

31/12/2024

Relazione sugli Obiettivi 2024 del Direttore Generale

Rendicontazione al 31 dicembre 2024

L'ONCOLOGIA ITALIANA È NATA QUI



Fondazione IRCCS
Istituto Nazionale dei Tumori

via Venezian, 1 20133 Milano

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia



Sommario

Lo stato d'avanzamento degli obiettivi in sintesi	2
Obiettivo 1 – Interventi PNRR	3
Obiettivo 2 – Tempi di attesa	8
Obiettivo 3 – Nomenclatore Tariffario	16
Obiettivo 4 – Personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla Ricerca Sanitaria ..	19
Obiettivo 5 – Comitato di Bioetica INT	21
Obiettivo 6 – Riordino IRCCS	23
Obiettivo 7 – Città della salute	24
Obiettivo 8 – Patologie Mammarie	25
Obiettivo 9 – Gestione Patrimonio	28
Obiettivo 10 – Pagamento dei fornitori	30
Obiettivo 11 – Procedura Sperimentazioni cliniche	31



Lo stato d'avanzamento degli obiettivi in sintesi

Con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 21-F del 23/05/2024 sono stati assegnati al Direttore Generale gli obiettivi per l'anno 2024. Di seguito la tabella sinottica sullo stato di avanzamento:

N.	Obiettivi	Peso	Indicatore	Misurazione	Scadenza	Stato di avanzamento lavori
Obiettivi strategici e regionali (DGR n. 7758/2022)						
1	Interventi PNRR	15	Rispetto del cronoprogramma in linea con le scadenze concordate con Regione Lombardia	Rispetto delle tempistiche, come da cronoprogramma per: - sostituzione dell'apparecchiatura, installazione ed esecuzione dei collaudi previsti delle nuove macchine; - definizione delle modalità organizzative e mantenimento della produzione allineata a quella del 2023 (con una tolleranza di almeno il 10% per le RNM); - gestione organizzativa dei trasferimenti di attività diagnostica presso la sc di Radioterapia (per le TAC) e mezzo mobile (per le RMN) in fase di sostituzione delle apparecchiature, e gestione organizzativa finalizzata al ripristino dell'attività sulle nuove macchine. Tale attività sono da completarsi per ciascuna apparecchiatura sostituita e considerando le seguenti scadenze: a) prima TAC entro il 30/06/2024 b) prima RMN entro il 15/07/2024 c) seconda TAC entro il 15/09/2024 d) seconda RMN entro il 30/11/2024	a) 30/06/2024 b) 15/07/2024 c) 15/09/2024 d) 30/11/2024	completato
2	Tempi di attesa	10	Monitoraggio delle performance sul rispetto dei tempi di attesa massimi delle prestazioni sanitarie (ricoveri e prestazioni ambulatoriali)	a) Presentazione del piano di contenimento delle liste di attesa b) Monitoraggio 1 semestre 2024 c) completamento delle azioni di miglioramento previste dal piano sia per le prestazioni di ricovero sia per le prestazioni ambulatoriali d) monitoraggio annuale 2024	a) 30/04/2024 b) 30/06/2024 c) 31/12/2024 d) 31/12/2024	completato
3	Nomenclatore Tariffario	5	Implementazione del nuovo Tariffario a livello di prescrizione, prenotazione ed erogazione	a) Individuazione delle prestazioni del nuovo nomenclatore utilizzate all'interno dell'Istituto b) Quantificazione dell'impatto del nuovo Nomenclatore sulla produzione aziendale	a) 30/06/2024 b) 30/06/2024 c) 31/12/2024 d) 31/12/2024	completato
Obiettivi Raccordo Assistenza/Ricerca						
4	Personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla Ricerca Sanitaria	15	a) Applicazione delle nuove regole per la classificazione professionale del personale del comparto della ricerca sanitaria b) Predisposizione C CIA	a) Applicazione dei criteri per l'inquadramento del personale del comparto ricerca sanitaria e supporto alla ricerca b) Presentazione C CIA alle OO.SS.	a) 30/04/2024 b) 30/06/2024	completato
5	Comitato di Bioetica INT	10	Creazione di un Comitato di Bioetica dell'INT a supporto della ricerca e dell'assistenza	a) Predisposizione del documento di istituzione e funzionamento del Comitato di Bioetica istituzionale b) Individuazione e nomina dei componenti	a) 30/09/2024 b) 31/12/2024	completato
6	Riordino IRCCS	5	Costituzione dell'Albo dei partner industriali della Fondazione	a) Stesura del Regolamento b) Selezione e pubblicazione dell'elenco dei partner industriali	a) 31/07/2024 b) 31/12/2024	completato
Obiettivi Strutturali						
7	Città della salute	10	a) Documentazione richiesta da stazione appaltante e Regione b) Riunione e incontri	a) Assunzione eventuali provvedimenti b) Partecipazione ad incontri e riunione	31/12/2024	completato
8	Patologie Mammarie	10	a) Riorganizzazione della Breast Unit ed aggiornamento del relativo documento organizzativo ; b) Ampliamento della programmazione di attività chirurgica della presa in carico di pazienti con mutazione genetica BRCA	a) Redazione e pubblicazione del documento organizzativo della Breast Unit b) Presentazione in plenaria con le figure coinvolte a livello dipartimentale, in particolare con ruolo di coordinamento e direzione c) Realizzazione del percorso dedicato e dell'attività chirurgica prevista per le pazienti caratterizzate da mutazione genetica BRCA utilizzando almeno l'80% delle risorse assegnate e dedicate a tale casistica	a) 31/07/2023 b) 30/09/2024 c) 31/12/2024	completato
Obiettivi Amministrativi						
9	Gestione Patrimonio	5	Realizzazione del cronoprogramma proposto e condiviso con il CdA	a) Esperimento delle procedure di gara b) Adozione degli esiti di gara	31/12/2023	completato
10	Pagamento dei fornitori	5	Indicatore Tempestività Pagamenti (ITP regionale = 0 o minore di 0)	Monitoraggio nella relazione DG allegata ai CET 2024	31/12/2023	completato
11	Procedura Sperimentazioni cliniche	10	a) Analisi delle procedure amministrativo contabili relativamente agli studi Sperimentali b) Proposte di miglioramento da attivare nell'anno 2025	a) Relazione sul modello organizzativo-amministrativo-contabile b) Documento con attività di riorganizzazione da attivare nel 2025	a) 30/09/2024 b) 31/12/2024	completato

Si relaziona nelle pagine seguenti in merito allo stato avanzamento di ciascun obiettivo al 31/12/2024.



Obiettivo 1 – Interventi PNRR

Razionale: PNRR M6.C2-1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature sanitarie: TAC e RMN).

Indicatore: 1. Rispetto del cronoprogramma in linea con le scadenze concordate con Regione Lombardia

Misurazione: Rispetto delle tempistiche, come da cronoprogramma per:

- sostituzione dell'apparecchiatura, installazione ed esecuzione dei collaudi previsti delle nuove macchine;
- definizione delle modalità organizzative e mantenimento della produzione allineata a quella del 2023 (con una tolleranza di almeno il 10% per le RNM);
- gestione organizzativa dei trasferimenti di attività diagnostica presso la sc di Radioterapia (per le TAC) e mezzo mobile (per le RMN) in fase di sostituzione delle apparecchiature, e gestione organizzativa finalizzata al ripristino dell'attività sulle nuove macchine.

Tale attività sono da completarsi per ciascuna apparecchiatura sostituita e considerando le seguenti scadenze:

- a) prima TAC entro il 30/06/2024
- b) prima RMN entro il 15/07/2024
- c) seconda TAC entro il 15/09/2024
- d) seconda RMN entro il 30/11/2024

Peso: 15/100

Risultati raggiunti al 31.12.2024:

a) prima TAC	Scadenza: 30.06.2024
--------------	-------------------------

Nel mese di febbraio, al fine di ottimizzare il processo di installazione e messa in opera delle strumentazioni, la Direzione Sanitaria ha istituito un gruppo di lavoro che ha visto la partecipazione delle seguenti S.C.: Direzione Medica di Presidio, Gestione Tecnico Patrimoniale, Ingegneria Clinica, Radiologia e Diagnostica Interventistica, Direzione Professioni Sanitarie, Accoglienza CUP - Libera Professione. Il gruppo di lavoro ha definito il cronoprogramma degli interventi e ha redatto un documento di progetto per l'installazione delle nuove TAC (documentazione inviata al Direttore Sanitario in data 10.04.2024).

La sostituzione delle TAC ha previsto il fermo macchina e la dismissione della stessa a partire dal 29.04.2024. L'inizio dei lavori di adeguamento funzionale dei locali e degli impianti elettrici e meccanici è iniziato il 02.05.2024 ed è terminato il 29.05.2024, rispettando le previsioni per l'installazione della nuova TAC. L'adeguamento ha compreso la riqualificazione delle pavimentazioni, l'installazione di nuove porte scorrevoli automatiche schermate al piombo con idoneo grado di protezione, la sostituzione dei controsoffitti della zona comando e controllo, l'installazione di un nuovo impianto elettrico di forza motrice e illuminazione con nuovi quadri elettrici, un nuovo impianto elettrico speciale per l'interfacciamento con la nuova TAC, la realizzazione di una nuova linea di raffreddamento per l'acqua a servizio dell'apparecchiatura e le finiture di completamento dei locali.



L'installazione della nuova TAC è iniziata nella settimana dal 3.06.2024 al 7.06.2024 con il montaggio meccanico dell'apparecchiatura. Nella settimana dal 10.06.2024 al 14.06.2024 è stato eseguito il power-on del tomografo e sono stati effettuati con esito positivo i controlli da parte delle strutture di Ingegneria Clinica, Radioprotezione, Sistemi Informativi e Fisica Sanitaria. Il 17.06.2024 è stato firmato il collaudo della TAC ed è stata fornita la formazione al personale della Radiologia Diagnostica e Interventistica dalla ditta Siemens.

Il 13 giugno sono state eseguite le misure di radioprotezione per verificare l'efficienza delle protezioni durante il funzionamento della nuova apparecchiatura TC. Le misure hanno confermato che le protezioni fisse sono idonee e rispettano i limiti di dose previsti dalla normativa vigente per ogni categoria a rischio. La relazione finale di prima verifica è stata inviata al direttore sanitario il 27 giugno. Sono stati inoltre eseguiti i test di accettazione per la qualità dell'immagine e la dose al paziente, secondo i protocolli della ditta Siemens e della fondazione. Le verifiche hanno confermato che tutti i parametri rientrano nelle specifiche dell'apparecchiatura dichiarate dalla ditta, rendendola idonea all'uso clinico.

Al fine di garantire la continuità nell'erogazione durante le lavorazioni (29 aprile - 17 giugno), l'attività diagnostica e interventistica delle altre due apparecchiature TAC in dotazione alla Radiologia è stata rimodulata e parte dell'attività è stata trasferita utilizzando la TAC collocata presso la SC di Radioterapia.

È stata riorganizzata la turnazione del personale TSRM, infermieristico e di supporto, con l'attivazione di una fascia oraria prolungata nel pomeriggio (dal 6 maggio al 15 settembre) per garantire la presenza di personale per gli slot TAC trasferiti in radioterapia. Sono stati ridefiniti i protocolli per l'acquisizione degli esami diagnostici presso la TAC in radioterapia, e hanno collaborato per l'attivazione degli slot agenda e della lista lavoro. Negli spazi di radioterapia è stata organizzata una postazione di refertazione radiologica e uno spazio allestito con un carrello dedicato per la preparazione del paziente all'esecuzione dell'esame. Inoltre, dall'installazione della nuova TAC, è stata attivata la formazione per l'utilizzo da parte del personale TSRM.

Tale riassetto ha previsto l'esecuzione di 6-8 esami al giorno nella fascia oraria compresa tra le 15:30 e le 18:00, le misure hanno garantito il mantenimento della produzione entro il margine di tolleranza stabilito, consentendo così il raggiungimento dell'obiettivo prefissato.

La produzione nel periodo gennaio-maggio 2024 è rimasta stabile rispetto allo stesso periodo del 2023, con un incremento dell'1%.

b) prima RMN

Scadenza:

15.07.2024

Nel mese di febbraio, al fine di ottimizzare il processo di installazione e messa in opera delle strumentazioni, la Direzione Sanitaria ha istituito un gruppo di lavoro che ha visto la partecipazione delle seguenti S.C.: Direzione Medica di Presidio, Gestione Tecnico Patrimoniale, Ingegneria Clinica, Radiologia e Diagnostica Interventistica, Direzione Professioni Sanitarie, Accoglienza CUP - Libera Professione. Il gruppo di lavoro ha definito il cronoprogramma degli interventi e ha redatto un documento di progetto per l'installazione delle nuove RMN (documentazione inviata al Direttore Sanitario in data 10.04.2024).



I lavori per la sostituzione della RMN 1 sono iniziati il 29 aprile 2024 e si sono conclusi il 25 luglio 2024. Si è provveduto alla predisposizione dei nuovi impianti di raffreddamento del magnete, parallelamente la stazione di raffreddamento esterna e il relativo container sono stati eliminati.

Durante il periodo di fermo macchina, dal 6 maggio al 21 luglio, è stato messo a disposizione dell'Istituto un mezzo mobile dotato di RMN per compensare la riduzione dell'attività diagnostica. La necessità di garantire la continuità nell'erogazione delle prestazioni ha reso indispensabile e urgente il noleggio di un'unità mobile dotata di una RMN Ingenia 1,5T come quella attualmente in uso presso la Fondazione.

È stata effettuata la riorganizzazione delle attività del personale tecnico sanitario di radiologia medica (TSRM), infermieristico e di supporto, per permettere l'esecuzione degli esami diagnostici nell'apparecchiatura mobile allestita nel piazzale. Contestualmente, sono stati rivisti e adeguati i percorsi dei pazienti per garantire un accesso agevole e sicuro all'unità mobile.

Per permettere l'uscita del magnete, è stato aperto un varco sulla parete esterna. Contestualmente, è stata aperta la gabbia di Faraday sulla stessa parete per consentire il passaggio del magnete. Inoltre, sono stati adeguati i fori dei filtri a servizio della gabbia di Faraday e del nuovo sistema RM.

Sono state apportate modifiche alle schermature per contenere le linee di campo magnetico. Gli impianti elettrici, meccanici e speciali all'interno della sala esami sono stati modificati, e il quadro elettrico di potenza è stato adeguato. È stato fornito e montato un nuovo tubo di quench.

A causa di imprevisti, si è resa necessaria la sostituzione non programmata della Gabbia RF e il rifacimento del pavimento RF. Le lavorazioni sono iniziate il 16 Giugno e si sono concluse il 30 Giugno 2024 quindi con parziale differimento rispetto al cronoprogramma definito.

L'installazione della RMN è stata completata il 19 luglio 2024 successivamente è stato innalzato il campo magnetico ed eseguite le tarature.

Il collaudo della prima RMN è avvenuto in data 5 agosto 2024. Il ritardo di circa 2 settimane si è verificato come sopra detto, a causa di una problematica tecnica che ha richiesto la sostituzione dei pannelli della gabbia di Faraday. Tale attività non era stata prevista nel quadro economico dei lavori. Pertanto si è resa necessaria la richiesta di offerta alla ditta IMEDCO per il ripristino del buon funzionamento delle componenti ammalorate senza il quale non sarebbe stato possibile mettere in esercizio l'apparecchiatura.

La formazione del personale TSRM è stata effettuata dal 5 al 9 agosto e dal 26 al 30 agosto, integrando tale attività alle ferie programmate del personale TSRM e garantendo la formazione al 100% del personale, assegnato in risonanza magnetica.

Il collaudo e i test di accettazione della prima RM Siemens Magnetom Sola (s/n 184309) da parte della Fisica Sanitaria sono stati eseguiti tra il 29 luglio e il 2 agosto 2024. In particolare, in fase di accettazione sono stati verificati i seguenti standard di sicurezza:

1. verifica del funzionamento del sistema di ventilazione in condizioni normali e di emergenza;
2. verifica del potere schermante della gabbia di Faraday;
3. verifica e calibrazione del sensore ossigeno con impostazione delle soglie di allarme;
4. campo magnetico disperso attorno all'apparecchiatura;



5. corrispondenza del tubo di quench alle indicazioni del fornitore dell'apparecchiatura;

6. Controlli di qualità immagine.

Tutti i test hanno dato esito positivo e il 6 agosto 2024 è stato rilasciato il benestare all'uso in accordo al DM 14 gennaio 2021.

c) seconda TAC

Scadenza:

15.09.2024

L'inizio dei lavori di adeguamento funzionale dei locali e degli impianti elettrici e meccanici è iniziato il 15 luglio 2024 ed è terminato il 07 agosto 2024, rispettando le previsioni per l'installazione della seconda nuova TAC. L'adeguamento ha compreso la riqualificazione delle pavimentazioni, la sostituzione dei controsoffitti della zona comando e controllo, l'installazione di un nuovo impianto elettrico di forza motrice e illuminazione con nuovi quadri elettrici, un nuovo impianto elettrico speciale per l'interfacciamento con la nuova TAC, l'adeguamento della linea di raffreddamento per l'acqua a servizio dell'apparecchiatura e le finiture di completamento dei locali.

In data 2 settembre 2024 è arrivata la nuova TAC. A seguito del montaggio meccanico e del power-on della macchina sono stati eseguiti i controlli tecnici ed amministrativi da parte dell'Ingegneria Clinica, della Fisica Sanitaria, dei Sistemi informativi e della Radioprotezione. Il collaudo dell'apparecchiatura si è concluso il giorno 16 settembre 2024 così come previsto dal cronoprogramma condiviso con la Direzione Strategica.

Al termine dell'installazione della seconda TC Siemens sono state eseguite le misure di radioprotezione al fine di verificare l'efficienza delle protezioni durante il funzionamento dell'apparecchiatura TC Siemens X-cite (s/n 123652). Dalle misure eseguite risulta che le protezioni fisse in atto sono idonee e tali da garantire il rispetto dei limiti di dose previsti dalla normativa vigente per ogni categoria a rischio, la relazione finale di prima verifica è stata inviata al direttore sanitario in data 13 settembre 2024. Inoltre, sono stati eseguiti i test di accettazione per la qualità immagine e dose al paziente in accordo sia al protocollo della ditta Siemens che a quello predisposto dalla Fisica sanitaria. Le verifiche hanno mostrato che tutti i parametri rientrano nelle specifiche dell'apparecchiatura dichiarate dalla ditta. L'apparecchiatura è stata ritenuta idonea all'uso clinico.

La turnazione del personale TSRM, infermieristico e di supporto ha mantenuto l'assetto previsto per la sostituzione ed installazione della prima TAC. È stata conservata la fascia oraria prolungata nel pomeriggio (dal 6 maggio al 15 settembre) per garantire la presenza necessaria di personale per gli slot TAC trasferiti presso la s.c. Radioterapia. Con l'installazione della nuova TAC, è proseguito il percorso formativo per il personale TSRM al fine di garantire un utilizzo ottimale delle nuove apparecchiature.

L'assetto ha permesso l'esecuzione di 6-8 esami al giorno nella fascia oraria 15:30-18:00. Le misure adottate hanno assicurato il mantenimento della produzione entro il margine di tolleranza stabilito.



Nel periodo gennaio-dicembre 2024, la produzione è rimasta stabile rispetto allo stesso periodo del 2023, in particolare sono stati eseguiti 35.560 esami TAC (comprendenti ambulatoriali, degenti, protocolli di ricerca e attività di Libera professione) a fronte dei 35.686 eseguiti nell'anno precedente. Nel dettaglio della sola attività ambulatoriale TAC risulta un incremento dell'1%, con 19.446 esami nel 2024 rispetto ai 19.246 del 2023.

d) seconda RMN

Scadenza:

30.11.2024

I lavori per la sostituzione della RMN 2 sono iniziati il 04 settembre 2024 e si sono conclusi il 30 ottobre 2024. Si è provveduto alla predisposizione dei nuovi impianti di raffreddamento del magnete, la stazione di raffreddamento esterna, l'adeguamento dell'impianto elettrico, l'adeguamento dell'impianto gas medicali ed il completamento delle finiture edili.

In data 14 ottobre la ditta Siemens ha introdotto la nuova RMN in Istituto procedendo successivamente al montaggio meccanico dell'apparecchiatura. Nella settimana seguente sono stati eseguiti il refill dell'elio e lo start up della macchina con l'innalzamento del campo magnetico.

In seguito sono stati eseguiti i controlli tecnici ed amministrativi da parte dell'Ingegneria Clinica, della Fisica Sanitaria e dei Sistemi informativi. Il collaudo dell'apparecchiatura si è concluso il giorno 11 novembre 2024 in anticipo di circa due settimane rispetto a quanto previsto dal cronoprogramma condiviso con la Direzione Strategica.

Il collaudo e i test di accettazione da parte della Fisica Sanitaria della seconda RM Siemens Magnetom Sola (s/n 184440) sono stati eseguiti nel periodo 22 ottobre - 11 novembre 2024. In particolare, in fase di accettazione sono stati verificati i seguenti standard di sicurezza:

1. verifica del funzionamento del sistema di ventilazione in condizioni normali e di emergenza;
2. verifica del potere schermante della gabbia di Faraday;
3. verifica e calibrazione del sensore ossigeno con impostazione delle soglie di allarme;
4. campo magnetico disperso attorno all'apparecchiatura;
5. corrispondenza del tubo di quench alle indicazioni del fornitore dell'apparecchiatura;
6. Controlli di qualità immagine.

Tutti i test hanno dato esito positivo e in data 11 novembre 2024 è stato rilasciato il benestare all'uso in accordo al DM 14 gennaio 2021.

La turnazione del personale TSRM, infermieristico e di supporto è stata riorganizzata per ottimizzare l'utilizzo delle due RMN attive durante la seconda installazione, con l'introduzione di nuove agende e l'ampliamento della fascia oraria pomeridiana.



La produzione è stata mantenuta entro i margini previsti, garantendo il raggiungimento degli obiettivi programmati. Nel periodo gennaio-dicembre 2024, sono stati eseguiti complessivamente 12.075 esami RMN (comprendenti ambulatoriali, degenti, protocolli di ricerca e libera professione), un dato stabile rispetto allo stesso periodo del 2023, in cui erano stati effettuati 12.224 esami. Nel dettaglio della sola attività ambulatoriale RMN risulta un incremento dell'1%, con 9.943 esami nel 2024 rispetto ai 9.768 del 2023.

Obiettivo 2 – Tempi di attesa

Razionale: Applicazione delle Direttive in materia con particolare riguardo alle indicazioni fornite dalla DG Welfare nel corso del 2024.

Indicatore: Monitoraggio delle performance sul rispetto dei tempi di attesa massimi delle prestazioni sanitarie (ricoveri e prestazioni ambulatoriali).

Misurazione:

- Presentazione del piano di contenimento delle liste di attesa.
- Monitoraggio 1 semestre 2024.
- Completamento delle azioni di miglioramento previste dal piano sia per le prestazioni di ricovero sia per le prestazioni ambulatoriali.
- Monitoraggio annuale 2024.

Peso: 10/100

Risultati raggiunti al 31.12.2024:

a) Presentazione del piano di contenimento delle liste di attesa

Scadenza:

30.04.2024

L'ATS Città Metropolitana di Milano ha trasmesso alla Fondazione la nota della Direzione Generale Welfare, protocollo G1.2024.0009096 in data 21 marzo 2024. Con tale nota sono stati preliminarmente indicati i volumi di prestazioni ambulatoriali PNGLA target per l'Istituto Nazionale dei Tumori per il periodo aprile - dicembre 2024. La Fondazione ha quindi avviato un'analisi volta a determinare la sostenibilità dei volumi richiesti, tenendo conto dei dati storici, delle variazioni di personale intercorse rispetto al 2023 e della capacità produttiva a seguito di una rivalutazione del mix. Successivamente, in data 9 aprile 2024, a seguito di specifica istanza della Fondazione, è stato trasmesso un aggiornamento degli stessi volumi da parte dell'ATS.

Con la DGR 2224/2024, Regione Lombardia ha deliberato il volume target di prestazioni da monitorare per il Piano Nazionale (e Regionale) di Governo delle Liste d'Attesa, definendo il Tempario Unico Regionale per le medesime prestazioni.

Il Piano Operativo dell'Istituto prevede le seguenti attività:

1. *ordinarie:*

- Monitoraggio costante del livello di saturazione delle agende e dei tempi d'attesa delle prestazioni PNGLA, anche attraverso la rilevazione mensile del flusso MTA;
- Attuazione delle azioni correttive in collaborazione con le Unità Operative (UO) coinvolte;



- Controllo quotidiano delle rilevazioni effettuate da ATS sui “Tempi d’attesa prestazioni iniziativa negoziazione sperimentale - negoziazioni e prenotazioni” rispetto alla capacità di risposta alle richieste di prenotazione pervenute;
- Percorso attuativo centralizzato per l'apertura/modifica delle agende;
- Monitoraggio trimestrale dell’ALPI;
- Monitoraggio periodico dei tempi e delle liste d’attesa per ricoveri chirurgici oncologici e non oncologici.

2. straordinarie:

- Assegnazione dei seguenti obiettivi di budget, in particolare:
 - i. riduzione dei tempi d’attesa per i ricoveri chirurgici oncologici in Classe A e B, delineando le performance entro target della classe di priorità e per il contenimento dei ritardi oltre i 9 giorni da raggiungere entro il 2024;
 - ii. raggiungimento dei target ambulatoriali definiti dalla DG Welfare per tutte le strutture coinvolte;
- Nomina del nuovo Responsabile Unico Aziendale (nota prot. DG 5818335 del 10 Maggio 2024);
- Verifica dei contenuti del sito istituzionale e relativo aggiornamento in aderenza alla normativa vigente inerente ai tempi d’attesa (primo aggiornamento svolto il 20 marzo), in particolare sono stati pubblicati i tempi d’attesa ex post;
- Definizione di un percorso per la gestione delle segnalazioni degli utenti, coinvolgendo Direzione Medica di Presidio (DMP), Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), Responsabile Unico del Procedimento (RUA), Centro Unico di Prenotazione (CUP);
- Analisi della produzione ambulatoriale PNGLA per il 2023, per prevedere la produzione potenziale del 2024 e confrontarla con i target definiti dalla Direzione Generale Welfare per la negoziazione delle prestazioni con ATS (circolari e DGR 2224/2024);
- Analisi del tempario per l’erogazione delle prestazioni applicato nell’istituto rispetto a quello regionale definito dalla DGR 2224/2024, per adeguare i tempi di erogazione alle richieste (in corso);
- Analisi della capacità produttiva delle grandi apparecchiature e del livello di utilizzo rispetto alla tipologia di utenza, per raggiungere le soglie dei KPI definiti dalla regione per la produzione per esterni (numero di prestazioni/ora per macchina e numero di ore dedicate all’attività per esterni al giorno per macchina);
- Attività propedeutiche ai riscontri da fornire ad ATS e Direzione Generale Welfare (es.: target ambulatoriali, produttività delle macchine, impegno del personale per attività di TC e RMN, evidenza delle agende per esterni/interni, ecc.);
- Individuazione delle linee di attività per l’erogazione di prestazioni aggiuntive, sia ambulatoriali che di ricovero, per il recupero delle liste d’attesa con i finanziamenti esterni, fondo nazionale “Piano di Ripresa 2024” e fondo regionale “Area a pagamento” e interni, Fondo Balduzzi.

**b) Monitoraggio 1 semestre 2024**

Scadenza:

30.06.2024

Ambulatoriale

E' stato implementato il monitoraggio costante del livello di saturazione delle agende e dei tempi d'attesa delle prestazioni PNGLA.

Nel contempo è stato rafforzato il monitoraggio mensile dell'Attività Libero-Professionale Intramuraria (ALPI) e dei Monitoraggi Tempi d'Attesa (MTA). Non si evincono criticità rispetto al rapporto dell'attività SSN e Libero Professionale. È stata avviata la transcodifica dei codici utilizzati per l'attività Libero Professionale Intramuraria.

Analisi del tempario

Nel corso del primo semestre è stata effettuata l'analisi del tempario in uso presso la Fondazione al fine di verificarne l'eventuale scostamento rispetto al Tempario Unico Regionale definito nella DGR 2224/2024. La seguente tabella reca l'esito dell'analisi svolta.

PRESTAZIONE	TEMPARIO UNICO REGIONALE	TEMPO MEDIO SLOT INT	DELTA
88.73.1 DIAGNOSTICA ECOGRAFICA MAMMELLA BILATERALE	20	13	-7
89.7A.8 PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA	20	15	-5
89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA	20	15	-5
87.37.1 MAMMOGRAFIA BILATERALE	20	15	-5
88.73.2 DIAGNOSTICA ECOGRAFICA MAMMELLA MONOLATERALE 15	15	13	-2
45.42 POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'INTESTINO CRASSO	45	44	-1
89.7C.2 PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA	20	20	0
89.7B.6 PRIMA VISITA ONCOLOGICA	30	30	0
89.7B.8 PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	20	20	0
88.76.1 ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	20	20	0
87.37.2 MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	15	15	0
88.91.1 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	30	30	0
88.91.2 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	30	30	0
88.93.1 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	30	30	0
88.95.5 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	30	30	0
88.93 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA	30	30	0
88.95.4 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	30	30	0
89.37.2 SPIROMETRIA GLOBALE	30	30	0
89.41 TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE	30	30	0
89.43 TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO	30	30	0
45.16 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	30	33	3
45.25 COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	40	44	4
89.7B.2 PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	20	25	5
95.02 PRIMA VISITA OCULISTICA	20	25	5
88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	15	20	5
88.74.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE	15	20	5
88.38.5 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO	20	25	5
88.01.5 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO	20	25	5



PRESTAZIONE	TEMPARIO UNICO REGIONALE	TEMPO MEDIO SLOT INT	DELTA
88.38.2 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO	20	25	5
87.03 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO	20	25	5
87.03.1 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	20	25	5
87.41.1 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	20	25	5
88.38.1 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	20	25	5
88.01.1 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE	20	25	5
88.01 .6 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	20	25	5
88.01.3 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE	20	25	5
88.01.2 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	20	25	5
88.01.4 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	20	25	5
87.41 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE	20	25	5
88.71.4 DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	15	23	8
89.7A.3 PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	20	30	10
89.7A.7 PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	20	30	10
89.7A.9 PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	20	30	10
89.7B.9 PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	20	30	10
88.73.5 ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO O DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA	15	25	10
88.77.2 ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A RIPOSO O DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA	15	25	10
88.72.3 ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A RIPOSO O DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA	20	30	10
88.78.2 ECOGRAFIA GINECOLOGICA	15	25	10
95.11 FOTOGRAFIA DEL FUNDUS	15	25	10
89.37.1 SPIROMETRIA SEMPLICE	20	30	10
89.50 ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	15	30	15
95.41.1 ESAME AUDIOMETRICO TONALE	15	30	15
89.52 ELETTROCARDIOGRAMMA	10	30	20

Coerentemente con l'introduzione del nuovo nomenclatore tariffario, nelle more della riorganizzazione delle agende, è previsto l'adeguamento, ove applicabile, al Tempario Unico Regionale.

E' stata monitorata la produzione rispetto agli obiettivi quantitativi assegnati con DGR 2224 del 22 Aprile 2024 aggiornati in seguito con la DGR 2576 del 15 Luglio 2024.

Nell'ambito delle risorse assegnate con il Piano di Ripresa 2024, è stato possibile incrementare gli slot per le prestazioni ambulatoriali come segue (aggiornamento al 30/06). La percentuale di saturazione degli slot disponibili è pari al 94%.

RAGGRUPPAMENTI	SLOT PAZIENTI	SLOT OCCUPATI	%
TAC	159	149	94%
ECOGRAFIE	600	589	98%
RMN	78	78	100%



RAGGRUPPAMENTI	SLOT PAZIENTI	SLOT OCCUPATI	%
PRESTAZIONI CARDIOLOGICHE	104	94	90%
GASTROSCOPIE	79	75	95%
COLONSCOPIE	226	190	84%
TOTALE	1246	1175	94%

Ricoveri chirurgici oncologici (DGR XI 5883/2022)

Nell'ambito dei ricoveri, è stato eseguito un monitoraggio puntuale del Portale Regionale, dal quale si evidenziano i ricoveri che eccedono i tempi di attesa previsti dalla classe di priorità assegnata (D.G.R. n. XI/5883/2022). Pertanto, sono stati predisposti elenchi per ciascuna SC dell'Istituto, permettendo ai Direttori delle Strutture del Dipartimento di Chirurgia Oncologica di svolgere l'autocontrollo e di apportare le necessarie correzioni attraverso il sistema gestionale ADT. Inoltre, è stata redatta una reportistica finalizzata a misurare e monitorare la performance dei tempi di attesa dei ricoveri chirurgici oncologici. Di seguito, si riporta una sintesi delle performance dei tempi di attesa per ricoveri chirurgici oncologici, classi A e B, relativamente al primo trimestre del 2024.

n. Ricoveri (Classi A e B)	Ritardi POST-Autocontrollo				Andamento 2024		
	ENTRO TARGET	RITARDO ENTRO 9GG	RITARDO OLTRE 9GG	TOTALE	% ENTRO TARGET	% RITARDO ENTRO 9GG	% RITARDO OLTRE 9GG
CHIRURGIA APPARATO DIGERENTE EPATO GASTRO PANCR	47	9	16	72	65%	13%	22%
CHIRURGIA COLON RETTALE	47	7	1	55	85%	13%	2%
CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA	13	1		14	93%	7%	0%
CHIRURGIA TORACICA	83	14	4	101	82%	14%	4%
GINECOLOGIA	82	2	1	85	96%	2%	1%
SENOLOGIA	42	36	123	201	21%	18%	61%
UROLOGIA	69	38	15	122	57%	31%	12%
CHIRURGIA DEI SARCOMI	23	2	7	32	72%	6%	22%
CHIRURGIA DEL MELANOMA E DEI TUMORI OCULARI	77	10	3	90	86%	11%	3%
OTORINOLARINGOIATRIA E CHIRURGIA CMF	35	6	3	44	80%	14%	7%
TOTALE	518	125	173	816	63%	15%	21%

Sono state individuate le azioni di miglioramento per le aree che risultano più critiche rispetto alle performance dei tempi d'erogazione.

**c) Completamento delle azioni di miglioramento previste dal piano sia per le prestazioni di ricovero sia per le prestazioni ambulatoriali**Scadenza:
31.12.2024

Nel secondo semestre si è proceduto al completamento delle azioni di miglioramento già introdotte nei mesi precedenti per ridurre i tempi di attesa nelle aree più critiche sia per quanto riguarda le prestazioni di ricovero che quelle ambulatoriali.

In ambito ambulatoriale, è stato strutturato il percorso di tutela per il paziente. Il percorso di tutela per i pazienti è stato implementato per garantire il rispetto dei tempi di attesa stabiliti in base alla priorità indicata in ricetta. Tale percorso si attiva a seguito di una segnalazione del paziente all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) nel caso in cui l'Istituto non sia in grado di erogare una prestazione di primo accesso entro i tempi previsti. L'URP, ricevuta la segnalazione, attiva il Responsabile Unico Aziendale (R.U.A.) per i tempi d'attesa, il quale, in collaborazione con il referente del CUP aziendale, prende in carico la richiesta e provvede a individuare soluzioni alternative conformi alla normativa regionale. Le possibili soluzioni includono l'attivazione di slot aggiuntivi presso la struttura o l'individuazione di altre strutture accreditate sul territorio, pubbliche o private, in grado di erogare la prestazione entro i tempi previsti. Il sistema ha assicurato la continuità assistenziale e il rispetto del diritto del paziente all'accesso tempestivo alle cure.

Per quanto riguarda l'attività di ricovero, si è proseguita l'attività di autocontrollo, come riportato al punto precedente, e monitorato l'andamento dei tempi d'attesa per le classi di ricovero A e B. Periodicamente è stata valutata la lista d'attesa per ciascuna specialità e, nell'ambito degli incontri del Board Chirurgico per la programmazione dell'attività di sala, sono state condivise situazioni di criticità al fine di valutare l'assegnazione di attività di sala aggiuntiva per le progettualità nell'ambito dell'area a pagamento.

d) Monitoraggio annuale 2024Scadenza:
31.12.2024

Nel corso del secondo semestre sono stati svolti i monitoraggi previsti e implementate ulteriori azioni correttive.

Nell'ambito dei ricoveri, si è proseguito il monitoraggio puntuale del Portale Regionale, per svolgere l'autocontrollo e apportare le necessarie correzioni attraverso il sistema gestionale ADT per i ricoveri segnalati, sebbene DG Welfare abbia reso disponibili per le aziende gli esiti fino alle dimissioni avvenute in luglio 2024. Pertanto, la tabella sotto riportata considera gli autocontrolli disposti per i dimessi fino a luglio combinati con i dati effettivi per i dimessi fino ad ottobre senza correzioni.

Di seguito, si riporta una sintesi delle performance dei tempi di attesa per ricoveri chirurgici oncologici, classi A e B 2024: le aree per cui permane una criticità rispetto alle performance dei tempi d'erogazione, si interviene per comprendere le motivazioni alla base e identificarne i correttivi.



n. Ricoveri	Andamento gen-ott 2024				Andamento gen-ott 2023		
	REPARTO	TOTALE	% ENTRO TARGET	% RITARDO ENTRO 9GG	% RITARDO OLTRE 9GG	% ENTRO TARGET	% RITARDO ENTRO 9GG
CHIRURGIA APPARATO DIGERENTE EPATO GASTRO PANCR	290	58%	11%	31%	53%	10%	36%
CHIRURGIA COLON RETTALE	192	84%	11%	5%	84%	10%	6%
CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA	48	94%	6%	0%	92%	4%	4%
CHIRURGIA TORACICA	387	83%	9%	8%	89%	7%	4%
GINECOLOGIA	242	95%	4%	1%	89%	9%	2%
SENOLOGIA	621	28%	20%	52%	30%	20%	50%
UROLOGIA	385	73%	15%	12%	58%	24%	17%
CHIRURGIA DEI SARCOMI	274	70%	9%	20%	60%	11%	28%
CHIRURGIA DEL MELANOMA E DEI TUMORI OCULARI	285	86%	9%	5%	85%	11%	5%
OTORINOLARINGOIATRIA E CHIRURGIA CMF	176	73%	13%	15%	79%	15%	7%
TOTALE	2900	67%	12%	21%	65%	14%	21%

Per quanto attiene l'attività chirurgica, nel 2024, la riorganizzazione attuata ha consentito la pianificazione di 15.546 ore di sala operatoria (per un assetto attuale di 9 sale operatorie da Lunedì a Venerdì 8-19, 2 sale regime Day Hospital da Lunedì a Venerdì 8-14, 1 sala per accessi vascolari da Lunedì a venerdì 8-16.30) con una saturazione pari al 99% delle stesse (15.468 ore di sedute effettive). Tale incremento di attività è stato ottenuto senza incrementi di personale dirigente e/o del comparto sanitario ma garantendo il turnover.

In ambito ambulatoriale, è proseguito il monitoraggio della produzione di specialistica ambulatoriale al fine di verificare lo stato di raggiungimento dei target ambulatoriali assegnati alla Fondazione a seguito della DGR 2224 del 22 aprile 2024 e aggiornati con la DGR 2755 del 15 luglio 2024.

RAGGRUPPAMENTO PRESTAZIONI	TARGET DGR 2224	PROD 24 APR-NOV	%	PRODUZIONE E STIMATA TOT 2024	TDA AMB (MEDIA B)	TDA AMBE (MEDIA D)
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)	11.000	10.983	99,8%	12.205	9,7	40,6
TEST DA SFORZO	0	30		34	0,0	24,4
SPIROMETRIA	1.200	1.093	91,1%	1.226	6,5	21,3
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM)	3.500	3.569	102,0%	3.958	7,9	34,4
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA (897C2)	500	437	87,4%	493	17,2	44,0
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA (897B9)	700	650	92,9%	728	6,9	35,0



RAGGRUPPAMENTO PRESTAZIONI	TARGET DGR 2224	PROD 24 APR- NOV	%	PRODUZIONE E STIMATA TOT 2024	TDA AMB (MEDIA B)	TDA AMBE (MEDIA D)
PRIMA VISITA ORTOPEDICA (897B7)	0					
PRIMA VISITA ORL (897B8)	300	292	97,3%	325	10,3	33,7
PRIMA VISITA ONCOLOGICA (897B6)	4.800	4.104	85,5%	4.637	8,5	11,7
PRIMA VISITA OCULISTICA (9502)	300	350	116,7%	383	37,2	40,8
PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA] (8913)	0	77				
PRIMA VISITA GINECOLOGICA (89261)	1.200	1.279	106,6%	1.412	11,2	37,4
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA (897A9)	0	155			13,7	80,1
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA (897A8)	600	517	86,2%	584	5,9	47,5
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE (897B2)	900	696	77,3%	796	11,1	20,0
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA (897A3)	200	136	68,0%	158	5,6	35,2
POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO (4542)	200	322	161,0%	344		61,0
MAMMOGRAFIA	9.500	9.257	97,4%	10.313	5,3	52,1
FOTOGRAFIA DEL FUNDUS (9511)	900	1.382	153,6%	1.482	31,7	188,0
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] (4516)	900	878	97,6%	978	6,2	36,7
ESAME AUDIOMETRICO TONALE (95411)	0					
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (8950)	0	46		52	10,0	18,4
ELETTROCARDIOGRAMMA (8952)	800	760	95,0%	849	4,5	23,1
ECOGRAFIA OSTETRICO - GINECOLOGICA	0	2				
ECOGRAFIA ADDOME	4.300	4.791	111,4%	5.269	5,4	26,8
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA (88772)	0	13				
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A RIPOSO (NON ASSOCIABILE A 88.72.1, 88.72.3 E 88.72.A) (88722)	800	902	112,8%	991	5,9	32,3
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA MAMMELLA	9.500	9.521	100,2%	10.577	8,1	25,9
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO (88714)	3.000	3.341	111,4%	3.674	8,1	25,9
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. (4525)	1.500	1.577	105,1%	1.744	17,1	46,1
TOTALE	56.600	57.160	101,0%	63.206	9,6	35,9

Al termine della fase di negoziazione tra la Fondazione e l'ATS, successivamente alla DGR 2224/2024, sono state concordate 60.032 prestazioni ambulatoriali da erogare nel medesimo periodo suddivise tra prime visite, TAC/RMN e altra diagnostica (prestazioni PNGLA). Dal monitoraggio regionale sulla produzione fino a novembre la produzione per ciascuna categoria è superiore con quanto atteso per il periodo in oggetto (obiettivo raggiunto al 95,3%) e la stima di chiusura in considerazione anche degli appuntamenti che risultano per il mese di dicembre 2024 consente di raggiungere l'obiettivo e superarlo al 107%.



Obiettivo 3 – Nomenclatore Tariffario

Razionale: Svolgimento delle attività necessarie ad implementare a livello aziendale il nuovo nomenclatore tariffario per l'attività di specialistica ambulatoriale.

Indicatore: Implementazione del nuovo Tariffario a livello di prescrizione, prenotazione ed erogazione.

Misurazione: a) Individuazione delle prestazioni del nuovo nomenclatore utilizzate all'interno dell'Istituto.
b) Quantificazione dell'impatto del nuovo Nomenclatore sulla produzione aziendale.
c) Implementazione del Tariffario nell'ambito degli applicativi informatici e di creazione/definizione di nuove agende con transcodifica 2023/2024.
d) Presentazione Piano di adeguamento.

Peso: 5/100

Risultati raggiunti al 31.12.2024:

a) Individuazione delle prestazioni del nuovo nomenclatore utilizzate all'interno dell'Istituto

Scadenza:

30.06.2024

L'evoluzione del contesto normativo ha reso necessaria l'aggiornamento e l'implementazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e, conseguentemente, del Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

Quadro Normativo di Riferimento:

- D.P.C.M del 12 gennaio 2017: Definisce e aggiorna i livelli essenziali di assistenza;
- Decreto del Ministero della Salute del 23 giugno 2023: Stabilisce le tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica;
- Deliberazioni XII/1239 del 30 ottobre 2023 e XII/1878 del 12 febbraio 2024: Approvano rispettivamente il nomenclatore regionale e il nomenclatore tariffario regionale per l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- DGR XII/2444 del 03/06/2024: "Ulteriori determinazioni in merito all'organizzazione dei servizi di medicina di laboratorio e relativo aggiornamento dei requisiti minimi specifici autorizzativi e di accreditamento".

Principali Novità:

- Introduzione di nuove prestazioni
- Aggregazione di prestazioni precedentemente separate
- Separazione di alcune prestazioni precedentemente associate
- Aggiornamento delle tariffe
- Implementazione di nuove logiche di calcolo per le prestazioni cicliche.

Fase 1: Transcodifica

È stata effettuata la transcodifica di tutte le prestazioni già in uso presso la Fondazione, analizzando lo storico erogato e confrontandolo con gli aggiornamenti presenti nel nuovo nomenclatore. Sono state identificate tutte le prestazioni che hanno modificato codice, descrizione, branca o che si sono associate in un'unica prestazione.



Fase 2: Individuazione delle Nuove Prestazioni

Attraverso un processo Bottom-Up, che ha coinvolto tutte le 38 Unità Operative (U.O.), sono state individuate le nuove prestazioni di interesse presenti nel nuovo nomenclatore. Gli incontri hanno permesso di ridefinire alcuni processi assistenziali in regime ambulatoriale, Day Hospital Medico e Day Surgery.

La Direzione Generale Welfare ha rinviato l'implementazione del nuovo nomenclatore al 1° gennaio 2025. La DGR 2444/2024 ha previsto l'attivazione di alcuni codici delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per la Medicina di Laboratorio, la Genetica Medica e l'Anatomia Patologica. L'individuazione delle stesse e l'adeguamento delle agende è stata completata nei termini previsti dalla delibera del 01/07/2024.

b) Quantificazione dell'impatto del nuovo Nomenclatore sulla produzione aziendale.

Scadenza:
30.06.2024

In totale, 1057 prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, precedentemente utilizzate nell'Istituto sono state dismesse secondo la nuova normativa. Le nuove prestazioni individuate sono invece 1830.

L'impatto economico dell'introduzione del nuovo nomenclatore è stato stimato utilizzando i dati storici di erogazione dell'INT. I risultati di questa stima sono stati presentati durante il comitato di budget del 20 marzo 2024.

La riorganizzazione delle prestazioni e l'aggiornamento delle tariffe ha comportato una significativa ristrutturazione delle modalità operative e gestionali della Fondazione. L'introduzione di nuove prestazioni rappresenta un ampliamento significativo dell'offerta assistenziale, mentre l'eliminazione di 1057 prestazioni precedentemente utilizzate richiede un adeguamento dei processi interni e delle competenze del personale sanitario.

c) Implementazione del Tariffario nell'ambito degli applicativi informatici e di creazione/definizione di nuove agende con transcodifica 2023/2024

Scadenza:
31.12.2024

Sono state create e implementate le agende per l'inclusione delle nuove prestazioni nell'applicativo aziendale. Questo ha comportato:

- Configurazione delle nuove prestazioni in Camelia;
- Aggancio delle nuove prestazioni alle agende individuate con le U.O.;
- Definizione dei criteri di compilazione dei file;
- Preparazione dei file da trasmettere al Fornitore (Reply) per il caricamento delle prestazioni.

Con la DGR XII/2444 del 6 Giugno 2024, avente oggetto "Ulteriori determinazioni in merito all'organizzazione dei servizi di medicina di laboratorio e relativo aggiornamento dei requisiti minimi specifici autorizzativi e di accreditamento" come previsto nell'allegato A, Polo Ospedaliero, Medicina di laboratorio, sono state introdotte ulteriori prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, attive dal 1° Luglio 2024. Sono state inserite nelle agende dell'Istituto n. 180 nuove prestazioni.



A seguito della DGR XII/2966 del 5 agosto 2024, avente oggetto "Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024 – Terzo provvedimento", come previsto nell'Allegato 2, Polo Ospedaliero, Medicina di laboratorio, sono state introdotte ulteriori prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, attive dal 1° ottobre 2024. Sono state inserite nelle agende dell'Istituto n. 200 nuove prestazioni.

Con la DGR XII/3630 del 16 Dicembre 2024 avente oggetto "Approvazione del nomenclatore regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica ai sensi dello schema di decreto di cui l'intesa Stato regioni del 14 novembre 2024 /REP ATTI 204/CSR" il nuovo nomenclatore è entrato in vigore nella sua totalità il 30 Dicembre 2024.

L'implementazione del nuovo nomenclatore tariffario è stata suddivisa, secondo normativa Regionale, in periodi temporali:

- Luglio 2024: Sono state valutate 230 prestazioni, di cui 180 sono state aggiornate e configurate negli applicativi aziendali.
- Ottobre 2024: Sono state valutate 520 prestazioni, di cui 200 aggiornate e configurate negli applicativi aziendali.
- Dicembre 2024: Sono state valutate 3.370 prestazioni, di cui 1.450 aggiornate e configurate negli applicativi aziendali.

In totale, 950 agende sono state coinvolte nelle tre fasi, con un significativo lavoro di aggiornamento; gli applicativi interessati e le attività svolte comprendono:

- Camelia: Aggiornamento delle agende e delle codifiche, inserimento di nuove codifiche, adeguamento del tariffario ed esenzioni.
- Pathox: Aggiornamento e inserimento di prestazioni con relativi attributi.
- CCE: Aggiornamento delle prestazioni, inserimento di nuove prestazioni e associazione delle prestazioni ai moduli.
- RIS: Inserimento e aggiornamento delle prestazioni con i relativi attributi.
- DNLab e strumenti di laboratorio e virologia: Aggiornamento e inserimento delle prestazioni.
- ME4RT: Inserimento e aggiornamento delle prestazioni.
- Medarchiver: Aggiornamento delle prestazioni integrate con Camelia, CCE e Farmacia.
- TICURO: Aggiornamento delle prestazioni di Telemedicina (TM).
- NPRI: Codifiche per le integrazioni interne ed esterne.
- Modulo prescrittivo: Revisione e aggiornamento di oltre 370 pacchetti prescrittivi.

**d) Presentazione Piano di adeguamento.**Scadenza:
31.12.2024

Le informazioni relative all'entrata in vigore del nuovo nomenclatore sono state condivise con tutto il personale medico prescrittore.

Le prescrizioni emesse prima del 30 dicembre 2024 sono prenotabili entro 180 giorni dalla data di emissione della prescrizione, garantendo così continuità operativa nel breve periodo. L'erogazione e la rendicontazione potranno essere effettuate fino al 31 dicembre 2025, mantenendo inalterate le caratteristiche della prescrizione originale in termini di classificazione e valore.

Le prescrizioni emesse dopo il 30 dicembre 2024 sono prenotabili entro 180 giorni dalla data di emissione della prescrizione e restano valide fino alla data effettiva di erogazione.

È stato programmato che nel corso del 2025, la gestione delle attività sarà suddivisa in due fasi distinte. Durante la prima fase, corrispondente ai primi sei mesi dell'anno, sia nella prenotazione sia nell'erogazione delle prestazioni saranno operativi due nomenclatori, consentendo la transizione graduale verso il nuovo sistema. Successivamente, nella seconda fase, che coprirà i sei mesi finali del 2025, l'utilizzo di due nomenclatori sarà limitato esclusivamente alla fase di erogazione, mentre la prenotazione si uniformerà integralmente al nuovo nomenclatore. Questo approccio permetterà di gestire in maniera progressiva il passaggio normativo e organizzativo, garantendo al contempo la continuità operativa e la conformità ai nuovi requisiti senza intaccare i volumi di produzione.

Obiettivo 4 – Personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla Ricerca Sanitaria

Razionale: Applicazione del CCNL comparto sanità - sezione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e del supporto alla ricerca sanitaria 2022-2024. (in condivisione con Direttore Scientifico)

Indicatore: 1. Applicazione delle nuove regole per la classificazione professionale del personale del comparto della ricerca sanitaria.
2. Predisposizione CCIA.

Misurazione: a) Applicazione dei criteri per l'inquadramento del personale del comparto ricerca sanitaria e supporto alla ricerca.
b) Presentazione CCIA alle OO.SS.

Peso: 15/100

**Risultati raggiunti al 31.12.2024:****a) Applicazione dei criteri per l'inquadramento del personale del comparto ricerca sanitaria e supporto alla ricerca**Scadenza:
30.04.2024

Il CCNL Comparto sanità – sezione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria è stato sottoscritto in data 21 febbraio 2024 e applicato in conformità e con le tempistiche ivi previste, secondo i termini indicati di seguito.

Il personale del comparto sanità appartenente al ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria ha cessato di essere inquadrato per categorie, livelli economici e posizioni retributive ed è stato classificato secondo i profili professionali di “Ricercatore sanitario” e “Collaboratore professionale di ricerca sanitaria”. La trasposizione del personale è avvenuta in base alle disposizioni dell’art. 16 (Trattamento economico nell’ambito del nuovo sistema di classificazione professionale) del CCNL Ricerca.

Infine, sono stati erogati, nel mese di marzo 2024, gli arretrati stipendiali relativi al triennio 2019-2021.

A seguito di un incontro avvenuto in data 25 marzo 2024 con gli IRCCS Pubblici Lombardi, la s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane, con la collaborazione della Direzione Scientifica, ha redatto un questionario che contiene una disamina degli articoli del CCNL e nel quale sono state proposte:

- definizioni degli articoli, al fine di fornire una interpretazione uniforme degli stessi tra gli Enti coinvolti;
- dati da raccogliere per una loro successiva rielaborazione ed analisi.

Tra le ulteriori attività di rilievo svolte nel 1° semestre 2024 per il personale interessato, si segnalano:

- con Decreto del Direttore Generale n. 113DG del 27/02/2024, sono state attribuite le progressioni economiche orizzontali (PEO) ai Collaboratori Professionali di Ricerca Sanitaria e ai Ricercatori Sanitari, applicando così l’accordo integrativo aziendale 11 dicembre 2023 stipulato con RSU e OO.SS. del comparto, con decorrenza 1° gennaio 2023;
- con Decreto del Direttore Generale n. 181DG del 15/03/2024, si è proceduto con la stabilizzazione dei ricercatori sanitari (n. 67 unità) e dei collaboratori professionali di ricerca sanitaria (n. 40 unità), per un totale n. 107 unità, in possesso dei requisiti di legge, stilando le relative graduatorie sulla base di criteri condivisi con i 5 IRCCS pubblici lombardi, nel rispetto della L. 87/2023 e della circolare trasmessa dal Ministero, prot. 0005479/23, in materia. La stabilizzazione ha, quale decorrenza, la data del 1° aprile 2024.

b) Presentazione CCIA alle OO.SSScadenza:
30.06.2024

La s.c. Gestione e Sviluppo Risorse Umane ha effettuato un’analisi in merito al limite finanziario ex art. 18 CCNL Comparto sanità - sezione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria del 21 febbraio 2024, che stabilisce come si determina, per l’appunto, il limite finanziario annuale per l’erogazione dei trattamenti economici accessori.

In data 13 giugno 2024 è stato quindi presentato alle RSU e OO.SS. del comparto Ricerca un tabulato predisposto in conformità con il suddetto art. 18 del CCNL Ricerca, insieme a una prima bozza di ipotesi di Contratto Collettivo Integrativo Aziendale (CCIA), che ricomprende le materie oggetto di contrattazione integrativa secondo il CCNL Ricerca.



In data 21 giugno 2024, è stata presentata alle medesime RSU e OO.SS del Comparto l'ipotesi aggiornata del CCA Ricerca sulla base delle osservazioni sollevate nel corso della seduta del 13 giugno 2024.

Ulteriori attività svolte nel II semestre 2024 :

Nel corso del secondo semestre sono state effettuate le seguenti attività:

- ulteriore approfondimento in merito alle voci soggette al tetto dell'art. 18 del CCNL Comparto sanità - sezione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria del 21 febbraio 2024 (a tal fine è stata inviata richiesta di chiarimenti all'ARAN a firma di tutti gli IRCCS Lombardi, riscontrata con nota n. 0006288.09/08/2024.U), nonché riguardo al campo di applicazione della Legge 449/1997, art. 43, comma 3, richiamata nel CCNL del 21 febbraio 2024 (art. 17, comma 1, lett. a), che consente l'utilizzo dei proventi derivanti da attività conto terzi per finanziare la premialità del personale della cosiddetta Piramide della Ricerca;
- svolgimento delle attività di confronto con RSU e OO.SS del Comparto e presentazione, in data 11 dicembre 2024, dell'informativa riguardante la metodologia di calcolo e la definizione finale del limite finanziario (imposto dall' art. 18 del CCNL Ricerca) per l'erogazione di alcuni trattamenti economici al personale deliberato con Decreto Direttore Generale n. 917 del 23.12.2024. Si segnala a tal fine che la Direzione Scientifica ha messo a disposizione il 5% del finanziamento della Ricerca corrente anno 2024 per coprire i costi di alcune voci (premi di performance) e aumentare il margine per l'erogazione dei trattamenti accessori (DEP e incarichi di funzione);
- partecipazione a tavoli di confronto con le Direzioni Scientifiche, Amministrative e le strutture delle risorse umane degli IRCCS Lombardi per definire metodologie e criteri comuni da inserire nel Regolamento per il conferimento degli incarichi professionali ai ricercatori sanitari e ai collaboratori professionali di ricerca sanitaria. Tale regolamento è attualmente in fase di stesura in collaborazione con le Direzione Scientifica della Fondazione.

Obiettivo 5 – Comitato di Bioetica INT

Razionale: Istituzione di un comitato per l'etica nella clinica a supporto della ricerca e della assistenza. (in condivisione con Direttore Scientifico)

Indicatore: Creazione di un Comitato di Bioetica dell'INT a supporto della ricerca e dell'assistenza

Misurazione: a) Predisposizione del documento di istituzione e funzionamento del Comitato di Bioetica istituzionale
b) Individuazione e nomina dei componenti

Peso: 10/100

**Risultati raggiunti al 31.12.2024:****a) Predisposizione del documento di istituzione e funzionamento del Comitato di Bioetica istituzionale**Scadenza:
30.09.2024

In data 8 luglio 2024 si è tenuto un incontro tra Direzione Scientifica e s.c. Affari Generali e Legali nel corso del quale è stata presentata una prima versione del documento progettuale relativo all'istituzione del Comitato per l'Etica nella Clinica (CEC), con indicazione di obiettivi, composizione dell'organismo con individuazione delle professionalità (interne ed esterne) necessarie per la sua operatività, proposta di regolamento di funzionamento.

Le funzioni del Comitato possono essere sintetizzate come segue: analisi etica di casi clinici; elaborazione di raccomandazioni istituzionali aventi rilevanza etico-clinica; formazione e sensibilizzazione del personale sanitario e della popolazione su questioni di ambito etico-clinico.

b) Individuazione e nomina dei componentiScadenza:
31.12.2024

A esito di approvazione del documento di cui al precedente punto a), è stata condivisa con la Direzione Scientifica, Generale, Sanitaria e Amministrativa e la s.c. Affari Generali e Legali l'individuazione e la nomina dei componenti del CEC, entro la scadenza indicata e sottoposta al Consiglio di Amministrazione.

Seduta 16 settembre 2024: il Direttore Generale e il Direttore Scientifico hanno presentato al Consiglio di Amministrazione il progetto del Comitato per l'Etica nella Clinica (CEC).

Seduta 25 novembre 2024: il CEC è stato istituito con provvedimento del Consiglio di Amministrazione n. 36F del 25 novembre 2024; contestualmente è stato approvato il regolamento di funzionamento ed è stata stabilita la composizione.

Il Consiglio di Amministrazione con il medesimo provvedimento:

- ha stabilito che impegni finanziari futuri a carico della Fondazione correlati al funzionamento del citato Comitato saranno imputati su specifici fondi individuati dalla Direzione Scientifica, con successivo provvedimento;
- ha dato mandato al Presidente di nominare con proprio Decreto i componenti del CEC, su proposta del Direttore Generale e del Direttore Scientifico.



Obiettivo 6 – Riordino IRCCS

Razionale: Attuazione del D.Lgs. n. 200 del 31.12.2022 al fine del Riordino IRCCS – Legge 288/2003 integrata e modificata. (in condivisione con Direttore Scientifico)

Indicatore: Costituzione dell'Albo dei Partner industriali della Fondazione

Misurazione: a) Stesura del Regolamento
b) Selezione e pubblicazione dell'elenco dei partner industriali

Peso: 5/100

Risultati raggiunti al 31.12.2024:

a) Stesura del Regolamento

Scadenza:
31.07.2024

Il Ministero della Salute ha svolto nel gennaio 2024, a mezzo Workflow della ricerca, una ricognizione tra gli IRCCS pubblici volta a verificare lo stato di attuazione del regolamento Albo partner industriali ex D. Lgs. 23 dicembre 2022 n. 200.

Da tale ricognizione è emerso che solo alcuni IRCCS, tra cui i pubblici lombardi, avevano predisposto una bozza avanzata di Regolamento.

Il Ministero ha convocato a tal fine il tavolo di lavoro TT per finalizzare una bozza di testo che ciascun IRCCS avrebbe poi dovuto adeguare alla specificità della propria organizzazione. Il tavolo di lavoro TT, di cui la Fondazione è stata referente, ha svolto 11 incontri mediante teleconferenze e piattaforma di sharing dal 13 marzo 2024 al 16 maggio 2024.

Il 16 maggio 2024 sono state presentate al Ministero della Salute, nella riunione plenaria con tutti gli IRCCS pubblici, i documenti prodotti dal gruppo di lavoro ed in particolare le note esplicative, una bozza di Regolamento e una bozza di Avviso Pubblico con i relativi allegati (Allegato n. 1 domanda di adesione e Allegato n. 2 Impegno alla riservatezza).

Il Ministero della Salute, condividendone i contenuti, ha presentato, in data 24 maggio 2024, i richiamati testi ai Direttori Scientifici degli IRCCS pubblici, specificando che è rimandata a ciascun IRCCS, nell'ambito della propria autonomia, la verifica di ogni articolo e l'adeguamento dei testi alle proprie realtà organizzative.

Il Regolamento è stato quindi adeguato alla realtà organizzativa della Fondazione ed è stato presentato e approvato nella seduta del Consiglio di Amministrazione di giugno 2024 mediante Deliberazione n. 24F del 10 giugno 2024. È stato contestualmente dato mandato al Direttore Generale per l'avvio delle procedure di pubblicazione dell'Avviso finalizzato alla costituzione dell'Albo.

b) Selezione e pubblicazione dell'elenco dei partner industriali

Scadenza:
31.12.2024

Con Decreto del Direttore Generale n. 934 DG del 27 dicembre 2024, la Fondazione ha adottato e pubblicato l'Avviso per la costituzione dell'Albo di partner industriali (link: <https://www.istitutotumori.mi.it/lavora-con-noi>).



L'Avviso prevede che possano accedere all'Albo solo i partner che abbiano adeguate competenze tecnologiche e di ricerca con cui stipulare eventuali accordi con la Fondazione nonché con cui costituire Spin-off e Start up, per il trasferimento dei risultati della ricerca in ambito industriale alle condizioni e con le modalità fissate nel medesimo Avviso.

È stato altresì precisato che non è posta in essere alcuna procedura concorsuale e non sono previste graduatorie, attribuzioni di punteggi o altre classificazioni di merito.

L'inserimento nell'Albo pertanto non comporta né l'assunzione di alcun obbligo da parte della Fondazione, né l'attribuzione di alcun diritto in capo ai partner industriali iscritti, in ordine alla stipula di eventuali accordi.

L'Albo rimarrà sempre aperto e verrà quindi aggiornato periodicamente.

L'Albo per mera comodità di consultazione verrà formulato in ordine alfabetico.

Obiettivo 7 – Città della salute

Razionale: Proseguire nel completamento delle fasi previste dal progetto CDSR per la realizzazione della nuova sede dell'INT in base alle indicazioni della stazione appaltante e della Regione.

Indicatore:

1. Documentazione richiesta da stazione appaltante e Regione.
2. Riunione e incontri.

Misurazione:

- a) Assunzione eventuali provvedimenti
- b) Partecipazione ad incontri e riunione

Peso: 10/100

Risultati raggiunti al 31.12.2024:

a) Assunzione eventuali provvedimenti	Scadenza: 31.12.2024
--	-------------------------

In riferimento al contratto di concessione in oggetto e relativamente al secondo semestre 2024, sono state svolte attività necessarie a garantire il corretto prosieguo dell'iter di realizzazione della Città della Salute e della Ricerca di Sesto San Giovanni. In particolare, in data 16 luglio 2024, con parere formale inviato ad ARIA spa, è stato approvato il quadro esigenziale di progetto relativo alla realizzazione della nuova Palazzina nell'area della Città della Salute e della Ricerca per la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori e la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, nella figura del Direttore Amministrativo, Dott.ssa Maurizia Ficarelli.

**b) Partecipazione ad incontri e riunione**

Scadenza:

31.12.2024

Ogni settimana, la Stazione Appaltante ha stabilito che si tenga una riunione di cantiere con la partecipazione delle Fondazioni attraverso i rappresentanti delle s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale, il Concessionario, il Direttore dei Lavori e il Coordinatore della sicurezza, oltre ai soggetti coinvolti nei lavori nelle aree adiacenti al cantiere della Città della Salute e della Ricerca, MilanoSesto e il Comune di Sesto S. Giovanni. Tale modalità operativa consente di gestire meglio le interferenze di cantiere. Inoltre, ogni mese i Direttori delle sc GTP delle due Fondazioni effettuano una visita in cantiere.

Infine, il 26 giugno 2024, la Stazione Appaltante Aria Spa ha inviato alle Fondazioni menzionate una richiesta di verifica e approvazione del Quadro Esigenziale, indispensabile per affidare la progettazione della Palazzina destinata al trasferimento delle aree didattiche e della s.s. Stabulario. Le Fondazioni, ad esito di una verifica congiunta, hanno trasmesso, con nota prot. INT-0009576-19/07/2024/U, il parere di approvazione in data 19 luglio 2024.

In data 20 settembre 2024, si è tenuta una riunione di coordinamento congiunta tra la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori e la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, con la presenza delle Direzioni strategiche, Presidenti, Direttori Scientifici finalizzata alla verifica con il personale sanitario, amministrativo e scientifico del progetto esecutivo approvato. Tale iniziativa ha generato delle riunioni finalizzate all'illustrazione del progetto in fase di costruzione con i responsabili di struttura complessa. L'organizzazione degli incontri, ad oggi ancora in corso, viene scandita dal Presidente con il supporto del Direttore della sc GTP ed i suoi collaboratori in concerto con la Direzione Strategica.

Ogni settimana, la Stazione Appaltante ha stabilito che si tenga una riunione di cantiere con la partecipazione delle Fondazioni attraverso i rappresentanti delle s.c. Gestione Tecnico Patrimoniale, il Concessionario, il Direttore dei Lavori e il Coordinatore della sicurezza, oltre ai soggetti coinvolti nei lavori nelle aree adiacenti al cantiere della Città della Salute e della Ricerca, MilanoSesto e il Comune di Sesto S. Giovanni. Tale modalità operativa consente di gestire meglio le interferenze di cantiere. Inoltre, ogni mese i Direttori delle sc GTP delle due Fondazioni effettuano una visita in cantiere.

Obiettivo 8 – Patologie Mammarie

Razionale: Ottimizzazione della presa in carico delle pazienti affette da patologie mammarie o a rischio di sviluppo per fattori genetici

Indicatore: 1) Riorganizzazione della Breast Unit ed elaborazione/aggiornamento del relativo documento organizzativo con revisione di responsabilità, ruoli, funzioni del servizio, modalità organizzative e tempistiche finalizzato ad un miglioramento della gestione delle casistiche e delle pazienti.
2) Ampliamento della programmazione di attività chirurgica della presa in carico di pazienti con mutazione genetica BRCA



- Misurazione:**
- a) Redazione e pubblicazione del documento organizzativo della Breast Unit.
 - b) Presentazione in plenaria con le figure coinvolte a livello dipartimentale, in particolare con ruolo di coordinamento e direzione
 - c) Realizzazione del percorso dedicato e dell'attività chirurgica prevista per le pazienti caratterizzate da mutazione genetica BRCA utilizzando almeno l'80% delle risorse assegnate e dedicate a tale casistica

Peso: 10/100

Risultati raggiunti al 31.12.2024:

a) Redazione e pubblicazione del documento organizzativo della Breast Unit	Scadenza: 31.07.2024
<p>Il rationale alla base della necessità di definire il documento in oggetto è insito nella natura della Breast Unit che coinvolge molteplici articolazioni organizzative della Fondazione al fine di garantire la multidisciplinarietà nella presa in carico della paziente con tumore mammario. Il team multidisciplinare è costituito da figure professionali che sono coinvolte sempre nelle attività della Breast Unit “core team” e figure convocate/consultate sulla base della necessità emergenti nel percorso di cura del paziente. Sono parte integrante del core team anche l’infermiera di senologia dedicata alla Breast Unit e il case manager. Pertanto, nel primo semestre, è stata avviata la ricognizione delle attività svolte dalla Breast Unit al fine di definire un documento organizzativo atto a rappresentare ruoli e responsabilità dei diversi stakeholders che a vario titolo sono coinvolti nel percorso della paziente. Il documento fornisce l’assetto organizzativo della Breast Unit della Fondazione costituita con Deliberazione del Direttore Generale n. 335 del 23/10/2017 “Determinazione in ordine alla Breast Unit della Fondazione” e si applica alla pianificazione, organizzazione e gestione delle risorse fisiche, umane e tecnologiche finalizzate alla presa in carico della suddetta tipologia di utenza.</p> <p>Il 26 luglio 2024 è stato pubblicato all’interno della intranet aziendale il documento organizzativo alla cui redazione hanno partecipato la S.C. Chirurgia Generale Indirizzo Oncologico 3 Senologia e la SS Gestione Operativa e approvato dalla S.C. Oncologia Medica 1, S.C. Anatomia Patologica 2, S.C. Radiologia Diagnostica ed Interventistica e S.C. Radioterapia. Il documento descrive i momenti in cui il team multidisciplinare viene coinvolto per stabilire il percorso di cura delle pazienti. Quest’ultimo deve essere tempestivo ed efficace in ognuna delle fasi della presa in carico, dalla fase di diagnostica, alla fase di trattamento e follow up. Per ognuna di queste fasi vengono inoltre definite le diverse responsabilità di ogni figura coinvolta.</p>	
b) Presentazione in plenaria con le figure coinvolte a livello dipartimentale, in particolare con ruolo di coordinamento e direzione	Scadenza: 30.09.2024

Il “Documento Organizzativo Breast Unit” è stato presentato il 1 Ottobre 2024 in Aula Magna, in plenaria, nel corso di un incontro, calendarizzato il 25 settembre 2024 in accordo con la Direzione strategica, rivolto a



tutte le articolazioni organizzative che compongono la Breast Unit (S.C. Chirurgia Generale Indirizzo Oncologico 3/ Senologia, S.S. Oncologia Medica Senologica, S.C. Oncologia Medica 1, S.C. Medicina Nucleare, S.C. Anatomia Patologica 1, S.C. Anatomia Patologica 2, S.C. Cure Palliative e Terapia del Dolore e Riabilitazione, S.C. Radiologia Diagnostica ed Interventistica, S.C. Anestesia e Rianimazione, S.C. Radioterapia, S.S.D. Chirurgia Plastica, S.S.D. Consulenza Genetica Oncologica, S.S.D. Psicologia Clinica, S.S. Radioterapia dei Tumori della Mammella, S.S. Radiologia Senologica) per la condivisione delle potenziali linee di sviluppo della Breast Unit e con aggiornamenti rispetto, ad esempio, alla presa in carico delle pazienti metastatiche e delle pazienti interessate dalla mutazione genetica BRCA.

c) Realizzazione del percorso dedicato e dell'attività chirurgica prevista per le pazienti caratterizzate da mutazione genetica BRCA utilizzando almeno l'80% delle risorse assegnate e dedicate a tale casistica

Scadenza:
31.12.2024

Nell'ambito delle attività aggiuntive per l'anno 2024, è stato proposto un progetto finalizzato al trattamento chirurgico di pazienti caratterizzate dalla mutazione genetica BRCA.

Tale mutazione espone le donne ad un elevato rischio di sviluppare un carcinoma mammario con alta probabilità di insorgenza in età precoce, spesso contraddistinto da bilateralità e multifocalità/multicentricità. Le mutazioni dei geni BRCA1 e BRCA2 conferiscono anche un rischio aumentato di sviluppare carcinomi ovarici, tubarici, peritoneali primitivi e in particolare BRCA 2 un rischio di tumore mammario maschile. Per affrontare questi rischi, è cruciale una gestione appropriata e mirata. L'analisi genetica è fondamentale per identificare gli individui a rischio e fornire loro adeguati programmi di sorveglianza, opzioni preventive e trattamenti terapeutici personalizzati. Risulta quindi fondamentale la gestione di tali problematiche in un contesto multidisciplinare e in grado di sviluppare percorsi appropriati. Un'opzione preventiva importante è la chirurgia di riduzione del rischio, che consiste nella mastectomia bilaterale con ricostruzione. Questo intervento richiede una preparazione di circa sei mesi e coinvolge consulenze specialistiche in chirurgia plastica, psico-oncologia e chirurgia oncologica e ginecologica. L'intervento ha una durata di circa 3 ore se condotto in doppia équipe. Allo stato attuale emerge una notevole criticità legata ai lunghi tempi di attesa per queste donne che vengono esposte quindi ad un aumentato rischio di sviluppare il tumore. Questa criticità è dovuta alla necessità di intervento su donne con tumore già noto che occupano tutti gli slot disponibili per la sala operatoria della SC Senologia.

Il Decreto del Direttore Generale n° 310 del 13 maggio 2024 "Approvazione progetti per attività a pagamento per l'anno 2024" ha assegnato risorse per il finanziamento dello smaltimento della lista d'attesa di pazienti con mutazione genetica BRCA, considerando circa 90 ore aggiuntive di sala operatoria (per lo smaltimento delle liste d'attesa delle suddette pazienti). Sono state effettuate 15 sessioni operatorie con 2 pazienti per ciascuna seduta (durata massima 6 ore). Al 31/12/2024 risultano svolti 22 interventi chirurgici nel corso di 12 sedute operatorie tra maggio e dicembre. Il totale delle risorse utilizzate è risultato pari all' 80% delle risorse assegnate come da obiettivo individuato.



Obiettivo 9 – Gestione Patrimonio

Razionale: Attuazione delle linee di indirizzo del CdA relative allo status del patrimonio e realizzazione delle indicazioni di alienazione da parte del CdA.

Indicatore: Realizzazione del cronoprogramma proposto e condiviso con il CdA.

Misurazione: a) Esperimento delle procedure di gara.
b) Adozione degli esiti di gara.

Peso: 5/100

Risultati raggiunti al 31.12.2024:

a) Esperimento delle procedure di gara

Scadenza:

31.12.2024

Con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 25F del 10 giugno 2024 sono stati adottati gli indirizzi strategici in materia di gestione del patrimonio disponibile della Fondazione.

Tra gli altri è stato disposto di procedere:

- a) con l'indizione di asta pubblica per gli immobili già oggetto di procedura deserta, valutando eventuali ribassi nel rispetto della normativa vigente ovvero, nelle more dell'indizione della procedura d'asta, valutare eventuali proposte pervenute;
- b) con la promozione di procedure d'asta per gli immobili in comproprietà con soggetti pubblici;
- c) con la valutazione, in ordine a singoli beni con oggettiva e comprovata difficoltà di vendita o in comproprietà, dell'opportunità di alienare mediante trattativa privata ai sensi del R.D. n. 827/1924 ad un valore non inferiore al valore periziato di ciascun bene;
- d) con l'indizione di una procedura pubblica avente ad oggetto i terreni liberi;
- e) con l'indizione di una procedura pubblica avente ad oggetto gli immobili liberi non inseriti nei precedenti indirizzi strategici dando priorità ai beni con vincolo di destinazione ovvero alle proprietà immobiliari con elevati oneri di gestione/manutenzione.

Nelle more dell'adozione del provvedimento di cui sopra sono pervenute n. 3 proposte d'acquisto relativamente agli immobili siti in Premia (VB), Cinisello Balsamo (MI) e Verbania – loc. Pallanza.

In relazione alle suddette proposte, acquisito parere favorevole del Presidente e del Direttore Generale, sono state attivate delle procedure ad evidenza pubblica utilizzando quale base d'asta l'offerta acquisita a licitazione privata.

A seguito di tali procedure sono stati aggiudicati in data 8 marzo 2024 gli immobili siti in Premia (VB) e Cinisello Balsamo (MI), rispettivamente per il corrispettivo di € 50.000,00 ed € 102.000,00, nonché in data 21 marzo 2024 l'immobile di Verbania – loc. Pallanza per un corrispettivo pari a € 396.000,00.

È stato inoltre concordato con l'ASST Santi Paolo e Carlo l'indizione di una procedura pubblica avente ad oggetto un immobile in comproprietà sito in Milano, Via dei Biancospini n. 1.



Con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 32F del 21 ottobre 2024 è stato adottato un ulteriore indirizzo strategico, integrando in *parte qua* quanto disposto dalla deliberazione n. 25F/2024, disponendo di procedere ad un'asta pubblica finalizzata alla locazione di n. 3 immobili siti in Milano e più precisamente:

- Lotto 1: Milano, Piazza Bottini 2: canone annuo a base d'asta € 8.466,00;
 - Lotto 2: Milano, Via Battistotti Sassi 4: canone annuo a base d'asta € 5.100,00;
 - Lotto 3: Milano, Corso XXII Marzo 28: canone annuo a base d'asta € 9.954,00.
- Totale base d'asta € 23.520,00.

In relazione al suddetto indirizzo è stato quindi disposta l'indizione della relativa procedura pubblica con determinazione del Direttore Generale n. 759DG del 12 novembre 2024.

La procedura è stata esperita in data 13 dicembre 2024 con l'assegnazione di tutti i lotti in oggetto.

Per quanto concerne invece la procedura pubblica avente ad oggetto un immobile sito in Milano, Via dei Biancospini n. 1, in comproprietà con l'ASST Santi Paolo e Carlo, la Fondazione è in attesa di ricevere dall'ente comproprietario il decreto di nulla osta alla vendita della Regione Lombardia, ai sensi della normativa vigente. La suddetta richiesta è stata inviata in data 25 ottobre u.s. e alla data del 31 dicembre 2024 non risulta ancora evasa.

Infine con decreto del Direttore Generale n. 930DG del 27 dicembre 2024, in ottemperanza agli indirizzi strategici disposti con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 25F/2024, è stata indetta la procedura d'asta pubblica finalizzata alla vendita n. 8 immobili (per n. 6 lotti complessivi) gravati da vincolo di destinazione ovvero con elevati oneri di gestione/manutenzione.

b) Adozione degli esiti di gara

Scadenza:

31.12.2024

In data 7 luglio 2024 è stata trasmessa al Direttore Generale una proposta di procedura pubblica finalizzata all'alienazione di n. 24 lotti complessivi (n. 18 immobili già oggetto di precedente procedura deserta, n. 5 immobili provenienti da lasciti vincolato dal benefattore e n. 1 immobile con elevati oneri di gestione/manutenzione).

È stato inoltre predisposto il cronoprogramma della procedura d'asta da condividere con il Consiglio di Amministrazione.

Con determina del Direttore Generale n. 932DG del 27 dicembre 2024 si è preso atto degli esiti della procedura pubblica finalizzata alla locazione con l'assegnazione dei lotti in oggetto e più precisamente:

- Lotto 1: Milano, Piazza Bottini 2: canone aggiudicazione € 12.200,00;
 - Lotto 2: Milano, Via Battistotti Sassi 4: canone aggiudicazione € 9.900,00;
 - Lotto 3: Milano, Corso XXII Marzo 28: canone aggiudicazione € 11.600,00.
- Totale aggiudicazioni € 33.700,00



Obiettivo 10 – Pagamento dei fornitori

Razionale: Rispetto dei tempi di pagamento entro le scadenze contrattuali e in base alle regole regionali.

Indicatore: Indicatore Tempestività Pagamenti (ITP regionale = 0 o minore di 0).

Misurazione: Monitoraggio nella relazione DG allegata ai CET 2024.

Peso: 5/100

Risultati raggiunti al 31.12.2024:

Nel secondo semestre, è stato eseguito il monitoraggio dell'indicatore di tempestività di pagamento (ITP), il quale risulta minore di 0 così come da obiettivo regionale.

L'indicatore di tempestività dei pagamenti è negativo ed è rappresentato nella tabella sottostante:

anno	Totale pagamenti	gg	calcolo numeratore	indice	TEMPO MEDIO	indice PCC
2024	€ 177.067.657,33	-912.902,33	- 6.042.404.164,11	- 34,12	25,88	-32,72
4 TRIM	€ 45.532.409,87	-237.653,91	- 1.503.744.573,70	-33,03	26,97	-30,79
3 TRIM	€ 39.978.090,11	-209.143,14	- 1.502.333.729,65	-37,58	22,42	-36,77
2 TRIM	€ 45.015.223,30	-260.620,14	- 1.721.553.473,92	- 38,24	21,76	- 36,13
1 TRIM	€ 46.541.934,05	-205.485,14	- 1.314.772.386,83	-28,25	31,75	- 27,76

Monitoraggio nella relazione DG allegata ai CET 2024

Scadenza:
31.12.2024

Nel secondo semestre sono proseguite le attività di monitoraggio dei tempi di pagamento da parte della s.c. Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità.



Obiettivo 11 – Procedura Sperimentazioni cliniche

Razionale: Ottimizzazione percorso sperimentazioni cliniche.

Indicatore: 1) Analisi delle procedure amministrativo - contabili relativamente agli studi sperimentali.
2) Proposte di miglioramento da attivare nell'anno 2025.

Misurazione: a) Relazione sul modello organizzativo-amministrativo-contabile.
b) Documento con attività di riorganizzazione da attivare nel 2025

Peso: 10/100

a) Relazione sul modello organizzativo-amministrativo-contabile	Scadenza:
	30.09.2024 31.12.2024

La gestione amministrativa delle sperimentazioni svolte presso la Fondazione è formalizzata in una procedura di qualità denominata "PRO-P-02-TTO" redatta dalla s.s. Trasferimento Tecnologico (TTO) nell'anno 2011 e periodicamente aggiornata in conformità alle modifiche normative ovvero aziendali. A seguito all'entrata in vigore del Regolamento Europeo in materia (Regolamento UE 536/2014 entrato in vigore il 31 gennaio 2022 - obbligatorio per gli studi presentati dopo il 31 gennaio 2023), si è reso necessario prevedere un'ulteriore revisione della procedura, la cui ultima modifica è stata pubblicata nell'anno 2020, per i seguenti motivi:

- rendere i contenuti conformi ai dettami di legge;
- "trasformare" la medesima in una procedura trasversale integrando le attività svolte dalla s.s. Trasferimento Tecnologico (TTO) con le attività della s.s. Clinical Trial Center e la s.c. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità, strutture coinvolte nella gestione di tutti gli aspetti amministrativo-contabili correlati alla sperimentazione;
- differenziare le attività da svolgere nell'ambito amministrativo-contabile in funzione della tipologia di studio oggetto della procedura (Sperimentazione clinica farmacologica, studio osservazionale, etc.), dedicando a ciascuna tipologia una procedura ad hoc;
- individuare criticità ed eventuali possibili aree di miglioramento;
- inserire riferimenti all'utilizzo della piattaforma gestionale in fase di predisposizione con l'azienda IQVIA, che dovrebbe facilitare il flusso di informazioni tra le strutture coinvolte e la predisposizione dei documenti necessari all'avvio e al monitoraggio delle singole sperimentazioni.

La s.s. Trasferimento Tecnologico (TTO), in collaborazione con la s.s. Clinical Trial Center e la s.c. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità, hanno pertanto provveduto ad analizzare il percorso di gestione delle sperimentazioni e, con particolare riferimento alle *sperimentazioni cliniche profit*, hanno rilevato ambiti di riorganizzazione che si evidenziano di seguito:

a) Valorizzazione della sperimentazione clinica:

In fase di valutazione del protocollo di studio proposto alla Fondazione, lo staff dello Sperimentatore Principale deve provvedere ad una valutazione dei costi che la sperimentazione comporta per le strutture della Fondazione (attività previste per l'esecuzione di visite, esami diagnostico-strumentali e di laboratorio,



impegno da parte delle strutture di supporto – s.s. Clinical Trial Center, s.c. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità, s.s. Trasferimento tecnologico (TTO) etc. -) e a verificare che tali attività siano sostenibili da parte delle strutture coinvolte. Ad esito di tale valutazione, comunicare l'importo risultante allo sponsor tenendo conto che la sperimentazione clinica non deve comportare aggravio di spesa né per il sistema sanitario nazionale né per la Fondazione.

b) Piani di spesa:

Come da procedure in essere (PRO-G-01-BPFC), lo Sperimentatore Principale deve indicare le attività necessarie nell'ambito della sperimentazione e i relativi costi (riportati nel tariffario vigente al momento della pre-study) nell'apposito modulo denominato "Piano di Spesa". Tale modulo, compilato in ogni sua parte e approvato dai Direttori/Responsabili delle strutture coinvolte, viene confrontato con quanto riportato nel contratto da parte della s.s. TTO al fine di uniformare i documenti e disciplinare correttamente sia l'esecuzione delle attività necessarie sia la corresponsione dell'importo indicato nel tariffario vigente presso la Fondazione.

Tenuto conto del continuo turn-over del personale assegnato alla s.s. Clinical Trial Center e preposto alla compilazione dei piani di spesa, la s.s. Clinical Trial Center, in collaborazione con la s.c. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità e la s.s. Trasferimento Tecnologico (TTO), hanno organizzato un corso di formazione rivolto a tale personale avente l'obiettivo di fornire chiarimenti in merito ai contenuti del documento e alle relative modalità di compilazione. Il corso si è tenuto in data 16 maggio 2024 e in data 13 giugno 2024 si è svolto un ulteriore incontro per terminare i lavori iniziati durante il corso con approfondimenti legati alla definizione del budget.

c) Rimborso spese pazienti:

In conformità alla normativa, lo sponsor deve provvedere al rimborso delle spese sostenute dai pazienti per recarsi presso la Fondazione per visite ed esami (viaggio, vitto, alloggio). Al fine di provvedere a tale rimborso, la Fondazione ha incaricato apposita società che provvede a raccogliere la documentazione dei pazienti e a gestire la pratica di rimborso.

Nell'ultima versione del contratto predisposto dal Centro di Coordinamento dei Comitati Etici e pubblicato in data 22 maggio 2024, la disciplina della circostanza è stata rivista dando la possibilità alle parti (Sponsor e Fondazione) di concordare se il fornitore di servizi deve essere individuato dallo Sponsor ovvero dalla Fondazione.

d) Fatturazione:

Ad esito dell'approvazione della sperimentazione e della sottoscrizione del relativo contratto, la s.s. TTO provvede a richiedere l'emissione della fattura per gli importi indicati nel contratto come fatturabili alla sottoscrizione (attività amministrative, di farmacia e di gestione della fase iniziale della sperimentazione). Le fatture successive devono essere richieste dallo staff dello Sperimentatore Principale con cadenza trimestrale ed in funzione delle attività effettivamente eseguite, ad esito di verifica effettuata con lo sponsor sulla base dei dati inseriti nelle CRF.

Gli aspetti di rendicontazione e fatturazione delle sperimentazioni cliniche e degli studi osservazionali con Promotore profit sono stati oggetto anche di un'approfondita analisi da parte del team di Internal Audit che ha evidenziato la necessità di rivedere e migliorare i relativi percorsi al fine di consentire alla Fondazione l'acquisizione dei crediti derivanti dalle sperimentazioni profit.



Inoltre, in data 24 giugno 2024, la s.s. Trasferimento Tecnologico (TTO) e la s.s. Clinical Trial Center hanno partecipato ad un incontro con il consulente della Fondazione appositamente dedicato al fine di dettagliare in maniera puntuale il “percorso” relativo alla gestione/approvazione dei contratti unitamente ai budget per le sperimentazioni cliniche “profit”, facendo un focus sui percorsi/procedure ad oggi attive presso la Fondazione.

e) Delibera Autorizzativa:

La Fondazione al fine di riorganizzare la parte autorizzativa relativa alle società nella conduzione delle sperimentazioni cliniche farmacologiche promosse da quest’ultime e a cui la Fondazione partecipa evidenzia quanto segue:

- ai sensi del Regolamento UE 536/2014, i contratti per le sperimentazioni cliniche devono essere sottoscritti entro 7 giorni dalla data di approvazione della sperimentazione medesima da parte dell’Autorità Competente;
- la singola sperimentazione non può essere avviata senza aver ottenuto apposita autorizzazione allo svolgimento da parte del Direttore Generale mediante sottoscrizione del decreto redatto dalla s.s. Trasferimento Tecnologico (TTO). L’iter di approvazione e pubblicazione del Decreto avviene tramite il sistema Protocollo della Fondazione e richiede, mediamente, 2 settimane lavorative;
- ad esito della pubblicazione del Decreto, la s.s. Trasferimento Tecnologico (TTO) trasmette alla segreteria della Direzione Generale il relativo contratto per la sottoscrizione digitale da parte del Direttore;

Nel corso del 2024, si sono tenuti incontri finalizzati a valutare delle possibili azioni di miglioramento e in data 28 novembre 2024 il Direttore Generale ha approvato quanto di seguito indicato:

- al fine di snellire la procedura di raccolta dei pareri dei Direttori/Responsabili delle strutture diagnostico-strumentali coinvolte nell’esecuzione delle sperimentazioni (attualmente prevista con raccolta di firme sul modulo denominato “piano di spesa”), lo Sperimentatore Principale – PI - (tramite il proprio staff) invita i Direttori/Responsabili (o loro delegati) alla Pre-study durante la quale sarà valutato l’impegno richiesto a ciascuna struttura e, in caso di disponibilità a dare supporto, sarà firmato il modulo di Pre-study appositamente predisposto. Il piano di spesa verrà pertanto sottoscritto unicamente dal PI e, se diverso, dal Direttore/Responsabile della struttura cui afferisce il medesimo PI e validato dal Direttore della s.c. BPF;C;
- il contratto per l’esecuzione della sperimentazione dovrà essere predisposto sul modello nazionale del Centro di Coordinamento Nazionale dei Comitati Etici (CCNCE) e inviato dallo Sponsor prima o contestualmente alla sottomissione dello studio nel portale unico europeo Clinical Trial Information System (CTIS). Lo Study Coordinator, in fase di Pre-study, provvederà a verificare con lo Sponsor che la procedura venga rispettata al fine di consentire alla s.s. TTO di poter valutare la bozza contrattuale parallelamente alla valutazione dello studio da parte di AIFA e del CET;
- ad esito della definizione del contratto, lo stesso verrà sottoscritto dallo Sponsor anche in assenza dell’approvazione da parte di AIFA e del CET e inviato immediatamente alla s.s. TTO che provvederà a richiedere la sottoscrizione di competenza al Direttore Generale. La firma del PI viene pertanto espunta dal contratto dal momento che il medesimo PI ha già sottoscritto il protocollo e i vari documenti richiesti in CTIS;
- ad esito dell’approvazione della sperimentazione da parte di AIFA e del CET, lo Sponsor trasmetterà alla s.s. TTO tali documenti per la predisposizione del decreto di autorizzazione all’esecuzione della



sperimentazione da parte del Direttore Generale; si precisa che al fine di evitare che il PI dia avvio alla sperimentazione ad esito della sottoscrizione del contratto, il contratto sarà integrato con apposita clausola sospensiva che prevede che l'avvio della sperimentazione sia subordinato all'approvazione da parte di AIFA e del CET e all'autorizzazione concessa dal Direttore Generale mediante adozione di apposito decreto.

Presso la Fondazione, vengono effettuate numerose *sperimentazioni no profit* promosse da soggetto non a scopo di lucro (quali la Fondazione stessa, enti del Servizio Sanitario Nazionale, Onlus, enti internazionali, etc.). Al fine di regolamentare anche lo svolgimento di tali tipologie di studio, si rende necessario predisporre modulistica e documentazione specifica per la gestione di tali studi (quali, ad esempio il tariffario per gli studi no profit, piani di spesa ad hoc, apposita procedura trasversale, etc.) e formare il personale al fine di semplificare le procedure di avvio degli studi.

Tra la s.s. Trasferimento Tecnologico (TTO), la s.s. Clinical Trial Center e la s.c. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità si sono tenuti (e si stanno tuttora tenendo) diversi incontri volti a definire i contenuti della modulistica amministrativo-contabile e le modalità di utilizzo del tariffario. Ad esito di tali incontri, le strutture hanno tenuto in data 22 ottobre 2024 un corso di formazione rivolto al personale della Fondazione dedicato alla compilazione di tale documentazione.

b) Documento con attività di riorganizzazione da attivare nel 2025

Scadenza:

31.12.2024

Organizzazione Amministrativa:

1) Istituzione ufficio unico per gli aspetti contabili

Le attività di prenotazione delle prestazioni richieste dalle sperimentazioni cliniche e la conseguente rendicontazione devono essere svolte da un team di persone che operino per tutte le strutture presso cui vengono svolti gli studi e non siano pertanto dedicati ad un unico PI. Si ritiene che centralizzare tali attività presso un unico ufficio possa portare a definire un percorso unitario valido per tutti gli sperimentatori (dalla definizione del budget, predisposizione del piano di spesa alla rendicontazione) e, in tal modo, sia più facile da monitorare anche ai fini della successiva fatturazione. Questo garantirebbe una rendicontazione efficace ed efficiente e consentirebbe alla Fondazione di fatturare puntualmente tutte le attività svolte. Qualora, ad esito di tale percorso, le fatture non dovessero essere pagate dagli sponsor, si avvia la procedura di recupero crediti.

2) Informatizzazione

In aggiunta a quanto indicato nel punto precedente, al fine di ottimizzare le procedure di rendicontazione e fatturazione delle sperimentazioni cliniche, si rende necessario prevedere l'informatizzazione dei processi. A tal fine, dovrà essere acquisito apposito gestionale che possa interagire con i sistemi attualmente in uso presso la Fondazione e che permetta la puntuale rendicontazione delle attività svolte nell'ambito delle sperimentazioni.

3) Procedura Trasversale Sperimentazioni

Al fine di formalizzare le modifiche apportate alla procedura in uso presso la Fondazione (PRO-P-02-TTO), le strutture coinvolte nella gestione amministrativa delle sperimentazioni (s.c. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità, s.s. Clinical Trial Center e s.s. Trasferimento Tecnologico) provvederanno a



predisporre una nuova procedura trasversale nella quale verranno indicate tutte le fasi, dalla fattibilità alla chiusura, e le relative responsabilità. Tale procedura verrà diffusa alle strutture nel corso dell'anno 2025, attraverso apposita presentazione.

Organizzazione Sanitaria:

Alcune strutture chiamate a fornire supporto all'esecuzione delle sperimentazioni presso la Fondazione, si trovano in situazione di difficoltà in quanto la loro capacità erogativa (oramai satura) non permette di far fronte alle richieste con efficacia ed efficienza. Nel primo semestre 2025 verranno coinvolti gli sperimentatori perché valutino ciascuna proposta con molta attenzione prima di accettarla dal momento che il numero di attività richieste a ciascuna struttura della Fondazione, sia clinica che diagnostica, sommato alle attività di assistenza effettuate dalle medesime non sia eccessivo e consenta a tutti i pazienti di ricevere le cure e le dovute attenzioni di cui necessitano. Contestualmente verranno attivate analisi di miglioramento dei percorsi clinici, eventuale estensione dell'orario di servizio delle strutture ed acquisizione di software gestionale che consenta di prenotare i posti sia per i pazienti SSN che per i pazienti da studi clinici, evitando la presenza di un numero di pazienti superiore alla dotazione disponibile.

Carlo Nicora
Direttore Generale