

# RELAZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE 2018

# RELAZIONE PIANO DELLE PERFORMANCE 2018

PREMESSA.....	3
IL CONTESTO.....	4
FASI DEL CICLO DELLA PERFORMANCE.....	6
LA MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE.....	7
RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE.....	9
OBIETTIVI E RISULTATI RAGGIUNTI:	
ECCELLENZA SCIENTIFICA.....	12
ECCELLENZA CLINICA.....	18
SICUREZZA PER I PAZIENTI E PER GLI OPERATORI.....	20
MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI PER L'UTENZA.....	26
POTENZIAMENTO TECNOLOGICO.....	28
DIGITALIZZAZIONE.....	29
REGOLAMENTO EUROPEO IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI.....	32
TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE COME OBIETTIVI CULTURALI.....	33
PERCORSO ATTUATIVO CERTIFICABILITÀ BILANCI.....	35
PIANIFICAZIONE STRATEGICA.....	36
MONITORAGGIO OBIETTIVI AZIENDALI E DI BUDGET ANNO 2018.....	37
ALLEGATI:	
- RENDICONTAZIONE OBIETTIVI CHIUSURA ANNO 2018 DIPARTIMENTI GESTIONALI SANITARI UOOCC SANITARIE	

## **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 2018 funzionali al raggiungimento degli obiettivi contenuti all'interno del Piano della Performance 2018.

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. POTENZIAMENTO TECNOLOGICO
6. DIGITALIZZAZIONE
7. REGOLAMENTO EUROPEO IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI
8. TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE COME OBIETTIVI CULTURALI
9. PERCORSO ATTUATIVO CERTIFICABILITA' DEI BILANCI
10. PIANIFICAZIONE STRATEGICA

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".

## IL CONTESTO

La Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, rappresenta un riferimento regionale, nazionale e internazionale per l'assistenza e la ricerca clinica e preclinica in patologie comprese nelle aree della neurologia, neurochirurgia, neurologia pediatrica e neuropsichiatria infantile.

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

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

In questo contesto la Fondazione è Centro Regionale di Riferimento di Patologia (CRRP) per:

- ✓ le Malattie Rare: Patologie: Malattie Spinocerebellari, Malattia di Huntington;
- ✓ le Paralisi Cerebrali Infantili e i Disordini del Linguaggio: Patologia: Disturbi del Linguaggio e dell'Apprendimento e Paralisi cerebrali infantili (PCI);
- ✓ la Sorveglianza della Malattia di Creutzfeldt- Jakob;
- ✓ le Malattie Neuromuscolari e per la Patologia Metabolica e Tumorale nell'Infanzia e nell'Adolescenza: Patologia: Miopatie Ereditarie
- ✓ la Diagnosi e la cura delle cefalee e delle algie cranio-facciali;
- ✓ la Cura e la prevenzione dell'Epilessia Epilessia;
- ✓ la Cura della Sclerosi Multipla;

Inoltre, ai sensi della Direttiva Europea 2011/24/UE, ratificata dal nostro Paese con il D.Lgs 4 marzo 2014, n. 38, la Fondazione è inserita nei seguenti network europei di riferimento:

- |                  |                                                 |
|------------------|-------------------------------------------------|
| ✓ RareEpiCARE    | ERN on epilepsies                               |
| ✓ ERN – RND      | ERN on neurological diseases                    |
| ✓ ERN – EURO NMD | ERN on neuromuscular diseases                   |
| ✓ ERN – CRANIO   | ERN on craniofacial anomalies and ENT disorders |
| ✓ ERN - EURACAN  | ERN on adult cancers (solid tumours)            |

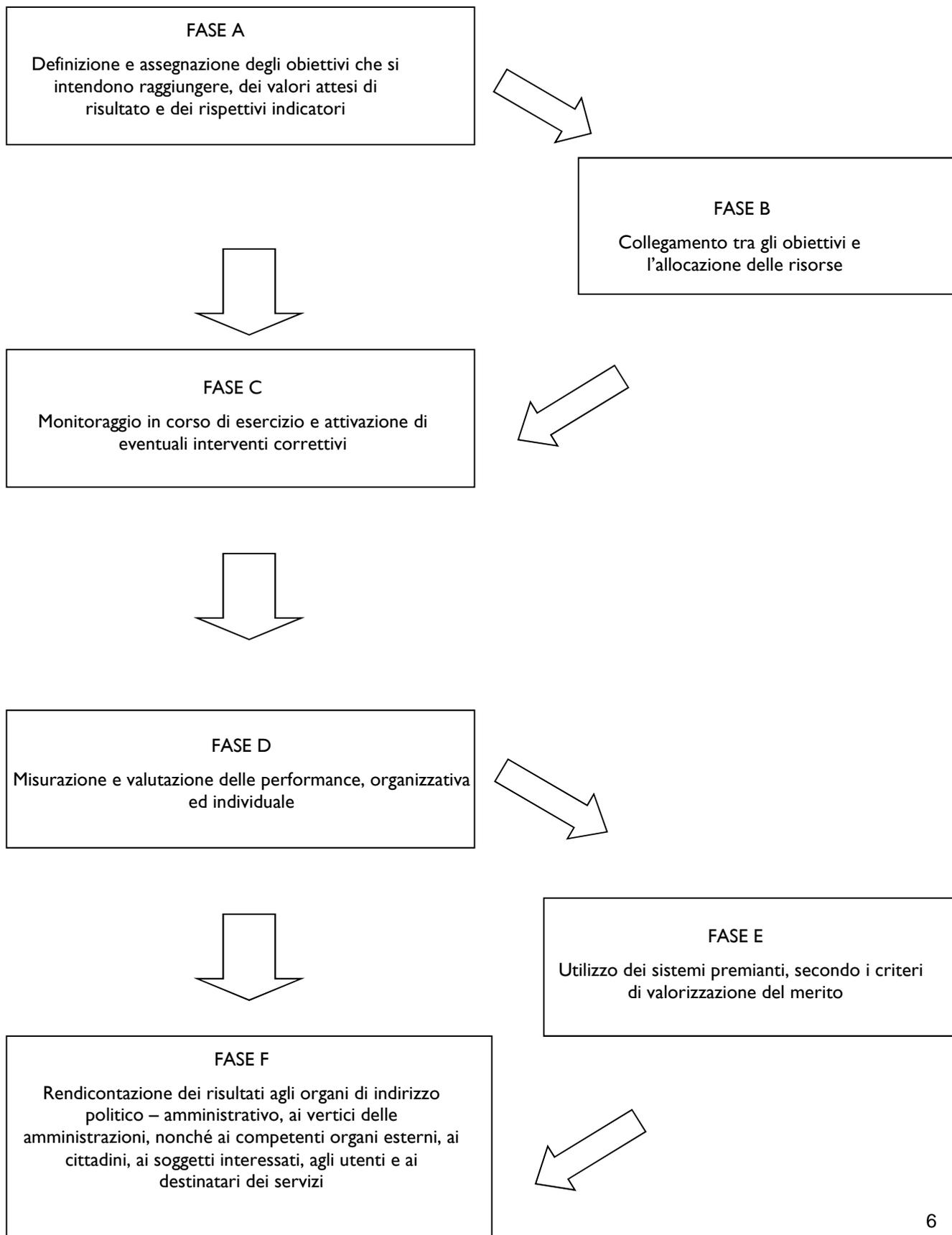
In linea con gli indirizzi strategici, gestionali ed organizzativi, dettati sia da Regione Lombardia che dal Ministero della Salute la Fondazione promuove e partecipa con altre strutture pubbliche e private, a diversi consorzi/associazioni/società (CNAO, CERISMAS, FIASO, ..) e Reti nazionali di patologia (RIN, ACC, IDEA), collabora sul piano scientifico con alcune delle più importanti università e centri di ricerca e cura nazionali, europei ed americani, partecipa a programmi di scambio indirizzati alla formazione dei giovani medici e biologi. In linea con la missione istituzionale, è impegnato nell'elaborazione ed attuazione

di programmi di formazione pre- e, soprattutto, post-laurea e dottorato nelle neuroscienze, in supporto a varie università nazionali ed internazionali.

Il contesto interno è fortemente caratterizzato da

- Disponibilità di risorse professionali, tecnologiche, organizzative, know how in grado di sviluppare l'intero filone della ricerca nelle neuroscienze (pre-clinica, traslazionale, trial clinici).
- Disponibilità di una enorme casistica, pari a quella di poche altre istituzioni nel mondo, che rende l'Istituto riferimento sia per le patologie più comuni per le quali è in grado di offrire percorsi di diagnosi, cura e presa in carico di eccellenza, sia per patologie rare o di particolare complessità, che richiedono capacità di diagnosi attraverso approcci avanzati sul piano tecnologico, personale altamente qualificato ed inserito in processi di formazione super specialistica continua e complementarietà con le attività di ricerca clinica e preclinica.
- Struttura organizzativa di tipo dipartimentale con la definizione di Dipartimenti Gestionali e Funzionali, questi ultimi individuati come l'elemento organizzativo fondamentale indirizzato alla ricerca traslazionale nelle neuroscienze. Tale organizzazione permette di attuare un piano di sviluppo clinico e di ricerca strutturato in programmi specifici consentendo una stretta interconnessione tra gli aspetti gestionali e funzionali tecnico-scientifici volti alla razionalizzazione delle risorse, all'ottimizzazione dei processi, allo sviluppo di programmi integrati clinico-scientifici per definite aree strategiche.
- Approccio clinico e di ricerca volto alla collaborazione di Rete.

## FASE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE



## MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE

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

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

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

Il Nucleo di Valutazione delle prestazioni svolge le seguenti funzioni:

- verifica il rispetto del principio del merito e il funzionamento complessivo del sistema di valutazione della performance organizzativa e aziendale;
- verifica l'effettiva e corretta identificazione delle performance perseguite dall'ente di appartenenza, attraverso la definizione di obiettivi, indicatori e target, in coerenza con il sistema di programmazione regionale;
- verifica l'attribuzione degli obiettivi assegnati ai dirigenti e al personale del comparto;
- valuta la correttezza della misurazione del grado di raggiungimento delle performance;
- valuta la correttezza della valutazione delle performance individuali del personale secondo i principi di merito ed equità;
- verifica la valutazione delle attività dei dipendenti del comparto titolari di posizioni organizzative o incarichi di coordinamento;
- assicura il coordinamento e lo scambio di informazioni con l'Organismo Indipendente di Valutazione regionale;
- verifica la correttezza delle applicazioni contrattuali, limitatamente agli istituti rimessi alle attribuzioni del Nucleo di Valutazione;
- verifica l'esecuzione e la metodologia in uso per le rilevazioni aziendali in tema di benessere organizzativo;
- verifica l'attuazione delle disposizioni normative in tema di trasparenza;
- verifica l'attuazione delle disposizioni normative in tema di anticorruzione.

### **GESTIONE DELLE PERFORMANCE E SELETTIVITÀ NELL'ATTRIBUZIONE DEI PREMI RISULTATO**

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

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

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

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

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

Per il personale Dirigente la ripartizione del fondo per la retribuzione di risultato individuato dai vigenti CCCCNL avviene in base al grado di raggiungimento degli obiettivi delle singole UOC annualmente individuati con apposita deliberazione del Direttore Generale sulla base tra l'altro delle Regole regionali di sistema annuali e degli incontri di budget con i relativi responsabili di Struttura. Nello specifico la ripartizione del fondo per la retribuzione di risultato individuato dal CCNL, con l'aggiunta di eventuali altre somme residuali ai sensi dei CCCCNL vigenti, per il personale dipendente dell'area della Dirigenza Medica e Dirigenza Sanitaria avviene, così come da CCIA del 23/09/2014, del quale si è preso atto con Deliberazione del Direttore Generale n. 622 del 01/10/2014, come segue:

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

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

A partire dall'anno 2019 (valutazione obiettivi 2018) viene utilizzata anche per il personale della Dirigenza PTA (Professionale Tecnica Amministrativa), una scheda di valutazione individuale funzionale a valutare la performance soggettiva dei singoli Dirigenti. Negli anni precedenti la valutazione dei Dirigenti PTA coincideva con il grado di raggiungimento degli obiettivi. Dal 2019 (obiettivi 2018) la distribuzione del risultato ai Dirigenti PTA avviene nel modo seguente:

- il 70% delle risorse disponibili è finalizzato a premiare il grado di raggiungimento dell'obiettivo di performance organizzativa (obiettivi aziendali e di budget);
- il 30% delle risorse disponibili è riconosciuto in relazione alla percentuale di raggiungimento individuale degli obiettivi indicata nella scheda di valutazione dell'anno di riferimento (performance individuale).

## RISORSE ECONOMICO – FINANZIARIE

Il Bilancio d'esercizio (BES) 2018 è stato redatto sulla base del decreto n. 6245 del 07/05/2019 del Direttore della Direzione centrale Programmazione Finanza e Controllo di gestione di Regione Lombardia avente ad oggetto: "Assegnazione definitiva del finanziamento di parte corrente del F.S.R. per l'esercizio 2018" con allegate le Linee Guida contabili e tecniche per la redazione del Bilancio d'esercizio 2018. Si espone, di seguito, il confronto tra i dati del BES 2017 e quelli del BES 2018, suddivisi per macroaggregati di ricavi e costo, con un sintetico commento sugli scostamenti.

	Valore netto al 31/12/2017	Valore netto al 31/12/2018	Variazione	
	A	B	(B-A)	
<b>RICAVI</b>				
DRG	28.096	27.096	-	1.000
Funzioni non tariffate	6.772	6.386	-	386
Ambulatoriale	11.739	12.130		391
Neuropsichiatria	722	580	-	142
Screening	-	-		-
Entrate proprie	3.901	4.142		241
Libera professione (art. 55 CCNL)	7.322	7.614		292
Psichiatria	-	-		-
File F	5.727	12.588		6.861
Utilizzi contributi esercizi precedenti	832	1.059		227
Altri contributi da Regione (al netto rettifiche)	3.602	4.556		954
Altri contributi (al netto rettifiche)	1.009	1.067		58
Proventi finanziari e straordinari	1.537	1.207	-	330
Prestazioni sanitarie	9.721	10.160		439
<b>Totale Ricavi (al netto capitalizzati)</b>	<b>80.980</b>	<b>88.585</b>		<b>7.605</b>
<b>COSTI</b>				
Personale	30.014	30.451		437
IRAP personale dipendente	1.988	2.004		16
Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	5.460	5.648		188
Beni e Servizi (netti)	44.787	51.362		6.575
Ammortamenti (al netto dei capitalizzati)	718	564	-	154
Altri costi	1.916	2.162		246
Accantonamenti dell'esercizio	3.749	4.078		329
Oneri finanziari e straordinari	229	379		150
Integrativa e protesica	-	-		-
<b>Totale Costi (al netto capitalizzati)</b>	<b>88.861</b>	<b>96.648</b>		<b>7.787</b>
Contributo da destinare al finanziamento del PSSR, progetti obiettivo, miglioramento qualità offerta e realizzazione piani di sviluppo regionali (FSR indistinto)	7.881	8.063		182
<b>Risultato economico</b>	<b>-</b>	<b>-</b>		<b>-</b>

Finanziamento di parte corrente: il contributo PSSR è stato assegnato con Decreto n. 6245 del 7.5.2019 per un importo pari a 8.063 €/1.000, in aumento di 182 €/1.000 rispetto all'esercizio 2017.

Funzioni: le Funzioni non tariffate anno 2018 sono pari a 6.386 €/1.000 in riduzione di 386 €/1.000 rispetto all'esercizio precedente. L'importo è stato assegnato con Delibera n. XI/1537 del 15/04/2019 "Determinazioni in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2018". Riguardano la remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalla Fondazione.

Altri contributi da Regione: in conformità all'assegnazione di cui al Decreto regionale 6245 del 7 maggio 2019, sono stati inseriti contributi da Regione per un importo pari a 4.556 €/1.000, in aumento di 954€/1.000 rispetto al 2017 .

Altri contributi da privati: sono riferibili ai ricavi derivanti dall'attività di sperimentazione clinica. Nel 2018 sono pari a 1.089 €/1.000 in aumento di 67 €/1.000 rispetto all'esercizio precedente.

Dati di produzione: nel bilancio d'esercizio 2018 l'importo finanziato relativo a prestazioni di ricovero è pari a 27.096 €/1000. I ricavi sono in riduzione rispetto al precedente esercizio di 999 €/1.000. Si segnala che per le prestazioni extraregione, al fine di dare applicazione a quanto previsto dalle regole di sistema anno 2018, è stata applicata una regressione tariffaria pari al 3.5%. L'importo riconosciuto relativo alla maggiorazione tariffaria (Legge Regionale 7), pari a 1.681€/1000, è in diminuzione di 148 €/1.000 rispetto a quanto appostato l'esercizio precedente. Ogni Unità Operativa e Dipartimento della Fondazione presenta peculiari eccellenze di assistenza clinica collegate anche alle proprie linee di ricerca. In seguito 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 rilevante quota di attività sul versante ambulatoriale e MAC in ambito neurologico. La contrazione dei volumi di attività, oltre alla trasformazione di alcune tipologie di attività da ricovero ordinario ad ambulatoriale, come precedentemente evidenziato, è derivata da una minore attività in area neurologica a seguito della chiusura di un reparto di degenza da 17 posti letto da settembre 2018 a dicembre 2018 e da una diminuzione dell'attività in area chirurgica a seguito dei lavori di ristrutturazione che hanno interessato la sala operatoria, oltre ai lavori per l'installazione in sala operatoria della nuova Risonanza Magnetica compatibile con un sistema di ultrasuoni focalizzati ad alta intensità sotto guida RM(MRgFUS) che ha richiesto un periodo di contrazione delle attività del Blocco Operatorio stimato in circa 1 mese. L'importo complessivo finanziato relativo a prestazioni specialistiche ambulatoriali è pari a 12.131€/1000, in aumento rispetto all'esercizio precedente di 392€/1000. In particolare, la crescita riguarda i pazienti fuori regione. Inoltre si segnala che per le prestazioni extra regionali, al fine di dare applicazione a quanto previsto dalle regole di sistema anno 2018, è stata applicata una regressione tariffaria pari al 3.5%. Infine, con riferimento alle prestazioni di neuropsichiatria infantile, sono state finanziate per un importo di 580€/1000, in riduzione di 142 €/1.000 rispetto all'esercizio 2017.

Acquisti di beni sanitari: nel bilancio 2018 si sono contabilizzati 81€/1.000 di utilizzi contributi anni precedenti e contributi dell'anno relativi a:

- Farmaceutici: Specialità Medicinali (altro: farmaci ospedalieri) per 66 €/1.000;
- Prodotti chimici: Materiali diagnostici (senza Cnd) per 15 €/1.000.

Gli acquisti di beni sanitari (netto utilizzi e contributi dell'anno) sono in aumento di 6.600 €/1.000.

Si sono effettuati spostamenti tra conti di emoderivati e Farmaci File F per adeguarsi ai valori inseriti nel partitario intercompany. Il problema è stato più volte segnalato e potrebbe risolversi con la creazione sui modelli di bilancio di un conto ad hoc "File F - emoderivati", in quanto allo stato attuale vi sono solo i

conti "File F" e "Emoderivati", ma non un conto specifico che possa accogliere i valori relativi alla quota di emoderivati intercompany distribuita in File F.

Per quanto riguarda l'andamento nell'anno 2018 dell'erogazione dei Farmaci File F si segnala una crescita di € 6.673 /1.000 rispetto all'esercizio precedente. L'aumento è dovuto per la presa in carico nell'anno 2018 di un numero elevato di pazienti affetti da SMA trattati con il medicinale innovativo Spinraza. Si segnala che dal valore del FILE F sono state decurtate note di credito per un importo di 3.860 €/1.000 rimborsate dalla ditta Biogen per l'acquisto del farmaco Spinraza. La ditta fornitrice del farmaco, infatti, come da gara ARCA\_2017\_001.11bis suddivisa in lotti per la stipula di una convenzione, è Biogen Italia S.r.l. per tutti gli enti del Servizio Sanitario della Regione Lombardia. Sulla base dell'accordo negoziale stipulato con AIFA, Biogen si era impegnata a fornire due confezioni gratuite per ogni nuovo paziente avviato, quindi due fiale della dose iniziale di carico, aggiungendo che tale riconoscimento di gratuità era subordinato alla disponibilità della reportistica elaborata da AIFA, in funzione dei dati del registro compilato dalla Fondazione. Tale rimborso avviene tramite l'emissione di una nota di credito effettuata tramite il registro per la reportistica elaborato da AIFA, Successivamente Biogen, con nota pervenuta in data 29 settembre 2018, ha comunicato che AIFA ha rinegoziato il costo del farmaco da 70.000,00 euro a fiala a 46.200,00 euro a fiala (Iva esclusa), ma senza il beneficio della somministrazione, per ogni nuovo paziente, di n. 2 fiale gratuite.

Analizzando l'erogazione effettiva dei farmaci Doppio canale (tipologia 6 e 11) si evidenzia un aumento rispetto all'esercizio precedente, in particolare per pazienti regionali.

Il costo dei dispositivi medici è in diminuzione rispetto all'esercizio precedente di 91 €/1.000. Aumenta il costo per l'acquisto di materiale diagnostici per apparecchiature (CND Z), mentre diminuisce quello per lo strumentario chirurgico (CND K,L).

Accantonamenti: nell'esercizio 2018 complessivamente gli accantonamenti aumentano di 329 €/1.000. Viene confermato l'accantonamento per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione ) per 1.457 €/1.000. Si è proceduto ad accantonare la somma di 530 €/1000, come da Decreto regionale n. 6245 del 7/5/2019, relativa alla determinazione degli oneri annualità 2018 per la contrattazione collettiva nazionale per il triennio 2016/2018 del personale dipendente del SSN ai sensi della Legge 205/2017, con la seguente suddivisione:

- 423 €/1.000 relativi alla dirigenza medica
- 107 €/1.000 relativi alla dirigenza SPTA.

Gli accantonamenti per libera professione (fondo Balduzzi, fondo perequazione e libera professione indiretta) ammontano a 1.039 €/1.000. Parimenti ammontano a 1.039 €/1000 gli accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati (trial). Infine si segnala l'accantonamento di 13 €/1.000 relativo ai compensi previsti dall'art. 113 del D. Lgs. 50/2016 (Codice degli appalti) come previsto dal Decreto regionale n. 6245 del 7/5/2019.

# OBIETTIVI E RISULTATI RAGGIUNTI

## ECCELLENZA SCIENTIFICA

Sulla base del modello traslazionale che vede ricerca preclinica e ricerca clinica come un *continuum* nel quale il paziente è al centro del processo, nel 2018 sono state presentate, in linea anche con la programmazione sanitaria regionale, le linee strategiche di ricerca per il triennio 2018 – 2020 che sono state recepite dal Ministero della Salute nel documento di Programmazione Nazionale delle Ricerca Sanitaria 2018-2020.

Su queste basi, le linee di ricerca del nostro Istituto sono organizzate in 4 macro-aree:

- Linea 1 Neurologia Sperimentale Preclinica: studio della patogenesi e sviluppo di terapie sperimentali su modelli cell-free, cellulari e animali.
- Linea 2 Patogenesi delle Malattie Neurologiche (Neurologia Molecolare, Neurobiologia e Neuropatologia).
- Linea 3 Sperimentazione Clinica in Neurologia e Neurochirurgia.
- Linea 4 Neurologia Clinica, Impatto sul SSN/SSR e Implementazione di Reti di Patologia.

Nell'ambito di ciascuna area i programmi e i progetti riguardano in particolare le malattie degenerative quali le demenze, i disordini del movimento e la sclerosi laterale amiotrofica, le malattie immuno-mediate quali la sclerosi multipla, le malattie cerebrovascolari, l'epilessia, il dolore neuropatico, i tumori del sistema nervoso centrale e periferico, e le malattie neurologiche rare per le quali l'istituto è stato accreditato nell'*European Reference Network*.

Le attività di assistenza e di ricerca, sia clinica che preclinica, vengono integrate nei Dipartimenti Funzionali Tecnico-Scientifici, elemento organizzativo fondamentale per la fusione delle competenze diverse e complementari degli operatori.

Nel corso del 2018 sono ulteriormente state implementate le attività nell'ambito della Rete Nazionali di Patologia – Rete Neuroscienze e Neuroriabilitazione (RIN), Rete Alleanza contro il Cancro (ACC), Rete Pediatrica (Rete IDEA). In particolare prosegue il progetto di armonizzazione delle tecniche imaging di RM3T fra i 22 IRCCS afferenti la Rete RIN, progetto coordinato dalla nostra Fondazione. In considerazione degli ottimi risultati fin qui raggiunti il Ministero della Salute ha assegnato alla Rete Neuroscienze e Neuroriabilitazione, presieduta appunto dalla Fondazione Besta, la programmazione di un piano di investimento in apparecchiature altamente innovative, finanziate dal MEF, volte a garantire su tutto il territorio italiano una diagnostica per immagini di eccellenza, uniformando le tecniche adottate a livello nazionale. Di particolare evidenza sono i risultati ottenuti dalla Fondazione Besta nell'ambito del Bando di Ricerca Finalizzata 2016 del Ministero della Salute, i cui risultati sono stati comunicati nel corso del 2018. L'Istituto è risultato vincitore di 14 progetti in qualità di coordinatore; inoltre partecipa come partner in altri 6 progetti.

Di seguito sono riportati gli obiettivi che erano stati preventivati in sede di pianificazione ed i risultati dell'attività di ricerca del 2018.

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
<b>ECCELLENZA SCIENTIFICA</b>	Valorizzare la produzione scientifica	IF grezzo 2018: $\geq 90\%$ della media del triennio 2015-2017 IF normalizzato 2018: $\geq 90\%$ della media del triennio 2015-2017
	Potenziare l'Attrazione risorse	Finanziamento RC2018 $\geq 85\%$ finanziamento RC2017 Finanziamento per Ricerca Finalizzata da Ministero della Salute e per progetti di Rete IRCCS: almeno il 30% del finanziamento complessivo per ricerca anno 2018
	Monitoraggio indicatori di efficacia clinica e scientifica	Trasferibilità – ricaduta assistenziale: almeno l'85% dei prodotti della ricerca con ricaduta assistenziale e trasferibilità Trasferibilità – N. trial clinici approvati dal CE $\geq 85\%$ del n. trial approvati da CE nel 2017

### 1. Sub-obiettivo "Valorizzare la produzione scientifica"

Indicatori: *Impact Factor Grezzo (IFG)* e *Impact Factor Normalizzato (IFN)*

Impact factor	Indicatore	Anno 2018	Valore obiettivo	Obiettivo raggiunto (SI/NO)
<b>IFG</b>	$\geq 90\%$ della media del triennio 2015-2017 (media = 1.698)	1.529,70	1.528,20	SI
<b>IFN</b>	$\geq 90\%$ della media del triennio 2015-2017 (media = 1.390)	1397,01	1.257,31	SI

#### Analisi dei Risultati

Con la nuova programmazione delle Ricerca Corrente per il triennio 2018-2020 il Ministero della Salute ha modificato parzialmente i criteri di valutazione della produttività scientifica. Le modifiche apportate hanno reso più complessa la valorizzazione dei lavori scientifici. Accanto ai consueti criteri legati alla rilevanza della rivista e al ruolo specifico dei singoli ricercatori, si sono aggiunti criteri legati ad una analisi più approfondita della tipologia di lavoro, assegnando per ciascuna di esse pesi diversi e, al limite, non riconoscendone l'utilità ai fini del calcolo dell'IF.

- L'Impact Factor Grezzo è quello che ha maggiormente risentito dei nuovi criteri di valutazione passando da 1.974 punti nel 2017 a 1.529,70 nel 2018. Nonostante l'evidente calo l'obiettivo è stato comunque raggiunto.
- Anche l'IF normalizzato ha risentito dei nuovi criteri di valutazione, anche se in misura ridotta rispetto all'IF grezzo. In ogni caso, con un valore di 1.397,01 punti, si conferma l'importante peso scientifico della ricerca svolta nel nostro istituto. L'obiettivo pertanto è stato raggiunto.

Il sub-obiettivo è stato pertanto pienamente raggiunto.

### 2. Sub-obiettivo "Potenziare l'attrazione risorse"

	Indicatore	Anno 2018	Valore obiettivo	Obiettivo raggiunto (SI/NO)
<b>Ricerca Corrente</b>	Finanziamento RC2018 $\geq 85\%$ finanziamento RC2017	€ 3.405.696	€ 3.166.650	SI
<b>Ricerca Finalizzata</b>	Finanziamento per Ricerca Finalizzata da Ministero della Salute e per progetti di Rete IRCCS: almeno il 30% del finanziamento complessivo per ricerca anno 2018	€ 4.723.000	€ 4.707.000	SI

## Analisi dei Risultati

Nel 2018 la Fondazione ha ottenuto un volume di finanziamento pari a circa **15,5 milioni di euro** (dato bilancio di pre-chiusura: € 15.691.000). Il contributo ottenuto dal Ministero della Salute per il finanziamento delle attività di Ricerca Corrente si è mantenuto sostanzialmente stabile (92% del contributo 2017). La riduzione è soprattutto dovuta a motivi strutturali del fondo complessivo di Ricerca Corrente per l'anno 2018, minore rispetto al 2017 e con la necessità di suddividere la quota secondo produttività, ma anche su un numero maggiore di IRCCS (51 nel 2018 sui 49 del 2017).

Per quanto riguarda il finanziamento derivante dalla Ricerca Finalizzata del Ministero della Salute e dai progetti di rete supportati dallo stesso, l'ammontare è pari ad € 4.723.000. Di questi:

- € 4.571.000 sono fondi che la Fondazione ha ottenuto a seguito dell'approvazione di 19 progetti di Ricerca Finalizzata, di cui 13 come coordinatore e 6 in qualità di partner;
- € 152.000 derivano dalla partecipazione dell'istituto nelle reti nazionali RIN (Rete Nazionale di Neuroscienze e Neuroriabilitazione, di cui siamo i coordinatori), ACC (Alleanza Contro il Cancro), IDEA (Rete Pediatrica).

Il sub-obiettivo è stato dunque pienamente raggiunto.

### Sub-obiettivo "Monitoraggio indicatori di efficacia clinica e scientifica"

#### Risultati

	<b>Indicatore</b>	<b>Anno 2018</b>	<b>Valore obiettivo</b>	<b>Obiettivo raggiunto (SI/NO)</b>
<b>Trasferibilità ricaduta assistenziale</b>	Trasferibilità – ricaduta assistenziale: almeno l'85% dei prodotti della ricerca con ricaduta assistenziale e trasferibilità	89%	85%	SI
<b>Trasferibilità trial clinici</b>	Trasferibilità – N. trial clinici approvati dal CE $\geq$ 85% del n. trial approvati da CE nel 2017	64	52	SI

## Analisi dei Risultati

### 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 il 90% dell'intera produzione. Tale dato è coerente con l'elevato grado di traslazonalità della nostra attività.

### b) Trial clinici

Nel corso del 2018 gli studi clinici profit e no profit che sono stati presentati e approvati dal Comitato etico della Fondazione sono stati 64, in linea con quanto avvenuto nel 2017.

Il sub-obiettivo è stato pertanto pienamente raggiunto.

## Sperimentazioni cliniche Profit e non Profit

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
<b>ADOZIONE DI UNA SCHEMA TIPO DI PROPOSTA DELIBERATIVA PER LA RENDICONTAZIONE AMMINISTRATIVO CONTABILE DI CONCLUSIONE DELLE SPERIMENTAZIONI CLINICHE PROFIT E NON PROFIT.</b>	Presentazione di proposte di deliberazione conformi allo schema tipo adottato	Introduzione dell'obbligatorietà della deliberazione di conclusione dello studio clinico.

sono state approvate nr. 15 delibere di conclusione di studi profit e non-profit come da tabella allegata. Si precisa che nel corso dell'anno 2018 si è provveduto ad utilizzare l'allegato n. 6 "scheda rendicontazione situazione contabile sperimentazione" per gli studi approvati successivamente all'entrata in vigore della nuova procedura amministrativo contabile al fine di definire una corretta analisi dei costi e dei ricavi derivanti dalle sperimentazioni cliniche. Inoltre si comunica che in tale ambito, nelle date del 9 e 20 novembre 2018, è stato effettuato un audit da parte del team aziendale per verificare la corretta applicazione della procedura amministrativo contabile per la gestione delle sperimentazioni cliniche nel corso dell'anno 2018. L'audit era riferito alle deliberazioni di approvazione degli studi clinici adottate nel corso del 2018, con orizzonte temporale dal 4 luglio al 5 ottobre 2018, sono stati richiesti i fascicoli relativi a n. 8 sperimentazioni profit e n. 2 fascicoli relativi a sperimentazioni cliniche non profit. A seguito di analisi dei fascicoli sono state selezionate n. 4 studi clinici che hanno costituito l'oggetto dell'audit.

## ELENCO DELLE DELIBERE DI CHIUSURA STUDI APPROVATE NEL 2018

Numero Deliberazione	Oggetto	Modalità Rendicontazione Contabile
387-2018 DEL 2018-08-03	Conclusione dello Studio Clinico "Extension of the CBYM338B2203 phase IIb/III study to evaluate the long-term efficacy, safety and tolerability of intravenous BYM338 in patients with sporadic inclusion body myositis" effettuato presso U.O.C. Neurologia IV - nessun onere per la Fondazione.	Utilizzato il modulo di rendicontazione ante approvazione della procedura amministrativo contabile
547-2018 DEL 2018-11-08	Conclusione studio clinico profit dal titolo "Sperimentazione di fase 3, randomizzata, in doppio cieco, controllata con placebo, a gruppi paralleli per valutare l'efficacia e la sicurezza di ALD403 somministrato per via endovenosa a pazienti con emicrania cronica" effettuato dalla Dott.ssa Licia Grazzi presso la U.O.C. Neurologia III della Fondazione – nessun onere per la Fondazione.	Utilizzato il modulo di rendicontazione " A.II.6" approvato con la nuova procedura amministrativo-contabile (Del. 441/2017)
554-2018 DEL 2018-11-16	Conclusione dello Studio Clinico "Multicenter, randomized, non-comparative, open-label phase II trial on the efficacy of Ortataxel and Fotemustine in recurrent glioblastoma" effettuato presso U.O. Neurologia II - nessun onere per la Fondazione	Utilizzato il modulo di rendicontazione ante approvazione della procedura amministrativo contabile
555-2018 DEL 2018-11-16	Conclusione studio clinico profit dal titolo: "Historical case record survey of visual acuity data from patients with Leber's Hereditary Optic Neuropathy (LHON)" effettuato dalla Dr.ssa Costanza Lamperti presso U.O.C. Neurogenetica Molecolare. - nessun onere per la Fondazione	Utilizzato il modulo di rendicontazione ante approvazione della procedura amministrativo contabile
567-2018 DEL 2018-11-22	Chiusura dello studio profit "Studio multinazionale, multicentrico, randomizzato, in doppio cieco, a gruppi paralleli, controllato con placebo seguito da un periodo di trattamento attivo, per valutare l'efficacia, la sicurezza e la tollerabilità di due dosaggi di somministrazione orali di laquinimod (0.6 mg/die o 1,2 mg/die) in soggetti affetti da sclerosi multipla recidivante remittente" effettuato a cura del Dr. Renato Mantegazza presso la U.O.C. Neurologia 4 - nessun onere per la Fondazione.	Nessun modulo compilato - studio chiuso anticipatamente
571-2018 DEL 2018-11-22	Conclusione dello studio profit dal titolo: "Studio di fase II, randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo, volto a valutare la sicurezza, l'efficacia e la farmacocinetica di ARGX-113, in pazienti affetti da miastenia grave con debolezza muscolare generalizzata" effettuato presso la U.O.C. Neurologia 4 a cura del Dr. Renato Mantegazza – nessun onere per la Fondazione.	Utilizzato il modulo di rendicontazione ante approvazione della procedura amministrativo contabile
590-2018 DEL 2018-11-22	Conclusione studio clinico profit dal titolo: "Studio di estensione a lungo termine per valutare la sicurezza e la tollerabilità di RVT-101 in soggetti affetti da demenza da corpi di Lewy (DLB)" effettuato a cura del Dr. Pietro Tiraboschi presso la U.O.C. Neuropatologia. - nessun onere per la Fondazione	Utilizzato il modulo di rendicontazione " A.II.6" approvato con la nuova procedura amministrativo-contabile (Del. 441/2017)
596-2018 DEL 2018-11-26	Chiusura studio profit dal titolo: "Studio randomizzato, controllato, in doppio cieco, di fase III su ICT-107 con Temozolomide (TMZ) di mantenimento dopo resezione e chemioterapia concomitante a base di TMZ in glioblastoma di nuova diagnosi" a cura del Dr. Gaetano Finocchiaro – UOC Neuro-Oncologia Molecolare – nessun onere per la Fondazione.	Utilizzato il modulo di rendicontazione " A.II.6" approvato con la nuova procedura amministrativo-contabile (Del. 441/2017)
599-2018 DEL 2018-11-26	Conclusione studio profit dal titolo: "Studio di fase 3, multicentrico, randomizzato, in doppio cieco, controllato verso placebo, a gruppi paralleli teso a valutare l'efficacia, la sicurezza e la tollerabilità di 2 diverse dosi di IgPro20 (immunoglobulina per via sottocutanea (SC) per il trattamento della polineuropatia demielinizzante infiammatoria cronica (CIDP) - Studio PATH" effettuato a cura del Dr. Giuseppe Lauria Pinter presso la UOC Neurologia 3 della Fondazione – nessun onere per la Fondazione	Utilizzato il modulo di rendicontazione ante approvazione della procedura amministrativo contabile

Numero Deliberazione	Oggetto	Modalità Rendicontazione Contabile
600-2018 DEL 2018-11-26	Conclusione studio profit dal titolo: "Studio di estensione multicentrico, in aperto, atto a indagare la sicurezza e l'efficacia a lungo termine di IgPro20 nel trattamento di mantenimento della polineuropatia demielinizzante infiammatoria cronica (chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy, CIDP) nei soggetti che completano lo studio IgPro20_3003" protocollo IgPro20_3004 effettuato a cura del Dr. Giuseppe Lauria Pinter presso la UOC Neurologia 3 della Fondazione – nessun onere per la Fondazione	Utilizzato il modulo di rendicontazione ante approvazione della procedura amministrativo contabile
610-2018 DEL 2018-11-27	Conclusione studio profit dal titolo: "Studio di Fase 2b, randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo di RVT-101 in soggetti affetti da demenza a corpi di Lewy (DLB)" effettuato a cura del Dr. Pietro Tiraboschi presso la UOC Neuropatologia della Fondazione – nessun onere per la Fondazione.	Utilizzato il modulo di rendicontazione ante approvazione della procedura amministrativo contabile
612-2018 DEL 2018-11-27	Conclusione studio profit dal titolo "Studio Osservazionale prospettico di pazienti affetti da malattia mitocondriale primaria" effettuato a cura della Dr.ssa Costanza Lamperti presso la UOC Neurogenetica Molecolare della Fondazione – nessun onere per la Fondazione	Utilizzato il modulo di rendicontazione " A.II.6" approvato con la nuova procedura amministrativo-contabile (Del. 441/2017)
615-2018 DEL 2018-11-29	Conclusione dello studio clinico non profit "Phase III trial exploring the combination of bevacizumab and lomustine in patients with first recurrence of glioblastoma" effettuato a cura del Dr. Gaetano Finocchiaro presso la U.O.C. Neuro-Oncologia Molecolare – nessun onere per la Fondazione.	Utilizzato il modulo di rendicontazione ante approvazione della procedura amministrativo contabile
616-2018 DEL 2018-11-29	Conclusione studio clinico profit dal titolo: "A double-blind, placebo-controlled, randomized, Phase IIIb trial evaluating the efficacy and safety of standard of care (SOC) +/- continuous bevacizumab treatment following progression of disease (PD) in patients with glioblastoma (GBM) after first (1st) line treatment with radiotherapy, temozolomide and bevacizumab" effettuato a cura del Dr. Gaetano Finocchiaro presso la U.O.C. Neuro-Oncologia Molecolare – nessun onere per la Fondazione.	Utilizzato il modulo di rendicontazione ante approvazione della procedura amministrativo contabile
617-2018 DEL 2018-11-29	Conclusione studio clinico non profit "Studio di fase II, multicentrico, randomizzato, in singolo cieco sull'integrazione del trattamento chirurgico e farmacologico in pazienti affetti da idrocefalo normoteso associato a parkinsonismo" effettuato a cura del Dr. Angelo Franzini presso la U.O.C. Neurochirurgia 3 - nessun onere per la Fondazione.	Nessun modulo compilato - studio no-profit

## ECCELLENZA CLINICA

OBIETTIVI	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
<b>ECCELLENZA CLINICA</b>	Ricoveri	Mantenimento rispetto all'anno 2017 di casi di alta complessità (DRG 001-002-003-543)
	Tasso di attrazione prestazione ambulatoriali	Mantenimento parametri (= o > anno 2017)
	Tasso di attrazione prestazioni di ricovero	Mantenimento parametri (= o > anno 2017)

### Mantenimento rispetto all'anno 2017 di casi di alta complessità (DRG 001-002-003-543)

DRG		
	2017	2018
[001] Craniotomia, età > 17 anni con CC	115	72
[002] Craniotomia, età > 17 anni senza CC	885	883
[003] Craniotomia, età < 18 anni	87	77
[543] Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale	9	20
<b>Totale complessivo</b>	<b>1.096</b>	<b>1.052</b>

Ogni Unità Operativa e Dipartimento della Fondazione presenta peculiari eccellenze di assistenza clinica collegate anche alle proprie linee di ricerca. In seguito 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 rilevante quota di attività sul versante ambulatoriale e MAC in ambito neurologico. Nel corso dell'anno 2018 sono stati eseguiti lavori di ristrutturazione della sala operatoria e anche per l'installazione della nuova Risonanza Magnetica compatibile con un sistema di ultrasuoni focalizzati ad alta intensità sotto guida RM (MRgFUS) che ha richiesto periodi di contrazione delle attività del Blocco Operatorio, stimato in circa 1 mese. Pertanto i casi di craniotomia effettuati nell'anno 2018, 11 mensilità su 12 risultano mediamente superiori all'anno 2017, passando dagli 91 casi al mese nel 2017 a 96 casi al mese nel 2018.

### Tasso di attrazione prestazione ambulatoriali

Quantità	Anno			
	2017	2018	% 2017	% 2018
Provenienza				
Altre ATS Regione Lombardia	51.459	50.059	23,0%	22,5%
Altre Regioni	63.303	65.831	28,3%	29,5%
ATS della Città Metropolitana di Milano	108.797	106.819	48,6%	47,9%
Estero	187	95	0,1%	0,0%
<b>Totale complessivo</b>	<b>223.746</b>	<b>222.804</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

### Tasso di attrazione prestazioni di ricovero

<b>Num. Ricoveri</b>	<b>Anno</b>			
<b>Provenienza</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>% 2017</b>	<b>% 2018</b>
Altre ATS Regione Lombardia	1.195	1.151	20,6%	20,1%
Altre Regioni	3.106	3.090	53,6%	53,9%
ATS della Città Metropolitana di Milano	1.451	1.450	25,0%	25,3%
Esteri	45	43	0,8%	0,7%
<b>Totale complessivo</b>	<b>5.797</b>	<b>5.734</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

In entrambi i casi i tassi di attrazione dei pazienti provenienti Extra regione premiano in modo inequivocabile l'attrattiva della Fondazione sia a livello di ricovero che a livello ambulatoriale.

## SICUREZZA PER I PAZIENTI E PER GLI OPERATORI

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
<b>SICUREZZA PER I PAZIENTI E PER GLI OPERATORI</b>	Proseguo attività formativa relativa al Piano di Gestione delle Emergenze della sede di via Celoria	Tenere incontri formativi ad hoc, sul contenuto del PGE della sede di via Celoria e sulle azioni da intraprendere in caso di emergenza, con i lavoratori che ricoprono il ruolo di: Squadra di Emergenza Complementare, Centro di Gestione delle Emergenze e Squadra di Emergenza
	Prevedere almeno una prova di evacuazione nella sede di via Celoria per verificare la conoscenza delle procedure di esodo e di primo intervento.	Effettuazione di almeno una prova di evacuazione
	Interventi di adeguamento alla normativa antincendio (D.M. 19 marzo 2015) presso la sede della Fondazione di via Celoria, oggetto di finanziamento Ministeriale/Regionale	Presentazione presso Regione Lombardia di Progetto esecutivo riferito ad interventi di <i>“Completamento compartimentazioni antincendio _ Collegamento idranti esistenti a rete di nuova realizzazione _ Adeguamento reparto di terapia intensiva _ Realizzazione centrale gestione emergenze _ Coordinamento esistente /nuova realizzazione impianti di illuminazione”</i> presso la sede di via Celoria I Milano.  Aggiudicazione lavori di <i>“realizzazione degli interventi della sede di via Celoria I I – Pad. C e D_ primo stralcio”</i> .

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...).

### **- Proseguo attività formativa relativa al Piano di Gestione delle Emergenze della sede di via Celoria.**

A completamento dell'attività formativa iniziata nel 2017, sul contenuto del PGE della sede di via Celoria e sulle azioni da intraprendere un caso di emergenza, il SPP ha tenuto i seguenti incontri:

- n. 2 con gli addetti della Squadra di Emergenza Complementare;
- n. 3 con gli addetti della Squadra di Emergenza (Infermieri Neuroradiologia e Area a ciclo diurno)
- 1 personale del Centro di Gestione delle Emergenze: personale Sicuritalia addetto al Servizio Portineria-/Centralino
- 2 personale Sicuritalia componente della Squadra Emergenza.

Inoltre il SPP ha provveduto a formare i partecipanti al corso Antincendio rischio elevato (n. 2 edizioni), al corso di Aggiornamento antincendio (n. 2 edizioni) ed al corso Sicurezza nel lavoro d'ufficio (n. 1 edizione).L'obbiettivo è stato raggiunto.

**- Prevedere almeno una prova di evacuazione nella sede di via Celoria per verificare la conoscenza delle procedure di esodo e di primo intervento.**

Al fine di verificare la conoscenza delle procedure di esodo e di primo intervento in data 12 dicembre si è tenuta una prova di evacuazione nel reparto di Neuropsichiatria infantile B. L'obiettivo è stato raggiunto.

**- Interventi di adeguamento alla normativa antincendio (DM 19 marzo 2015) presso la sede della Fondazione di via Celoria, oggetto di finanziamento Ministeriale/Regionale.**

1° Indicatore: Presentazione presso Regione Lombardia di Progetto Esecutivo riferito ad interventi di "Completamento compartimentazioni antincendio \_ Collegamento idranti esistenti a rete di nuova realizzazione \_ Realizzazione centrale gestione emergenze \_ Coordinamento esistente/nuova realizzazione impianti di illuminazione" presso la sede di via Celoria 11 Milano.

Con riferimento al finanziamento regionale di cui alla DGR n. X/6548 del 4 maggio 2017, nel corso del I trimestre 2018 l'UOC Tecnico Patrimoniale ha avviato l'iter procedurale finalizzato all'affidamento di incarico a professionista qualificato di redazione del Progetto Definitivo, Esecutivo e Redazione del Piano della Sicurezza in fase di Progettazione denominato PRG 59 "Adeguamento alla normativa antincendio, ai sensi del D.M. 19 marzo 2015, della sede della Fondazione via G. Celoria 11 Milano\_ secondo stralcio". Con Determinazione Dirigenziale del Responsabile UOC Tecnico Patrimoniale n.10/2018 del 7 maggio u.s., a seguito di espletamento di procedura a mezzo piattaforma informatica SINTEL di R.L., è stato affidato l'incarico di Progettazione Definitiva, Esecutiva e redazione del Piano della Sicurezza, del progetto di cui sopra. In data 5 giugno 2017, con nota prot. GI.2017.0017863, Regione Lombardia DG Welfare ha stabilito quale termine di presentazione degli elaborati progettuali degli interventi il 4 settembre 2018 e con successiva nota del 19 luglio 2018 prot. GI.2018.0024055 ha comunicato la proroga dei termini stabilendo come nuova data per la presentazione degli elaborati progettuali degli interventi il 31 dicembre 2018.

A seguito di consegna del Progetto Definitivo (in data 15 giugno 2018) ed Esecutivo (in data 02 luglio 2018) è stata avviata l'attività di verifica da parte del Responsabile del Procedimento e redatto il verbale di validazione (in data 04 luglio 2018). Con Deliberazione del Direttore Generale della Fondazione n.399/2018 del 26 luglio 2018 è stato approvato il Progetto Esecutivo PRG 59 "Adeguamento alla normativa antincendio, ai sensi del D.M. 19 marzo 2015, della sede della Fondazione via G. Celoria 11 Milano\_ secondo stralcio" da porre a base di gara (ai sensi dell'art. 59 D. Lgs. n. 50/2016 e s.m.i.) per un importo complessivo di € 525.000,00. Il progetto, con la documentazione a corredo necessaria, è stato sottoposto ad ATS Città Metropolitana di Milano e UTR Città Metropolitana di Milano che hanno rilasciato il loro parere favorevole rispettivamente in data 03 agosto 2018 e 02 ottobre 2018. La documentazione di Progetto Esecutivo, corredata di tutti i pareri previsti dalla normativa vigente è stato presentato a cura della UOC Tecnico Patrimoniale in Regione Lombardia in data 29 novembre 2018. Con decreto DGS n. 560 del 18 gennaio 2019 Regione Lombardia ha approvato il progetto.

Si ritiene di essere in linea con la tempistica a suo tempo prevista.

2° indicatore: Aggiudicazione lavori di “realizzazione degli interventi della sede di via Celoria 11 \_ pad. C e D \_ primo stralcio”.

Con riferimento al finanziamento regionale di cui alla DGR X/5508/2016, con deliberazione del Direttore Generale della Fondazione n. 466 in data 12 ottobre 2017, proposta a cura dell’UOC Tecnico Patrimoniale, è stato approvato il Progetto Esecutivo denominato “PRG52 Adeguamento alla normativa antincendio ai sensi del DM 19 marzo 2015 dei Padiglioni C e D della sede della Fondazione – via Celoria, 11 Milano – Primo stralcio” per una spesa complessiva di € 500.000,00. In data 13 ottobre 2017 è stata presentata alla UTR Città Metropolitana di Milano e agli Uffici preposti di Regione Lombardia – Direzione Generale Welfare la documentazione di progetto per l’ottenimento dell’autorizzazione all’utilizzo del finanziamento. Il progetto, corredato della relativa documentazione, è stato approvato da Regione Lombardia, Direzione Generale Welfare, con Decreto n. 14821 in data 24 novembre 2017. Con nota in data 14 dicembre 2017 prot. 37658 Regione Lombardia ha inviato al Ministero della Salute istanza di ammissione al finanziamento, ammissione intervenuta con Decreto n. DGPROG 0001693-P in data 18 gennaio 2018.

Con deliberazione del Direttore Generale della Fondazione n. 239 del 6 giugno 2018 è stato quindi dato avvio a procedura negoziata per l’affidamento dei lavori di cui al “PRG 52 \_ Adeguamento alla normativa antincendio ai sensi del DM 19 marzo 2015 dei Padiglioni C e D della sede della Fondazione \_ via Celoria, 11 Milano \_ primo stralcio”, da espletarsi in conformità a quanto previsto dal D. Lgs. 50/2016 art. 36 comma 2 lettera c), secondo il criterio del prezzo più basso su un importo, posto a base di gara, pari ad € 329.474,02 oltre oneri per la sicurezza non soggetti a ribasso pari ad € 12.937,63, previo espletamento di indagine di mercato finalizzata all’individuazione degli Operatori Economici da invitare alla procedura medesima. In esito all’avvenuto espletamento del sopra citato Avviso di Manifestazione di interesse, con deliberazione del Direttore Generale della Fondazione n. 381 del 3 agosto 2018, è stato disposto di procedere all’indizione della procedura di gara in argomento a mezzo piattaforma telematica SINTEL di Regione Lombardia con invito degli Operatori Economici aventi manifestato interesse alla partecipazione alla procedura. Il giorno 6 settembre 2018 ha avuto luogo a mezzo piattaforma telematica SINTEL, in seduta pubblica, l’apertura delle offerte con individuazione della migliore offerta. L’UOC Tecnico Patrimoniale ha successivamente avviato nei confronti dell’Operatore Economico primo classificato il procedimento di verifica del rispetto di quanto previsto all’art. 97 comma 5 lettera d) del D. Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii. nonché del possesso dei requisiti prescritti, ai sensi dell’art. 32 comma 7 del D. Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii.. In esito ai sopra citati procedimenti di verifica in data 1 ottobre 2018 è stata presentata a cura della UOC Tecnico Patrimoniale proposta di deliberazione del Direttore Generale di aggiudicazione dei lavori in argomento in vista della successiva trasmissione a Regione Lombardia. Stante l’avvenuto ravvisarsi nei confronti dell’Operatore Economico aggiudicatario di ipotesi di fattispecie di cui all’art. 80 comma 5, lettera c), del D.Lgs.n.50/2016 e ss.mm.ii., la Direzione Generale ha ritenuto necessario sospendere il procedimento di aggiudicazione in attesa dell’esito del relativo atto istruttorio, attualmente in corso. Di quanto sopra occorso è stata data informativa a Regione Lombardia D.G.W

## SVILUPPO SISTEMI QUALITÀ E RISK MANAGEMENT

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
Sicurezza per i pazienti e gli operatori  Appropriatezza prescrittiva antibiotico terapia  Appropriatezza prescrittiva (RacMin. n 7)	Protocollo di trattamento e gestione dell'evento settico: terapia antibiotica empirica ad ampio spettro	Effettuazione audit Regione Lombardia nei termini  N di sepsi nei quali è stata riconosciuta l'origine / N di sepsi totale  Aggiornamento del prospetto delle antibioticot terapie ad ampio spettro locali in base a sede dell'infezione  In TI n di giorni di degenza con antibiotico terapia su numero di giorni di degenza totali
	Monitoraggio ed epidemiologia degli eventi sentinella microbiologici  Revisione della procedura di inserimento del catetere vescicale.	Report  Revisione della procedura di inserimento del catetere vescicale  Tasso delle infezioni delle vie urinarie e degli eventi settici aventi alla base una urosepsi causati da patogeni multiresistenti vs tasso generale eventi settici
	Monitoraggio esami colturali vie urinarie, correlazione con infezioni delle vie urinarie, individuazione dei patogeni multisensibili o multiresistenti, Evoluzione in urosepsi	Sensibilità antibiotiche 2017
	Appropriatezza prescrittiva	Audit completezza e correttezza prescrizioni endovenose  Audit correttezza e completezza prescrizioni farmaci monoclonali  Audit correttezza e completezza pre anestesia in pre ricovero

### PROTOCOLLO DI TRATTAMENTO E GESTIONE DELL'EVENTO SETTICO: TERAPIA ANTIBIOTICA EMPIRICA AD AMPIO SPETTRO

#### **Effettuazione audit Regione Lombardia nei termini**

In riferimento alla richiesta di RL del 27 dicembre 2017 è stata inviata in data 29/01/2018 nel rispetto dei termini:

- check list logistico organizzativa
- n. 14 check list cliniche relative ai casi segnalati
- Verbale di audit
- documentazione integrativa al verbale di audit.

L'obbiettivo è stato raggiunto.

#### **N di sepsi nei quali è stata riconosciuta l'origine / N di sepsi totale**

Nel 2018 sono state individuate 12 sepsi secondo la nuova classificazione (LG SSC 2016): in 10/12 è stato possibile individuare la sede di infezione che ha dato origine all'evento settico.

L'obbiettivo è stato raggiunto.

## **Aggiornamento del prospetto delle antibioticoterie ad ampio spettro locali in base a sede dell'infezione**

Tenendo in considerazione le antibiotico-resistenze locali e gli eventi sentinella microbiologici, monitorati dall'UQ da più anni, nel novembre 2018 è stato revisionato e pubblicato sulla intranet lo schema di terapia ad ampio spettro "PROTOCOLLO INB ANTIBIOTICOTERAPIA AD AMPIO SPETTRO LOCALE COD.: IO 110". L'antibiotico terapia empirica, perché non basata sull'antibiogramma, deve essere fatta tassativamente dopo l'emocoltura e entro 1 hr dalla diagnosi di sepsi (patologia tempo dipendente).L'obiettivo è stato raggiunto.

### **In TI n di giorni di degenza con antibiotico terapia su numero di giorni di degenza totali**

In Terapia Intensiva nel 2018 nei pazienti con degenza superiore a 72 hr si sono ridotti i giorni con antibioticoteria (50% nel 2018 vs 56% nel 2017).

389 giorni di degenza complessivi sono stati privi di antibiotico terapia su un totale di 788 giorni di degenza (389gg/778gg tot = 50%). Quindi il numero di giorni di degenza in terapia intensiva con e senza antibiotico terapia è uguale. L'obiettivo è stato raggiunto.

### **MONITORAGGIO ED EPIDEMIOLOGIA DEGLI EVENTI SENTINELLA MICROBIOLOGICI**

**Report** E' stato predisposto il report annuale, archiviato presso l'UQ, documentazione presentata alla visita di certificazione ISO 9001:2015 del giugno u.s.. Gli eventi sentinella microbiologici totali (ESM), intendendo i microrganismi isolati durante l'anno con resistenze antibiotiche importanti per il controllo delle infezioni di pazienti degenti in strutture ospedaliere hanno avuto una ulteriore riduzione: 6,6 ESM per 1000 ricoveri (tasso dimezzato rispetto al 2015 e più che dimezzato rispetto al 14,2 per 1000 ricoveri del 2016). Obiettivo raggiunto

### **REVISIONE DELLA PROCEDURA DI INSERIMENTO DEL CATETERE VESCICALE.**

#### **Revisione della procedura di inserimento del catetere vescicale**

Sulla base dell'andamento dei tassi di infezione delle vie urinarie del 2017 e I semestre 2018, circa il 40% delle infezioni annue, è stata discussa nel mese di agosto e validata la procedura Pr93rev3 "Procedura per la gestione del catetere vescicale".

L'obiettivo è stato raggiunto.

### **MONITORAGGIO ESAMI COLTURALI VIE URINARIE, CORRELAZIONE CON INFEZIONI DELLE VIE URINARIE, INDIVIDUAZIONE DEI PATOGENI MULTISENSIBILI O MULTIRESISTENTI, EVOLUZIONE IN UROSEPSI**

#### **Tasso delle infezioni delle vie urinarie e degli eventi settici aventi alla base una urosepsi causati da patogeni multiresistenti vs tasso generale eventi settici**

Nel 2018 le infezioni delle vie urinarie sono state 51/122 (totale infezioni). Il tasso di IVU è stato dell'8/1000 ricoveri mentre il tasso di infezioni totale è stato del 19/1000 ricoveri. Le sepsi originate da una infezione delle vie urinarie sono state 4/12 (33% di uro-sepsi).Solo 1 sepsi/12 è stata determinata da un microrganismo multiresistente (Acinetob. MDR) .L'obiettivo è stato raggiunto.

#### **Sensibilità antibiotiche 2017**

Per seguire a livello locale le mutazioni dei microrganismi la Microbiologia del Policlinico ha fornito i dati della sensibilità antibiotica dei microrganismi più pericolosi ossia dell'Acinetobacter B. MDR e delle Klebsiella Pneumoniae KPC (non ci sono state Klebsielle MDR), estratti dal loro software di archiviazione. Il dato più interessante riguarda una residua sensibilità dell'Acinetobacter per la famiglia degli aminoglicosidici (gentamicina, amikacina) e per la Klebsiella una sensibilità alla tigeciclina. L'obiettivo è stato raggiunto.

#### APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

##### **Audit completezza e correttezza prescrizioni endovenose**

Analizzate 164 cartelle sull'anno e relativi FUT, ogni FUT analizzato per 8 standard inerenti la prescrizione, in 5 di questi l'aderenza allo standard è < al 70%. Criticità nella prescrizione completa e corretta delle infusioni con fleboclisi e nella tracciabilità della somministrazione.

(PARM 2018 trasmessa a RL in data 27/12/2018 Delibera 687/2018). Obiettivo raggiunto

##### **Audit correttezza e completezza prescrizioni farmaci monoclonali**

E' stato esaminato un campione di 19 somministrazioni relative a 5 protocolli. L'aderenza ai protocolli è più che buona (<90%). L'obiettivo è stato raggiunto.

##### **Audit correttezza e completezza pre anestesia in pre ricovero**

Nel campione analizzato (62 cc chirurgiche) la preanestesia è risultata ben gestita ma si è evidenziato il problema della prescrizione serale dell'anticoagulante come profilassi della tromboembolia polmonare. I pazienti che entrano la mattina stessa dell'intervento solitamente sono privi di questa somministrazione e iniziano la profilassi dopo l'intervento. Dalla metà dell'anno si è preferito implementare l'utilizzo, come profilassi, dei mezzi meccanici di compressione graduata degli arti inferiori intraoperatoria (sistema consigliato dalle LG per la Neurochirurgia) soprassedendo all'autosomministrazione del farmaco sottocute a domicilio la sera prima ritenendo il sistema poco sicuro. L'obiettivo è stato raggiunto.

## MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI PER L'UTENZA

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
<b>MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI PER L'UTENZA</b>	Presa in carico pazienti cronici.	Attivazione del progetto secondo i tempi stabiliti dalla ATS e Regione Lombardia
	Riorganizzazione ambulatori	Nuovi quesiti diagnostici
	Organizzazione ed erogazione delle prestazioni per almeno 5 ore settimanali nei seguenti orari: prima delle ore 8.00 e/o dopo le ore 17.00 e/o nelle giornate di sabato.	Apertura ambulatori o diagnostiche di sabato (almeno 25 aperture)

### **PRESA IN CARICO PAZIENTI CRONICI**

La Fondazione IRCSS Istituto Neurologico Carlo Besta ha aderito al progetto regionale di Presa in Carico del paziente cronico per le seguenti patologie: - Parkinson e parkinsonismi - Sclerosi multipla - Miastenia gravis - Neuromielite ottica - Neoplasie primitive del sistema nervoso - Epilessia adulti e infantile. Le unità operative coinvolte sono: Neurologia 1 Parkinson e disturbi del movimento - Neurologia 2 Neuroncologia clinica - Neurologia 4 Neuroimmunologia e malattie neuromuscolari - Neurologia 6 Neurofisiopatologia - Neurologia 7 Epilettologia clinica e sperimentale - Neurologia 8 – Neuroncologia molecolare – Radioterapia - Neuropsichiatria infantile - Neurologia dello sviluppo. Nella fase di avvio del progetto, è stato coinvolto un Medico, neurologo presso la UOC Neurologia 3 della Fondazione, come Clinical Manager unico per tutti i pazienti aderenti. In questa prima fase era previsto che tutti i Patti di Cura e i Piani Assistenziali (PAI) venissero compilati e firmati dal solo Clinical manager. A tale scopo è stata creata una specifica agenda ambulatoriale dedicata ai richiedenti (PAZ\_CRONICO - PIC MANIFESTAZIONE DI INTERESSE), con 5 slot a settimana. Il 6 marzo 2018 sono iniziate le visite. Al fine di supportare il Clinical Manager nella sua attività, è stato individuato un Case Manager, un Infermiere, già Coordinatore Infermieristico dell'area di degenza di Neurologia A. Tale figura è responsabile del coordinamento gestionale-organizzativo delle attività assistenziali e garante della continuità e della coerenza del percorso, attraverso la verifica costante delle condizioni socio-sanitarie e delle necessità degli assistiti. La Fondazione si è dotata anche di un Centro Servizi amministrativo esternalizzato, aderendo alla gara in atto presso l'Istituto dei Tumori. La ditta coinvolta garantisce un servizio di "Centrale Operativa" con persone dedicate, attiva dalle 8.00 alle 18.00 nei giorni feriali (02/35972200 – presaincarico@istituto-besta.it). A seguito dell'incremento del numero di manifestazioni d'interesse ricevuto e al fine di garantire la continuità del percorso assistenziale, da maggio 2018 è iniziata l'estensione del ruolo di Clinical Manager a tutti i medici strutturati delle U.O.C. coinvolte. A tal fine sono stati organizzati diversi incontri di addestramento all'uso della ricetta dematerializzata, strumento imprescindibile per la corretta gestione della "presa in carico". È stato predisposto, e pubblicato su Intranet aziendale, tutto il materiale informativo necessario. Si è quindi passati ad una seconda fase di addestramento e di passaggio di consegne per i nuovi Clinical Manager della Fondazione. Per ognuno di essi sono state predisposte le deleghe per la firma dei Patti di Cura ed incontri formativi dedicati all'uso del programma PIC-T.

Sono stati infine predisposti degli spazi ambulatoriali dedicati ai pazienti cronici all'interno delle agende 2019 di ciascun medico. Al 31 maggio 2019 la Fondazione ha ricevuto 198 manifestazioni di interesse, di cui 90 sono state rifiutate per inidoneità o annullate dal paziente, mentre 108 sono esitate in un arruolamento (firma del Patto di Cura); di questi pazienti, 54 hanno già un PAI pubblicato e risultano quindi totalmente in carico al Besta. Dopo un anno di sperimentazione, il progetto non appare comunque coerente con la mission di un Istituto di ricerca monospecialistico. Inoltre, la presa in carico ha evidenziato aspetti problematici anche in relazione al bacino d'utenza dei pazienti lombardi che accedono al Besta da tutta la Regione. Nei casi in cui tali pazienti erano affetti da altre patologie croniche, oltre a quella neurologica o neurochirurgica, non è stato possibile gestirli dal Besta in collegamento con le ASST della Città di Milano poiché hanno sempre preferito continuare ad essere seguiti dall'ospedale vicino al domicilio con il quale il Besta attualmente non può collegarsi tramite i sistemi informatici disponibili.

### **RIORGANIZZAZIONE AMBULATORI.**

Nel 2018 sono state esternalizzate al CCR tutte le agende per le prime visite neurologiche, neurochirurgiche, esami radiologici ed esami neurofisiologici. Questo ha richiesto una profonda revisione di sistema, con una prima fase di configurazione di tutte le singole prestazioni comprese nelle agende.

Nel contempo sono state aggiornate le classi assistite e relative priorità delle prestazioni. A partire dal mese di Febbraio 2018 e per i mesi successivi, sono stati convocati tutti i Direttori di U.O. o loro delegati, per la selezione dei quesiti diagnostici legati alle prestazioni, facendo un ragionamento strategico complessivo nel contesto dei Dipartimenti e delle diverse UUOO per le patologie trattate e modificando profondamente il sistema dei quesiti diagnostici, principale driver dell'attività ambulatoriale. Tale attività è stata mappata da personale Lispa presente presso l'Ufficio Programmazione Cup in occasione di ogni convocazione, per una corretta configurazione delle agende date al CCR. Sono stati successivamente anche convocati i Coordinatori Tecnici e i Radiologi per la predisposizione delle note di preparazione del paziente e di prenotazione, a supporto degli operatori del CCR. Il Servizio Informatico ha provveduto ad effettuare le impostazioni sui dispositivi di rete per il collegamento tra il CUP aziendale e il Call Center Regionale e a eseguire i relativi test di raggiungibilità. A partire da Aprile 2018 è stata attivata la seconda fase di attività legata alla configurazione delle visite di controllo da pubblicare e rendere visibili al CCR, che però non ha possibilità di prenotazione, ma indirizza i pazienti al call center aziendale del Besta. Questa attività, ha comportato un'ulteriore analisi di tutte le prestazioni di controllo. Nel mese di Giugno 2018 sono stati portati a termine, con esito positivo, tutti i test relativi alle prenotazioni assunte dal CCR e dopo un'attività di controllo interna, tutto il percorso si è concluso favorevolmente a fine Luglio 2018.

**ORGANIZZAZIONE ED EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI PER ALMENO 5 ORE SETTIMANALI NEI SEGUENTI ORARI: PRIMA DELLE ORE 8.00 E/O DOPO LE ORE 17.00 E/O NELLE GIORNATE DI SABATO.** Nell'ambito del Progetto Ambulatori Aperti promosso dalla Regione Lombardia secondo quanto indicato dalla DGR n. X/2989/2014 in cui è richiesto un ampliamento dell'offerta di visite specialistiche e di prestazioni di radiodiagnostica in orari e giornate più favorevoli ai cittadini la Fondazione ha offerto la possibilità ai propri pazienti di eseguire prestazioni di Risonanza Magnetica nella giornata di sabato (49 aperture aggiuntive di sabato).

## POTENZIAMENTO TECNOLOGICO

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
<b>POTENZIAMENTO TECNOLOGICO</b>	Aggiornamento acceleratore lineare	Affidamento e collaudo del sistema
	Completamento dell'allestimento della nuova sala operatoria integrata con Risonanza Magnetica operatoria e sistema a ultrasuoni focalizzati ad alta intensità (HIFU)	Affidamento e collaudo del sistema
	Acquisizione strumentazione per attività di ricerca nell'ambito della genomica e proteinomica e telemedicina	Acquisizione e collaudo della apparecchiatura.

### **Aggiornamento dell'acceleratore lineare**

Il procedimento amministrativo si è concluso a fine febbraio 2019 (Deliberazione n. 74/2019 del 28/2/2019). La fase di definizione delle caratteristiche tecniche e di preparazione della documentazione tecnica e amministrativa per la procedura di gara è iniziata nel marzo 2018 e ha coinvolto, oltre al Servizio di Ingegneria e alla UOC Provveditorato, la Fisica Sanitaria, il Servizio Informatico e la UOC Radioterapia. Si è trattato quindi di una procedura complessa sia dal punto di vista organizzativo (coordinare incontri e attività tra personale di diversi servizi) sia da quello tecnico, in quanto oltre alle caratteristiche tecniche e funzionali della strumentazione da aggiornare, abbiamo analizzato i flussi e le modalità di integrazione tra l'acceleratore e il sistema informativo aziendale. La ditta Elekta, a cui è stato affidato l'incarico, ha quindi concordato direttamente con la UOC Radioterapia e la Fisica Sanitaria, il cronoprogramma per l'intervento, con l'obiettivo da un lato di venire incontro alle esigenze del reparto, alla radioterapia per i pazienti e degli operatori coinvolti e dall'altro di pianificare la disponibilità di tutto il personale tecnico coinvolto nei diversi aggiornamenti. L'inizio dei lavori è stato fissato per l'ultima settimana di agosto (durata tre settimane lavorative).

### **Completamento dell'allestimento della nuova sala operatoria integrata con Risonanza Magnetica operatoria e sistema a ultrasuoni focalizzati ad alta intensità.**

I lavori di allestimento della nuova Sala Operatoria con Risonanza Magnetica intraoperatoria hanno avuto inizio in data 4 settembre 2017, sono proceduti regolarmente e si sono conclusi entro i termini contrattuali previsti in data 23 febbraio 2018. A seguito delle operazioni di collaudo e delle verifiche funzionali degli impianti, nel mese di ottobre 2018 è stato emesso il Certificato di Regolare Esecuzione.

Nel corso del 2018 sono state inoltre acquisite altre strumentazioni necessarie per completare l'allestimento della nuova sala operatoria. Si ritiene, per quanto attiene le competenze della UOC Tecnico Patrimoniale, di essere in linea con la tempistica a suo tempo prevista.

### **Acquisizione di nuova strumentazione con finanziamento in conto capitale del Ministero della Salute.**

Nel corso del 2018 è stato acquisito e collaudato un nuovo sequenziatore di seconda generazione insieme ad alcuni strumenti complementari, ma necessari per il suo utilizzo ottimale.

## DIGITALIZZAZIONE

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
<b>DIGITALIZZAZIONE</b>	Diffusione dell'utilizzo del nuovo Sistema di Storage Aziendale.	Numero di utenti utilizzatori del nuovo Sistema di Storage Aziendale.
	Introduzione della compilazione della diagnosi codificata ICD9 – CM nella refertazione ambulatoriale	Attivazione della funzionalità
	Supporto all'installazione e all'avviamento del Sistema avanzato di elaborazione ad alte prestazioni per la genomica.	Installazione, configurazione e collaudo del sistema.
	Procedura informatizzazione protocollo e deliberazioni del Direttore Generale	Adozione delibere del Direttore Generale con il sistema DocsPa.
	Avvio del CCR	Esecuzione ambiente di test e avvio fase esecutiva.
	Pago PA	Avvio del sistema Pago PA

### **Diffusione dell'utilizzo del nuovo Sistema di Storage Aziendale**

Per razionalizzare i sistemi di archiviazione dei dati informatici attualmente presenti nella Fondazione e, nel contempo, migliorarne la sicurezza e la disponibilità, è stata prevista l'acquisizione di un sistema aziendale di memorizzazione di file e dati in condizioni di alta affidabilità, potenzialmente disponibile per tutti gli utenti e le applicazioni in uso.

Tale sistema è stato installato nel corso del 2017 e collaudato nel mese di dicembre dello stesso anno.

Nel corso del 2018 il sistema è stato configurato in modo da rendere disponibili:

- uno spazio di 5 GB per ciascun utente dell'Istituto all'interno del quale memorizzare i file elaborati con i software di produttività individuale (word, excel, powerpoint, ecc.);
- uno spazio dedicato alle "cartelle condivise" il cui accesso è regolato da policy di accesso in "sola lettura" e "lettura/scrittura" o di "accesso non consentito" la cui dimensione complessiva è di circa 10 TB;
- uno spazio dedicato all'archiviazione delle immagini radiologiche meno recenti in modo da mantenere sul sistema PACS (che consente un accesso più veloce ma a costi maggiori) quelle a più alta probabilità di accesso;
- uno spazio dedicato al backup dei dati prodotti da alcune apparecchiature afferenti all'Ingegneria Clinica la cui dimensione complessiva è di circa 25 TB.

Sono state migrate e messe in sicurezza sul nuovo sistema tutte le condivisioni presenti sul sistema precedente.

Attualmente le utenze abilitate all'utilizzo del Sistema di Storage Aziendale sono 1.355.

L'obiettivo è stato raggiunto

### **Introduzione della compilazione della diagnosi codificata ICD9 – CM nella refertazione ambulatoriale**

Al fine di classificare i referti ambulatoriali in modo da poterli "clusterizzare" per consentire successive analisi, l'applicazione per la gestione della Cartella Clinica Elettronica (CCE) – "Medical Tutorial", al

termine della compilazione del referto ambulatoriale, presenta il bottone “Codifiche specialistiche” che fa accedere alla relativa maschera per l’introduzione guidata delle diagnosi riguardanti le neuroncologie, le epilessie, le neuropatie, le malattie neuromuscolari e le malattie rare. Le diagnosi sono ulteriormente raggruppate in sottoinsiemi omogenei all’interno dei quali è possibile visualizzarne la descrizione e il codice identificativo. In tal modo la diagnosi prescelta può essere correttamente selezionata e inserita all’interno del referto come certa o sospetta.

L’obiettivo è stato raggiunto

### **Supporto all’installazione e all’avviamento del Sistema avanzato di elaborazione ad alte prestazioni per la genomica**

Nell’ottica del miglioramento dei servizi rivolti ai ricercatori della Fondazione, nel corso del 2018, è stato installato un sistema avanzato di elaborazione ad alte prestazioni per la genomica. Il Servizio Informatico si è occupato degli aspetti di configurazione e gestione logistico/sistemistica e della relativa componente impiantistica presso i laboratori di Via Amadeo. In parallelo sono state implementate le componenti di integrazione ed interfacciamento verso la rete aziendale della Fondazione.

In particolare, sono stati realizzati i collegamenti VPN (Virtual Private Network) al fine di poter consentire al fornitore i lavori di implementazione del sistema e si è provveduto a dare opportuno supporto per le configurazioni degli apparati di rete (switch e firewall).

Il sistema è stato collaudato il 20 settembre 2018.

L’obiettivo è stato raggiunto

### **Procedura informatizzazione protocollo e deliberazioni del Direttore Generale**

al fine di gestire il protocollo informatico e tutta la documentazione conformemente alla vigente normativa sulla conservazione digitale dei documenti ai sensi del DPCM del 3 dicembre 2013 e del Codice dell’amministrazione digitale, la Fondazione Besta ha aderito ex post alla procedura di cottimo fiduciario in forma aggregata, esperita dalla Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, per la fornitura di soluzioni per la gestione del protocollo informatico e per la gestione elettronica dei documenti. L’informatizzazione del processo di stesura, validazione ed adozione delle delibere e determinazioni dirigenziali consente di razionalizzare ed ottimizzare la tempistica e le risorse necessarie per l’adozione dei provvedimenti nonché garantire la tracciabilità delle varie fasi a partire dalla redazione dell’atto fino all’adozione del provvedimento. L’affidamento della procedura è stato conferito alla Società NTT Data Italia SpA per la fornitura della licenza software. A seguito di numerosi incontri svolti tra le diverse UOC coinvolte e la società NTT Data, finalizzati alla definizione delle attività da intraprendere propedeutiche alla configurazione dell’ambiente delibere e protocollo del nuovo programma sono stati predisposti, a cura della UOC Affari Generali e Legali, la flowchart del programma e il documento “processo flusso deliberazioni del Direttore Generale” condiviso con la Direzione Amministrativa ed inviato alla società NTT Data per la configurazione degli ambienti e delle utenze. Il Servizio Informatico ha supportato il processo di informatizzazione riguardante l’adozione degli atti della Fondazione e del nuovo protocollo informatico. Il nuovo sistema di gestione delle deliberazioni del Direttore Generale è stato

avviato in produzione il 4 luglio 2018 attraverso l'utilizzo del programma da parte di tutti gli utenti afferenti alle strutture abilitate alla predisposizione degli atti deliberativi.

E' stato successivamente definito il flusso di lavoro per la gestione del protocollo in ingresso e in uscita e a seguire quello relativo all'adozione delle determinazioni dirigenziali. Il nuovo sistema di gestione del protocollo è stato avviato in produzione il 4 dicembre 2018. Dal mese di Dicembre 2018 il programma è stato altresì implementato per l'adozione delle Deliberazioni del Consiglio di Amministrazione e delle Ordinanze Presidenziali. L'obiettivo è stato raggiunto.

### **Adesione al Sistema Regionale di prenotazione ed attivazione dei canali esterni al CUP**

nell'ottica del miglioramento dei tempi di attesa rivolti agli utenti della Fondazione, è stato previsto di aderire, nel corso del 2018, alle funzionalità del Call Center Regionale (CCR) per la gestione delle prenotazioni delle prime visite di neurologia e neurochirurgia e di tutte le prestazioni strumentali di radiologia. Nei primi mesi del 2018 sono state avviate le attività di validazione operativa propedeutiche all'integrazione del CUP con il Call Center Regionale e per tutto il primo semestre sono state effettuate le attività di mappatura delle prestazioni prenotabili dal CCR a cura del responsabile del CUP. Il Servizio Informatico ha parallelamente provveduto ad effettuare le impostazioni sui dispositivi di rete per il collegamento tra il CUP aziendale e il Call Center Regionale e a eseguire i relativi test di raggiungibilità. A partire dal mese di luglio 2018, è stato effettuato il passaggio in produzione delle prenotazioni per le prime visite di Neurologia, Neurochirurgia e Radioterapia. L'obiettivo è stato raggiunto

### **Il sistema PagoPa**

Il sistema PagoPa: offre al cittadino la possibilità di pagare tributi, tasse, utenze, rette, quote associative, bolli e in particolare anche i ticket sanitari, attraverso diversi canali di pagamento offerti dai Prestatori di Servizi di Pagamento (PSP), cioè dagli istituti bancari aderenti a PagoPA agevolando la fruizione delle prestazioni del SSR. La DGR 7600/2017 (Regole di sistema 2018) ha previsto che "nel corso dell'esercizio 2018 tutte le strutture sanitarie dovranno consentire il pagamento dei ticket sanitari attraverso i servizi forniti dal sistema PagoPA." L'Istituto Besta si è attivato per dotarsi della nuova modalità di pagamento del ticket sanitario, in linea con i pagamenti elettronici a favore della PA ed alle disposizioni nazionali e regionali in materia. L'integrazione tra il sistema CUP dell'Istituto Besta e il sistema Regionale di PagoPA è stata attivata il 19 luglio 2018 e ne è stata data visibilità sul portale della Fondazione con i rimandi ai siti istituzionali per informazioni aggiuntive sul servizio. L'obiettivo è stato raggiunto

## **REGOLAMENTO EUROPEO IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI**

A seguito dell'entrata in vigore del Regolamento UE/2016/679 in materia di protezione dei dati personali, è stato predisposto il "Regolamento Aziendale per l'attuazione del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali", approvato con Deliberazione del C.d.A. n. 212 del 23/07/2018.

A seguito dell'emanazione del D.lgs. 10 agosto 2018, n. 101, che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679, è stata predisposta l'integrazione del citato Regolamento aziendale, approvato con Deliberazione del C.d.A. n. 240 del 12/11/2018. L'obiettivo è stato raggiunto

## TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE COME OBIETTIVI CULTURALI

Con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 165 del 30 gennaio 2018 è stato approvato il “Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione della Fondazione 2018 – 2020”, redatto sulla base delle indicazioni della Delibera n. 1208 del 22 Novembre 2017 con la quale l’ANAC ha approvato l’aggiornamento 2017 del Piano Nazionale Anticorruzione.

Nel Piano della Performance 2018, in materia di anticorruzione e trasparenza, sono stati individuati i seguenti obiettivi:

OBIETTIVO	MISURA	INDICATORE
<b>Monitoraggio del PTPCT anno 2018</b>	Monitoraggio degli adempimenti previsti nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018/2020 in capo ad ogni U.O.C.	Trasmissione al RPCT dei report previsti e delle misure adottate
<b>Attuazione del PTPCT anno 2018</b>	<u>Anticorruzione:</u> Adozione di un regolamento per la gestione del recupero crediti	Regolamento
	<u>Trasparenza:</u> Tempestiva pubblicazione su “Amministrazione trasparente” dei dati di competenza di ogni U.O.C.	Comunicazione al RPCT dell’avvenuta pubblicazione

Si descrivono di seguito, gli adempimenti posti in essere in attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità – PTPCT – 2018-2020.

### MONITORAGGIO DEL PTPCT ANNO 2018

Come previsto dal Piano Triennale Prevenzione della Corruzione il RPCT ha richiesto a ciascun referente, un report sull’attività di monitoraggio svolta nei periodi di riferimento per ogni sotto processo individuato a rischio corruzione presente nell’allegato I del Piano 2018/2020.

Come previsto dal PTPC sono stati monitorati i seguenti processi:

#### Aree generali di rischio:

- Incarichi e nomine: Acquisizione e progressione del personale
- Contratti Pubblici
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- Affari legali e contenzioso

#### Aree di rischio specifiche

- Attività libero professionale e liste d’attesa
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Detti report, agli atti del RPCT, sono stati esaminati al fine di verificare l’attuazione delle misure previste dal piano stesso, non sono emerse criticità. L’obiettivo è stato raggiunto

## **ATTUAZIONE DEL PTPCT ANNO 2018**

### Anticorruzione:

Adozione di un regolamento per la gestione del recupero crediti E' stato predisposto il "Regolamento per la gestione e il recupero dei crediti", redatto dalla UOC Affari Generali e Legali in collaborazione con la UOC Economico Finanziaria e controllo di Gestione, approvato con Deliberazione del C.d.A. n. IV/182 del 20/03/2018.

### Trasparenza:

Tempestiva pubblicazione su "Amministrazione trasparente" dei dati di competenza di ogni U.O.C.

I Responsabili della pubblicazione dei dati inviano trimestralmente al RPCT e al Gruppo di lavoro per la trasparenza, un monitoraggio sullo stato di pubblicazione dei dati di competenza, evidenziando eventuali ritardi o criticità. Il Gruppo di Lavoro, sulla base dei monitoraggi ricevuti dalle varie UU.OO.CC., verifica in particolare le sezioni che presentano criticità anche con un confronto diretto con i referenti. In caso di riscontrate mancate pubblicazioni di dati il RPCT provvede ad inviare solleciti ai Dirigenti interessati per ottemperare agli obblighi previsti. L'obiettivo è stato raggiunto

## PERCORSO ATTUATIVO CERTIFICABILITÀ BILANCI

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
Rispetto delle scadenze regionali	Coordinamento della produzione delle procedure indicate da Regione Lombardia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adozione delibera di approvazione delle procedure;</li> <li>• Implementazione delle procedure</li> </ul>

Il percorso attuativo della certificabilità dei bilanci (PAC) ha preso avvio con l'adozione della deliberazione del Direttore Generale n. 468 del 12/10/2017 ad oggetto: "Approvazione del Percorso Attuativo della Certificabilità dei Bilanci (PAC) e Comitato Certificabilità di Bilancio. Nessun onere a carico della Fondazione". Con questo atto la Fondazione prendeva atto della DGR n. 7009 del 31 luglio 2017 e del relativo cronoprogramma di azioni per il conseguimento di ogni obiettivo previsto dal D.M. Pac del 01.03.2013, recepiva il nuovo percorso definito da Regione Lombardia e costituiva dei gruppi di lavoro per ciascuna area tematica finalizzati alla predisposizione delle procedure aziendali secondo le priorità definite dal superiore livello regionale. Con deliberazione del Direttore Generale n. 39 del 31 Gennaio 2018 sono state approvate le procedure aziendali PAC relative all'area D) Immobilizzazioni, a seguito degli esiti dell'autovalutazione effettuata attraverso le check list di controllo di Regione Lombardia e con nota prot. 881/2018 sono state trasmesse in Regione Lombardia. In data 23 febbraio 2018 si è svolto un incontro formativo presso PoliS – Lombardia, volto all'implementazione delle procedure area D).

Con deliberazione n. 280 del 28 Giugno 2018 ad oggetto: "Approvazione procedure aziendali Pac Area D) Immobilizzazioni. Nessun onere a carico della Fondazione", a seguito delle indicazioni di Regione Lombardia, sono state approvate le procedure implementate con le indicazioni regionali, e in data 29 Giugno 2018, con nota prot. 5484, sono state trasmesse in Regione Lombardia. Nell'atto deliberativo de quo sono state approvate le procedure aziendali di seguito indicate: PR 103 Redazione Piano degli investimenti - PR 104 Gestione beni immobili - PR 105 Gestione attrezzature sanitarie - PR 106 Gestione altri beni mobili diversi da attrezzature sanitarie - PR 107 Gestione immobilizzazioni immateriali - PR 108 Manutenzioni e riparazioni - PR 109 Inventario fisico periodico - PR 110 Riconciliazione tra libro cespiti e Contabilità generale. Nel medesimo atto deliberativo è stato stabilito che le citate procedure sono operative a far tempo dal 29 giugno 2018. In data 6 giugno 2018, con nota prot. 4896/2018, si è proceduto, in risposta alla nota regionale prot. AI.2018.0048964 del 23/03/2018, all'invio in Regione Lombardia delle procedure dell'area H) Patrimonio netto, per le quali è in attesa di un riscontro. Sono state inviate le seguenti procedure: - Procedura contributi in conto capitale da regione e altri soggetti pubblici - Procedura lasciti e donazioni da privati vincolati a investimenti - Procedura contributi in conto esercizio indistinti, vincolati o finalizzati, destinati ad investimento - Procedura impiego dei corrispettivi da alienazione di cespiti la cui acquisizione sia stata interamente o parzialmente finanziata da contributi in conto capitale, lasciti e donazioni - Procedura contributi per ripiano perdite. Copia di tutta la documentazione è stata contestualmente depositata nella sezione documentale del portale regionale Scriba. L'obiettivo è stato raggiunto.

## PIANIFICAZIONE STRATEGICA

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA
PIANIFICAZIONE STRATEGICA	ATTUAZIONE Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS)	Attivazione di tutte le strutture per le quali il Direttore Generale ha disposto di procedere

In merito all'attuazione del POAS 2016 - 2018, si è proceduto all'affidamento delle Strutture Semplici e Strutture Semplici Dipartimentali, come si può evincere dalle deliberazioni del Direttore Generale n. 205 del 21 maggio e n. 291 del 29 giugno 2018, quest'ultima riporta in allegato il prospetto riassunto delle Strutture affidate con l'indicazione dei Dirigenti affidatari e della data di decorrenza. Come da POAS si è inoltre proceduto alle dimissioni entro il 30/06/2018 delle Strutture Semplici Dipartimentali: Radiologia Diagnostica per Immagini – Neuroradiologia Intervenzionale e Neurologia, Salute Pubblica e Disabilità. Con deliberazione n. 292 del 29 giugno 2018, a seguito della dimissione delle citate strutture, sono stati attribuiti provvisoriamente gli incarichi di Struttura complessa UOC Radiologia Diagnostica per Immagini – Neuroradiologia Intervenzionale e Neurologia, Salute Pubblica e Disabilità in attesa del completamento dell'iter di affidamento dell'incarico quinquennale. E' seguito l'invio del template "assetti organizzativi Fluper"– POAS 2016-2018" di questa Fondazione alla Regione Lombardia in data 29/06/2018 come da relativa richiesta in data 21/06/2018. In data 31/12/2018 è stata attribuito l'incarico quinquennale di struttura complessa dell'UOC di Neurologia, Salute Pubblica e Disabilità a Dirigente Medico di Neurologia, già dipendente della Fondazione mentre per l'UOC Radiologia Diagnostica per Immagini – Neuroradiologia Intervenzionale, si è conclusa, entro il 31/12/2018, la selezione con la formulazione delle terna di candidati idonei ai fini del relativo affidamento.

## MONITORAGGIO OBIETTIVI AZIENDALI E DI BUDGET ANNO 2018

La Direzione Strategica nel mese di Febbraio 2018 ha dato inizio al processo di assegnazione degli obiettivi per l'anno 2018.

La prima fase di negoziazione è stata effettuata nel mese di febbraio 2018 attraverso degli incontri con i Direttori dei Dipartimenti Gestionali ai quali sono stati assegnati gli obiettivi a livello dipartimentale.

La seconda fase della negoziazione, iniziata nel mese di marzo 2018, ha coinvolto i Direttori dei Dipartimenti Gestionali insieme ai Direttori delle Unità operative afferenti; durante gli incontri sono stati declinati a livello di Unità operativa gli obiettivi prima assegnati a livello dipartimentale.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 388 del 3/8/2018 sono stati assegnati alle Strutture della Fondazione gli obiettivi per l'anno 2018. In corso d'anno, l'andamento dell'attività è stato monitorato mensilmente. I dati relativi all'andamento della produzione, i costi dei dispositivi medici e dei farmaci sono stati pubblicati mensilmente sul Portale del Controllo di Gestione.

Nel mese di novembre 2018 è stato effettuato il monitoraggio dello stato di avanzamento degli obiettivi al 30/09/2018.

Nel mese di aprile 2019 è stata effettuata la valutazione del raggiungimento degli obiettivi 2018 per l'area del comparto mentre quella del personale Dirigente si è conclusa nel mese di luglio 2019.

Si riportano le percentuali di raggiungimento, a seguito di verifica da parte del Nucleo di Valutazione, delle Prestazioni degli obiettivi aziendali e di budget anno 2018 (Deliberazione 3 agosto 2018, n.388)

DIPARTIMENTO/UOC/STAFF	% RISULTATO/OBIETTIVO
STAFF PRESIDENZA - SEGRETERIA DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE	98
<b>DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO</b>	
UOC AFFARI GENERALI E LEGALI	100
S.S.D. GEST.AMM.RICERCA E SPER. CLINICHE	100
UOC ECONOMICO-FINANZIARIA E CONTROLLO DI GESTIONE	99.72
UOC RISORSE UMANE	100
UOC TECNICO PATRIMONIALE	100
UOC PROVVEDITORATO ECONOMATO	99.58
<b>FUNZIONI ORGANIZZATIVE DI STAFF AL DIRETTORE GENERALE</b>	
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	100
UOC SERVIZIO INFORMATICO	100
SS FORMAZIONE, AGGIORNAMENTO E DIDATTICA	100
SS INGEGNERIA CLINICA	100
SS QUALITA' E RISK MANAGEMENT	100

<b>STAFF DIREZIONE SANITARIA</b>	
SITRA	100
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	100
FARMACIA	100
NEUROPSICOLOGIA CLINICA	100
<b>STAFF DIREZIONE SCIENTIFICA</b>	
UOC NEUROLOGIA, SALUTE PUBBLICA, DISABILITA'	100
NEUROEPIDEMIOLOGIA	100
DIPARTIMENTO RICERCA E SVILUPPO CLINICO	100
UFFICIO RICERCA	100
<b>DIPARTIMENTO NEUROCHIRURGIA</b>	
UOC NEUROCHIRURGIA I	99.3
UOC NEUROCHIRURGIA II	99.5
UOC NEUROCHIRURGIA III	96.5
SSD NEUROCHIRURGIA SPINALE	99
UOC RADIOTERAPIA	100
UOC NEUROANESTESIA E RIANIMAZIONE	100
<b>DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE CLINICHE</b>	
UOC NEUROLOGIA I	96.60
UOC NEUROLOGIA II	99.50
UOC NEUROLOGIA III	99.60
UOC NEUROLOGIA IV	95.60
UOC NEUROLOGIA VIII	96.14
UOC NEUROLOGIA IX	96.00
UOC NEUROLOGIA X	97.00
<b>DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA E TECNOLOGIA APPLICATA</b>	
UOC GENETICA MEDICA E NEUROGENETICA	100
UOC NEUROLOGIA VI	94
UOC NEURORADIOLOGIA	100
UOC NEUROLOGIA V	96.34
UOC NEUROLOGIA VII	97
<b>DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE PEDIATRICHE</b>	
UOC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	98.26
UOC NEUROLOGIA DELLO SVILUPPO	98.5

**PROSPETTO SINTETICO OBIETTIVI PIANO DELLA PERFORMANCE 2018**

OBIETTIVO	SUB OBIETTIVO	INDICATORE/MISURA	
<b>ECCELLENZA SCIENTIFICA</b>	Valorizzare la produzione scientifica	IF grezzo 2018: ≥ 90% della media del triennio 2015-2017 IF normalizzato 2018: ≥ 90% della media del triennio 2015-2017	
	Potenziare l'Attrazione risorse	Finanziamento RC2018 ≥ 85% finanziamento RC2017 Finanziamento per Ricerca Finalizzata da Ministero della Salute e per progetti di Rete IRCCS: almeno il 30% del finanziamento complessivo per ricerca anno 2018	
	Monitoraggio indicatori di efficacia clinica e scientifica	Trasferibilità – ricaduta assistenziale: almeno l'85% dei prodotti della ricerca con ricaduta assistenziale e trasferibilità Trasferibilità – N. trial clinici approvati dal CE ≥ 85% del n. trial approvati da CE nel 2017	
<b>ADOZIONE DI UNA SCHEMA TIPO DI PROPOSTA DELIBERATIVA PER LA RENDICONTAZIONE AMMINISTRATIVO CONTABILE DI CONCLUSIONE DELLE SPERIMENTAZIONI CLINICHE PROFIT E NON PROFIT.</b>	Presentazione di proposte di deliberazione conformi allo schema tipo adottato	Introduzione dell'obbligatorietà della deliberazione di conclusione dello studio clinico.	
<b>ECCELLENZA CLINICA</b>	Ricoveri	Mantenimento rispetto all'anno 2017 di casi di alta complessità (DRG 001-002-003-543)	
	Tasso di attrazione prestazione ambulatoriali	Mantenimento parametri (= o > anno 2017)	
	Tasso di attrazione prestazioni di ricovero	Mantenimento parametri (= o > anno 2017)	
<b>SICUREZZA PER I PAZIENTI E PER GLI OPERATORI</b>	Proseguo attività formativa relativa al Piano di Gestione delle Emergenze della sede di via Celoria	Tenere incontri formativi ad hoc, sul contenuto del PGE della sede di via Celoria e sulle azioni da intraprendere in caso di emergenza, con i lavoratori che ricoprono il ruolo di: Squadra di Emergenza Complementare, Centro di Gestione delle Emergenze e Squadra di Emergenza	
	Prevedere almeno una prova di evacuazione nella sede di via Celoria per verificare la conoscenza delle procedure di esodo e di primo intervento.	Effettuazione di almeno una prova di evacuazione	
	Interventi di adeguamento alla normativa antincendio (D.M. 19 marzo 2015) presso la sede della Fondazione di via Celoria, oggetto di finanziamento Ministeriale/Regionale	Presentazione presso Regione Lombardia di Progetto esecutivo riferito ad interventi di "Completamento compartimentazioni antincendio _ Collegamento idranti esistenti a rete di nuova realizzazione _ Adeguamento reparto di terapia intensiva _ Realizzazione centrale gestione emergenze _ Coordinamento esistente /nuova realizzazione impianti di illuminazione" presso la sede di via Celoria I   Milano.  Aggiudicazione lavori di "realizzazione degli interventi della sede di via Celoria I I – Pad. C e D_ primo stralcio".	

<b>SICUREZZA PER I PAZIENTI E GLI OPERATORI</b>  <b>APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ANTIBIOTICO TERAPIA</b>  <b>APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA (RACMIN. N 7)</b>	Protocollo di trattamento e gestione dell'evento settico: terapia antibiotica empirica ad ampio spettro	Effettuazione audit Regione Lombardia nei termini  N di sepsi nei quali è stata riconosciuta l'origine / N di sepsi totale  Aggiornamento del prospetto delle antibioticoterprie ad ampio spettro locali in base a sede dell'infezione  In TI n di giorni di degenza con antibiotico terapia su numero di giorni di degenza totali	
	Monitoraggio ed epidemiologia degli eventi sentinella microbiologici	Report	
	Revisione della procedura di inserimento del catetere vescicale.	Revisione della procedura di inserimento del catetere vescicale  Tasso delle infezioni delle vie urinarie e degli eventi settici aventi alla base una urosepsi causati da patogeni multiresistenti vs tasso generale eventi settici	
	Monitoraggio esami colturali vie urinarie, correlazione con infezioni delle vie urinarie, individuazione dei patogeni multisensibili o multiresistenti, Evoluzione in urosepsi	Sensibilità antibiotiche 2017	
<b>MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI PER L'UTENZA</b>	Appropriata prescrittiva	Audit completezza e correttezza prescrizioni endovenose  Audit correttezza e completezza prescrizioni farmaci monoclonali  Audit correttezza e completezza pre anestesia in pre ricovero	
	Presa in carico pazienti cronici.	Attivazione del progetto secondo i tempi stabiliti dalla ATS e Regione Lombardia	
	Riorganizzazione ambulatori	Nuovi quesiti diagnostici	
<b>POTENZIAMENTO TECNOLOGICO</b>	Organizzazione ed erogazione delle prestazioni per almeno 5 ore settimanali nei seguenti orari: prima delle ore 8.00 e/o dopo le ore 17.00 e/o nelle giornate di sabato.	Apertura ambulatori o diagnostiche di sabato (almeno 25 aperture)	
	Aggiornamento acceleratore lineare	Affidamento e collaudo del sistema	
	Completamento dell'allestimento della nuova sala operatoria integrata con Risonanza Magnetica operatoria e sistema a ultrasuoni focalizzati ad alta intensità (HIFU)	Affidamento e collaudo del sistema	
<b>DIGITALIZZAZIONE</b>	Acquisizione strumentazione per attività di ricerca nell'ambito della genomica e proteinomica e telemedicina	Acquisizione e collaudo della apparecchiatura.	
	Diffusione dell'utilizzo del nuovo Sistema di Storage Aziendale.	Numero di utenti utilizzatori del nuovo Sistema di Storage Aziendale.	
	Introduzione della compilazione	Attivazione della funzionalità	

	della diagnosi codificata ICD9 – CM nella refertazione ambulatoriale		
	Supporto all'installazione e all'avviamento del Sistema avanzato di elaborazione ad alte prestazioni per la genomica.	Installazione, configurazione e collaudo del sistema.	
	Procedura informatizzazione protocollo e deliberazioni del Direttore Generale	Adozione delibere del Direttore Generale con il sistema DocsPa.	
	Avvio del CCR	Esecuzione ambiente di test e avvio fase esecutiva.	
	Pago PA	Avvio del sistema Pago PA	
<b>MONITORAGGIO DEL PTPCT ANNO 2018</b>	Monitoraggio degli adempimenti previsti nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018/2020 in capo ad ogni U.O.C.	Trasmissione al RPCT dei report previsti e delle misure adottate	
<b>ATTUAZIONE DEL PTPCT ANNO 2018</b>	<u>Anticorruzione</u> : Adozione di un regolamento per la gestione del recupero crediti	Regolamento	
	<u>Trasparenza</u> : Tempestiva pubblicazione su "Amministrazione trasparente" dei dati di competenza di ogni U.O.C.	Comunicazione al RPCT dell'avvenuta pubblicazione	
<b>RISPETTO DELLE SCADENZE REGIONALI</b>	Coordinamento della produzione delle procedure indicate da Regione Lombardia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adozione delibera di approvazione delle procedure;</li> <li>• Implementazione delle procedure</li> </ul>	
<b>PIANIFICAZIONE STRATEGICA</b>	ATTUAZIONE Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS)	Attivazione di tutte le strutture per le quali il Direttore Generale ha disposto di procedere	