



La presente relazione è lo strumento che conclude il ciclo di gestione della Performance 2016 ed evidenzia i risultati rispetto agli obiettivi indicati nel Piano delle Performance 2016-2018 - revisione 2016

RELAZIONE PERFORMANCE

Anno 2016



	Premessa	1
	La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo	2
	Il ciclo della performance	8
	Raggiungimento degli obiettivi strategici istituzionali	9
	Equilibrio economico finanziario	26
	Andamento dell'attività sanitaria	29
	Andamento dell'attività di Ricerca e Didattica	45
	Qualità dell'assistenza	48
	Formazione	54
	Raggiungimento obiettivi operativi di budget	58



*Dott. Giorgio
Girelli,
Presidente*

Premessa

La presente Relazione è adottata ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lettera b), del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, che prevede, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità e attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, l'adozione da parte delle amministrazioni pubbliche di un documento denominato: «Relazione sulla performance» che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.

La presente relazione è lo strumento che conclude il ciclo di gestione della performance 2016 ed evidenzia i risultati rispetto agli obiettivi indicati nel Piano delle Performance 2016-2018 - revisione 2016, adottato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 40 del 27/04/2017.

Il Piano è consultabile sul sito della Fondazione, come previsto dalla normativa.

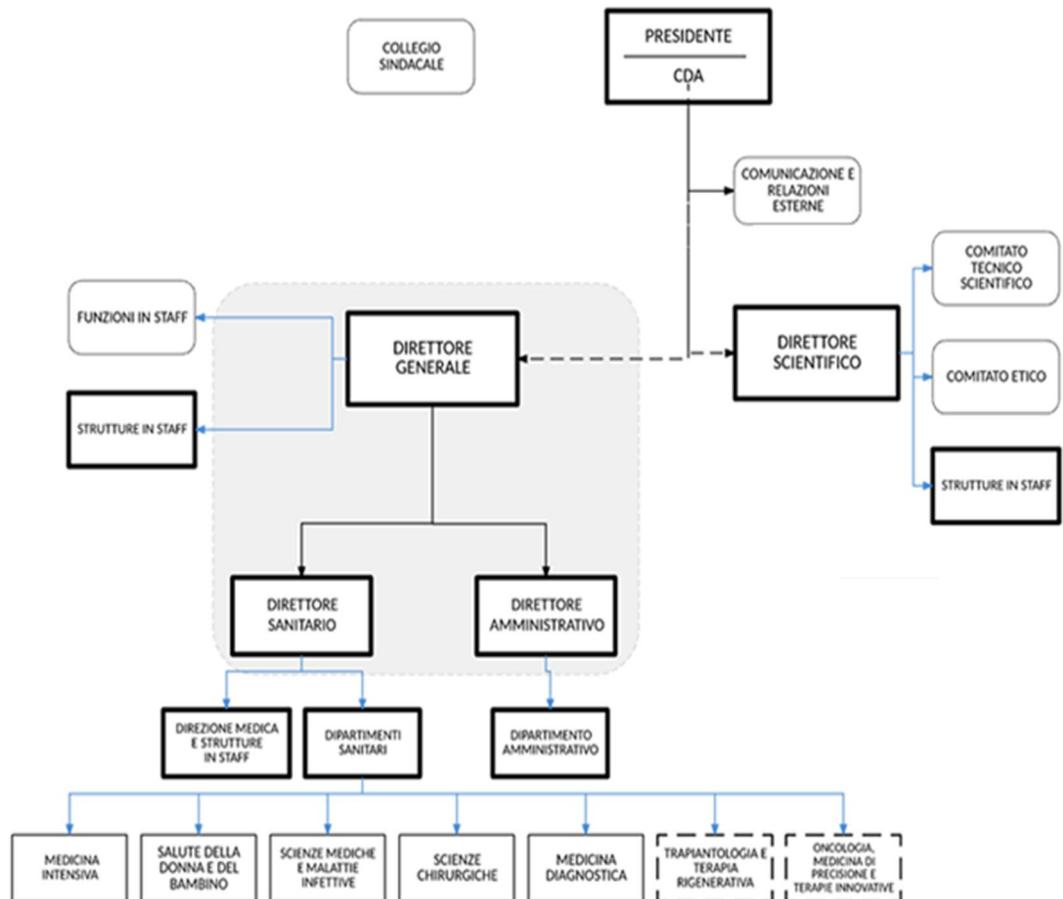


La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

La Struttura Organizzativa dell'Azienda si articola in:

- ✓ Strutture e funzioni afferenti alla Direzione Generale, Direzione Sanitaria e Direzione Scientifica;
- ✓ 8 Dipartimenti;
- ✓ 65 Unità Operative Complesse;
- ✓ 45 Unità Operative Semplici e 18 Unità Operative Semplici Dipartimentali

Organizzazione



“La Fondazione Policlinico San Matteo è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico tra i più importanti d’Europa. E’ anche un laboratorio di sperimentazione clinica e sede privilegiata di attività assistenziale dal 1400.”

Volumi di attività 2016

**881 posti
letto attivi**

**36.500
pazienti
ricoverati**

**248.000
giornate di
degenza**

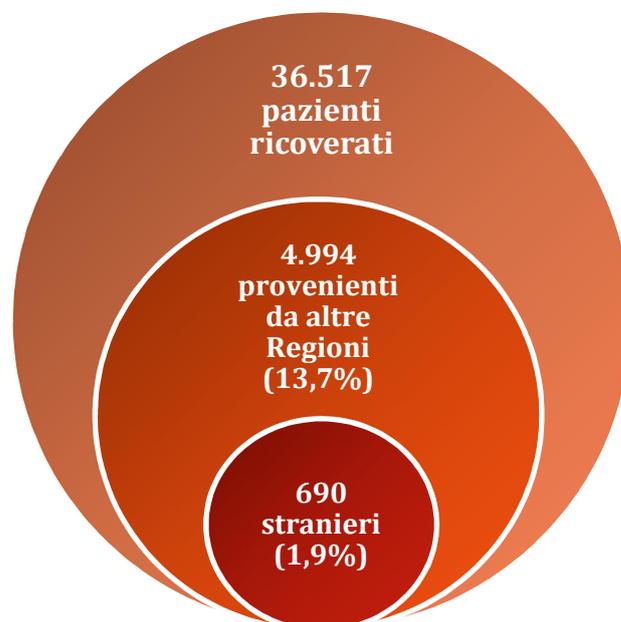


**2,1 ml di
prestazioni
ambulatoriali**

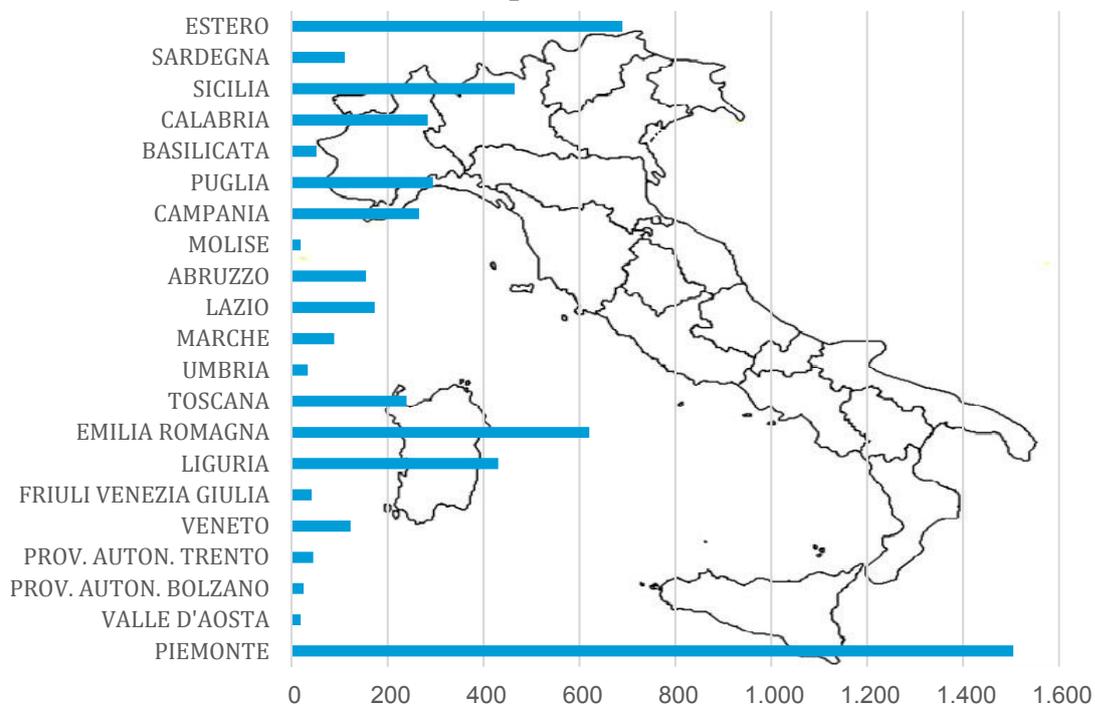
**99.000 accessi al
Pronto Soccorso**



“La capacità di attrarre pazienti di altre Regioni riflette il carattere di eccellenza che caratterizza la Fondazione e può essere considerata misura obiettiva della qualità delle prestazioni e servizi erogati.”

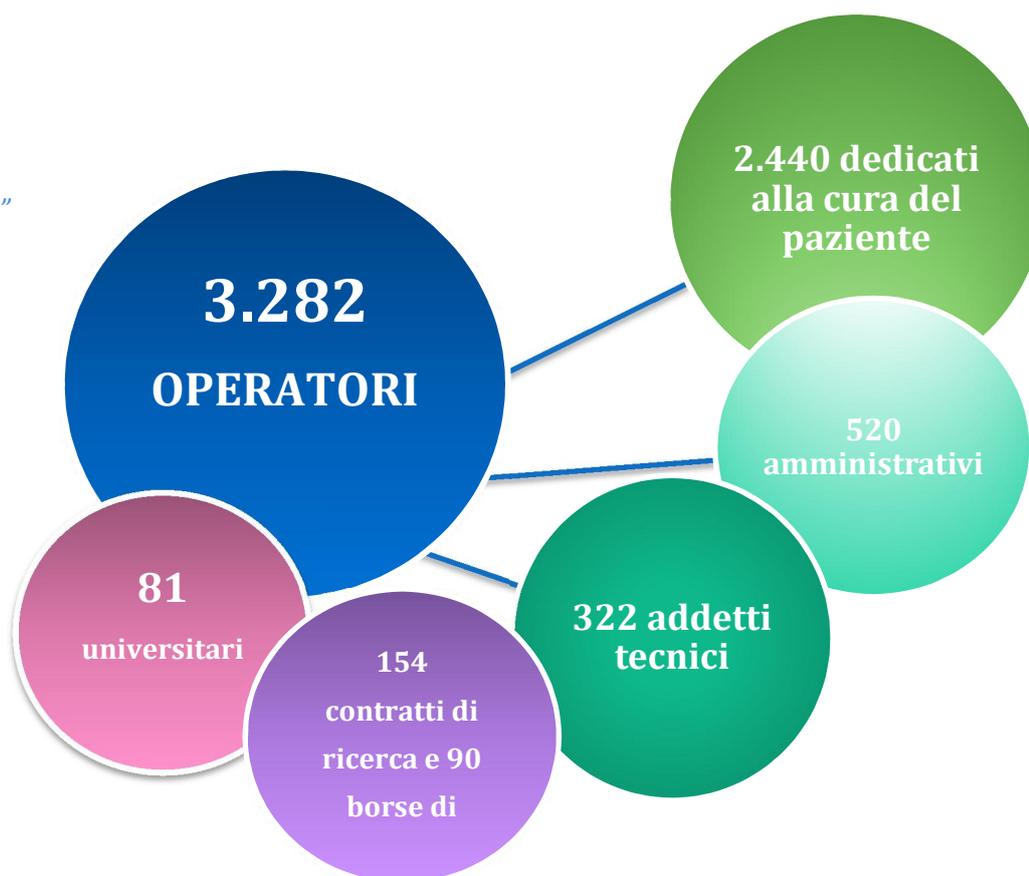


Distribuzione dei pazienti non Lombardi



"3.282 operatori dipendenti tra medici, infermieri, tecnici e amministrativi rispondono quotidianamente con competenza ai bisogni dell'utenza."

Risorse: Personale

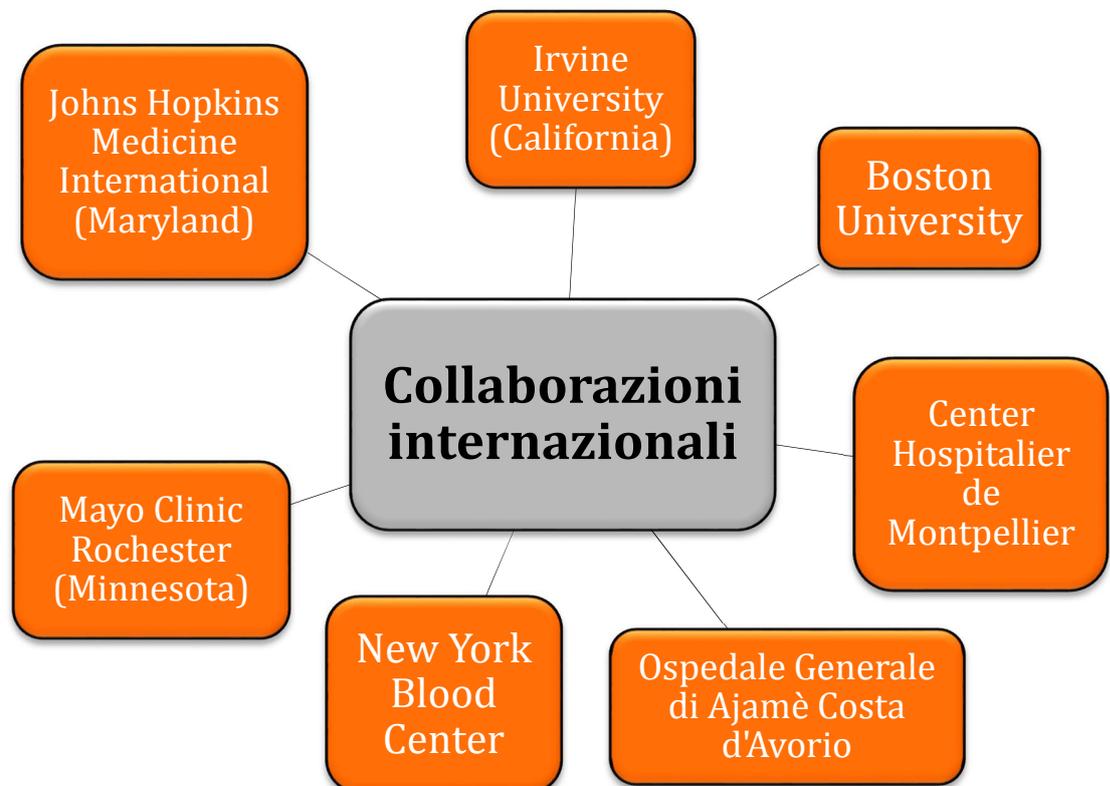


“Fare ricerca è missione istituzionale degli IRCCS e il San Matteo è riferimento nel mondo per la ricerca biomedica nazionale e per le collaborazioni scientifiche internazionali.”

Attività di Ricerca e Didattica



“La Fondazione è struttura di riferimento del polo didattico della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi di Pavia, nonché sede del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e dei Corsi di Laurea triennali e magistrali delle professioni sanitarie.”

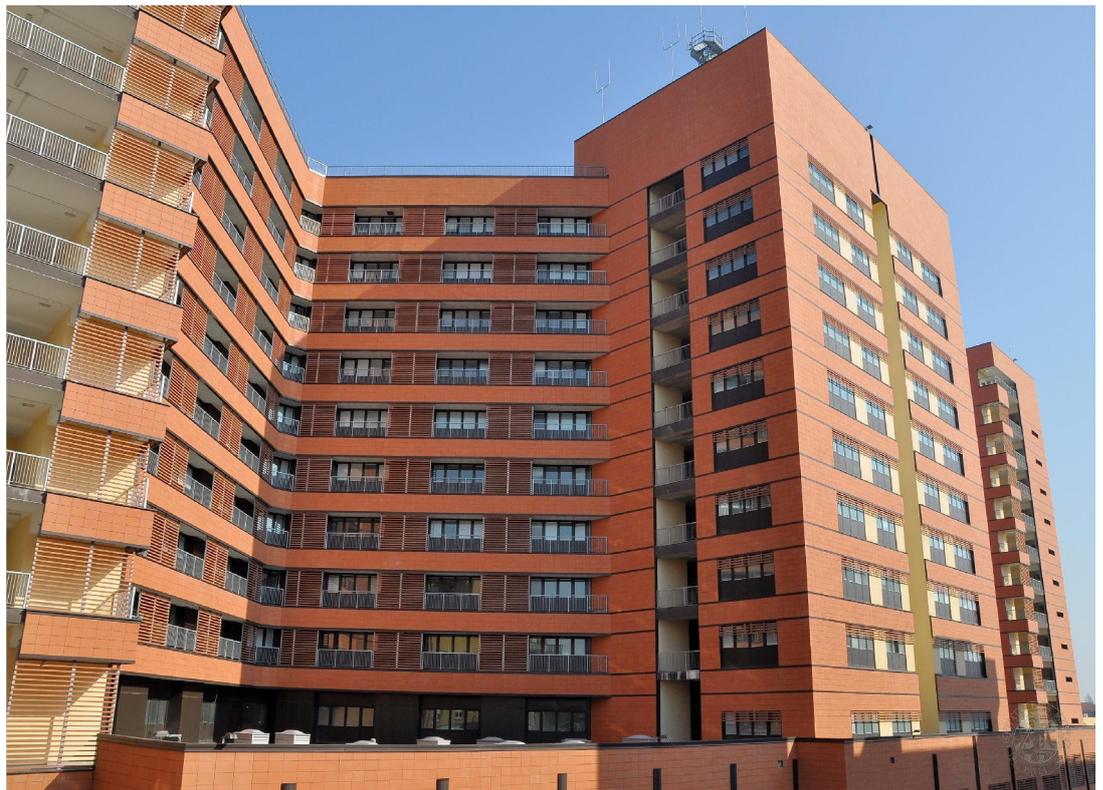


“L’anno 2016 si è caratterizzato per l’implementazione e il rafforzamento del nuovo assetto organizzativo per intensità di cura.”

Obiettivo prioritario è stato il superamento dell’organizzazione a padiglioni per attuare, nelle unità operative trasferite al DEA, la condivisione della programmazione e la flessibilità delle risorse declinando i livelli di gravità dei pazienti e i gradi di complessità assistenziale medica e infermieristica in settings omogenei per tecnologia, quantità e composizione del personale assegnato.

Il trasloco al DEA è iniziato nell’ottobre 2013 ed è proseguito nel corso degli anni successivi.

Nel 2016 si è trasferita al DEA la Medicina VI Ecografia Interventistica, in continuità con il servizio di Endoscopia Digestiva sempre afferente al Dipartimento Medico, nell’ottica di ottimizzazione delle risorse umane, materiali e delle apparecchiature ed al fine di garantire un miglioramento nel percorso diagnostico-terapeutico dei Pazienti affetti da patologie a carico del tratto gastro-enterico, del fegato e del pancreas.





Dott. Roberto Pinardi,
Direttore
Amministrativo

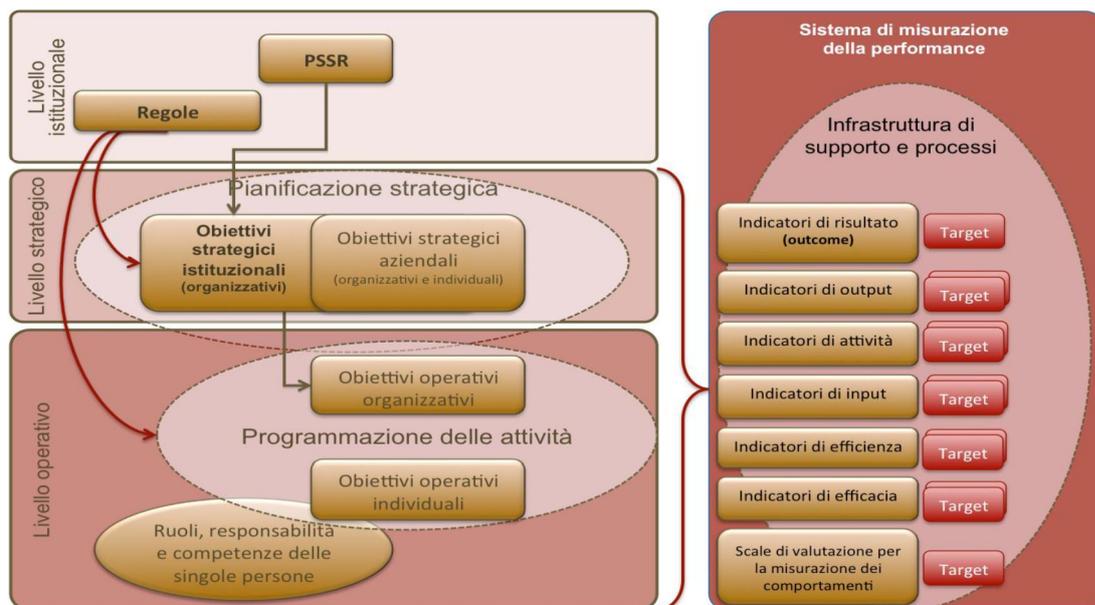
Il ciclo della Performance

Il ciclo della Performance consiste in un processo integrato di programmazione e controllo che consente di apprezzare in modo adeguato le performance raggiunte sia a livello organizzativo che individuale.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance deve essere collegato a precisi ambiti di valutazione, così come individuati dal D.Lgs. 150, che contemplano le aree di attività secondo una gerarchia che parte dall'ambito prioritario, corrispondente alla mission dell'organizzazione (la soddisfazione dei bisogni di salute), cui seguono altri ambiti strumentali al principale (organizzazione, processi, qualità, output, input, ecc.).

La performance viene misurata a livello complessivo aziendale rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali, prioritariamente derivati dagli obiettivi strategici regionali sui quali viene valutata la Direzione Generale, a livello di singola Unità Operativa, individuata come autonomo centro di responsabilità e a livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto.

Logiche generali del Modello di misurazione e valutazione delle Performance





Dott. Nunzio Del Sorbo,
Direttore Generale

Gli obiettivi strategici e istituzionali della Fondazione

Di seguito si riportano gli obiettivi strategici della Fondazione per l'anno 2016 derivati dalla normativa nazionale e dagli atti di programmazione regionale.

OBIETTIVI ASSEGNATI DAL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 4/C.D.A./0080 del 20/07/2016 sono stati assegnati al Direttore Generale i seguenti obiettivi per l'anno 2016:

Obiettivi assegnati dal CdA

N	OBIETTIVO	INDICATORE	MISURAZIONE	PESO
1	Definizione, alla luce delle attuali esigenze, del nuovo assetto organizzativo della Fondazione	Proposta del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) in base ai criteri definiti da Regione Lombardia	Proposta di deliberazione del nuovo POAS entro la data di scadenza prevista dalla Regione	20
2	Attuazione del Piano di Azioni e Piano Operativo	Ricognizione stati di attuazione al 30/06/2016, al 30/09/2016 e al 31/12/2016	Predisposizione e presentazione al C.d.A. delle relazioni entro i 5 giorni precedenti alla data di scadenza. Rispetto debito informativo con la Regione.	30
3	Piano triennale della Prevenzione della corruzione e Programma triennale della Trasparenza 2016-2018	Introduzione di misure attuative del Piano anticorruzione	Almeno 2 provvedimenti contenenti misure di anticorruzione e relazione sulla relativa attuazione entro il 31/12/2016	20
4	Progettazione di PDTA in tema di oncologia mammaria (Breast Unit)	Attivazione di 2 percorsi multidisciplinari e pluriprofessionali	N. persone affette da K mammella seguite come da PDTA / N. persone affette da K mammella trattate nel terzo quadrimestre 2016 (≥ 90%)	15
5	Piano di riorganizzazione logistica	Predisposizione Piano ed attivazione procedure di gara	Attuazione atti entro il 31/12/2016	15
TOTALE				100

Relazione sul raggiungimento di ciascun obiettivo

Si relaziona qui di seguito in merito al raggiungimento di ciascun obiettivo:

1. Definizione, alla luce delle attuali esigenze, del nuovo assetto organizzativo della Fondazione.

Nei termini prescritti da Regione Lombardia (DGR n. X/5113 del 29/04/2016 e DGR n. X/5513 del 02/08/2016) il Consiglio di Amministrazione, nella seduta del 24/10/2016, deliberazione n. 4/C.d.A./0101 ha provveduto ad approvare la proposta di POAS che su



apposito portale ID:179387836544 e n. Prot. G1.2016.0034513, rispettando il termine previsto del 4 novembre 2016.

Con Deliberazione n. X/6252 del 20/02/2017 la Giunta Regionale ha approvato il Piano di Organizzazione Strategico della Fondazione, divenuto pertanto esecutivo ad ogni conseguente effetto di legge.

In attuazione dello stesso, con determina n. 4/D.G./0092 del 22/02/2017 si è provveduto a nominare i Direttori di Dipartimento.

2. Attuazione del Piano di Azioni e Piano Operativo.

Il Piano d'Azione per l'immediato e completo recupero dell'efficienza contabile ed amministrativa della Fondazione è stato approvato con Deliberazione n. 4/C.d.A./0037 del 25/02/2016. Esso definisce le azioni da attuare in termini di riorganizzazione contabile, ristrutturazione dei sistemi informativi, ridisegno dei processi operativi, identificando le tempistiche e le risorse necessarie.

Il Piano Operativo, approvato con Deliberazione n. 4/C.d.A./0058 del 25/05/2016, riporta l'aggiornamento dello stato di avanzamento del Piano di azione per il rapido e completo recupero dell'efficienza amministrativo-contabile della Fondazione è stato.



Riepilogo dell'avanzamento nell'attuazione del Piano Operativo concordato con Regione Lombardia

AREA	RIFERIMENTO	OBIETTIVO	TEMPISTICHE	STATUS
Immobilizzazioni	Tenuta libri obbligatori	Registro dei beni ammortizzabili	30/06/2016	✓
	Saldi di apertura	Ricognizione patrimonio disponibile	30/06/2016	✓
	Saldi di apertura	Ricognizione patrimonio indisponibile	31/10/2017	<i>in progress</i>
	Saldi di apertura	Ricognizione patrimonio indisponibile beni mobili	31/11/2017	<i>in progress</i>
	Saldi di apertura	Ricognizione fonti di finanziamento	31/12/2017	<i>in progress</i>
Ciclo attivo e passivo	Saldi di apertura	Verifica dei saldi creditori e debitori	31/03/2017	✓
	Saldi di apertura	Ricognizione dei crediti/debiti verso Regione	31/05/2017	✓
	Ciclo passivo	Implementazioni funzionalità standard Oracle - ciclo passivo	30/06/2016	✓
	Ciclo passivo	Revisione del processo di acquisizione risorse (beni sanitari)	31/12/2017	✓
	Ciclo attivo e passivo	Verifica adeguatezza struttura organizzativa UOC Economico Finanziaria	31/03/2017	✓
	Tenuta libri obbligatori	Riorganizzazione ufficio fiscale	30/09/2016	✓
Magazzino	Rimanenze	Magazzini di reparto	31/12/2016	✓
Sistemi informativi	Sistemi informativi aziendali	Migrazione R12 Oracle	28/02/2017	✓
	Sistemi informativi aziendali	Sistema informativo di controllo di gestione	31/12/2017	<i>in progress</i>
	Sistemi informativi aziendali	DWH aziendale	31/12/2017	<i>in progress</i>

Gli stati avanzamento del Piano operativo sono stati trasmessi in Regione contestualmente all'invio del II, III e IV CET.



In particolare, la relazione sullo stato di avanzamento del Piano operativo al 30/06/2016, con la quale il Direttore generale descrive lo stato di attuazione del “Piano Operativo”, nonché l’esito sulle verifiche delle aree di bilancio immobilizzazioni, crediti e debiti, con particolare riferimento ai rapporti con Regione Lombardia, e sulla tenuta dei principali libri contabili obbligatori, unitamente alla “Relazione sullo stato di avanzamento nell’attuazione del Piano Operativo” predisposta dal soggetto terzo Ernst & Young Financial Business Advisors S.p.A., dalla quale emerge il raggiungimento dei citati obiettivi, è stata adottata dal C.d.A con Deliberazione n. 0083/2016 e trasmessa in Regione unitamente al II CET.

In merito agli obiettivi fissati al 30/06/2016, con nota prot. A1.2016.0084835 del 03/08/2016, Regione Lombardia ha richiesto ulteriori precisazioni, fornite dalla Fondazione con nota Prot. 20160024716 del 29/08/2016.

In occasione della presentazione del III CET 2016 la Fondazione ha effettuato un aggiornamento della realizzazione del Piano Operativo altresì trasmesso alla Direzione Generale Welfare il 24/10/2016.

Infine, contestualmente all’invio del IV CET è stata trasmessa in Regione l’aggiornamento in merito allo stato di avanzamento degli obiettivi indicati nel Piano Operativo alla data del 31/12/2016.

3. Piano triennale della Prevenzione della corruzione e Programma triennale della Trasparenza 2016-2018.

Sono stati individuati, nell’ambito degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per l’anno 2016 e riferiti alla prevenzione della corruzione, due adempimenti contemplati nel “Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità 2016-2018 - aggiornamento” adottato con ordinanza presidenziale n. 0007 del 28 gennaio 2016 e ratificato con deliberazione n. 4/C.d.A./0023 dell’11 febbraio 2016 recante “Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità 2006-2018 - aggiornamento - Ratifica O.P. n. 0007/2016”.

In particolare, in ottemperanza a quanto previsto dal suddetto Piano, è stata data attuazione agli articoli relativi alla costituzione del Gruppo di Supporto Permanente (GSP) e del cd Whistleblowing.

4. Progettazione di PDTA in tema di oncologia mammaria (Breast Unit).



In data 12 settembre 2016 sono stati pubblicati la sostanziale revisione [Aggiornamento dei numeri telefonici ed ambulatoriali secondo la redistribuzione dei locali negli ultimi tre anni - Aggiornamento di linee guida e bibliografia - Modifica della stadiazione chirurgica dell'ascella secondo gli aggiornamenti di linee guida (NCCN-2015) e secondo la conclusione di studi clinici internazionali - Riformulazione degli indicatori di performance e risultato - Aggiornamento dei componenti del gruppo multidisciplinare senologico (GMS)] del PDTA 2 - Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione dei pazienti con patologia tumorale della mammella ed il nuovo PDTA 31 - Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione della donna ad alto rischio genetico di carcinoma mammario ed ovarico.

A far data dal 1 settembre 2016 è stato dato inizio alla misurazione dell'indicatore "n. persone affette da K mammella seguite come da PDTA/N. persone affette da K mammella trattate nel terzo quadrimestre". Di seguito si riportano i dati rilevati:

Malati neoplastici operati dal 01/09/2016 al 31/12/2016 e sottoposti a discussione multidisciplinare post-chirurgica: 97 casi.

Donne con diagnosi di prima neoplasia avanzata, candidate a chemioterapia neoadiuvante, iniziata nell'intervallo dal 01/09/2016 al 31/12/2016: 3 casi sottoposti a discussione multidisciplinare preoperatoria.

Donne con diagnosi di prima neoplasia candidate ad ormonoterapia neoadiuvante iniziata nell'intervallo dal 01/09/2016 al 31/12/2016: 1 caso sottoposto a discussione multidisciplinare.

Nel periodo considerato sono afferite alla Breast Unit della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo 101 donne affette da neoplasia mammaria di prima diagnosi. Tutti i casi sono stati discussi nel meeting Multidisciplinare settimanale (MDM) e per ciascun caso esiste il documento collegiale. In tutti i 101 casi è stato applicato il PDTA aziendale del Carcinoma al seno.

Indicatore (N. persone affette da K mammella seguite come da PDTA/N. persone affette da K mammella trattate nel terzo quadrimestre 2016): 100%.

5. Piano di riorganizzazione logistica.

Nel corso del 2016 è stato disposto un piano di riorganizzazione logistica di massima che, coinvolgendo diverse strutture, ha richiesto la suddivisione in più step. Questo per garantire, al termine di ogni step indicato, eventuali modifiche della schedulazione delle attività e/o variazione/integrazione delle stesse.



Infatti Il Progetto di Razionalizzazione Magazzini riferito, nello specifico, alla Struttura Farmacia rivestendo un ruolo fondamentale all'interno della Fondazione, è stato articolato per finalizzare due obiettivi principali:

- La razionalizzazione dei magazzini sia fisica che a valore;
- La logistica distributiva tra magazzino centrale farmacia e magazzini di reparto.

Lo studio di fattibilità, a valle di analisi effettuate in precedenza e di ricognizioni degli spazi ad inizio anno, ha portato ad individuare l'area da destinare al Magazzino Centralizzato Farmacia. Tuttavia lo stabile è da riqualificare. Sono necessari importanti lavori di ristrutturazione. Inoltre, essendo i locali in uso, le tempistiche ipotizzate all'inizio sono state ulteriormente riviste, anche in virtù del nuovo codice appalti.

Le variabili esogene non hanno, comunque, pregiudicato il buon proseguimento delle attività a latere: creazione di un team preposto all'analisi organizzativa dei flussi di materiale ed alla distribuzione interna.

A tal proposito si segnala l'attenzione rivolta alla gestione delle scorte di materiale a livello centrale e nei reparti.

Questo, oltre ad essere un passaggio propedeutico finalizzato alla miglior gestione, ha permesso di iniziare il processo di cambiamento organizzativo interno, orientato ad un controllo sistemico delle attività a tutti i livelli, con responsabilizzazione crescente del personale operativo coinvolto.

L'attività proseguirà nel corso del 2017 e 2018 con aggiudicazione della ristrutturazione e successiva assegnazione infrastruttura interna con ricorso ad automatismi. Il coinvolgimento di operatori logistici attivi nel settore healthcare, permetterà di individuare la soluzione ottimale, anche dal punto di vista della tecnologia da applicare.

Lo stanziamento globale si attesta su 1.270 k€; stanti le prime valutazioni 800k€ saranno da destinare alla ristrutturazione, la restante parte per le attrezzature interne.

Obiettivi di derivazione regionale

OBIETTIVI DI DERIVAZIONE REGIONALE

Facendo seguito alla Deliberazione della Giunta Regionale n. X/5514 del 2/8/2016 (determinazione in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle ATS, ASST e AREU



e relativa definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2016) in cui viene stabilita la possibilità per gli IRCCS di utilizzare le indicazioni in essa contenute come linee di indirizzo al fine di determinare gli obiettivi dei rispettivi Direttori Generali, con Deliberazione n. 4/C.d.A./0102 del 24/10/2016 il Consiglio di Amministrazione ha integrato quanto stabilito con deliberazione n. 4/C.d.A./0080, con gli obiettivi mutuati da Regione Lombardia, ad eccezione di quanto non pertinente con le attività svolte dalla Fondazione.

Tali obiettivi sono suddivisi in 2 parti:

- 1) **OBIETTIVI OPERATIVI:** si riferiscono all'integrale rispetto delle regole di gestione per l'esercizio 2016: il raggiungimento di tali obiettivi è condizione necessaria per accedere valutazione basata sugli obiettivi strategici;

OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI/ RISULTATI ATTESI
Rispetto integrale delle regole di gestione del servizio socio-sanitario per l'esercizio 2016	1) Indirizzi regolatori nell'ambito della programmazione regionale
	2) Indirizzi per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza
	3) Investimenti e governo efficienza delle aziende pubbliche
	4) Promozione dell'appropriatezza prescrittiva dei medicinali;
	5) Interventi per equità e semplificazione nell'accesso al sistema
	6) Equilibrio economico finanziario
	7) Invio dei flussi di File F e File R con cadenza mensile e rispetto vincolante della data del 28.02 come invio dei dati complessivi di produzione annuale di File F e File R (per le ATS controllo sui produttori privati).
	8) Monitoraggio degli adempimenti previsti nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) e nel Programma Triennale della Trasparenza ed integrità (PTTI)

- 2) **OBIETTIVI STRATEGICI:** a tali obiettivi è attribuito l'intero punteggio a disposizione per valutare le performance delle Direzioni Strategiche.



OBIETTIVI STRATEGICI	INDICATORI/ RISULTATI ATTESI
Attuazione l.r. n. 23/2015	1) Sottoscrizione della contrattazione integrativa aziendale entro il 31 dicembre 2016
	2) Predisposizione e avvio dei programmi di sviluppo per l'integrazione dei sistemi informativi aziendali e interaziendali
	3) Definizione e trasmissione a Regione Lombardia del POAS entro i termini stabiliti
	5) Definizione delle nuove modalità di offerta vaccinale: realizzazione del modello organizzativo ATS/ASST, secondo le specifiche indicazioni regionali (decreto del 24 aprile 2016 n. 3682)
	5) Integrazione area sanitaria e socio sanitaria in ATS nei programmi di promozione della salute e prevenzione di fattori di rischio comportamentale e nell'accordo ATS/ASST per garantire continuità alle attività nei Consultori e nei percorsi di presa in carico individuale su fattori di rischio MCNT
Tempi di Attesa	6) Implementazione di percorsi dedicati ai pazienti cronici con contestuale miglioramento dell'accessibilità per le patologie acute
Investimenti	7) Attuazione interventi del VI atto integrativo con rispetto del cronoprogramma e dei costi

Relazione sul raggiungimento di ciascun obiettivo

OBIETTIVI OPERATIVI

Rispetto delle regole di gestione per l'esercizio 2016 relativamente ai seguenti punti:

1) INDIRIZZI REGOLATORI NELL'AMBITO DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Per quanto attiene gli indirizzi per l'accreditamento, negoziazione e stipula dei contratti integrativi si rendiconta quanto segue:

- E' stata presentata nei tempi stabiliti istanza di proroga strutturale all'ATS competente;
- E' stata accreditato il trasferimento della SC di Medicina Sesta ed Ecografia Interventistica;
- E' stato firmato con ATS il contratto integrativo 2016 nei tempi stabiliti;
- Per quanto riguarda gli indicatori riportati nella DGR n. X/4702 del 29/12/2015, ad oggi non risultano ancora disponibili i dati definitivi 2016. Si riportano gli ultimi aggiornamenti:

Indicatore 7 - % Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione (Valore Regionale: 71.4%):



la Fondazione si assesta al 62.3% (dati DWH regionale aggiornato con dati inviati fino al 31/11/2016) quindi secondo le regole 2016 la valorizzazione del DRG molto probabilmente non sarà abbattuta;

Indicatore 10-Tasso Osp Ricoveri Ordinari di 2 o più GG per DRG Alto Rischio Inappropriatezza (Valore Regionale: 16,1%):

non è attualmente disponibile il valore aggiornato, ma l'ultima rilevazione (ottobre 2016) mostrava un tasso pari al 18,1%. Nel caso in cui venisse confermato il dato, la valorizzazione potrebbe essere abbattuta del 20%.

- In merito al controllo delle prestazioni sanitarie, sono stati inviati gli esiti relativi all'autocontrollo di congruenza in coerenza con la normativa regionale di riferimento e nel rispetto delle tempistiche e dei criteri esplicitati nel Piano di controllo aziendale anno 2016. Sono state rispettate tutte le indicazioni in merito all'auto-controllo delle prestazioni sia di ricovero che ambulatoriale
- Facendo seguito al mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici, il Servizio Tecnico, relativamente agli adeguamenti dei fabbricati, specificatamente per la prevenzione incendi di cui al D.M. 19/3/2015 ed all'adeguamento alle norme antisismiche ai sensi del D.M. 14/01/2008 ecc., ha avviato ed ha in esecuzione gli atti di propria competenza nell'ambito della programmazione regionale.

2) INDIRIZZI PER L'EROGAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

- E' stata data diffusione delle indicazioni regionali e ministeriali relative all'appropriatezza prescrittiva;
- E' stato istituito un tavolo tecnico relativo all'appropriatezza della prescrizione radiologica;
- Si effettuano regolarmente controlli sulla prescrizione e sulla erogazione in accordo alle indicazioni pervenute dall'ATS ed al loro campionamento.

3) INVESTIMENTI E GOVERNO EFFICIENZA DELLE AZIENDE PUBBLICHE

- In merito alle “Linee di indirizzo acquisti delle Aziende Sanitarie”, viene effettuata prima dell'avvio di ogni procedura, la verifica della presenza di convenzioni ARCA o Consip per la categoria merceologica di riferimento, ai fini del rispetto della gradazione degli obblighi riportati nelle Regole di Regione (ARCA,



CONSIP, procedure aggregate con SINTEL, procedure autonome con SINTEL, NECA, MEPA) e tale attestazione viene riportata nei provvedimenti di aggiudicazione delle procedure d'acquisto.

Dal 2016 è altresì rispettata la normativa relativa alle categorie merceologiche di esclusiva competenza dei soggetti aggregatori di cui alla legge di stabilità 2016 e al DPCM 24/12/2015 (farmaci, stent, dm per medicazione, etc.)

E' stata effettuata nei tempi previsti, come attestato dalle comunicazioni in conoscenza alle Direzioni, la programmazione dell'acquisto di beni e servizi con gare aggregate e autonome nell'ambito del Consorzio ATS Brianza Pavia, richiesta entro 15 marzo 2016 e 30 settembre 2016 ed è stata presentata al Direttore Generale ed adottata con recente provvedimento, come previsto sia dalla legge di stabilità 2016 che dal Codice dei contratti pubblici, la programmazione di beni e servizi di valore superiore al milione e comunque la programmazione degli investimenti di cui alle fonti di finanziamento regionale come da BPE 2016.

Ad oggi si è aderito a 13 Convenzioni di ARCA e 4 di Consip, sono state avviate/aggiudicate come capofila o mandante n.11 gare aggregate e vi sono state n.16 procedure di adesione ex post, come indicate nel dettaglio nelle relazioni trimestrali su beni e servizi inviate a Regione nei tempi richiesti. Nel secondo semestre si è aderito a ulteriori n.6 Convenzioni Consip, a 12 Convenzioni di ARCA. In qualità di capofila sono state avviate 3 procedure aperte e sempre come capofila sono state aggiudicate 3 procedure aperte. Si è preso atto in qualità di mandante dell'aggiudicazione della procedura aperta, espletata in qualità di capofila, dall'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano, per la fornitura di sistemi per la raccolta, lavorazione e conservazione degli emocomponenti e si è aderito ex post a 9 procedure aggiudicate da altre Aziende sanitarie, come nel dettaglio precisato nelle relazioni sulle procedure di acquisizione di beni e servizi per Regione Lombardia nel terzo e quarto trimestre 2016.

E' stato dato mandato ad ARCA per gli accordi quadro relativi ai servizi di lavanolo, pulizie e ristorazione, che verranno espletati come appalti specifici dalla Fondazione. Per tutte le procedure viene utilizzata la piattaforma SINTEL, anche per richieste di offerta di modico importo e ultimamente si è implementato l'utilizzo del MEPA



Vengono analizzati e rispettati i tempi di risposta per i flussi informativi richiesti da Regione e per i flussi relativi ai dispositivi medici che, se di costo superiore alla media regionale indicata, vengono rinegoziati con i fornitori.

La programmazione di ARCA induce in molti casi a proseguire i contratti in essere o a brevi procedure ponte, laddove consentito dalla categoria merceologica interessata, soprattutto se standardizzata e di uso comune: in ogni caso è stato rispettato l'obbligo informativo relativo alle proroghe del primo semestre 2016.

Per le procedure negoziate con prodotti in esclusiva vengono rispettate a pieno le indicazioni delle Regole 2016 e sin dall'inizio del 2016 è stata inviata nota informativa a tutte le Strutture sanitarie con precise indicazioni normative e operative e le dichiarazioni di esclusività/infungibilità sono valutate con la SC di Ingegneria Clinica e la SC di Farmacia.

Per quanto riguarda i volumi di acquisto e le relative percentuali, espressi in milioni di euro:

ACQUISTI CONSIP: EURO 5.712 (3%);

ACQUISTI ARCA: EURO 62.448 (36%);

ACQUISTI AGGREGATI/CONSORZIO: EURO 28.492 (17%);

ACQUISTI AUTONOMI: EURO 75.018 (44%).

COMPLESSIVAMENTE GLI ACQUISTI AGGREGATI HANNO UN VALORE DI EURO 96.652 (56%), pertanto l'obiettivo stabilito da Regione Lombardia (50%) è raggiunto.

Per quanto attiene agli acquisti di tecnologie:

- È stato elaborato il piano investimenti in tecnologie sulle varie delibere di finanziamento;
- Si è proceduto alla attuazione del piano investimenti in tecnologie sulle varie delibere di finanziamento.

Inoltre si segnala che è stato completato l'aggiornamento del portale NSIS per il monitoraggio e l'invio del "Flusso informativo per il monitoraggio grandi apparecchiature sanitarie".

- In tema di **RISK MANAGEMENT**, si rimanda al paragrafo Qualità dell'assistenza



- In merito alle “**POLITICHE DEL PERSONALE**”, sono state rispettate integralmente le disposizioni delle regole di gestione del servizio sociosanitario per l’esercizio 2016, come segue:

1.a) Flussi informativi regionali:

Monitoraggio congiunturale Trimestrale 2016 scadenze:

- 1°trimestre 2016 entro il 15 aprile 2016
- 2°trimestre 2016 entro il 10 luglio 2016
- 3°trimestre 2016 entro il 10 ottobre 2016
- 4°trimestre 2016 entro il 10 gennaio 2017

Monitoraggio congiunturale Trimestrale 2016 (CET) scadenze:

- 1°trimestre 2016 entro il 15 aprile 2016
- 2°trimestre 2016 entro il 15 luglio 2016
- 3°trimestre 2016 entro il 15 ottobre 2016
- 4°trimestre 2016 entro il 16 gennaio 2017

FLUSSO C anno 2015 scadenza posticipata al 23 settembre 2016

FLUSSI A E B 1°semestre 2016 + 3°trimestre 2016 scadenza posticipata al 30 novembre 2016

FLUSSO A E B 4° trimestre 2016 scadenza 28 febbraio 2017 (FARE)

CONTO ANNUALE 2015 scadenza 07 giugno 2016

RELAZIONE CONTO ANNUALE 2015 scadenza 07 maggio 2016

ALBO DEI DIRETTORI DI STRUTTURA COMPLESSA scadenza 12 dicembre 2016

1.b) Realizzazione piani di gestione delle risorse umane 2016:

La realizzazione del PGRU 2016 è avvenuta nel rispetto del budget e delle regole ivi dettagliate in merito alle % di turn over, tramite:

- le avviate indizioni di procedure concorsuali sia per il personale dirigenziale che per quello del comparto.
- le regolarizzazioni del personale già in servizio a tempo determinato con utilizzo graduatorie
- il reclutamento in anticipo per il personale del comparto, laddove è stata segnalata l’indifferibilità.



Il numero delle assunzioni a tempo indeterminato e determinato complessivamente realizzate nell'ambito del PGRU 2016, aggiornato al 31.12.2016, risulta caricato sul Portale Fluper nell'allegato "Modello 1" trasmesso con nota Prot. n. 20170001669 del 16.01.2017: si tratta di complessive n. 228 assunzioni, di cui n. 67 unità di personale dirigenziale e n. 161 di personale del comparto.

4) PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DEI MEDICINALI

- Nell'ambito dell'obiettivo, condiviso con l'ATS di Pavia, si effettua il monitoraggio continuo della prescrizione dei farmaci sottoposti a monitoraggio intensivo, sensibilizzando i medici al rispetto dei Piani Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) condivisi (es. Malattie Rare), alla raccolta dei parametri clinici richiesti per i farmaci sottoposti alla legge 648/96, al rispetto della compilazione dei Piani Terapeutici on-line e delle schede dei registri AIFA. La corretta compilazione delle schede di monitoraggio AIFA, nell'ambito dell'obiettivo condiviso con l'ATS di Pavia, ha prodotto rimborsi nel 2016, pari a:
Tipologia 19 file F: € 19.528.258 - farmaci anti HCV;
Tipologia 15 File F: € 438.630,47 - farmaci oncologici.
- In ottemperanza con le indicazioni di prescrizione appropriata per la continuità di cura ospedale-territorio, si è provveduto a condividere le note di appropriatezza prescrittiva pervenute dall'ATS di Pavia e a pubblicarle sul sito intranet Aziendale.
<http://intranet.sanmatteo.org/site/home/organizzazione-on-line/farmacia/prescrizione-farmaci/articolo1006497.html> (settembre 2016, appropriatezza prescrittiva Ketorolac Trometamina).
- Nell'ambito della prescrizione appropriata degli antibiotici è proseguito il progetto aziendale di Antibiotic Stewardship, attivo su infezioni e colonizzazioni, promosso da Direzione Medica di presidio, Malattie Infettive e Farmacia, che prevede la consulenza infettivologica entro 48-72 ore dall'isolamento dei microrganismi multiresistenti, al fine di effettuare una prescrizione antibiotica/antifungina mirata, basata sull'antibiogramma.



A questo scopo è stato implementato un sistema informatico gestionale, a disposizione dei reparti, come riferito nella seduta del CIO (ComCommissione Infezione Ospedaliera) di aprile 2016. E' stato redatto il PDTA interno per la cura della Micobatteriosi, in collaborazione tra la Direzione Medica di Presidio, Malattie Infettive, Virologia, Pneumologia e Farmacia

4) E' stata aggiornata con pubblicazione sul sito aziendale a giugno 2016, la comunicazione per la corretta prescrizione degli Antidoti, in accordo con le Linee Guida Del Centro Antiveneni (CAV) della Fondazione IRCCS Salvatore Maugeri e con la specifica di reperibilità dell' antidoto appropriato:

<http://intranet.sanmatteo.org/site/home/organizzazione-online/farmacia/prescrizione-farmaci/articolo1006335.html>

5) INTERVENTI PER EQUITÀ E SEMPLIFICAZIONE NELL'ACCESSO AL SISTEMA

La Fondazione tramite la piena adesione al CCR garantisce equità di accesso al sistema di prenotazione (circa 9.000 prenotazioni mensili da CCR). Inoltre è data la possibilità agli specialisti di prenotare per l'assistito direttamente dagli ambulatori al termine della visita. Nell'ambito del rinnovo tecnologico e funzionale programmato è stata aggiudicata la fornitura per una nuova soluzione applicativa CUP per la gestione completa dell'offerta di servizi di specialistica ambulatoriale. E' previsto il perfezionamento dei sistemi di accoglienza tramite il maggiore ricorso ai servizi online, con lo scopo di semplificare la comunicazione tra azienda sanitaria e cittadino e ridurre al minimo indispensabile l'accesso presso le strutture ospedaliere dei pazienti di ambito specialistico ambulatoriale.

6) EQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO

In corso d'anno è stato monitorato costantemente il rispetto di questo obiettivo con rendicontazioni periodiche rese al Direttore Amministrativo. Si attesta il raggiungimento dell'obiettivo assegnato alla Ragioneria in merito all'equilibrio economico finanziario, così come certificato sul IV CET 2016. Per ulteriori approfondimenti si veda il paragrafo Equilibrio economico finanziario.



7) INVIO DEI FLUSSI DI FILE F E FILE R CON CADENZA MENSILE E RISPETTO VINCOLANTE DELLA DATA DEL 28.02 COME INVIO DEI DATI COMPLESSIVI DI PRODUZIONE ANNUALE DI FILE F E FILE R.

Il termine delle scadenze relativo all'invio di File F e File R è stato integralmente rispettato: i controlli sulla qualità del dato vengono eseguiti mensilmente prima dell'invio del flusso.

8) MONITORAGGIO DEGLI ADEMPIMENTI PREVISTI NEL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) E NEL PROGRAMMA TRIENNALE DELLA TRASPARENZA ED INTEGRITÀ (PTTI)

Si rimanda a quanto già trattato in merito all'obiettivo n.3 del CDA.

OBIETTIVI STRATEGICI

In merito **ALL'ATTUAZIONE DELLA L. R. N. 23/2015:**

1) SOTTOSCRIZIONE DELLA CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA AZIENDALE ENTRO IL 31 DICEMBRE

Accordo economico 2016 personale del comparto: si è pervenuti alla stesura della bozza perfezionata secondo osservazioni e/o modifiche rilevate negli incontri per la sottoscrizione definitiva il 31.01.2017.

2) PREDISPOSIZIONE E AVVIO DEI PROGRAMMI DI SVILUPPO PER L'INTEGRAZIONE DEI SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI E INTERAZIENDALI

La legge 23 ha avuto un impatto molto contenuto per quanto concerne la Fondazione San Matteo. In sostanza si è trattato di aggiornare 2 codici associati ai presidi di erogazione ambulatoriale. L'attività è stata svolta per quanto concerne l'aggiornamento dei flussi di rendicontazione ed è stata pianificata per quanto concerne l'adeguamento dei sistemi di prenotazione e accettazione e verrà svolta non appena Lispa inizierà la migrazione al nuovo assetto (attività prevista a Febbraio 2017).



3) DEFINIZIONE E TRASMISSIONE A REGIONE LOMBARDIA DEL POAS ENTRO I TERMINI STABILITI

Si rimanda a quanto già trattato in merito all' obiettivo n.1 del CDA.

4) Definizione delle nuove modalità di offerta vaccinale: realizzazione del modello organizzativo ATS/ASST, secondo le specifiche indicazioni regionali (decreto del 24 aprile 2016 n. 3682)

Sono state approntate azioni atte a vaccinare soggetti selezionati sulla base di status/patologie, in particolare quelli definiti come "ad alto rischio" con progetto congiunto ATS/IRCCS per offerta di vaccino antinfluenzale a dipendenti, degenti e loro familiari, vaccinazione antipneumococcica nelle categorie a rischio, vaccinazione antiRosolia e antiVaricella nelle puerpere, vaccino antiHPV nelle donne giovani (non in fascia coperta da ATS) e nelle sieropositive.

5) Integrazione area sanitaria e socio sanitaria in ATS nei programmi di promozione della salute e prevenzione di fattori di rischio comportamentale e nell'accordo ATS/ASST per garantire continuità alle attività nei Consultori e nei percorsi di presa in carico individuale su fattori di rischio MCNT

La Fondazione aderisce al progetto WHP degli ospedali che promuovono la salute ed effettua anche azioni concordate con ATS. E' stato sottoposto un questionario ai dipendenti relativo al gradimento del servizio mensa apportando poi alcune modifiche allo stesso. E' stato predisposto e sottoposto alla direzione un nuovo regolamento per un ospedale libero da fumo in applicazione alle direttive ministeriali.

Per quanto attiene ai **TEMPI DI ATTESA:**

6) Implementazione di percorsi dedicati ai pazienti cronici con contestuale miglioramento dell'accessibilità per le patologie acute

- Per garantire il follow-up dei pazienti in cura sono istituite agende dedicate prenotate direttamente in ambulatorio dal medico;
- Per le patologie acute vi sono agende riservate alle prestazioni richieste con urgenza differibile oppure con priorità Breve;



- Sono state riviste le agende dedicate ai controlli post Pronto Soccorso e Post ricovero, anche queste utilizzate dai medici dei reparti e del PS;
- Vi sono agende dedicate e prenotate direttamente dall'ATS per gli screening.
- Sono state attivate agende per l'abbattimento lista di attesa per i mesi di Novembre e Dicembre con ampliamento oltre le 16;
- Sono stati attivati ambulatori ecografici il sabato mattina.

Infine, in merito agli **INVESTIMENTI**:

7) Attuazione interventi del VI atto integrativo con rispetto del cronoprogramma e dei costi

- Il progetto "Adegualiamenti strutturali ed impiantistici finalizzati alla razionalizzazione del Policlinico ad integrazione del nuovo DEA", è inserito nel VI Atto Integrativo all'Accordo di Programma Quadro del 05/03/2013 e le funzioni di Stazione Appaltante sono state affidate a Infrastrutture Lombarde S.p.A.

Alla data del 31/12/2016, come da report del project control, risulta:

- 28/10/2015: approvazione del Progetto Preliminare da parte della Conferenza dei Servizi;
- 29/01/2016: Decreto Dirigenziale del Ministero della Salute di ammissione al finanziamento;
- 25/03/2016: invio Bando di Gara per Appalto Integrato Complesso a GUUE;
- 16/09/2016: aggiudicazione provvisoria da parte della Stazione Appaltante Infrastrutture Lombarde S.p.A.

Ad oggi, il cronoprogramma appare rispettato (aggiudicazione provvisoria gara appalto e comunicazione al Ministero della Salute entro il 29/10/2016) e le spese ad oggi sostenute da Infrastrutture Lombarde S.p.A. rientrano nelle somme previste nel Quadro Economico di progetto.





*Dott. G. Calogero,
Responsabile
Struttura Economico-
Finanziaria*

Equilibrio economico finanziario

Il bilancio d'esercizio 2016 espone un risultato gestionale in pareggio.

	Anno 2015	Anno 2016
DRG	169.187	170.791
Funzioni non tariffate	28.389	23.531
Ambulatoriale	50.282	50.067
Screening	240	272
Entrate proprie	15.904	24.751
Libera professione (art. 55 CCNL)	7.560	9.539
File F	61.034	45.010
Utilizzi contribuiti esercizi precedenti	6.513	7.793
Altri contributi da Regione (al netto rettifiche)	34.994	25.365
Altri contributi (al netto rettifiche)	27.614	26.665
Proventi finanziari e straordinari	455	6.898
Prestazioni sanitarie	8.673	9.999
Totale Ricavi (al netto capitalizzati)	410.845	400.681
Personale	155.597	153.394
IRAP personale dipendente	10.399	10.244
Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	6.080	7.088
Beni e Servizi (netti)	197.911	182.239
Ammortamenti (al netto dei capitalizzati)	8.794	8.941
Altri costi	14.560	13.684
Accantonamenti dell'esercizio	14.152	15.819
Oneri finanziari e straordinari	3.352	7.848
Totale Costi (al netto capitalizzati)	410.845	399.257

Il confronto tra i dati di consuntivo 2016 rispetto all'anno precedente evidenzia una diminuzione dei ricavi totali (al netto dei costi capitalizzati) complessivamente per €/000 10.164 (-2,5%), riconducibile essenzialmente alla riduzione dei contributi regionali. L'esercizio contabile è caratterizzato da un aumento della produzione per l'attività di ricovero e di ambulatorio per complessivi €/000 1.421. In tal senso, la Fondazione conferma la propria capacità nell'erogazione dei servizi sanitari, raggiungendo sostanzialmente la soglia definita nel contratto stipulato con l'ATS di



Pavia. La diminuzione del contributo per funzioni non tariffate, pari a €/000 4.858, è riconducibile al trattamento della funzione di “ampiezza case mix” per gli IRCCS lombardi. Le entrate proprie subiscono un incremento di €/000 8.847, riconducibile alla rilevazione degli scambi inter-aziendali con gli erogatori pubblici e privati di sangue ed emocomponenti, in attuazione alla DGR 5954/2016. La voce “File F” espone una riduzione di €/000 16.024, a fronte della rilevazione delle note di credito per il trattamento HCV per la cura dell’epatite C.

Tra gli incrementi delle componenti positive di reddito, si segnala, inoltre, un aumento dell’attività di libera professione (€/000 1.979) e dell’utilizzo dei contributi assegnati negli esercizi precedenti, legato in prevalenza allo svolgimento delle attività di sperimentazioni farmaci.

In merito ai costi, si segnala una diminuzione della voce dei beni e servizi, pari a €/000 15.672 strettamente legata alla spesa farmaceutica per l’acquisto dei farmaci innovativi anti HCV, parzialmente compensata dagli acquisti di sangue ed emocomponenti, per i quali la Fondazione è sede del Centro di Lavorazione e Validazione.

In merito ai costi del personale ed IRAP, il minor onere rispetto al 2015 per €/000 2.358 è legato alle tempistiche di espletamento delle procedure di reclutamento del personale, in fase di realizzazione. Tale slittamento delle procedure è stato determinato dalle tempistiche di avvio del PGRU 2016, autorizzato con DGR 5454 del 27/7/2016.

Dal punto di vista patrimoniale si ha un attivo pari a €/000 1.424 dovuto ad una regolarizzazione delle rilevazioni riferite ai cosiddetti beni disponibili (per lo più terreni agricoli) che negli anni precedenti, per effetto di conteggi errati, avevano subito un decremento non giustificato.

Economico Finanziaria

L’anno 2016 è caratterizzato dall’avvio di un processo di riorganizzazione amministrativo contabile, articolato in attività definite dal Piano Operativo, approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 4/CdA/0058 del 25/05/2016. In merito, ottenuta l’approvazione regionale, la Fondazione ha avviato il progetto di efficientamento delle procedure amministrativo contabili che ha coinvolto, oltre alla UOC Economico Finanziaria, anche le altre Unità principalmente afferenti alla



Direzione Amministrativa. Il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano è stato verificato da un advisor contabile indipendente.

In merito alla tempestività dei pagamenti, nel corso dell'esercizio si è rilevata una costante tensione al miglioramento dell'indicatore, ottenuta attraverso una profonda revisione dei processi afferenti al ciclo passivo e della tesoreria. L'andamento indicatore, che esprime il ritardo nel pagamento delle forniture di beni e servizi, è stato oggetto di pubblicazione nella sezione "amministrazione trasparente" del sito istituzionale.

Indicatore	
Anno 2014	27,26
Anno 2015	17,65
I Trimestre 2016	14,80
II Trimestre 2016	9,30
III Trimestre 2016	3,41
IV Trimestre 2016	2,44
Anno 2016	8,18

Durante l'esercizio contabile 2016, sono state rispettate le scadenze di trasmissione del BPE, dei CET, del Piano dei flussi di cassa prospettici, del bilancio di assestamento e del bilancio d'esercizio.





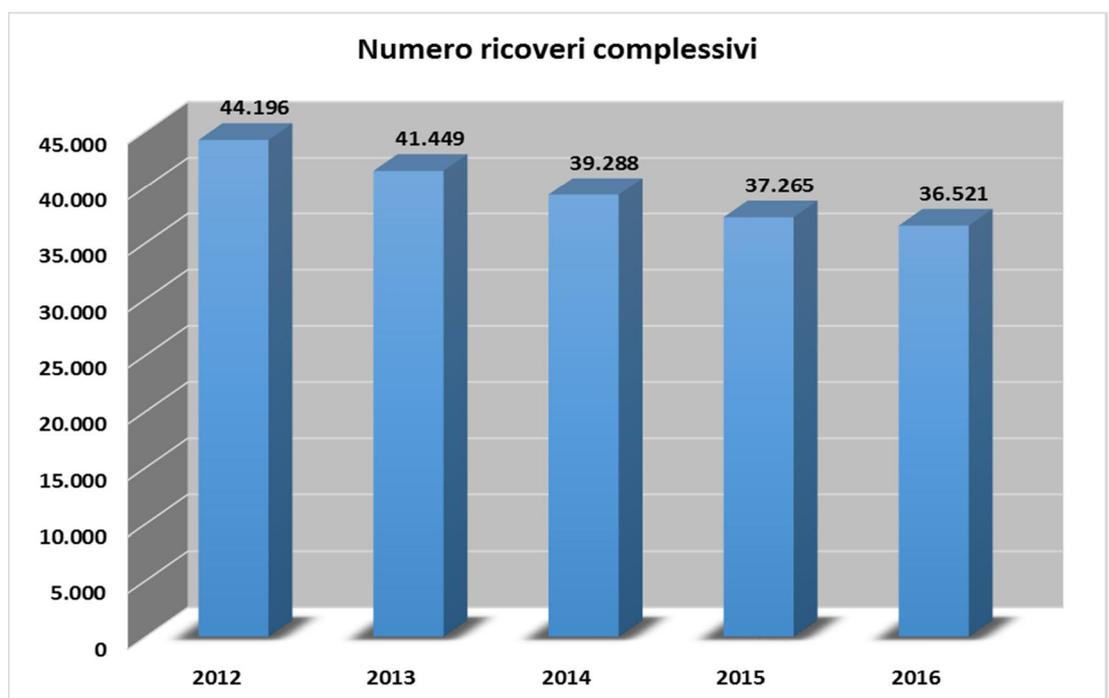
Prof. Guido Broich,
Direttore
Sanitario Aziendale

Andamento dell'attività sanitaria

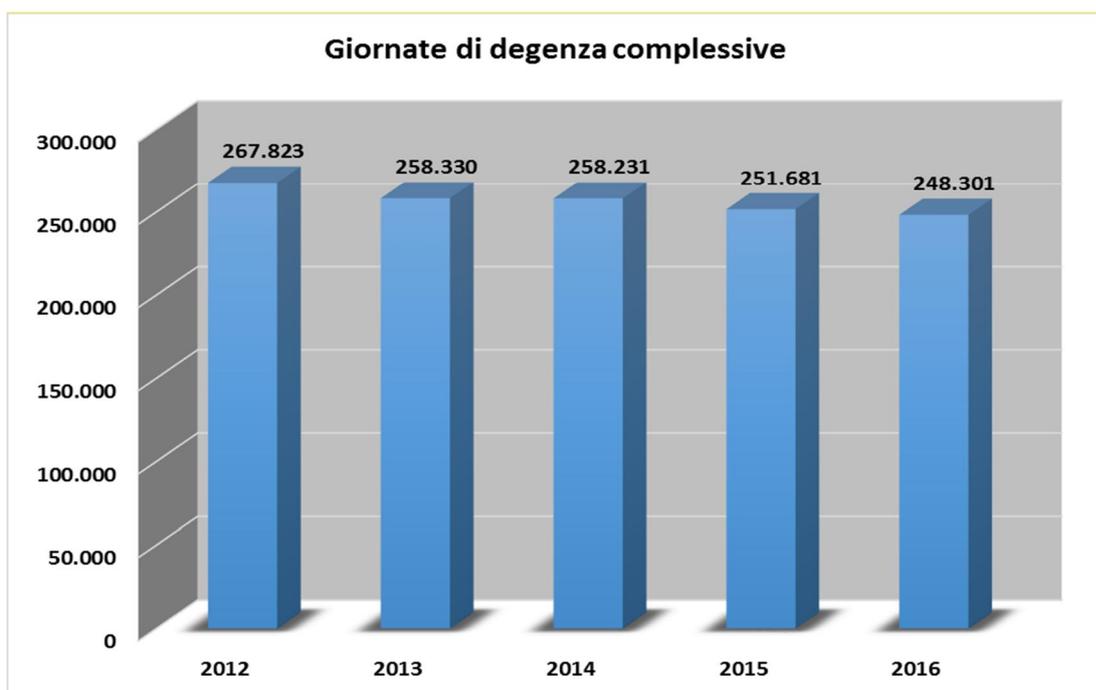
L'andamento dell'attività sanitaria è immediatamente apprezzabile dai grafici sotto riportati relativi ad alcuni indicatori di attività riferiti agli ultimi cinque anni.

Il numero dei ricoveri è in costante diminuzione, come declinato in specifico dalle norme regionali che dispongono la conversione di posti letto di ricovero in Day hospital in posti letto tecnici (alcune prestazioni che venivano erogate in regime di Day Hospital, dal 2012 devono essere erogate in regime ambulatoriale: si tratta di "Macroattività Ambulatoriale ad Alta Complessità ed Integrazione"), modalità assistenziali a maggior appropriatezza organizzativa ed attenzione ai ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriatezza (DGR 1479 del 30/03/2011; DGR 1962 del 06/07/2011 e DGR n. X/2989 del 23/12/2014 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015", DGR n. X/4702 approvata nella seduta di Giunta del 29/12/2015 relativa a "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016").

Attività di ricovero

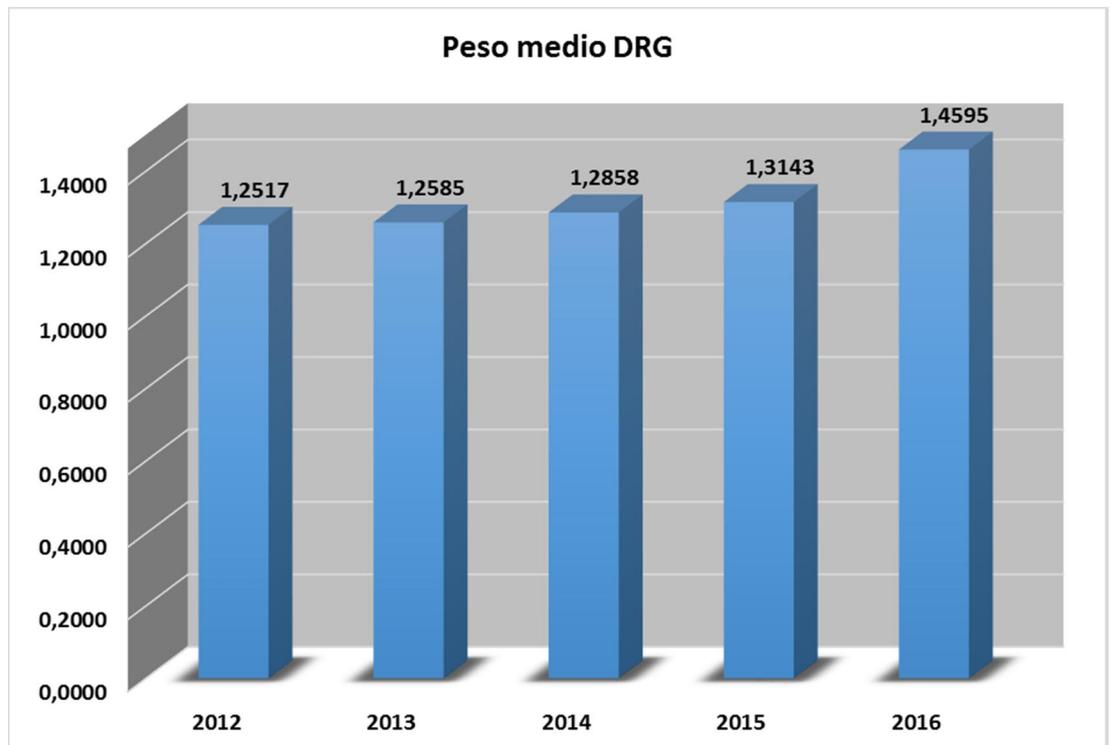
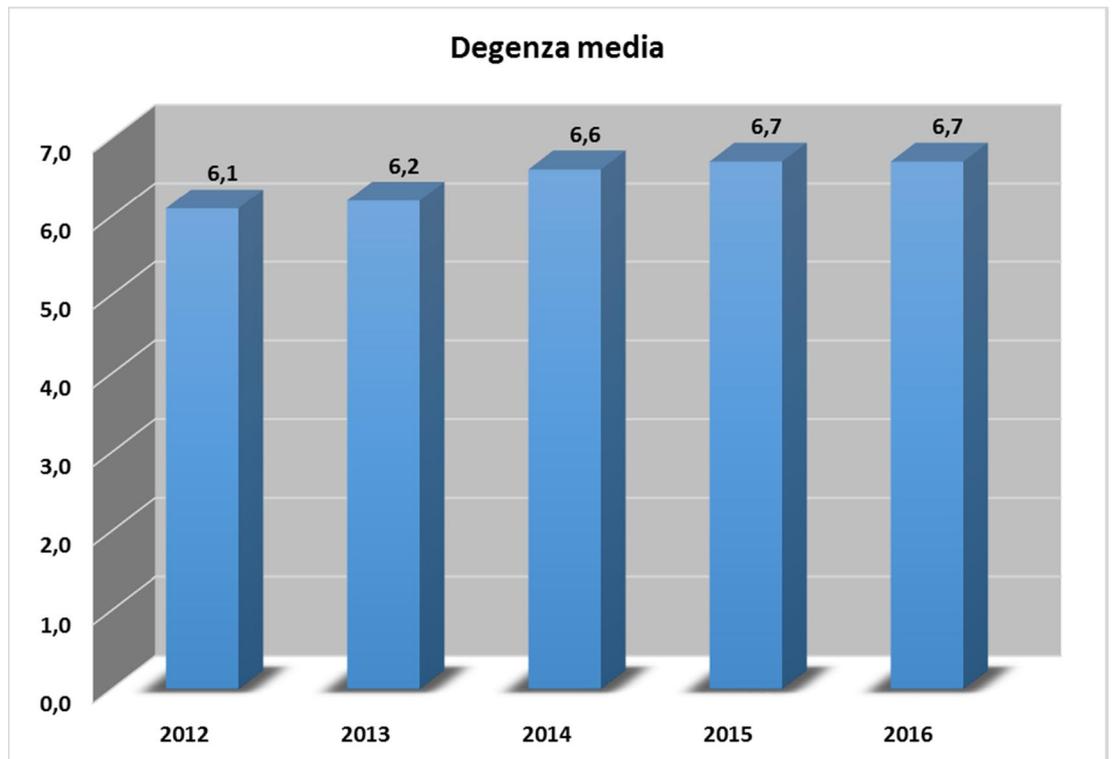


Le giornate di degenza, a fronte della riduzione di posti letto, hanno subito un'importante diminuzione tra il 2012 e il 2013 mentre nei due anni 2013-2014 la situazione è rimasta stabile per diminuire ancora nel 2015 e nel 2016 a fronte dell'ottimizzazione dei percorsi di cura.

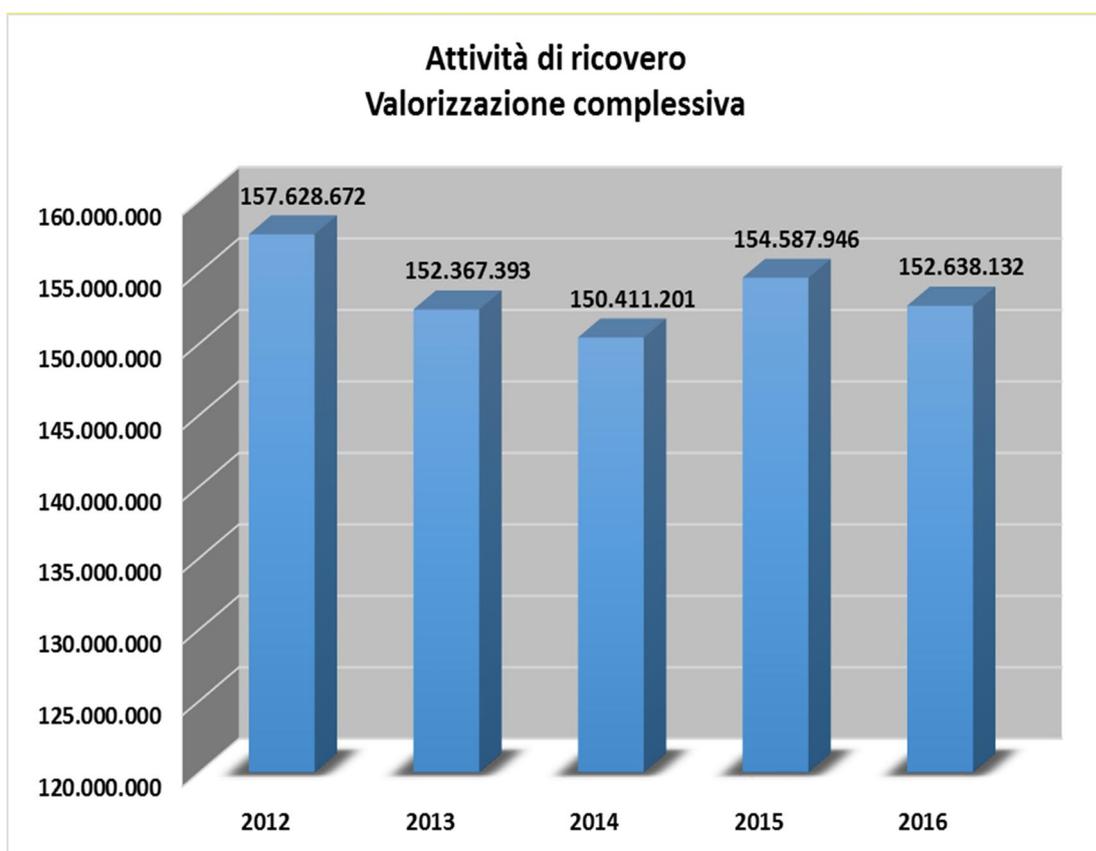


La degenza media è progressivamente aumentata attestandosi a 6,7 giorni di media dal 2015 sia a causa della riduzione delle degenze brevi di 0-1 giorno sia per una maggior complessità dei casi trattati.

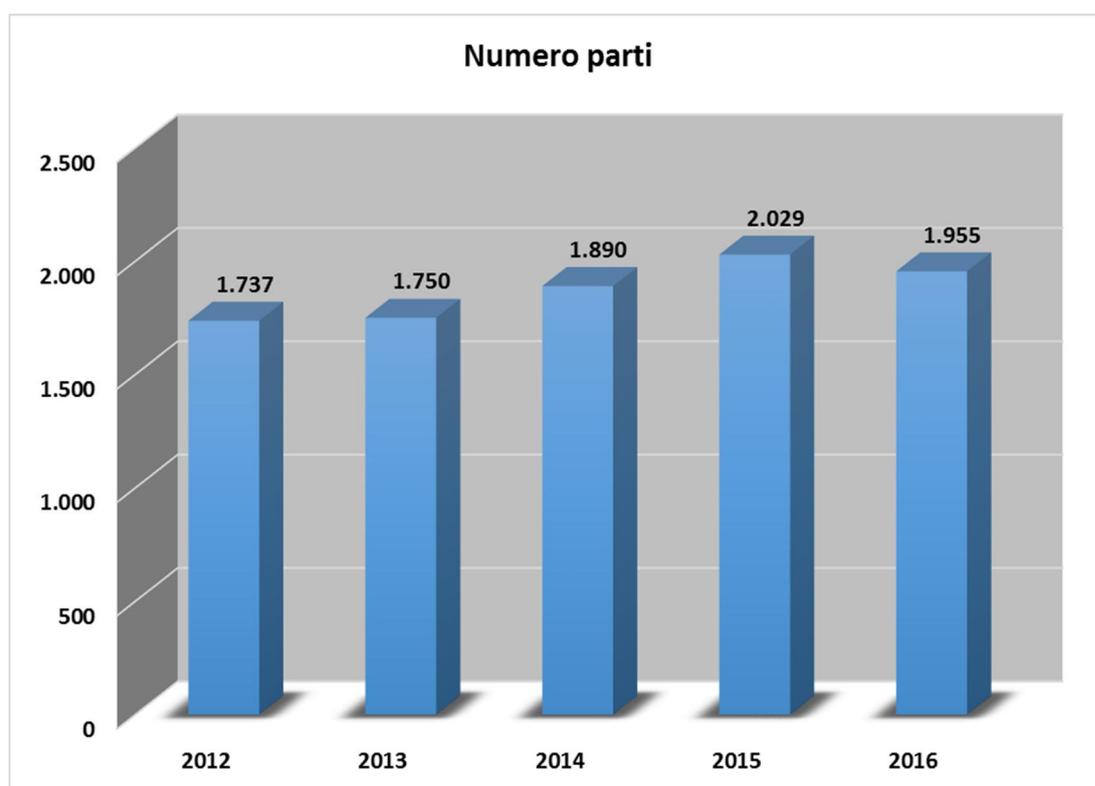
A dimostrazione della severità dei casi trattati si mostra di seguito l'incremento costante del valore di peso medio del DRG di ricovero che nell'ultimo anno è pari al 1,4595.



La Fondazione, essendo sede di DEA-EAS di II livello ha accessi sia per ricoveri programmati che per ricoveri urgenti da Pronto Soccorso. La produzione ha superato nel 2016 il budget per cittadini regionali oggetto del contratto stipulato con l'ATS per una quota di produzione pari all'1%. L'attività a favore di pazienti extra regione e stranieri rappresenta circa il 16% dell'attività complessiva.



Il numero dei parti, in aumento fino al 2015 anche per effetto della chiusura dei punti nascita vicini che registravano un numero di parti inferiori ai volumi di sicurezza secondo la normativa Nazionale e Regionale, ha subito una lieve diminuzione nel 2016. Peraltro, la chiusura di ulteriori punti nascita nel 2016 produrrà probabilmente un effetto sul numero di parti presso la Fondazione nel 2017. La nostra struttura fornisce assistenza per gravidanze e parti a rischio elevato, nonché per neonati patologici bisognosi di Terapia Intensiva, garantendo competenze di alta specialità e tecnologie all'avanguardia H24.



Pronto Soccorso

Il numero di prestazioni erogate in Pronto Soccorso è in continuo aumento a dimostrazione del ruolo di ospedale HUB nella rete dell'emergenza-urgenza: si registra un aumento del 3% nella quantità di prestazioni e un aumento del 5% nel valore:



Attività ambulatoriale

Nel 2016 si registra una flessione dell'1,2% circa nella valorizzazione complessiva dell'attività ambulatoriale. Il fenomeno si spiega con la riduzione nel 2016 delle tariffe degli esami di genetica e con la riduzione degli esami di laboratorio e radiologia conseguente alla normativa sulla restrizione delle prescrizioni dei medici di medicina generale.



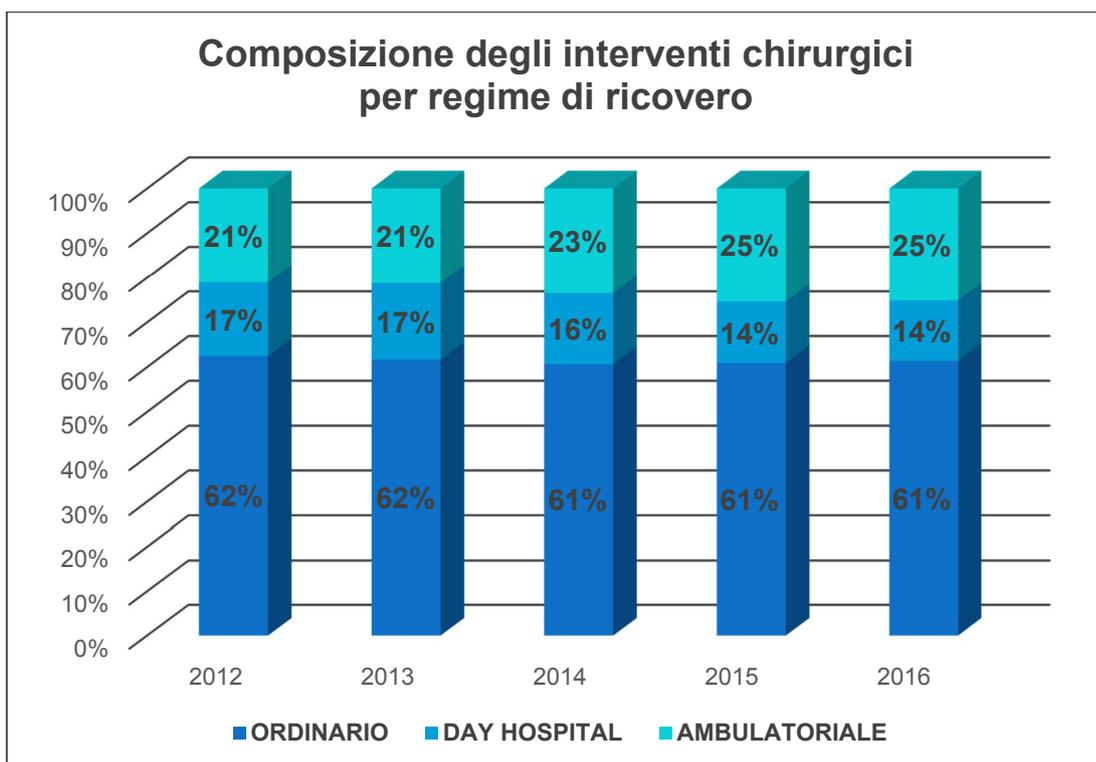
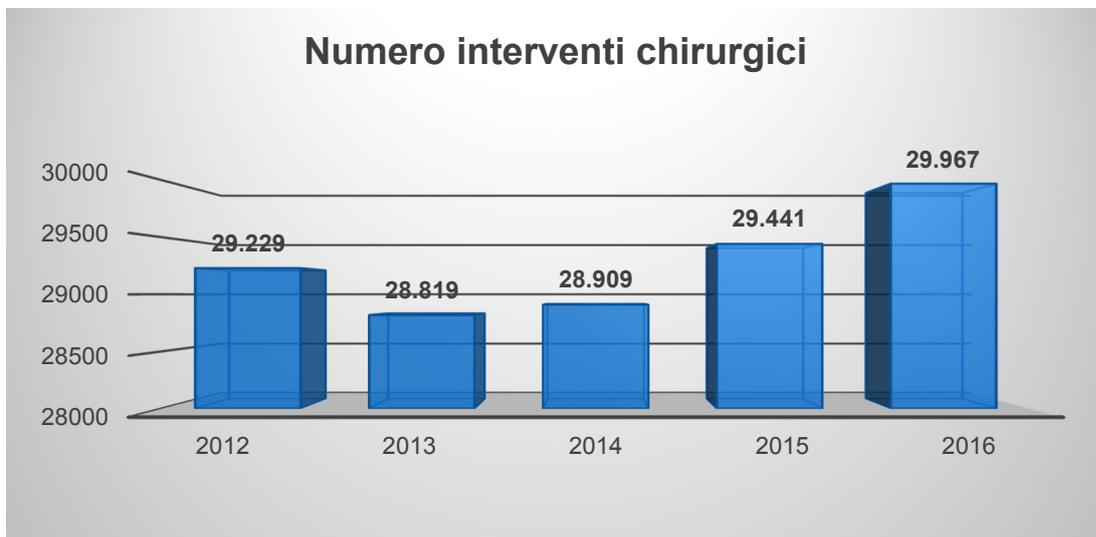
Nell'ambito dell'attività ambulatoriale si rileva al contrario un progressivo aumento nel valore delle prestazioni di Chirurgia ambulatoriale a bassa complessità assistenziale (BIC) e di Macroattività ambulatoriale complessa (MAC) che derivano dalla conversione in prestazioni ambulatoriali delle corrispondenti attività erogate in precedenza in Day Hospital:





Dal 2010 sono passate al regime ambulatoriale alcune prestazioni chirurgiche che precedentemente venivano erogate in regime di Day Hospital (macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale). Si osserva infatti che l'incidenza degli interventi eseguiti in regime di Day Hospital ha subito una progressiva contrazione (dal 17% al 14%) a favore degli interventi eseguiti in regime ambulatoriale che nel 2012 rappresentavano il 21% del totale degli interventi per arrivare al 25% nel 2016. La percentuale degli interventi in regime ordinario si è mantenuta costante nel corso degli anni (dal 62% al 61%):

Numero degli interventi chirurgici e loro composizione in base al regime di erogazione



*Obiettivi di
miglioramento
dell'offerta sanitaria*

Nel corso del 2016 sono stati pianificati, perseguiti e raggiunti i seguenti obiettivi di miglioramento dell'offerta sanitaria:

1. **Ridistribuzione dei posti letto all'interno del dipartimento delle medicine con incremento posti letto Reumatologia:** riattivazione di 6 posti letto di media intensità afferenti alle medicine ed ora dedicati a pazienti reumatologici, con un aumento atteso della produttività di almeno un terzo (i dati di maggio 2017 superano le previsioni: il numero dei ricoveri in degenza ordinaria presso il reparto di Reumatologia sono aumentati da 113 a 195 ovvero del 73%). E' stata attivata la "**Scleroderma Unit**" con apposita delibera.
2. **RMN presso la radiologia pediatrica:** è stata acquisita e collocata previ lavori di adattamento strutturale appena conclusi. E' in fase di finalizzazione l'iter autorizzativo da parte dell'ATS. Questo permetterà di avere una nuova RMN, con riduzione tempi attesa e aumento di produttività sia a favore dei pazienti in età pediatrica, sia dei pazienti ricoverati al DEA sia di utenti esterni adulti.
3. **Attività di monitoraggio su sala operatoria al fine di ottimizzarne l'utilizzo in un'ottica anche di diminuzione dei tempi d'attesa per intervento chirurgico:** l'utilizzo ottimale delle sale operatorie è cruciale per non disperdere preziose risorse, è quindi monitorato costantemente l'utilizzo delle stesse e la tempistica di inizio/cambio con un recupero di circa 200 interventi. Nel secondo semestre 2016 si è avviato un controllo puntuale e minuzioso sul corretto utilizzo degli slot di sala per evitare tempi morti; sono state introdotte modalità operative finalizzate al rispetto della tempistica operatoria mediante la riprogettazione dell'organizzazione del lavoro del personale afferente ai B.O.

Sono stati raggiunti i seguenti obiettivi:

Obiettivo generale: incremento del numero degli interventi chirurgici finalizzato a diminuire i tempi di attesa.

Obiettivi specifici: ottimizzazione dei tempi di preparazione operatoria al fine di consentire l'incisione chirurgica entro le ore 8,30 in tutte le sale operatorie.

Utilizzo delle sale operatorie, ad oggi non utilizzate, nei turni pomeridiani.

Cambiamento comportamentale professionale e aderenza alla nuova procedura aziendale



Ottimizzazione dei tempi di cambio tra i vari interventi chirurgici al fine di incrementare l'attività chirurgica e ridurre i costi attraverso l'eliminazione degli sprechi in tutte le sale operatorie afferenti alla Fondazione.

Inoltre sono state introdotte di sedute operatorie aggiuntive incentivate negli ultimi 2 mesi dell'anno 2016 e dal mese di Aprile 2017.

4. **Le Rianimazioni 1 e 2 sono in fase di unificazione presso il DEA** con l'attivazione 22 + 2 posti letto, suddivisi per intensità di cura: 5 per ECMO, 12 di rianimazione generale e 7 di TIPO. E' in corso la pianificazione logistica e si prevede il trasferimento entro l'autunno 2017. Con l'accorpamento delle Rianimazioni I e II si fondono le competenze specialistiche peculiari di ciascuna: cura di pazienti con grave insufficienza respiratoria e/o cardiaca, trattamento anestesilogico e postoperatorio anche nella chirurgia dell'obesità e nei trapianto d'organo, neuroranimazione e rianimazione del politraumatizzato, centro di riferimento nazionale per il trattamento dell'insufficienza respiratoria grave, anche da influenza A(H1N1), con assistenza extracorporea (ECMO) e capacità di impianto fuori sede e trasporto, centro di riferimento per l'esecuzione del lavaggio polmonare massivo (WLL) nelle persone affette da proteinosi alveolare. Specifiche aree di eccellenza: applicazione clinica e didattica dell'ecografia nel malato critico, fast-track anesthesia, anestesia in chirurgia robotica, assistenza alla rimozione di corpi estranei inalati, tecniche di anestesia locoregionale, senza o con sedazione, riduzione dell'invasività e miglioramento del controllo del dolore nel primo periodo postoperatorio. Il Progetto è già in fase di realizzazione. I letti di TIPO garantiranno gli interventi chirurgici complessi, essendo esclusi dal circuito dell'emergenza. Integrazione con l'attività di AREU Lombardia per l'emergenza extraospedaliera: il progetto è in fase di sviluppo e comprende una revisione delle modalità di intervento degli anestesisti-rianimatori presso il Pronto Soccorso.
5. **Sterilizzazione:** è stato predisposto e consegnato il progetto per la realizzazione di una nuova centrale unica di sterilizzazione presso il piano -1 del DEA. Inoltre è stata rivista tutta la dotazione dei lavaendoscopi con relativo progetto di riorganizzazione ed è in corso la gara aggregata di acquisizione.



6. **Attività di indirizzo e controllo:** Per quanto riguarda la rendicontazione della produzione e il controllo di appropriatezza, secondo i canoni di accreditamento, è in fase di fusione la Struttura Flussi con la DMP, all'interno della quale sarà necessario garantire opportune professionalità. Il fine è quello di attuare un miglioramento continuo nel controllo della rendicontazione e della codifica delle prestazioni sanitarie, nonché dell'appropriatezza di utilizzo delle risorse nell'ottica più ampia dell'appropriatezza del setting assistenziale.
7. **Attività operatoria di Senologia:** dal mese di Marzo 2016 si svolge presso il blocco operatorio di Cardiocirurgia del padiglione Reparti Speciali, di conseguenza la degenza delle pazienti operate si svolge presso il reparto di Cardiocirurgia in camere dedicate. Inizialmente sono stati assegnati alla Chirurgia senologica 4 letti ma, dato l'aumento di attività, i letti medi a fine anno sono diventati circa 8 in quanto le sedute operatorie presso il blocco di CCH sono in costante aumento: 3-4 interventi/die con occupazione media di 8 letti degenza. La Struttura di Senologia della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia offre tutte le prestazioni e i servizi necessari per la diagnosi e la cura della patologia mammaria. Prende in cura le donne dalla prima visita fino al follow up delle donne operate, attraverso un approccio multidisciplinare. La riorganizzazione della U.O.S. di Senologia Chirurgica all'interno della Fondazione è stata realizzata nel 2016, e ha contemplato l'individuazione di una nuova sede per la degenza e sedute operatorie, presso la UOC di Cardiocirurgia; per le prestazioni ambulatoriali (visite mediche, prestazioni diagnostiche, medicazioni, controlli follow-up, piccoli interventi chirurgici) presso una Palazzina esterna, ha permesso:
 - il raggiungimento degli Obiettivi Regionali attraverso l'incremento dell'attività chirurgica senologica e la riduzione lista d'attesa che attualmente è in linea con il nuovo piano nazionale di governo delle LdA;
 - l'ottimizzazione delle risorse afferenti alla UOC di Cardiocirurgia Degenza e Blocco Operatorio con conseguente riduzione dei costi erogati per le sedute incentivate (Infermieri, OSS ed Anestesisti) Euro 91.709/anno.
8. **Stroke Unit di II Livello:** per Stroke Unit di II Livello si intende un'Unità in cui i Pazienti con malattia cerebrovascolare acuta, come l'ictus ischemico ed emorragico ed il TIA (attacco ischemico transitorio), sono seguiti da un team



multidisciplinare composto da medici esperti con competenze sulle malattie cerebrovascolari, infermieri, tecnici della Riabilitazione.

Considerando che la Stroke Unit di II Livello rappresenta il modello più avanzato ed efficace di trattamento dei disturbi cerebrovascolari acuti e l'unico in grado di ridurre significativamente mortalità e disabilità legati alla malattia ed in funzione delle problematiche illustrate, l'obiettivo prioritario è stato quello di attivare la Stroke Unit di II Livello, all'interno della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, mediante l'incremento di posti letto dedicati (12), finalizzato al trattamento dei Pazienti affetti da Malattie cerebrovascolari nella fase acuta.

E' stato realizzato un progetto interaziendale tra Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo (per la cura dei Pazienti affetti da tali patologie in fase acuta) e la Fondazione IRCCS Casimiro Mondino (per la riabilitazione, studio dei Pazienti affetti da malattie cerebrovascolari e cura dei Pazienti affetti da tale patologia in fase cronica), per la realizzazione di un unico Centro di Stroke Unit di III Livello, a conduzione Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo e conseguente rafforzamento della posizione della nostra Fondazione nelle Reti Nazionali di Stroke Unit, considerando che la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo è l'unica Struttura Sanitaria in possesso dei requisiti organizzativi e strutturali per l'attivazione di uno Stroke Unit di III Livello.

Dal mese di giugno 2017 è stata attivata la Stroke Unit di II livello presso la Fondazione IRCCS San Matteo come pianificato, dopo aver lavorato per mesi alla stesura dell'Atto convenzionale con l'IRCCS Mondino, che è stato firmato nel maggio 2017.

Con l'avvio della Stroke Unit presso il San Matteo, verrà per la prima volta superata la frammentazione specialistica sinora erogata, nell'ottica della centralità del paziente e non dei singoli Istituti.

La gestione del paziente, secondo un percorso standard integrato, inizia dal riconoscimento dell'evento acuto e dall'attivazione del Servizio Emergenza-Urgenza Territoriale AREU, giunge al ricovero ospedaliero in area dedicata competente e qualificata (Stroke Unit), si integra con l'avvio precoce della riabilitazione in acuto durante il ricovero e si conclude con l'invio diretto, nel post-acuto, presso strutture riabilitative.



Scopo della struttura è la completa presa in carico del paziente con ictus. I malati ricoverati ricevono il monitoraggio continuo dei parametri vitali e, attraverso un approccio multidisciplinare, qualificate consulenze specialistiche di tipo cardiologico, cardiocirurgico, di chirurgia vascolare, di tipo internistico, neurochirurgico, neuroradiologico e neuroradiologico interventistico.

9. **Bed management:** il Bed Management è l'istituzione di un governo centrale e coordinato della risorsa posto letto mediante un sistema strutturato di bed management che rappresenti uno strumento efficace nel garantire la continuità dei flussi dei pazienti "patient flow", dall'arrivo in ambito Pediatrico o inserito in lista di attesa nelle SS.CC. di Oncoematologia Pediatrica o Strutture Chirurgiche che fruiscono delle sale operatorie afferenti alla S.C. di Chirurgia Pediatrica, fino alle dimissioni.

Negli ultimi mesi è stata identificata la figura del Bed Manager (Coordinatore Infermieristico), quale snodo di riferimento in grado di coniugare le diverse esigenze, cliniche, assistenziali e logistiche del percorso del paziente in età pediatrica e la supervisione dei posti letto, al fine di raggiungere il setting assistenziale ottimale rispetto alle risorse disponibili.

Il Modello basato sul Bed Management che prevede la Figura dell'Infermiere Bed Manager è stato applicato in fase sperimentale nel Padiglione Pediatria ed ha visto il coinvolgimento delle seguenti SS.CC.:

- Chirurgia Pediatrica,
- Pediatria,
- Oncoematologia Pediatrica,
- Otorinolaringoiatria,
- Ortopedia,
- Neurochirurgia
- Patologia Neonatale

e di tutti i professionisti coinvolti nella gestione dei ricoveri disposti in quell'area e nella gestione delle dimissioni, anche dei pazienti complessi per patologia e/o problemi socio-assistenziali, in sinergia con la funzione di Bed Management aziendale, ciascuno per la rispettiva competenza.

L'implementazione di tale modello ha dimostrato l'ottimizzazione dell'uso di risorse umane e posti-letto, il contenimento dei costi, l'eliminazione degli



sprechi, la riduzione dei tempi di attesa, riduzione dei rinvii di interventi chirurgici e trapianti di midollo osseo a causa della mancanza di posti-letto.

L'adozione di questo modello ha permesso di incrementare la produttività, attraverso l'aumento di ricoveri di piccoli pazienti che necessitano di trapianto di midollo osseo ampliando i posti dedicati a quella tipologia di trattamento (passando da 3 a 5 posti letto) e mediante la riorganizzazione del lavoro presso le SS.CC. di Chirurgia Pediatrica, Pediatria e Onco-Ematologia Pediatrica.

Consolidamento del modello organizzativo di Bed Management riproducibile all'interno della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo.

Individuazione di un Team Infermieristico a supporto dell'Infermiere Bed Manager finalizzato all'adozione di tale modello presso la Fondazione.

10. Case management: E' stato Implementato un nuovo modello organizzativo-assistenziale all'interno della Fondazione: il Case Management.

Il Case Management è una metodologia di lavoro centrata sui bisogni dell'assistito e orientata al miglioramento dell'efficienza ed efficacia dell'assistenza sanitaria, basato su una logica di coordinamento delle risorse da utilizzare per la specifica patologia di un paziente, con il superamento delle tradizionali separazioni dell'ospedale in strutture e specialità.

E' un processo collaborativo di accertamento, pianificazione, facilitazione, coordinamento delle cure, valutazione ed advocacy delle scelte e dei servizi, che agevolino i bisogni sanitari generali dell'individuo e della famiglia, attraverso la comunicazione e le risorse disponibili, al fine di promuovere outcomes di qualità, con un buon rapporto costo-efficacia».

Obiettivo generale: presa in carico del Paziente in tutte le fasi della malattia: dalla diagnosi e stadiazione, al trattamento chirurgico e/o chemioterapico, ormonoterapico, immunoterapico, radioterapico, al Follow Up e alla riabilitazione fino al trattamento palliativo, garantendo la continuità assistenziale attraverso la costruzione di percorsi di cura del paziente affetto da patologia con bisogni di assistenza "long- term" e l'integrazione Ospedale-Territorio.

Ad oggi è stato implementato il modello organizzativo-assistenziale che prevede la Figura dell'Infermiere Case Manager presso le SS.CC. di:



- Senologia Chirurgica,
- Chirurgia Bariatrica,
- Oncologia,
- Cardiochirurgia
- Malattie Infettive.

L'implementazione di tale modello ha dimostrato l'ottimizzazione dell'uso delle risorse, il contenimento dei costi, l'eliminazione degli sprechi, la riduzione dei tempi di attesa, evitando ammissioni, giornate di degenza e riammissioni inappropriate ed ha permesso di sviluppare un clima organizzativo favorevole all'apprendimento continuo per tutti i Professionisti coinvolti nel processo di cura (learning organization); infine una buona integrazione multidisciplinare e approccio multiprofessionale.

Individuazione di nuovi Infermieri Case Manager finalizzata all'adozione di tale modello presso le SS.CC. di:

- Ematologia,
- Oncoematologia Pediatrica
- Chirurgia Oncologica.





**Prof. Giampaolo
Merlini,**
Direttore Scientifico

Andamento dell'attività di Ricerca e Didattica

Per quanto riguarda l'attività di ricerca continua il lavoro svolto da tutti i professionisti del San Matteo che consente allo stesso di essere nelle prime posizioni nazionali per quanto riguarda la produzione scientifica. Di seguito si riportano i dati relativi ai lavori scientifici pubblicati dai ricercatori dell'Ospedale durante il 2016 e comparsi sulle riviste indicizzate in Medline e/o nel Science Citation Index. Le pubblicazioni censite sono esclusivamente lavori in extenso in cui è chiaramente presente l'affiliazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo di Pavia.

I grafici sotto riportati mostrano il trend della produzione scientifica dal 1992 al 2016 indicando sia il numero di articoli scientifici pubblicati su riviste indicizzate in Medline e/o nel Science Citation Index (prima figura) che l'impact factor complessivo annualmente ottenuto (seconda figura).

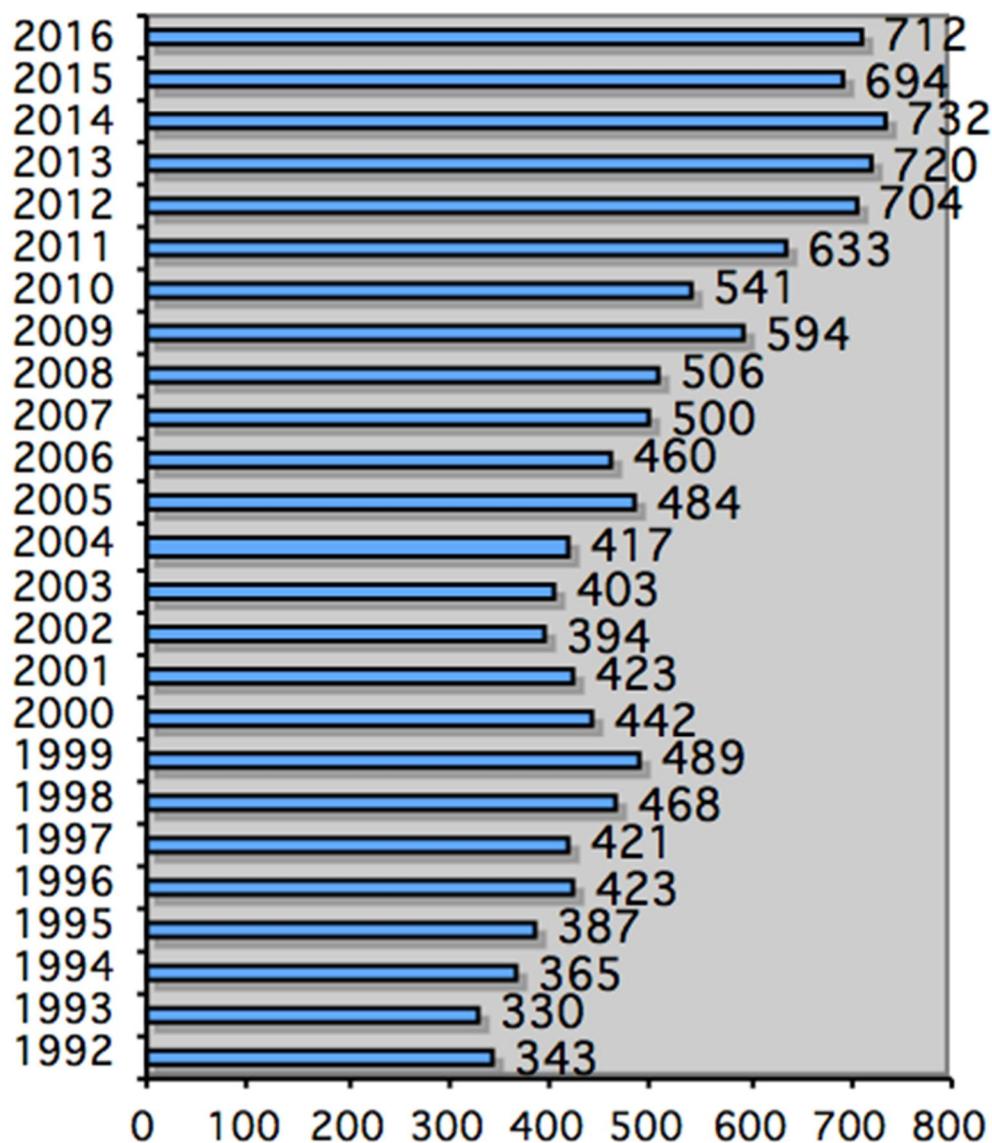
Come si può osservare analizzando il primo grafico, fino al 1999 si è verificata una progressiva crescita quantitativa seguita nel 2000-2004 da un lieve assestamento e poi da una sensibile risalita fino ai massimi livelli raggiunti nel 2014 con 732 pubblicazioni scientifiche.

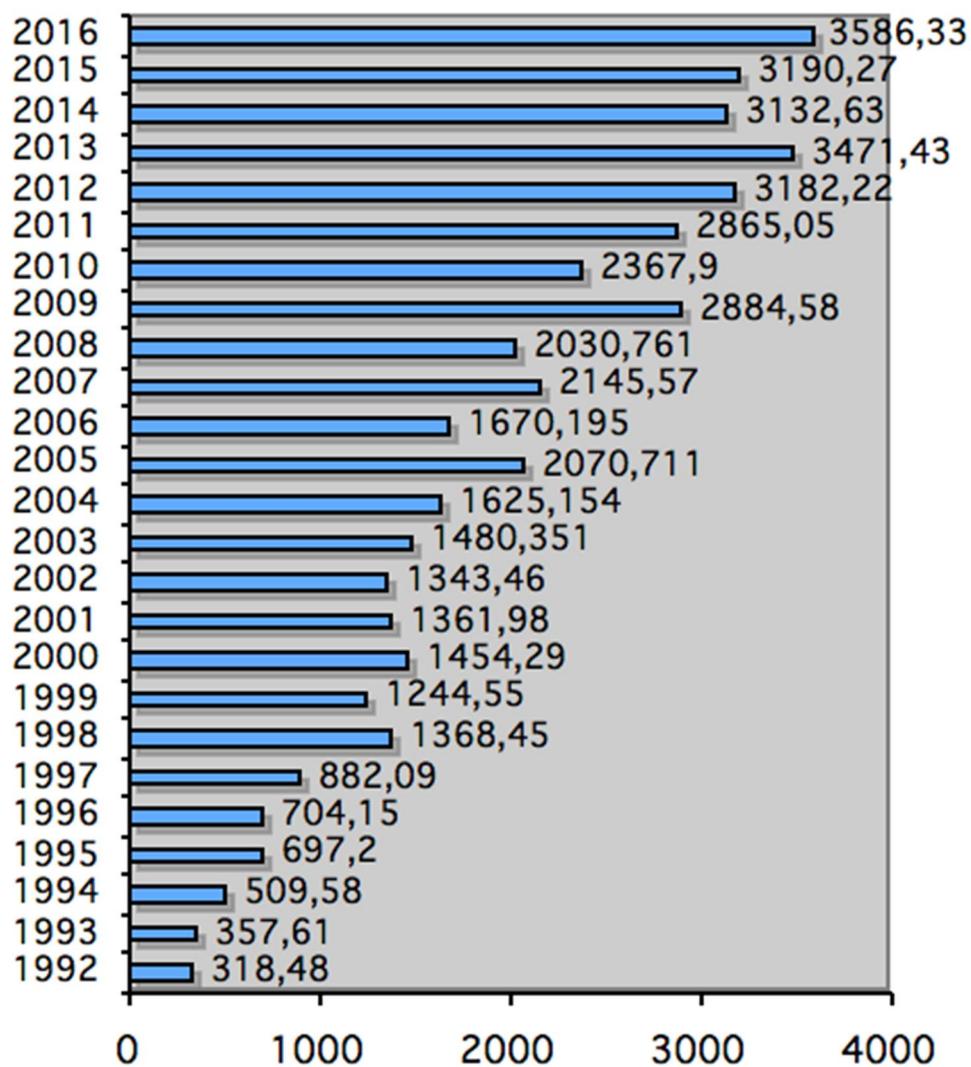
Nel secondo grafico si valuta l'andamento della produzione scientifica attraverso l'analisi del punteggio di impact factor, indicatore qualitativo oltre che quantitativo dell'attività di ricerca. Nel 2016 si è raggiunto il valore di 3.586,33 punti di Impact Factor, livello mai toccato in precedenza e con un incremento del 12,41% rispetto al 2015.

Tra i lavori qui censiti, 651 sono quelli con IF e il loro punteggio medio è di 5,50 rispetto al 5,00 del 2015, al 4,71 del 2014, al 5,37 del 2013, al 4,98 del 2012, al 4,89 del 2011, al 4,88 del 2010, al 5,26 del 2009, al 4,53 del 2008, al 4,82 del 2007, al 4,19 del 2006, al 4,72 del 2005, al 4,43 del 2004, al 4,25 del 2003, al 4,02 del 2002, al 3,80 del 2001, al 3,84 del 2000, al 3,06 del 1999 e al 3,51 del 1998.

Gli indicatori 2016, in sintesi, confermano l'importanza dell'attività di ricerca condotta in San Matteo giungendo a livelli mai raggiunti in precedenza.







La Fondazione, in quanto IRCCS di diritto pubblico convenzionato con l'Università di Pavia, ha in atto collaborazioni con la Facoltà di Medicina e Chirurgia non solo per il corso di laurea in Medicina e Chirurgia ma anche con tutte le facoltà/corsi di laurea di pertinenza biomedica. Ha, inoltre, il ruolo di referente regionale e nazionale su numerose tematiche mediche e collabora con Istituzioni nazionali ed internazionali. Pertanto, in questo ambito, si tratta di consolidare e sviluppare l'attività svolta.





Dott. Carloarena,
Direttore Medico di Presidio

Qualità dell'assistenza

La Fondazione mantiene attivo un Sistema di Gestione della Qualità (SGQ) aziendale, che, anche per l'anno 2016, si riconferma conforme ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2008. Infatti, nel novembre 2016, il SGQ aziendale è stato sottoposto alla visita di sorveglianza da parte dell'Ente di Certificazione esterno, che ne ha confermato la validità. La Certificazione aziendale include le attività di "erogazione di prestazioni sanitarie di diagnosi e cura e relative attività di supporto, in regime di Degenza Ordinaria, Day Hospital, Day Surgery e Ambulatoriale", e "l'attività di progettazione ed erogazione di eventi formativi in ambito sanitario". La conformità alla Norma ISO 9001 del SGQ dell'intera Fondazione è attestata da Ente Terzo, in modo continuativo dall'anno 2008.

Anche nel 2016 si è svolta la Formazione Sul Campo "Audit clinico interno del sistema qualità", finalizzata a rafforzare le conoscenze di un pool di auditor interni, necessari per garantire lo svolgimento per ogni Struttura della Fondazione di almeno una visita ispettiva interna, nella quale l'auditor verifica la conformità ai requisiti di qualità e di sicurezza predefiniti e dichiarati nelle check list di controllo. Nel settembre 2016 gli auditor interni ed i Referenti per la Qualità e il Rischio hanno partecipato al corso di formazione sulla nuova Norma UNI EN ISO 9001:2015, in preparazione della Visita di Certificazione del 2017.

La QRM ha provveduto a redigere gli obiettivi professionali di budget che, condivisi con DMP, SITRA e Farmacia, sono stati assegnati a tutte le Strutture certificate, sanitarie ed amministrative, della Fondazione, rendicontando, a fine anno, il raggiungimento o meno degli stessi.

E' continuato il percorso di autovalutazione e monitoraggio delle performance aziendali nell'ambito del programma regionale per il "Miglioramento della Qualità e Sicurezza del paziente": entro le scadenze previste la Fondazione ha provveduto alla compilazione della Check List di autovalutazione ed all'inserimento della stessa nel portale regionale. I dati provenienti dall'autovalutazione sono utilizzati per individuare le aree nelle quali la Fondazione risulta non ancora allineata con gli standard previsti e, quindi, per definire le azioni da intraprendere per il miglioramento interno.



Anche nell'anno 2016 sono stati realizzati e diffusi nuovi Percorsi Diagnostico Terapeutici ed Assistenziali per le principali patologie trattate dalla Fondazione, con l'obiettivo di migliorare la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate, garantendo all'utente la certezza e la sicurezza di un percorso predefinito, che concorra anche alla ottimizzazione nell'impiego delle risorse coinvolte, umane e materiali.

È proseguito il monitoraggio della qualità dell'assistenza percepita dall'utenza, attraverso sia le segnalazioni ricevute dall'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico, sia la somministrazione dei questionari di Customer Satisfaction, dal 2016 arricchite da quelle predisposte per il Pronto Soccorso e per la verifica delle pulizie affidate ad ente esterno. I report relativi ai dati raccolti sono a disposizione degli operatori, con la pubblicazione nella Intranet, ed a disposizione del cittadino, con la pubblicazione nel sito web della Fondazione, unitamente al report semestrale delle segnalazioni pervenute all'URP.

Nella consapevolezza che la sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità dell'assistenza, anche nel corso dell'anno 2016 sono state svolte anche attività finalizzate al monitoraggio del rischio clinico, in ottemperanza a quanto richiesto dalle Linee Guida regionali per l'attività di Risk Management: è stato predisposto e trasmesso in Regione il Piano annuale di Risk Management - Anno 2016, con la relativa determina di adozione, con il quale la Fondazione ha implementato, in modo particolare, la sicurezza nella gestione dei farmaci, la compressione del rischio clinico in sala operatoria e in sala parto, oggetto delle Raccomandazioni n. 3, n.6 e n.7 del Ministero della Salute.

- **RISK MANAGEMENT/QUALITA'**

In ottemperanza alle Linee guida attività di Risk Management – Anno 2016, in data 31 marzo 2016 è stato inviato alla D.G. Welfare di Regione Lombardia il Piano Annuale di Risk Management per l'anno 2016, adottato con Determina n. 4/D.G./298 del 23 marzo 2016.

I progetti presentati nel Piano e realizzati nel corso del 2016 sono stati:

- n. 1 – La sicurezza nella gestione del farmaco, prosecuzione del progetto biennale iniziato nel 2015
- n. 2 – La compressione del rischio clinico in sala operatoria
- n. 3 – La compressione del rischio di emorragia del post partum.



Rispetto alle aree prioritarie individuate dalla suddette Linee Guida, nell'anno 2016 la Fondazione ha messo in atto le seguenti attività:

- Area Travaglio/Parto
 - Applicazione del Protocollo Codice Colore per il livello di urgenza della indicazione del Taglio Cesareo.
 - Prosecuzione della formazione degli operatori, replicando il corso regionale Eupolis "LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN SALA PARTO" a livello aziendale, al personale delle sale parto, che ha coinvolto il 100% del personale neoassunto e la quasi totalità del restante personale.
 - Implementazione del Progetto Trigger. Per ridurre gli eventi avversi, dal 2016 è obbligatoria la segnalazione dei trigger, materni e fetali/neonatali; in questo senso, si è adoperato il CED, di concerto con la QRM, provvedendo ad integrare il software aziendale e, nel contempo, inserendo manualmente le relative informazioni a far data dall'1 gennaio 2016.
 - Il 26 ottobre 2017 (data prescelta da regione per la Fondazione), al Corso Eupolis "La gestione del rischio in sala parto: sistema di allerta precoce in ostetricia", hanno partecipato il Risk Manager, 2 ostetriche e tre medici (ginecologi ed anestesisti) a ricoprire i 4-5 posti ECM destinati alla Fondazione.

- Rischio sepsi

In continuità con il percorso per la "Lotta alla Sepsis", per ogni caso di sepsi è stata svolta attività di audit per la verifica dell'aderenza alle linee guida della SSC nelle prime 6h (audit sulle cartelle cliniche dei casi di sepsi severe/shock settico e relative schede nel periodo di riferimento rispetto alle raccomandazioni delle Linee Guida SSC)

Anche per l'anno 2016, la Fondazione ha organizzato per i propri dipendenti il corso di Formazione a Distanza "Lotta alla sepsi ospedaliera", aperto a medici ed infermieri.

- Rischio infezioni correlate all'assistenza (Igiene delle mani)

Anche per l'anno 2016 la Fondazione ha organizzato per i propri dipendenti il corso di Formazione a Distanza "Prevenzione della diffusione di microrganismi multiresistenti", aperto a medici, infermieri, biologi, farmacisti, ostetriche, tecnici perfusionisti, tecnici di radiologia e tecnici di laboratorio. Sono state inoltre messe in atto le azioni di miglioramento previste dal "Piano Igiene mani", redatto nel 2015, che hanno previsto: l'acquisto e messa in uso di nuovi erogatori a muro spray di gel alcolico per la frizione



delle mani, in modo garantirne la disponibilità in ogni punto assistenza; l'inserimento di una sezione dedicata all'igiene delle mani nella FAD "Lotta alla sepsi ospedaliera", messa a disposizione dal portale education della Fondazione, aperta a tutti gli operatori ed obbligatoria per il personale neo assunto; l'inserimento di una sezione dedicata all'igiene delle mani nell'attività formativa interna, erogata dalla Struttura Prevenzione e Protezione, che coinvolge tutti i nuovi operatori, dipendenti ed equiparati della Fondazione; la revisione della schede di valutazione del personale del comparto neo assunto e neo trasferito, con l'inserimento di una sessione dedicata alla conoscenza dei contenuti delle procedure aziendali ("P17" è la procedura aziendale relativa all'igiene delle mani).

- Errori in terapia con Farmaci Antineoplastici
 - È stato compilato il questionario che raccoglie le informazioni sulla centralizzazione nella preparazione dei farmaci antitumorali e sulla presenza di una procedura che descriva la gestione del paziente oncologico in terapia con farmaci antitumorali
 - È stata redatta l'Istruzione Operativa per la somministrazione dei farmaci antitumorali, che include anche la loro somministrazione al domicilio.
- Rischio in Chirurgia
 - QRM, DMP e SITRA hanno realizzato l'obiettivo di budget riguardante la prosecuzione dei sopralluoghi presso tutti i blocchi operatori, per controllare sul campo l'aderenza a quanto previsto dalle Raccomandazioni Ministeriali 2 e 3 (progetto n.2 di RM)
 - La QRM ha definito le check list di verifica per la sicurezza del malato, dedicate alle sale ed alle procedure interventistiche della Fondazione (progetto n.2 di RM).

Nel corso del 2016 si sono regolarmente svolte le seguenti attività di monitoraggio, previste dalla Linee Guida, garantendo la qualità e la completezza dei dati per l'aggiornamento dei flussi informativi e per la redazione dei report a livello regionale e nazionale:

- a) Monitoraggio degli Eventi Sentinella in SIMES, in capo alla QRM
- b) Aggiornamento del DB regionale,
 - entro il 31 gennaio 2016, è stato effettuato l'inserimento dei dati relativi al II semestre 2015



- entro il 31 luglio 2016 è stato effettuato l'inserimento dei dati relativi al I semestre 2016 (in realtà, il termine è stato posticipato a settembre, per modifiche apportate al DB regionale)
- entro il 31 gennaio 2017 è stato effettuato l'inserimento dei dati relativi al II semestre 2016

relativamente a

- sinistri e polizze RCT/O, in capo all'Ufficio Legale e Contenzioso
- infortuni, in capo all'SPP
- cadute, in capo alla QRM.

La QRM ha partecipato ai quattro Network di Risk Management svoltisi nel 2016, al network per i Responsabili della Qualità Aziendali (29 giugno 2016) ed all'incontro organizzato per i Mediatori (25 maggio 2016). Ha inviato i documenti richiesti per gli Adempimenti LEA Risk Management per l'anno 2015 e ha partecipato al Corso per medici legali sulla gestione dell'ictus.

Nel corso dell'anno 2016 si sono regolarmente svolti i corsi di formazione in tema di Risk Management, inseriti nel Piano dei RM e rendicontati con nota a firma del Direttore Generale, trasmessa in Regione il 04/01/2016, alla quale è stata allegata la rendicontazione dei tre Progetti di RM e con la quale sono stati autocertificati gli incontri svolti, nel 2016, dal Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio, le sedute del Comitato Valutazione Sinistri, l'attività di Mediazione Trasformativa, nonché all'aggiornamento del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES).

Nell'ambito del Progetto Assicurativo Regionale, l'istituzione dei nuovi raggruppamenti legali/medici legali per la gestione dei sinistri da responsabilità civile verso terzi ed operatori ha comportato la assegnazione della Fondazione al Raggruppamento ATS Brianza - Pavia, unitamente a ASST Lecco, ASST Pavia, ASST Vimercate, ASST Monza. Per la Fondazione partecipano l'Avv. Simona Codena ed il Dr. Piero Massi Benedetti.

Il raggruppamento si riunisce a cadenza mensile/bimestrale e partecipa con i propri rappresentanti (Avv. Marta Viganò e Dr. Piero Massi Benedetti) al tavolo di monitoraggio a livello regionale, con i coordinatori dei 4 raggruppamenti, che si riuniscono a loro volta con cadenza mensile/bimestrale, per condividere e confrontare la gestione dei sinistri



complessi o con importo rilevante, nonché per definire linee guida che possano essere estese a livello dei raggruppamenti. E' richiesta ad ogni raggruppamento una relazione semestrale al 31.07.2016 ed al 31.01.2017 sulle attività svolte, entrambe redatte e trasmesse in Regione nei tempi previsti.

Afferisce a questo settore anche l'attività del Comitato Valutazione Sinistri, rendicontata annualmente, da parte della QRM; nel 2016, le sedute del CVS sono state 24, nel corso delle quali sono stati trattati 126 casi.

Nell'ambito del Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (Pr.I.M.O.), la Fondazione ha provveduto alla compilazione della Check List semestrale di Autovalutazione ed all'inserimento della stessa nel portale regionale. I dati provenienti dall'autovalutazione sono utilizzati per individuare le aree nelle quali la Fondazione risulta non ancora allineata con gli standard previsti e, quindi, per definire le azioni da intraprendere per il miglioramento interno. La Fondazione ha inoltre recepito le Linee Guida per l'elaborazione e lo sviluppo del "Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione" elaborate dal gruppo di lavoro regionale "Miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente" e, in ottemperanza alle stesse, ha provveduto alla prima fase di realizzazione del PIMO, ovvero alla raccolta dei dati interni relativi al cruscotto di indicatori ricevuti da Regione Lombardia. Nelle more di ricevere ulteriori indicazioni operative da parte di Regione per la realizzazione del PIMO, la Fondazione procede annualmente all'effettuazione del Riesame Aziendale di Direzione, così come previsto dalla norma UNI EN ISO 9001:2008, per cui l'intera Fondazione è certificata.





Dott.ssa D. De Amici,
Direttore Struttura
Formazione e
Sviluppo

Formazione

La formazione e l'aggiornamento oltre ad essere considerati come processo di acquisizione, sviluppo di abilità e competenze, sono anche trasmissione di valori di riferimento e norme comportamentali; sono strettamente legati alle strategie globali e alle altre politiche di gestione delle risorse umane.

Con Decreto DG sanità n° 8584 del 25 luglio 2006, la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, attraverso la Struttura Formazione e Sviluppo, è stata accreditata "Provider ECM" del Sistema Regionale ECM-CPD (Continuous Professional Development - Sviluppo Professionale Continuo).

Il Piano Formativo Aziendale (PFA) costituisce il cuore del sistema di governo della formazione, rappresenta il documento ufficiale di programmazione e formalizzazione del budget e delle risorse (umane, economiche, strumentali) da dedicare alla formazione del personale dipendente e universitario in convenzione nel quale si legge la strategia aziendale. Il numero e la tipologia di eventi attivati sono legati alle competenti risorse umane messe a disposizione e ai tempi di determinazione e quindi avvio del PFA stesso.

In linea con gli obiettivi del Direttore Generale, gli obiettivi macro del PFA 2016 sono stati,

oltre al sostegno della formazione interaziendale attraverso reti tra pubbliche amministrazioni al fine di impiegare al meglio le risorse economiche ed organizzative per tematiche trasversali:

- Valorizzazione dell'attività di ricerca svolta dalla Fondazione che ha in attivo numerosi progetti di ricerca di diversa tipologia;
- Implementazione del sistema di valutazione della Dirigenza dopo un percorso di studio e di formazione iniziato nel 2013;
- Implementazione della cultura del rischio poiché la gestione del rischio clinico può diventare, se opportunamente sviluppata, il motore di un radicale cambiamento culturale e professionale capace di soddisfare in modo sempre più sicuro le necessità indotte dalla complessità del mondo sanitario;



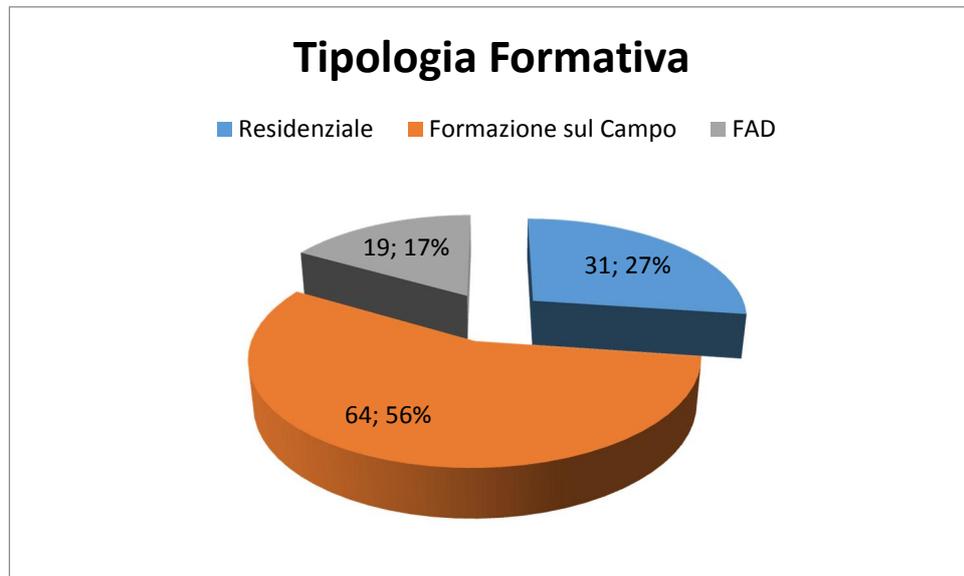
- Implementazione della cultura del miglioramento continuo anche alla luce della Norma ISO 9001:2015 in un'ottica di miglioramento continuo del sistema e con l'integrazione dei processi governati dalla Struttura Qualità e dalla Struttura Formazione all'interno di un'unica visione manageriale con l'obiettivo di diffondere sempre più una cultura della qualità;
- Sostegno della ricerca scientifica e della collaborazione con altre Fondazioni IRCCS pubbliche lombarde;
- Implementazione della cultura della donazione di organi e tessuti al fine di migliorare l'assistenza al donatore d'organi e ottimizzare il processo di prelievo di organi e tessuti;
- Potenziamento dell'integrazione della formazione On The Job (FSC), Formazione a Distanza (FAD), Residenziale;
- Sostegno della formazione in materia di sicurezza e salute del lavoro secondo quanto previsto dal D.Lgs. 9 Aprile 2008, n.81 (Testo unico sulle norme di sicurezza del lavoro) con gli art. 36 e 37 che ha sottolineato l'importanza della formazione dei lavoratori come misura di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali.

In linea con il PFA 2016 nella Tabella 1 sono presentati i dati riassuntivi relativi all'offerta formativa.

EDIZIONI	ORE FORMATIVE	N. ISCRITTI	N. A VERBALE	N. PARTECIPAZIONI	PARTECIPANTI CHE HANNO ACQUISITO ECM	CREDITI EROGATI	TOTALE CREDITI EROGATI
191	1.657	9.332	8.847	8.717	6.689	56.061	56.678

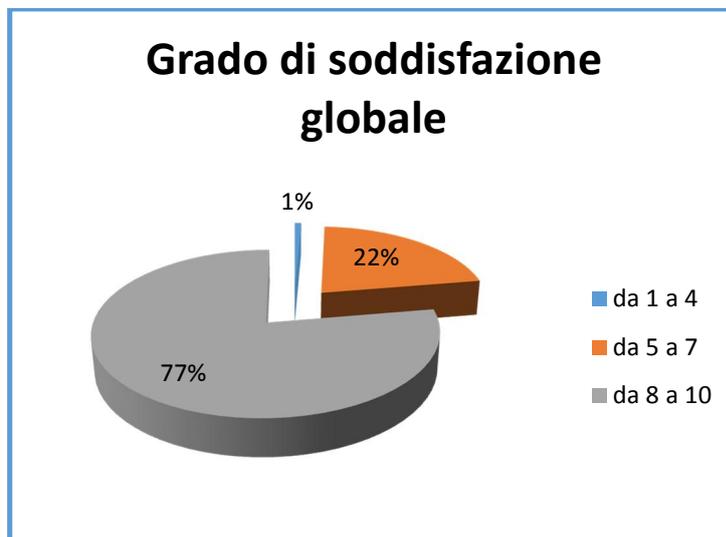
Nel grafico 1 sono visibili le tipologie di attività formativa che si sono sviluppate nell'arco del 2016:





Ai fini della implementazione del Curriculum Formativo sono state effettuate 3886 procedure nel sistema informativo della Fondazione (gestione pratiche di formazione esterna e riconoscimento crediti ECM rilasciati da altri Provider).

E' proseguita anche nel 2016 la rilevazione dei dati relativi alla valutazione della qualità della Struttura Formazione e della sua attività in generale, attraverso uno strumento informatico. Si sono indagati alcuni aspetti, ad esempio l'utilità delle diverse tipologie formative presenti in Fondazione, l'adeguatezza della durata degli eventi rispetto agli obiettivi formativi, la frequenza della consultazione del sito intranet della Struttura Formazione, l'adeguatezza didattica, il servizio offerto rispetto agli obiettivi, risultati, prospettive, procedure e risultati conseguiti. Le risposte raccolte in totale sono state pari a 5853. In rappresentanza dei giudizi espressi, nel Grafico 2 è presente il grado di soddisfazione totale (scala 1-10) con i dati aggregati per intervallo.



Tutti i flussi Fluper dei dati relativi alla formazione sono stati rendicontati agli Organi competenti con il 100% della correttezza.



Dott. P. Morossi,
*Responsabile
 Struttura
 Controllo di Gestione*

*Negoziazione degli
 obiettivi di budget*

Raggiungimento obiettivi operativi di budget

Il budget rappresenta lo strumento operativo per attuare gli indirizzi definiti e per poter condividere le strategie aziendali, attraverso la negoziazione di obiettivi specifici per ciascuna Struttura complessa della Fondazione. Integrando le priorità espresse dalla normativa nazionale e dagli atti di programmazione regionale con gli obiettivi strategici della Fondazione, per l'anno 2016 sono stati assegnati gli obiettivi specifici delle Strutture, di cui si riporta di seguito una sintesi del raggiungimento:

Tali obiettivi sono stati negoziati nell'ambito del processo di budget che si è svolto secondo le seguenti fasi:

✓ **negoziazione degli obiettivi:**

Il budget 2016 è stato negoziato con le singole strutture nell'ambito di incontri dipartimentali tra maggio e giugno 2016.

Le indicazioni generali, derivanti dall'applicazione della normativa regionale integrata con gli obiettivi strategici della Fondazione, sono state le seguenti:

- Razionalizzazione del consumo di beni sanitari;
- Contenimento del tasso di crescita del File F;
- Razionalizzazione del consumo dei servizi diagnostici;
- Mantenimento dei volumi di attività.

In particolare, in merito alla razionalizzazione del consumo di beni sanitari, facendo seguito alle indicazioni regionali relative al contenimento della spesa e all'attività di razionalizzazione dei contratti di fornitura già avviata dall'Ufficio Acquisti, la Direzione Strategica ha indicato come budget 2016 dei consumi complessivi sanitari (escluso file f), a livello aziendale per uso ospedaliero, una riduzione del 5% rispetto al consuntivo 2015.

Al fine di agevolare il raggiungimento di questo obiettivo, già dal mese di marzo 2016, i Direttori di Struttura dei Dipartimenti Sanitari sono stati chiamati dalla Direzione Strategica ad effettuare un'analisi dei propri consumi e a predisporre un elenco delle possibili azioni da intraprendere per il raggiungimento del predetto obiettivo. Le relazioni predisposte sono state discusse durante le riunioni di budget e hanno costituito il punto di partenza per l'assegnazione



Monitoraggio periodico degli obiettivi

dell'obiettivo. Le schede di budget delle Strutture in staff alle Direzioni sono state predisposte nel mese di luglio 2016.

✓ **monitoraggio periodico:**

Nel corso del 2016, al fine di migliorare la comunicazione interna sui temi economico-gestionali e di budget e quindi l'efficacia della programmazione direzionale, è stato introdotto un documento che affianca la normale reportistica mensile distribuita dal Controllo di Gestione e in alcuni casi la sostituisce. Lo scopo è quello di fare una sintesi, raccogliendo in un unico file documenti di budget, reporting e valutazione, per Struttura, Anno e Mese.

Si tratta di un file in formato excel detto "CRUSCOTTO DIREZIONALE" che viene inviato periodicamente ai Direttori di Struttura e ai referenti nominati, solo in posta elettronica come allegato ad una comunicazione del Controllo di Gestione: il file contiene più fogli, tra cui la scheda di budget, il report relativo all'anno in corso e il documento di valutazione rispetto agli obiettivi di budget con i relativi monitoraggi infra-annuali.

Per quanto attiene nello specifico alla Valutazione infra-annuale, la relativa documentazione è stata inviata alle Strutture una prima volta ad agosto 2016 (relativamente ai dati dei primi 5 mesi 2016), una seconda nel mese di ottobre (dati 8 mesi 2016) e una terza a dicembre (dati 10 mesi).



Valutazione dei risultati

✓ valutazione dei risultati

Per arrivare alla valutazione finale dei risultati sono state svolte le seguenti attività:

- Predisposizione dei dati di consuntivo e di valutazione 2016 anno da parte del Controllo di Gestione e comunicazione delle risultanze ai Direttori delle strutture, attraverso l'invio del CRUSCOTTO nel mese di marzo 2017. In questa occasione è stato chiesto ai Direttori di inviare eventuali controdeduzioni rispetto agli obiettivi non raggiunti entro il 24 marzo.
- Analisi dei risultati e delle controdeduzioni pervenute da parte del Comitato Budget il giorno 13/04/2017: tale incontro ha portato, a seguito di un'analisi puntuale di ciascuna situazione ad una decisione di accoglimento o rigetto delle osservazioni presentate;
- La valutazione rivista dal Comitato Budget è stata inviata alle Strutture interessate il 21 aprile.

Per quanto attiene alle Strutture in staff alle Direzioni, la valutazione finale è stata inviata in data 28 aprile 2017 (a seguito della verifica da parte del CDA del raggiungimento degli obiettivi del Direttore Generale che a cascata coinvolgevano gran parte delle Strutture), richiedendo ai Direttori di fornire eventuali controdeduzioni entro il 5 maggio.

Non essendo pervenute osservazioni entro tale data, il punteggio conseguito è stato considerato definitivo.



Obiettivi 2016	Numero di Strutture assegnatarie	Percentuale di raggiungimento		
		%NULLO	%PARZIALE	%PIENO
Costo acquisto beni	58	24%	14%	62%
Attività ambulatoriale	48	0%	31%	69%
Attività di ricovero	38	0%	24%	76%
Donazione tessuto corneale: avvenuta informazione dei familiari	23	9%	52%	39%
Costo prestazioni diagnostiche interne per ricoverati riduzione del 3%	12	0%	17%	83%
Obiettivi Strategici della Direzione Generale	12	0%	0%	100%
Miglioramento della previsione e della conseguente programmabilità della spesa	9	0%	11%	89%
I.O. Check List per la sicurezza in sala operatoria	5	0%	0%	100%
Costo acquisto beni riduzione del 5%	4	0%	0%	100%
PDTA Micobatteriosi	4	0%	0%	100%
Adempimenti previsti da Piano Operativo	4	0%	0%	100%
Revisione nota informativa Analgesia endovenosa mediante PCA	3	0%	0%	100%
Rispetto degli adempimenti relativi alle attività di monitoraggio per la trasparenza	3	0%	0%	100%
Check List sala interventistica	2	0%	0%	100%
Criteri di appropriatezza delle indagini radiologiche rispetto al quesito diagnostico	2	0%	0%	100%
Definizione di criteri condivisi per la redazione del referto secondo linee guida	2	0%	0%	100%
Definizione schemi farmaci antitumorali per prescrizione informatica attraverso programma RDA	2	0%	0%	100%
Elaborazione PDTA per pazienti che devono sottoporsi ad intervento di DCR per via endoscopica	2	0%	0%	100%
I.O. gestione paz. portatore di dispositivo PCA	2	0%	0%	100%
PDTA paziente obeso	2	0%	0%	100%
Recepimento della Raccomandazione Ministeriale n. 16	2	0%	0%	100%
Revisione IO 083-084.3	2	0%	0%	100%
Revisione nota informativa terapia antitumorale	2	0%	0%	100%
Revisione PDTA per la gestione dei pazienti con patologia tumorale della mammella	2	0%	0%	100%
Revisione PDTA per la gestione della donna ad alto rischio genetico di carcinoma mammario ed ovarico	2	0%	0%	100%
Ampliamento SC Reumatologia da 10 a 16 posti letto	2	0%	0%	100%
Partecipazione attiva al piano di efficienza organizzativa	2	0%	0%	100%
PDTA per le Micobatteriosi	2	0%	0%	100%
Redazione della IO di gestione del time out e della check list di sala operatoria	2	0%	0%	100%
Risk Management	2	0%	0%	100%
Altri obiettivi per singola Struttura	92	3%	0%	97%
Totale obiettivi	349	5%	13%	81%

