aperte (superiori alla soglia di € 209.000,00=) espletate nel 2015.

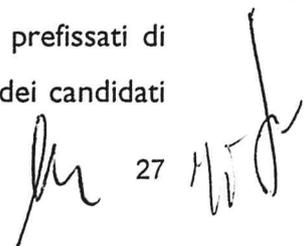
Per la tipologia di attività svolta dall'UOC Affari Generali e Legali, nel 2015 non sono state richieste dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio ai sensi degli artt. 46/49 del DPR n. 445/2000.

- 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*

Tramite i Direttori di Unità Operativa, si è partecipato a riunioni settimanali indette, solitamente ogni mercoledì, dalla Direzione Strategica e ad incontri/riunioni tra dirigenti competenti in settori diversi per finalità di aggiornamento sull'attività dell'amministrazione, circolazione delle informazioni e confronto delle soluzioni gestionali. Inoltre, si sono svolte riunioni del Dipartimento Amministrativo, nelle quali ci si è confrontati sull'attività dell'amministrazione e su soluzioni gestionali (esempio: definizione e suddivisione obiettivi budget 2015 in data 25/05/2015 e 09/06/2015, progetti RAR 2015 in data 24/07/2015).

- Definizioni di criteri, ove non previsti dalla normativa concorsuale, di indirizzo per la valutazione dei titoli dei candidati*

Tramite l'UOC Risorse Umane, dopo che tale adempimento è stato posto quale obiettivo di budget, come da deliberazione n. 318 del 20/07/2015, dal mese di agosto ci si è prefissati di soffermarsi particolarmente sulla definizione dei criteri per la valutazione dei titoli dei candidati

 27

relativi alle procedure concorsuali da svolgersi sino al 31/12/2015. Pertanto, si sono proposti all'attenzione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, per le verifiche di competenza in materia di prevenzione della corruzione, i criteri di indirizzo individuati per gli Avvisi Pubblici, per titoli e colloquio, per il conferimento di incarichi quinquennali per la Direzione di Struttura Complessa-Dirigenza Medica, definiti sulla base dell'esperienza relativa alle relative procedure concorsuali svoltesi. Tali criteri sono stati inviati al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, con nota prot. n. 10987/15 del 21/12/2015 (agli atti dell'UOC Risorse Umane).

- *Applicazione del nuovo regolamento per il conferimento degli incarichi - Assegnazione di punteggi standard per la valutazione dei titoli e dei requisiti preferenziali nelle selezioni di candidati a contratti di ricerca*

Nel corso dell'anno si sono svolti in materia incontri tra la Direzione Scientifica e l'UOC Risorse Umane. Al termine di tali incontri, al fine di giungere alla completa applicazione del regolamento in argomento, ci si è adeguati a quanto previsto dall'art. 7 in materia di pubblicità degli incarichi, sono state inserite nei contratti di Co.Co.Co. le clausole previste dall'articolo 8 e dall'articolo 13 ed inoltre si è rivisto lo schema di avviso. A tale riguardo, si fa presente che nell'avviso sono stati inseriti i requisiti generali previsti dall'articolo 4, è stata inserita l'indicazione del responsabile del procedimento (articolo 5) ed è stato creato un apposito schema di domanda. Per quanto concerne la modalità di selezione, sono stati assegnati punteggi standard per le competenze specifiche, da utilizzare nell'iter selettivo dei candidati così da ridurre la discrezionalità da parte della Commissione. Nello specifico, già nell'avviso di selezione viene indicato che "Ciascuna competenza è valutata con un punteggio da 0 a 5", e comunque le competenze specifiche devono essere oggettive e documentabili (le capacità quindi non possono essere indicate quali requisiti preferenziali). Inoltre, viene previsto già nell'avviso che la "comparazione dei Curricula individuerà i candidati che raggiungono almeno il 70% del punteggio massimo totale riferito alle competenze specifiche", rendendo così tale soglia minima non modificabile da parte delle singole Commissioni. Di ciò, si è dato atto in una nota (agli atti dell'UOC Risorse Umane) inviata in data 22/12/2015 al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, allegando alla stessa il suddetto schema di avviso e il relativo schema di domanda.

- *Riduzione progressiva ordini emessi senza formale procedura d'acquisto con affidamento diretto*

Per quanto riguarda l'obiettivo "Riduzione progressiva degli ordini emessi senza formale procedura d'acquisto con affidamento diretto", l'UOC Tecnico Patrimoniale ha riferito il seguente dato economico relativo agli ordini emessi con affidamento diretto negli anni 2014 e

 28 

2015, nel rispetto della vigente normativa in materia: Anno 2014 € 77.783,85 IVA esclusa, Anno 2015 € 67.912,52 IVA esclusa.

L'UOC Provveditorato Economato ha provveduto, nel 2015, ad emettere ordini senza formale procedura d'acquisto per l'importo € 3.056.906,26. L'importo del 2014 è stato di € 3.184.961,99: si è evidenziata pertanto una riduzione.

- *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*

Tramite l'U.O.C. Affari Generali e Legali è stata predisposta l'Istruzione Operativa rubricata IOAG\_06 "Conferimento di incarichi a legali previa definizione dei contenuti economici dell'attività da svolgere", volta a disciplinare le modalità di conferimento degli incarichi ai legali che assistono la Fondazione nelle diverse vertenze in cui è coinvolta, mediante la definizione dei contenuti economici delle attività da svolgere.

- *Rotazione del personale: verifica, attraverso incontri con la Direzione Strategica e i Dirigenti interessati, ai fini della predisposizione*

In data 14/12/2015 si è svolto un incontro di verifica ai fini della predisposizione della rotazione del personale tra la Direzione Strategica, il Direttore UOC Risorse Umane nonché Direttore del Dipartimento Amministrativo e il Responsabile della Prevenzione della Corruzione. Durante tale verifica, come si riscontra da apposito verbale agli atti dell'UOC Risorse Umane, è emersa, come già precedentemente evidenziato nelle Relazioni del Responsabile Anticorruzione della Fondazione degli anni 2013 e 2014, la difficoltà nella concretizzazione del principio della rotazione del personale per la Fondazione. In particolare, è emerso che la rotazione risulterebbe molto problematica in considerazione delle dimensioni organizzative della Fondazione, delle professionalità caratterizzate da elevata specializzazione esistenti in Istituto, e della presenza di un solo Dirigente per U.O., al quale è richiesta una specifica competenza tecnica nella materia. Si è precisato, comunque, che non è stato individuato, secondo le indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione, un rischio di corruzione "alto", che, come indicato nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2015-2017, avrebbe richiesto interventi immediati mirati a prevedere la rotazione del personale. Si è preso, infine, atto di quanto calendarizzato in merito nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2015-2017, ovvero: "Nel periodo di validità del presente Piano (2015 – 2017) si prevede di procedere come segue: anni 2015 – 2016: verifica, attraverso incontri con la Direzione Strategica e i Dirigenti interessati, ai fini della predisposizione della rotazione; anno 2017: se sussistono le condizioni: avvio della sperimentazione della rotazione".

 29 

- Conflitto di interesse: monitoraggio semestrale tramite relazione con descrizione delle segnalazioni ricevute e delle misure adottate dai responsabili*

Come risulta dal monitoraggio al 30/06/2015 del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (2015 – 2017) della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, inviato al Ministero della Salute, non sono pervenute segnalazioni di conflitto di interesse nel corso del I semestre. Anche nel corso del II semestre non è pervenuta alcuna documentazione in merito. A riguardo, si fa presente che l'assenza di documentazione pervenuta relativa a casi di astensione è stata comunicata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione della Fondazione con nota prot. n. 10921/15 del 18/12/2015 (agli atti dell'UOC Risorse Umane).

- Elaborazione della proposta di Regolamento per disciplinare gli incarichi e le attività non consentite ai pubblici dipendenti*

La proposta di "Regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali (art. 53 del D.Lgs n. 165/2001)", definita a seguito degli incontri svoltisi tra l'UOC Risorse Umane e l'UOC Affari Generali e Legali, è stata trasmessa in data 04/12/2015 alla Direzione Strategica. La stessa proposta era stata precedentemente inviata alla Direzione Scientifica, alla Direzione Sanitaria e alla Segreteria del CdA per eventuali osservazioni e ai sindacati per l'informazione preventiva.

- 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*

E' stata realizzata, di concerto tra l'UOC Risorse Umane e l'UOC Affari Generali e Legali, istruzione operativa relativa a "Modalità operativa di controllo delle dichiarazioni ai sensi del D. Lgs n. 39/2013 relative alle condizioni personali di inconfiribilità e di incompatibilità in relazione a incarichi dirigenziali conferiti". Tale istruzione operativa (datata 28/12/2015) è agli atti dell'UOC Risorse Umane.

- Predisposizione di protocolli di legalità per gli affidamenti: individuazione delle modalità per la predisposizione dei protocolli di legalità*

Circa la predisposizione dei protocolli di legalità, tramite l'UOC Provveditorato Economato è stato predisposto un modulo da allegare alle procedure aperte per l'affidamento dei contratti di beni e servizi, che le aziende partecipanti renderanno debitamente sottoscritto, di impegno a tenere un comportamento di estrema correttezza e di rigorosa buona fede, sia nell'intero procedimento di gara, sia nella fase di esecuzione del contratto.

 30 

L'UOC Tecnico Patrimoniale ha adottato la procedura (PR TP\_02) comprendente 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 stessa.

*Inserimento delle c.d. clausole etiche e di legalità nella documentazione contrattuale*

Circa l'inserimento delle c.d. clausole etiche e di legalità nella documentazione contrattuale, tramite l'UOC Provveditorato Economato si trasmette puntualmente, in allegato alla documentazione di gara, il documento "Patto di integrità contratti pubblici 2014" che allega, debitamente sottoscritto, al relativo contratto.

L'UOC Tecnico Patrimoniale, in adempimento alle disposizioni regionali, richiede sempre agli OO.EE. partecipanti a procedure di gara la sottoscrizione, per accettazione, del Patto di Integrità di cui alla DGR X/1299 del 30 gennaio 2014. In adempimento a quanto prescritto all'art. 2 comma 2 del sopra citato Patto di Integrità, l'UOC Tecnico Patrimoniale ha cura di acquisire dai subappaltatori di servizi/lavori aggiudicati a cura dell'UOC medesima, attestazione di accettazione del Patto di Integrità.

Da apposito verbale del Responsabile della Prevenzione e della Corruzione del 14/12/2015 emerge quanto sopra.

**L'obiettivo si può pertanto ritenere raggiunto.**

  31 

# GESTIONE ATTENTA DELLE RISORSE

## OBIETTIVI DI COSTO E GESTIONE ATTENTA DELLE RISORSE

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

Per quanto concerne l'obiettivo di ottimizzazione dei costi per beni e servizi, si è proceduto a una politica di razionalizzazione al fine di rispettare le riduzioni previste dalle Regole 2015 e da successive integrazioni (Delibera di Giunta Regionale n° X/3993 del 04/08/2015) ed il vincolo di costi imposto da Regione Lombardia (rimodulato con il Decreto regionale n° 8397 del 13/10/2015). In particolare le riduzioni hanno riguardato i costi per dispositivi medici, le spese per le consulenze sanitarie e non ed la voce altri costi. Inoltre, in ottemperanza a quanto previsto dal D.L. n. 78/2015 convertito in legge 125/2015 nonché della DGR 3993 del 4/08/2015, in ottica della riduzione della spesa per beni e servizi attraverso la rinegoziazione dei contratti di fornitura, questa Fondazione ha provveduto in data 28 agosto 2015, con nota prot. 7473 a comunicare a tutti i fornitori di beni e servizi l'intenzione di provvedere alla riduzione degli importi contrattuali in essere organizzando incontri specifici.

Gli incontri con i fornitori, partiti lo scorso mese di settembre, hanno riguardato prioritariamente, società fornitrici di servizi e con contratti di beni di maggior rilievo economico, nonché fornitori di Dispositivi Medici.

Tutte le Unità Operative/Servizi sanitarie ed amministrative sono coinvolte nel perseguimento di tale obiettivo.

Il vincolo Beni e Servizi assegnato con il Decreto regionale n° 8397 del 13/10/2015, tenuto conto di quanto esposto dalla Fondazione in sede di assestamento, è stato riadeguato secondo:

- dei costi derivanti dalle stime effettuate dal competente ufficio regionale in materia di farmaci;
- inoltre considerato che sono tuttora in corso da parte delle aziende sanitarie le attività di rinegoziazione con i fornitori secondo quanto stabilito dalla Delibera di Giunta Regionale n° X/3993 del 04/08/2015, è stato applicato un abbattimento pari allo 0,7% dei costi relativi ai dispositivi e altri beni servizi sanitari e non, che ha comportato una riduzione sul valore dei costi per beni e servizi rappresentato dalle aziende. Tale valore ricomprende

quanto già comunicato dalle singole aziende in merito ai potenziali effetti di effettiva riduzione a seguito delle attività di rinegoziazione.

Contributo al contenimento dei Costi per dispositivi medici

Per quanto riguarda il contributo al contenimento dei Costi per Dispositivi Medici, i consumi nel 2015 sono in riduzione sia rispetto all'anno 2014 sia rispetto al Budget 2015, come si evince dalle tabelle seguenti.

Tabella I - Confronto Consumi Dispositivi Medici 2015-2014

Area Assistenza

	CONSUMI ANNO 2014	CONSUMI ANNO 2015	VARIAZIONE	VARIAZIONE %
ALTRI DISPOSITIVI MEDICI	676.000	644.000	- 32.000,00	-4,73%
MATERIALE PROTESICO	2.407.000	2.445.000	38.000,00	1,58%
PRESIDI CHIRURGICI	2.676.000	2.455.000	- 221.000,00	-8,26%
REAGENTI	3.017.000	2.723.000	- 294.000,00	-9,74%
TOTALE	8.776.000	8.267.000	- 509.000,00	-5,80%

Tabella II - Confronto Consumi Anno 2015 rispetto al Budget 2015

Area Assistenza

	BUDGET Assegnazione IV CET 2015	CONSUMI ANNO 2015	VARIAZIONE	VARIAZIONE %
ALTRI DISPOSITIVI MEDICI	549.000	644.000	95.000,00	17,30%
MATERIALE PROTESICO	2.393.000	2.445.000	52.000,00	2,17%
PRESIDI CHIRURGICI	2.509.000	2.455.000	- 54.000,00	-2,15%
REAGENTI	2.858.000	2.723.000	- 135.000,00	-4,72%
TOTALE	8.309.000	8.267.000	- 42.000,00	-0,51%

Fonte dati: Bilancio d'Esercizio 2015 - 2014, Foglio NP\_San\_SP

Elaborazione dati: UOC Economico Finanziaria e Controllo di Gestione

Il consumo è stato calcolato come segue:

CONSUMO = RIMANENZE INIZIALI + ACQUISTATO – RIMANENZE FINALI , così come risulta dalle tabelle del Foglio NP\_San\_SP dei Bilanci d'Esercizio 2015- 2014.

### Contributo al contenimento dei costi per File F a Contratto (pazienti Lombardi)

I costi per File F a Contratto (pazienti Lombardi) hanno registrato nel 2015 un aumento rispetto al Budget, questo è dovuto all'aumento nel 2015 del numero dei pazienti in trattamento. In particolare, i farmaci che hanno comportato un aumento sia in termini di spesa sia in termini di quantità, sono stati:

 33 

- Per la Neurofisiopatologia l'incremento è fondamentalmente dovuto al farmaco Ospolot, acquistato all'estero ed utilizzato per le epilessie farmacoresistenti, percentualmente l'incremento è consistente ma dal punto di vista economico di rilevanza media .
- Per la Neuro I, come già evidenziato nel semestre precedente Il farmaco fondamentalmente responsabile dell'incremento di spesa è il Duodopa, utilizzato nella malattia di Parkinson in stato avanzato quando il paziente non risponda più alle combinazioni di farmaci classici. Naturalmente l'incremento è dovuto all'aumento del numero di pazienti in trattamento. In questo caso l'incremento è meno rilevante percentualmente ma significativo dal punto di vista economico
- Per la Neuro IV l'incremento è dovuto principalmente a Tysabri, unico farmaco utilizzato per la SM in tipologia 2 e non 6 (quindi sottoposto a tetto) , anche qui responsabile è l'aumento del numero di pazienti in trattamento.
- Per la Neurologia III, si può evidenziare che l'incremento di spesa, tra e altre cose modesto è dovuto ad una presa in carico di pazienti con Myozyme (malattia di Pompe patologia rara ) forse traslati dalla neuro IV che ha diminuito il numero di pazienti in trattamento per questa patologia.
- Per la la NDS l'incremento rilevante percentualmente ma meno economicamente è a carico della tossina botulinica non utilizzata nell'anno precedente (magari i pazienti pediatrici erano stati trattati in altri reparti)
- Per la Neurologia VIII l'incremento è dovuto alla presa in carico di due pazienti con malattia di Gaucher, patologia rara.
- Per la Neurologia VII l'incremento è solo percentuale ma irrilevante economicamente.
- Per la Neurologia IV al contrario percentualmente l'incremento non è sostanziale ma rilevante dal punto di vista economico, in questo caso è dovuto a due farmaci utilizzati nella SM Tisabry e Lemtrada, unici due a non prevedere una rimborsabilità in tip 6 (extra budget) in quanto somministrati in ambulatorio ed al Sativex (THC) utilizzato per la spasticità nella SM.
- Per quanto riguarda la Neuroanatomia e patogenesi molecolare l'aumento è del 100% ma solo perché nel 2014 non aveva trattato pazienti in File F.

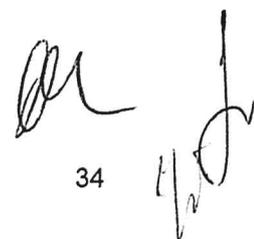


Tabella III – Contributo al contenimento dei costi per File F (pazienti lombardi)

UNITA' OPERATIVA	BUDGET 2015	Consuntivo 2015	Differenza Consuntivo /Budget	% Consuntivo /Budget
311000-NEUROCHIRURGIA III	€ 27.374,72	€ 25.745,28	-€ 1.629,44	-5,95%
314000-NEUROFISIOPATOLOGIA CLINICA	€ 3.340,77	€ 5.266,25	€ 1.925,48	57,64%
316000-NEUROLOGIA I	€ 462.015,59	€ 497.480,07	€ 35.464,48	7,68%
317000-NEUROLOGIA II	€ 44.556,25	€ 44.313,88	-€ 242,37	-0,54%
318000-NEUROLOGIA III	€ 110.826,01	€ 121.080,04	€ 10.254,03	9,25%
321000-NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	€ 30.246,99	€ 22.090,17	-€ 8.156,82	-26,97%
322000-NEUROLOGIA DELLO SVILUPPO	€ 619,49	€ 3.952,14	€ 3.332,65	537,96%
701000-NEU VIII - BIOCHIMICA E GENETICA	€ 117.427,61	€ 134.933,93	€ 17.506,32	14,91%
703000-NEU VII-EPILETTOLOGIA CLINICA E NEUROFISIOLOGIA SPERIMENTALE	€ 339,05	405,36	€ 66,31	19,56%
706000-NEUROLOGIA IV	€ 2.423.253,51	2.444.779,66	€ 21.526,15	0,89%
711100-SOSD NEUROANATOMIA E PATOGENESI MOLECOLARE AMBULATORIO		€ 24.948,00		
<b>Totale</b>	<b>€ 3.220.000,00</b>	<b>€ 3.324.994,78</b>	<b>€ 104.994,78</b>	<b>3,26%</b>

Per concludere si sottolinea che a Giugno 2015 eravamo circa al +10% rispetto al tetto prefissato, siamo arrivati a fine anno al +3,26%. Questo obiettivo è stato raggiunto con il contributo di tutti cercando di puntare sull'appropriatezza terapeutica.

Punto cardine è stata l'introduzione della patologia sulla modulistica File F prima non prevista.

Questa ci ha permesso infatti di verificare che i farmaci per cui si chiedeva il rimborso fossero in indicazione o estensione della stessa secondo 648. Da ultimo si sottolinea che nel nostro Istituto si trattano, come ben sapete, molteplici pazienti affetti da patologia rara, nonostante sia previsto il rimborso in File F come tipologia I0 il loro costo è sottoposto a tetto.

Si ritiene pertanto che l'obiettivo "Costi - Gestione attenta delle risorse" sia stato raggiunto.

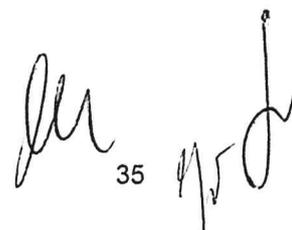
## OBIETTIVI DI PRODUZIONE

L'IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta è inserito in un contesto strutturale del 1930 e questo crea quotidianamente grandi difficoltà di lavoro per carenza di spazi adatti alle attività sanitarie ed ampiamente insufficienti.

Nel 2015 sono stati aperti contemporaneamente diversi cantieri per l'adeguamento impiantistico e per una doverosa ristrutturazione di alcune aree, con la conseguente chiusura di intere aree di degenza, riduzione di posti letto e delle attività chirurgiche del Blocco Operatorio.

Non è stato possibile trasferire le attività in spazi polmone.

La presenza dei cantieri senza una contestuale disponibilità di spazi polmone, fatto salvo per la recente apertura a settembre del reparto volano al piano terra, ha creato numerose interferenze con l'attività sanitaria con inevitabile impatto sui volumi di attività.



Oltre ai cantieri, sono state numerose le attività di adeguamento impiantistico in tutto l'Istituto, che non si configurano come veri e propri cantieri, ma che hanno comunque richiesto il trasferimento temporaneo delle attività in locali diversi.

La ristrutturazione ha avuto impatto sui ricoveri dell'area chirurgica e neurologica per adulti, mentre i reparti di neurologia pediatrica sono stati interessati dai lavori.

La chiusura dei reparti di degenza di Neurochirurgia e di Neurologia durante le ristrutturazioni ha portato un utilizzo di **17 posti letto in meno** rispetto al 2014, così suddivisi:

- 35% in meno in area chirurgica (Dipartimento di Neurochirurgia)
- 65% in meno in area neurologica (Dipartimento Neuroscienze Cliniche e Dipartimento di Diagnostica).

In Tabella I.1 si riporta la rendicontazione degli obiettivi di produzione assegnati nel 2015, suddivisi per Dipartimenti Gestionali Sanitari.

#### **TABELLA I.1 – Ricavi da Attività Sanitaria (Ricoveri e Ambulatoriali)**

<b>RENDICONTAZIONE OBIETTIVO RICAVI - ANNO 2015 (con maggiorazione tariffaria 1.768 K€ per DRG Lombardi - Legge 7/2010)</b>			
	ATTIVITA' SANITARIA con maggioraz. tariffaria % DRG Lombardi	BUDGET 2015	VARIAZIONE CONS/BDG
TOT DIP SAN (Totale Dipartimenti Sanitari)	41.635.120	40.335.000	1.300.120
DIPNEUR (Dipartimento Neurochirurgia)	20.809.130	20.374.000	435.130
DIPNSC (Dipartimento Neuroscienze Cliniche)	9.401.798	8.981.000	420.798
DIPRID (Dipartimento Diagnostica e Tecnologia Applicata)	7.085.610	6.720.000	365.610
DIPNPI (Dipartimento Neuroscienze Pediatriche)	4.338.583	4.260.000	78.583

NOTE: I ricavi dei Poliambulatori di Neuroscienze Cliniche, Neuroscienze Pediatriche e Neurochirurgia sono inclusi nei relativi Dipartimenti

Fonte dati: Flusso SDO e AMB 28/SAN - Direzione Sanitaria - Ufficio Flussi Informativi  
Elaborazione dati: Ufficio Programmazione e Controllo di Gestione, aggiornamento del 20\_06\_2016

Dalla Tabella I.1 si evidenzia che, nonostante i lavori di ristrutturazione che hanno coinvolto l'Istituto, gli obiettivi di produzione sono stati raggiunti.

#### **PRESTAZIONI DI RICOVERO ORDINARIO**

In tabella I.2 si riportano le variazioni di Posti letto medi suddivisi per Dipartimento e l'andamento del numero di ricoveri e relativi ricavi rispetto ai posti letto utilizzati.


36


**TABELLA 1.2 – Andamento Numero e Ricavi da Ricovero / PL medi per Dipartimento**

DIPARTIMENTO	Variazione PL 2015/2014	Numero Ricoveri ordinari/PL medi			Ricavi Ricoveri ordinari/PL medi (€/1.000)		
		Anno 2014	Anno 2015	Variazione	Anno 2014	Anno 2015	Variazione
Dipartimento Neurochirurgia	-6,17	36,52	38,01	1,49	268,36	283,13	14,77
Dipartimento Neuroscienze Cliniche	-8,87	34,47	36,54	2,07	113,73	121,75	8,01
Dipartimento Diagnostica e Teconolgia applicata	-1,97	32,61	32,81	0,20	90,89	108,01	17,12
Dipartimento Neuroscienze Pediatriche	0,34	45,12	46,52	1,41	131,85	120,28	- 11,57
<b>Totale Fondazione</b>	<b>-16,67</b>	<b>36,92</b>	<b>38,80</b>	<b>1,88</b>	<b>174,33</b>	<b>182,41</b>	<b>8,07</b>

Per quanto riguarda le prestazioni di ricovero DO della Fondazione i principali fattori da evidenziare sono:

- 1. Incremento medio del numero di ricoveri ordinari per posto letto**, circa 2 ricoveri in più per posto letto (+5.1%), come riportato in tabella 1.2.
- 2. Incremento medio dei ricavi da prestazioni di ricovero per posto letto**, pari a circa 8.000 € per posto letto medio (+4.6%) come riportato in tabella 1.2.
- 3. Incremento della complessità della casistica trattata**, il peso medio DRG da ricoveri ordinari passa da 1.188 a 1.313 (+10.5%).

In particolare, il peso medio dei ricoveri >1 giorno passa da 1.297 nel 2014 (superiore alla media regionale IRCCS pubblici, pari a 1.2879 anno 2014) a 1.326 nel 2015.

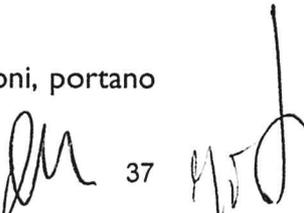
**4. Incremento del numero di casi di DRG 481 - Trapianto di midollo osseo**, i casi passano da 8 a 12. I 4 casi in più nel 2015 portano un incremento dei ricavi di circa 68K€. La produzione cellule dendritiche è effettuata dalla UPTC - Unità Produttiva Terapie Cellulari, afferente alla UOC Neurologia IX - Malattie Cerebrovascolari, mentre l'inoculo del vaccino è effettuato della UOC Neurologia VIII - Neuroncologia.

**5. lieve incremento della casistica extraregione** (54.50% nel 2015), indice della forte attrattività che continua ad esercitare la Fondazione.

#### **PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

Nel 2015 rispetto al 2014 **aumentano i ricavi da prestazioni di specialistica ambulatoriale** di 350K€ in quanto rispetto allo scorso anno sono aumentati prevalentemente i ricavi da pacchetti Macro Attività Complessa (MAC) e gli esami dell'area di genetica.

**VISITE:** nel 2015 le visite ambulatoriali effettuate in Istituto, pari a 44.884 prestazioni, portano un lieve incremento di ricavi (+7K€).

 37

**ESAMI:** nel 2015 il numero di esami è stato pari a 203.653 e l'incremento dei relativi ricavi pari a 222K€ in più rispetto al 2014.

In tabella 1.3 sono riportate le prestazioni ambulatoriali che hanno registrato un maggiore aumento in termini di ricavi nell'anno 2015 rispetto all'anno precedente.

**TABELLA 1.3 – Prestazioni ambulatoriali con aumento maggiore nel 2015**

		GEN-DIC 2014		GEN-DIC 2015		VARIAZIONE	
Prestaz Amb Id	Prestaz Amb Desc	Quantita	Valore	Quantita	Valore	Quantita	Valore
91303	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO ; (Blocchi di circa 400 bp)	14.562	€ 2.271.672	15.191	€ 2.369.796	629	€ 98.124
88912	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	2.681	€ 940.790	2.998	€ 1.052.028	317	€ 111.238
91297	ANALISI DI SEQUENZA GENICHE MEDIANTE NEXT GENERATION SEQUENCING (NGS) e tecniche assimilabili; (se impiegata nei casi pe	21	€ 43.528	138	€ 286.038	117	€ 242.511
91302	ANALISI DI POLIMORFISMI (str, VNTR); Con reazione polimerasica a catena ed elettroforesi (per locus)	1.141	€ 197.393	1.316	€ 227.668	175	€ 30.275

**MAC:** in aumento rispetto al 2014 sia i volumi (+336 Pacchetti MAC) sia i relativi ricavi (+120K€).

In Tabella 1.4 vengono riportati i MAC che hanno subito gli incrementi maggiori rispetto al 2014, MAC02 erogati prevalentemente dalla UOC Neurologia VIII - Neuroncologia e MAC10 erogati dalla UOC Neurologia IV - Neuroimmunologia e Malattie Neuromuscolari.

**TABELLA 1.4 – Principali MAC in aumento - Anno 2014-2015**

		GEN-DIC 2014		GEN-DIC 2015		VARIAZIONE	
Prestaz Amb Id	Prestaz Amb Desc	Quantita	Valore	Quantita	Valore	Quantita	Valore
MAC02	10Somministrazione del trattamento chemioterapico e delle terapie ancillari; 20Visita oncologica propedeutica alla chemi	414	€ 175.950	569	€ 241.825	155	€ 65.875
MAC10	a) Somministrazione di terapia infusione giornaliera con attento monitoraggio del pz; b) Ogni 2 accessi visita medica	0	€ -	296	€ 60.680	296	€ 60.680

Si ritiene pertanto che l'obiettivo "Produzione" sia stato raggiunto.



38



## MONITORAGGIO OBIETTIVI AZIENDALI E DI BUDGET ANNO 2015

Nel 2015 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 Ottobre 2015 è stato effettuato il monitoraggio semestrale dello stato di avanzamento degli Obiettivi aziendali e di Budget 2015 (Delibera del Direttore Generale n° 318 del 20.7.2015) per tutte le Unità Operative/Servizi della Fondazione.

Nel mese di Aprile 2016 la documentazione relativa alla rendicontazione finale degli Obiettivi di Budget 2015 delle U.O/Servizi della Fondazione è stata inviata al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni il quale ha provveduto a valutare per ciascuna U.O/Servizio il raggiungimento degli obiettivi assegnati relativi all'anno 2015 (Delibera del Direttore Generale n° 132 del 27/04/2016).



39

# **Allegato I**

**Obiettivo sicurezza per i pazienti e per gli operatori  
(Eventi Sentinella)**

Handwritten signature or initials in the bottom right corner of the page.

Allegato 1 obiettivo sicurezza per i pazienti e per gli operatori (Eventi Sentinella)  
Eventi Sentinella microbiologici 2015

N giorni di degenza 2015 (chiusura)					
UOVO	1° trim	2° trim	tot	1° trim	2° trim
NEUROCHIRURGIA 1	1955	1588	3543		
NEUROCHIRURGIA 2	2013	1906	3919		
NEUROCHIRURGIA 3/Solventi	2653	2607	5260		
NEUROLOGIA 1	1847	1088	2935		
NEUROLOGIA 2	1298	1012	2310		
NEUROLOGIA 3	1415	957	2372		
NEUROLOGIA 4	1616	1429	3045		
NEUROLOGIA 7	496	202	698		
NEUROLOGIA 8	1464	1247	2711		
NEUROPSICHIATRIA INF-	2677	2509	5186		
NEUROLOGIA DELLO SVIL.	1388	1267	2655		
NEUROMIAMIAMAZIONE	727	741	1468		
U.C.V.	1930	1305	3235		
Neu 5	405	275	680		
	21884	18133	40017		

AGENTE MICROBICO	1° Semestre 2015						2° Semestre 2015					
	N° ES	ES /1000 RICOVERI	ES /10000 DEGENZA	N° PAZIENTI	N° Pzt >di 1 ES	N° Pzt Tot	N° ES	ES /1000 RICOVERI	ES /10000 DEGENZA	N° PAZIENTI	N° Pzt >di 1 ES	N° Pzt Tot
Staphylococcus aureus MRSA	6	1,89	2,79	6		6	2	0,74	0,50	1	1 con K Ph	2
Escherichia coli ESBL +	13	4,1	6,05	10	3**	17	5	4,1	1,25	4	1 con K Ph	6
Klebsiella pneumoniae ESBL+	1	0,31	0,45	1	1***	7	4	1,00	1,00	2	1 con K oxy	8
Klebsiella pneumoniae*CRE	5	1,57	2,34	4		9	0	0,25	0,25	0	0	1
Acinetobacter baumannii non MDR	1	0,31	0,45	1		2	2	0,50	0,50	2	1 con St Au	2
Acinetobacter baumannii MDR	1	0,31	0,93	1		2	4	1,00	1,00	4		7
Pseudomonas aeruginosa CRE	6	1,89	2,79	3	2****	12	2	0,74	0,50	2		4
Serratia marcescens	12	3,79	5,58	7		19	5	1,9	1,25	4		6
	45	14,17	21,38	33	6	51	25	11,57	6,25	19	4	23
	70			51	10	61						87

\*K. Pneu. Tot 5 , 4 CRE, 1ESBL+ e CRE

\*\* 3 paz con E.Coli di cui 2 con Serratia e 1 con A.Bau.

\*\*\* 1 con Pseudo

\*\*\*\*2 con Pseudo

Allegato 1 obiettivo sicurezza per i pazienti e per gli operatori (Eventi Sentinella)

Microorganismo	Tabella riassuntiva Tassi Eventi sentinella microbiologici x 1000 RICOVERI						
	Tasso per 1.000 ricoveri 2013 6223 ricoveri	Tasso per 1.000 ricoveri 2014 (1 semestre 3566)	Tasso per 1.000 ricoveri 2014 (fino al 30 settembre ricoveri 5295)	Tasso per 1.000 ricoveri 31/12/2014 6080 ricoveri	Tasso per 1.000 ricoveri I sem 2015 3196 ricoveri	Tasso per 1.000 ricoveri II sem 2015 2683 ricoveri	Tasso per 1.000 ricoveri 2015 5879 ricoveri
Acinetobacter baumannii non MDR	/	/	/	/	0,31	0,37	0,35
Acinetobacter baumannii MDR	2,73	0,84	0,57	0,49	0,31	0,37	0,35
Acinetobacter junii Entapenem-R	0,16	0	0	0	0	0	0
Burkholderia cepacia	0,16	0	0	0	0	0	0
Candida albicans	0,16	0	0	0	0	0	0
Corynebacterium species	0,16	0	0	0	0	0	0
Corynebacterium striatum	0,16	0	0	0	0	0	0
Enterobacter cloacae	0,16	0	0	0	0	0	0
Escherichia coli ESBL +	2,73	3,64	3,97	3,95	4,1	4,1	3,15
Klebsiella pneumoniae MDR	0,16	0	0	0	0	0	0
Klebsiella pneumoniae KPC	0,16	0,28	0,19	0,16	1,57	1,49	1,4
Klebsiella pneumoniae ESBL +	0,60	0	0	0	0,31	0	0,35
Klebsiella ox. ESBL +	0,00	0	0	0	0	0,37	0,17
Proteus mirabilis ESBL +	0,32	0	0	0	0	0	0
Providencia stuarti pseudomonas aeruginosa KPC o MDR	0,48	8,69	6,80	2,63	1,89	1,9	1,7
Salmonella group	0,16	0	0	0	0	0	0
Serratia marcescens	0,48	0	0	0,32	3,6	1,49	2,97
Staphylococcus aureus OXA R o MRSA	1,28	2,80	2,46	1,30	1,89	1,11	1,4
Staphylococcus capitis	0,32	0	0	0	0	0	0
Staphylococcus epidermidis	2,41	0,28	0,19	0,16	0	0	0
Staphylococcus haemolyticus	0,96	0	0	0	0	0	0
Staphylococcus hominis	0,16	0	0	0	0	0	0
Staphylococcus sciuri	0,16	0	0	0	0	0	0
Staphylococcus warneri	0,32	0	0	0	0	0	0
Stenotrophomonas maltophilia	0,48	0,28	0,38	0,32	0	0,74	0,35
Aspergillus fumigatus	0,00	0	0,00	0,16	0	0	0
Clostridium difficile	0,00	0	0,00	0,16	0	0	0
	15,23	16,82	14,56	9,65	14,18	11,94	12,19

nel 2015 tutti KPC, nel 2014 tutti MDR

Microorganismo	Tabella riassuntiva Tassi Eventi sentinella microbiologici (NO SERRATIA) x 1000 RICOVERI						
	Tasso per 1.000 ricoveri 2013 6223 ricoveri	Tasso per 1.000 ricoveri 2014 (1 semestre 3566)	Tasso per 1.000 ricoveri 2014 (fino al 30 settembre ricoveri 5295)	Tasso per 1.000 ricoveri 31/12/2014 6080 ricoveri	Tasso per 1.000 ricoveri I sem 2015 3196 ricoveri	Tasso per 1.000 ricoveri II sem 2015 2683 ricoveri	Tasso per 1.000 ricoveri 2015 5712 ricoveri
Acinetobacter baumannii non MDR	/	/	/	/	0,31	0,37	0,35
Acinetobacter baumannii MDR	2,73	0,84	0,57	0,49	0,31	0,37	0,35
Acinetobacter junii Entapenem-R	0,16	0	0	0	0	0	0
Burkholderia cepacia	0,16	0	0	0	0	0	0
Candida albicans	0,16	0	0	0	0	0	0
Corynebacterium species	0,16	0	0	0	0	0	0
Corynebacterium striatum	0,16	0	0	0	0	0	0
Enterobacter cloacae	0,16	0	0	0	0	0	0
Escherichia coli ESBL +	2,73	3,64	3,97	3,95	4,1	4,1	3,15
Klebsiella pneumoniae MDR	0,16	0	0	0	0	0	0
Klebsiella pneumoniae KPC	0,16	0,28	0,19	0,16	1,57	1,49	1,4
Klebsiella pneumoniae ESBL +	0,60	0	0	0	0,31	0	0,35
Klebsiella ox. ESBL +	0,00	0	0	0	0	0,37	0,17
Proteus mirabilis ESBL +	0,32	0	0	0	0	0	0
Providencia stuarti	0,16	0	0	0	0	0	0
Pseudomonas aeruginosa KPC o MDR	0,48	8,69	6,80	2,63	1,89	1,9	1,7
Salmonella group	0,16	0	0	0	0	0	0
Staphylococcus aureus OXA R o MRSA	1,28	2,80	2,46	1,30	1,89	1,11	1,4
Staphylococcus capitis	0,32	0	0	0	0	0	0
Staphylococcus epidermidis	2,41	0,28	0,19	0,16	0	0	0
Staphylococcus haemolyticus	0,96	0	0	0	0	0	0
Staphylococcus hominis	0,16	0	0	0	0	0	0
Staphylococcus sciuri	0,16	0	0	0	0	0	0
Staphylococcus warneri	0,32	0	0	0	0	0	0
Stenotrophomonas maltophilia	0,48	0,28	0,38	0,32	0	0,74	0,35
Aspergillus fumigatus	0,00	0	0,00	0,16	0	0	0
Clostridium difficile	0,00	0	0,00	0,16	0	0	0
	14,75	16,82	14,56	9,33	10,38	10,45	9,22

**Allegato 1 obiettivo sicurezza per i pazienti e per gli operatori (Eventi Sentinella)**  
2015 tassi per UO

	NCH1	NCH2	NCH3/SOLV	NRZ	NEU1	NEU2	NEU3	NEU4	NEU5	NEU7	NEU8	NPI	NDS	UCV/NEU9	TOT
Eventi sentinella	9	8	6	26	1	1	3	4	1	1	6	3	0	1	70
Giornate di degenza	3543	3919	5260	1468	2935	2310	2372	3045	680	698	2711	5186	2655	3235	40017
Ricoveri	585	584	944	20	297	383	346	309	99	110	362	824	451	398	5712
N° Eventi /1000 ric	15,491	13,675	6,383	0,000	3,378	2,618	8,696	13,029	10,101	9,091	16,575	3,641	0,000	2,513	12,255
N° Eventi/100 00 gg deg	25,402	20,413	11,407	177,112	3,407	4,329	12,648	13,136	14,706	14,327	22,132	11,207	0,000	3,091	17,493

NRZ
26
1468
542
47,970
177,112