



La presente relazione è lo strumento che conclude il ciclo di gestione della Performance 2017 ed evidenzia i risultati rispetto agli obiettivi indicati nel Piano delle Performance 2016-2018 - revisione 2017

RELAZIONE PERFORMANCE

Anno 2017



	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	30
	Andamento dell'attività di Ricerca e Didattica	53
	Qualità dell'Assistenza	59
	Formazione	63
	Raggiungimento obiettivi operativi di budget	67



*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 2017 ed evidenzia i risultati rispetto agli obiettivi indicati nel Piano delle Performance 2016-2018 - revisione 2017, adottato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 22 del 5/04/2018.

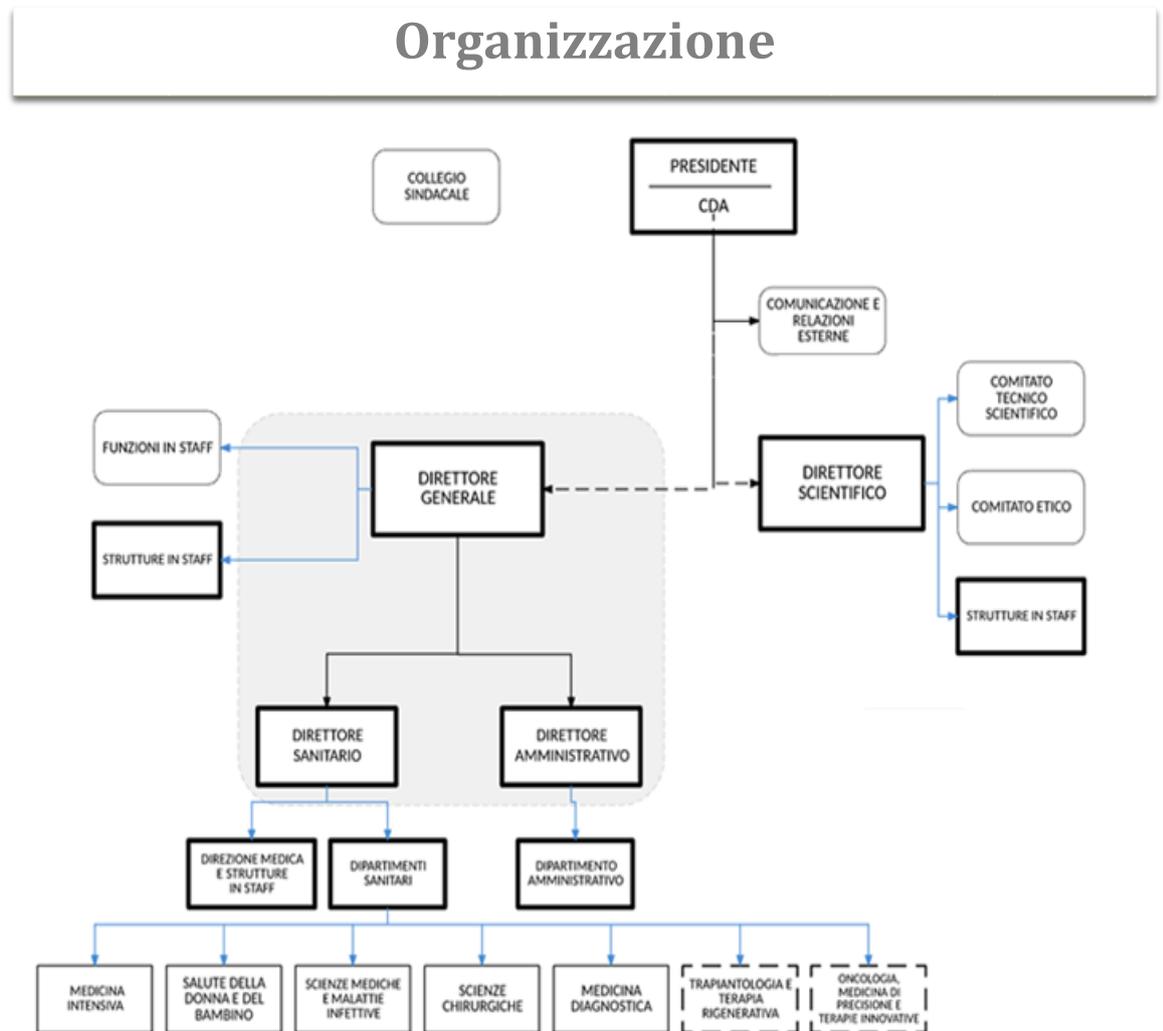
Il Piano è consultabile sul sito della Fondazione, come previsto dalla normativa.



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



“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 2017

**861 posti
letto attivi**

**36.900
pazienti
ricoverati**

**248.000
giornate di
degenza**

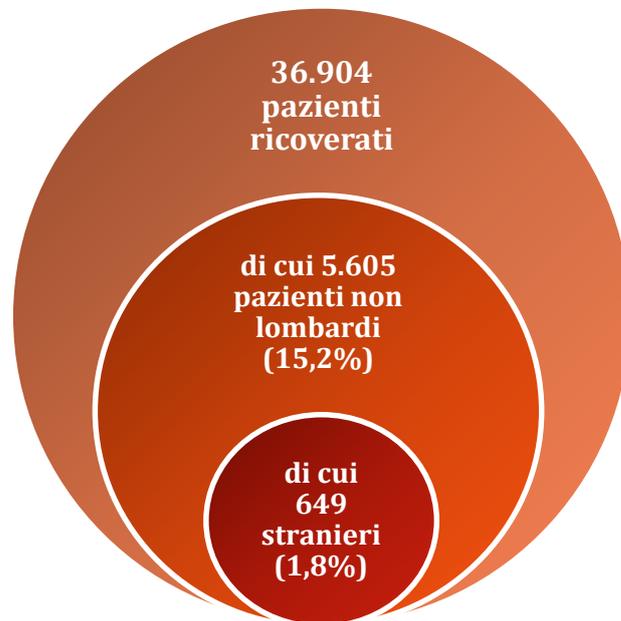


**2,1 ml di
prestazioni
ambulatoriali**

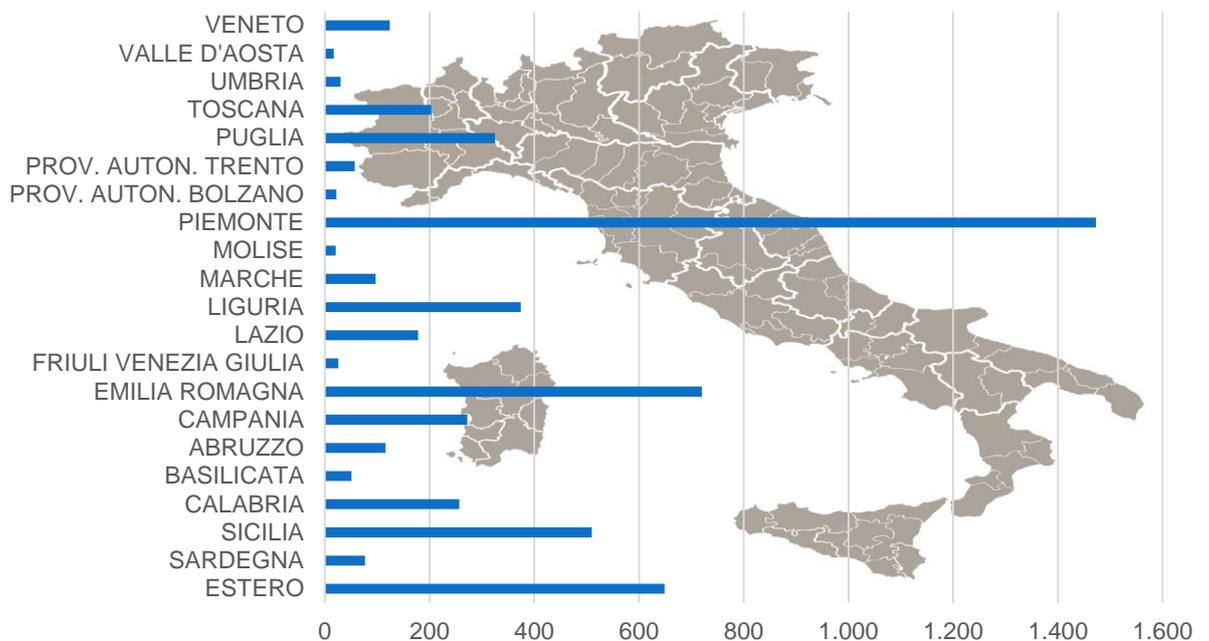
**99.650 accessi al
Pronto Soccorso**



“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.”

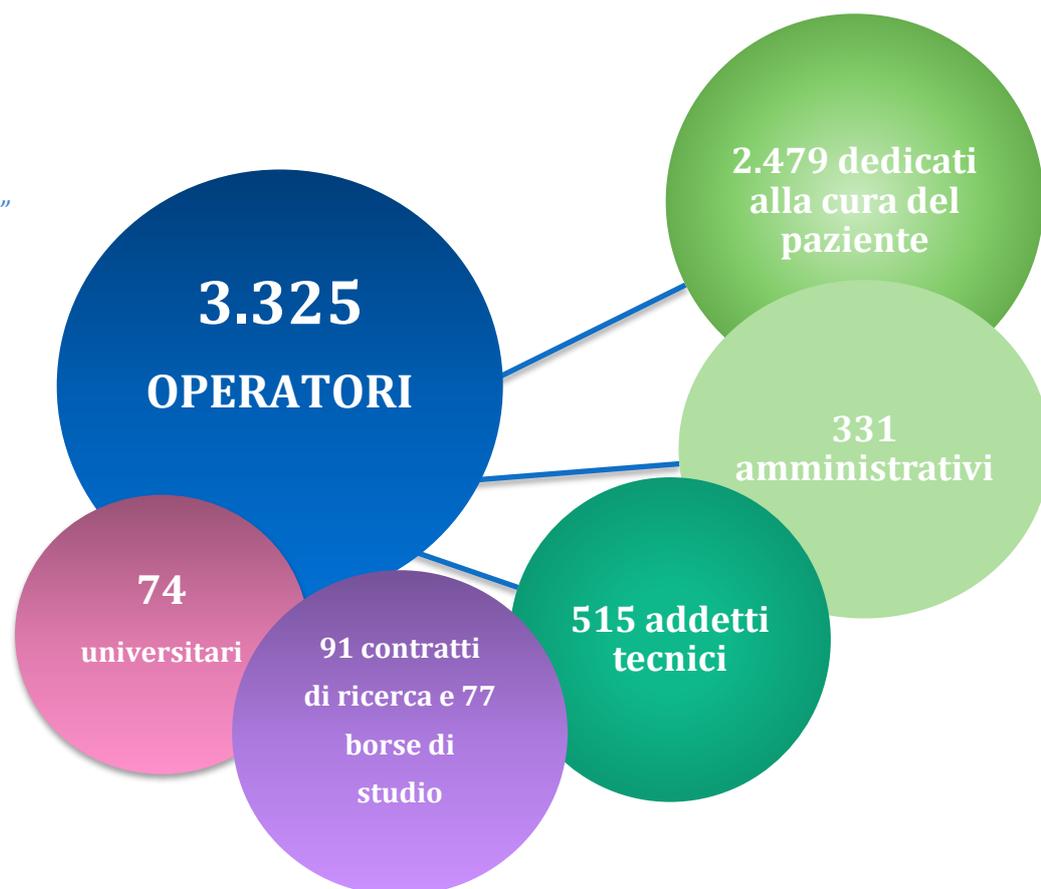


Distribuzione dei pazienti non Lombardi



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

Risorse: Personale

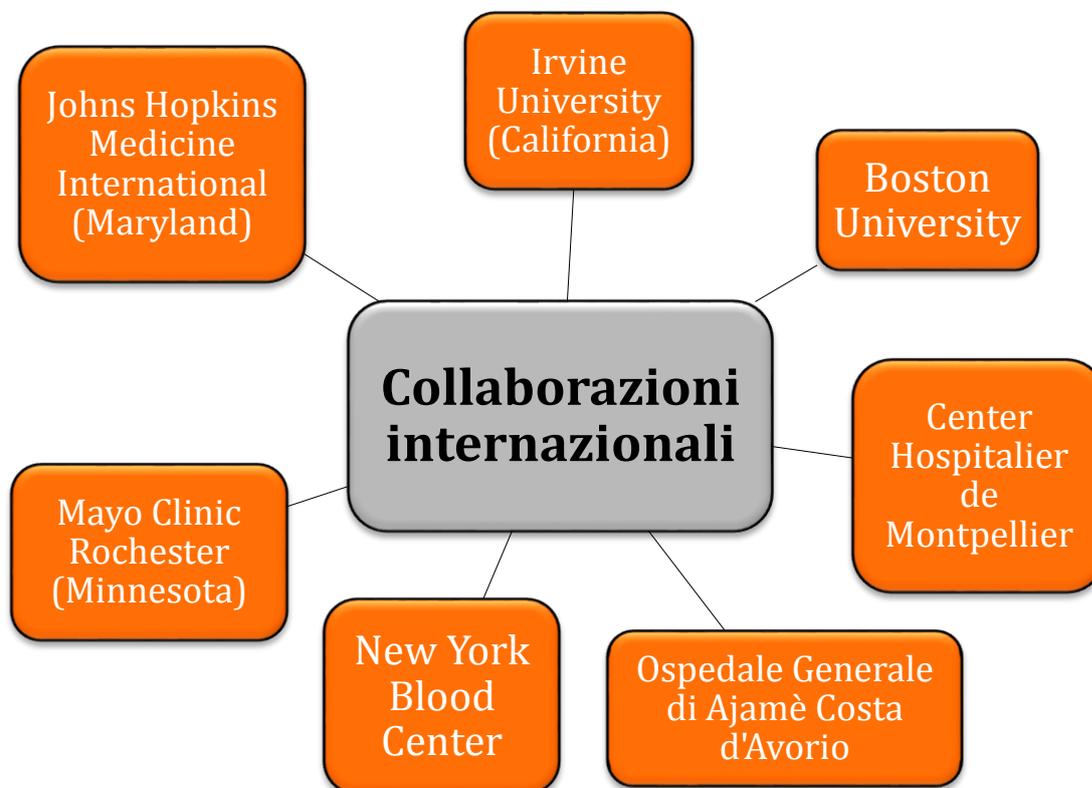


“Fare ricerca è missione istituzionale degli IRCCS e il San Matteo è riferimento nel mondo per la ricerca biomedica nazionale e per le collaborazioni scientifiche internazionali.”

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 2017 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 gennaio 2017 ha avuto luogo il trasferimento al DEA della Struttura di Otorinolaringoiatria, sia della sua attività ambulatoriale che operatoria e di ricovero.

In occasione del trasferimento sono state acquisite nuove tecnologie e dispositivi medicali (cabine audiometriche, colonne endoscopiche di ultimissima generazione, microscopi ottici).





Dott. Roberto Pinardi,
Direttore Amministrativo

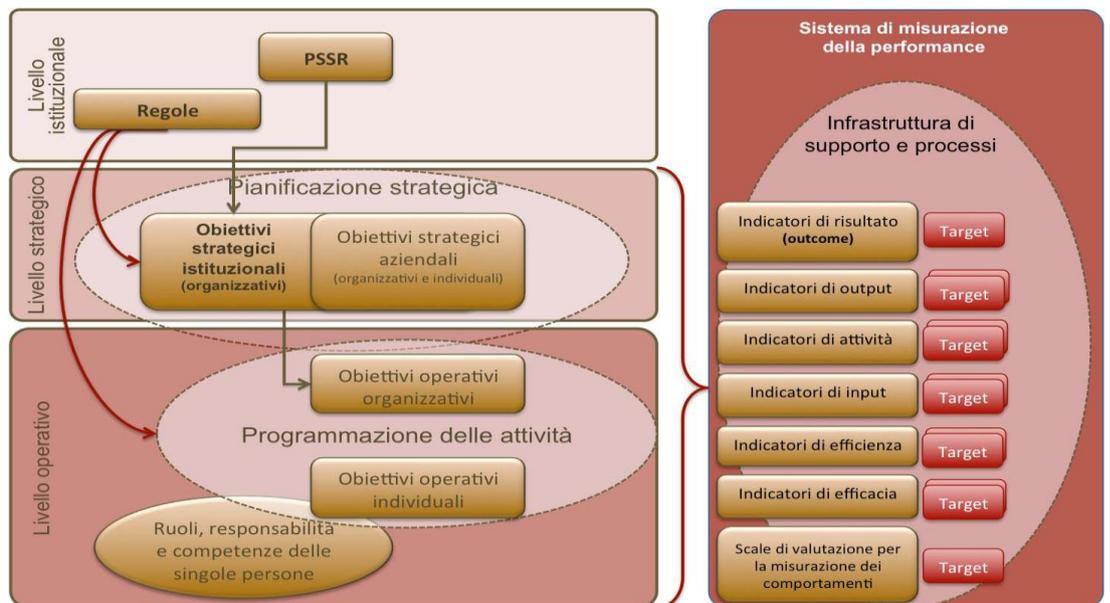
Il ciclo della Performance

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 2017 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/0047 del 26/05/2017 sono stati assegnati al Direttore Generale i seguenti obiettivi per l'anno 2017:

Obiettivi assegnati dal CdA

N.	OBIETTIVO	INDICATORE	MISURAZIONE	PESO
1	Attuazione POAS	Definizione provvedimenti di attuazione POAS coperture UOC/UOSD/UOS	Assunzione provvedimenti entro il 31/12/2017	20
2	Attuazione del piano di Azioni e Piano Operativo	Obiettivi e GANTT - Nota 31/03/2017	Monitoraggio scadenze e raggiungimento obiettivi	30
3	Piano Triennale delle Prevenzione della corruzione e Programma Triennale della trasparenza 2017-2019	Introduzione di misure attuative del Piano anticorruzione	Almeno 2 provvedimenti contenenti misure di anticorruzione e relazione sulla relativa entro il 31/12/2017	15
4	Piano di riorganizzazione logistica	Predisposizione provvedimenti attuativi - Attivazione procedure di gara	Attuazione atti entro il 31/12/2017	15
5	Apertura di Ambulatorio Specialistico a gestione condivisa tra ASST di Pavia e Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo	Accordi con ASST di Pavia e coinvolgimento dei Direttori di UUOCC - Attivazione procedura	Apertura di almeno 3 unità di offerta	20
PUNTEGGIO TOTALE				100

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

1. Attuazione POAS.

Nel corso dell'anno corrente, a seguito dell'adozione del nuovo POAS, la realizzazione del rivisitato impianto organizzativo e gestionale ha registrato:

- l'attivazione dei DIPARTIMENTI con decorrenza dal 01.03.2017 (determina n. 92 del 22.02.2017);
- la ricostituzione del Collegio di direzione (determina n. 128 del 01.03.2017);
- l'avvenuta assegnazione, mediante espletamento di procedure comparative interne, delle UOC afferenti all'area amministrativa e professionale (determina n.322 del 08.05.2017)

Relazione sul raggiungimento di ciascun obiettivo



- la copertura di n. 2 unità di nuova istituzione:
 - UOC Pianificazione e Controllo Direzionale – Controllo di Gestione (determina n. 673 del 04.09.2017)
 - UOC Provveditorato – Economato (determina n. 489 del 05.07.2017)

Risulta inoltre realizzata la copertura di n.9 UOC di Area Medica, Veterinaria e del ruolo sanitario delle n.12 autorizzate da RL nel corso del 2017: Cardiocirurgia, Dermatologia, Chirurgia Generale Senologica, Neurochirurgia, Radioterapia Oncologica, SIMT, Dietetica e Nutrizione Clinica. Ematologia e Medicina Generale I. La residualità è rappresentata da n. 2 UOC a direzione universitaria (Nefrologia e Pneumologia), per le quali si è tutt'ora in attesa di designazione da parte dell'Ateneo Pavese, e da n. 1 UOC ospedaliera (Qualità e Risk management -URP) per la copertura della quale, per intervenute esigenze organizzative, si è valutato di non procedere.

UOS E UOSD di nuovo contenuto e/o afferenza gerarchica attraverso bandi di selezione interna, al 31.12.17:

Sono state espletate le selezioni interne per tutte le n. 17 Strutture Semplici (di cui n. 6 dipartimentali) per le quali è stato possibile procedere al conferimento dei relativi incarichi di posizione entro la fine del 2017. In merito alle restanti n. 5 UOS di nuova istituzione, di cui n. 3 dipartimentali, si precisa che per l'UOSD Stroke Unit è stata bandita la relativa selezione interna, per l'UOS Medicina Legale è in corso una procedura di acquisizione del servizio da parte della UOC Provveditorato Economato, per l'UOSD PMA si è in attesa di definizione con l'Ateneo pavese in merito alla conduzione da parte di docente universitario, mentre per le n. 2 UOS Flussi informatici e Genetica Medica sono tutt'ora in corso valutazioni.

2. Attuazione del Piano di Azioni e Piano Operativo.

Con nota prot. 20170012090 del 31/03/2017 la Fondazione ha trasmesso alla Direzione Generale Welfare il documento contenente l'aggiornamento sullo stato di attuazione del Piano Operativo e del relativo processo di riorganizzazione contabile. È stato allegato allo stesso documento un "GANTT di fase 2" che definisce le attività con riflesso contabile da svolgere nel 2017, le Unità coinvolte e le tempistiche per il completamento del processo di riorganizzazione contabile in atto.



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	✓
	Saldi di apertura	Ricognizione patrimonio indisponibile beni mobili	31/11/2017	✓
	Saldi di apertura	Ricognizione fonti di finanziamento	31/12/2017	✓
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	✓
	Sistemi informativi aziendali	DWH aziendale	31/12/2017	✓

La Fondazione ha rendicontato con cadenza trimestrale lo stato di avanzamento delle attività previste dal Piano Operativo in occasione della predisposizione delle Certificazioni Economiche Trimestrali.

Con deliberazione del Consiglio di Amministrazione della Fondazione n. 4/C.d.A./0001 del 9 gennaio 2018 è stata approvata la "Relazione di conclusione del Piano Operativo"; il raggiungimento degli obiettivi è stato certificato dall'advisor esterno Ernst and Young. La stessa documentazione è stata trasmessa a Regione Lombardia con nota prot. n. 20180001192 del 9 gennaio 2018: contestualmente Regione Lombardia ha richiesto alcune informazioni integrative in merito alla conclusione del Piano Operativo, cui la Direzione ha dato subito riscontro.

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

Sono stati elaborati due provvedimenti previsti nel piano triennale:

- Il 28/11/17 si è svolta la Giornata della trasparenza 2017 in collaborazione ed unitariamente con ATS e ASST di Pavia presso l'Aula Burgio della Fondazione;
- in data 22/11/17 la DMP ha emanato la circolare informativa ai congiunti sul funzionamento del servizio mortuario prot DMP 20170000497 (secondo progetto adottato come da PTPC);
- si è ritenuto di non procedere ad una completa rielaborazione del Codice di comportamento ma ad un suo aggiornamento rispetto al nuovo POAS ed in data 15/12/17 è stata proposta al CdA la versione aggiornata del Codice di comportamento da proporre all'approvazione del CdA anche nell'anno nuovo.

4. Piano di riorganizzazione logistica.

Nello specifico si danno informazioni inerenti "Predisposizione provvedimenti attuativi

- Attivazione procedure di gara":

- Nel mese di agosto è stata predisposta la documentazione per l'incarico della progettazione del magazzino della farmacia;
- Come da pianificazione, è stata emessa la determina n. 4/D.G./0836 del 26/10/2017 avente in oggetto "AFFIDAMENTO INCARICO DI PROGETTAZIONE RELATIVO A INTERVENTO DI "REALIZZAZIONE DI MAGAZZINO CENTRALIZZATO" PRESSO IL PAD. 19 DELLA FONDAZIONE - AUTORIZZAZIONE PROCEDURA E DOCUMENTAZIONE DI GARA".



- Non essendo pervenuta alcuna offerta entro la scadenza del 04/12/2017 il Responsabile del Procedimento ha deciso, in prima istanza, di concedere una proroga al 21/12/2017.
- Alla scadenza è pervenuta un'unica offerta.
- L'offerta è attualmente al vaglio della Commissione giudicatrice.

Gli step successivi si svilupperanno nel 2018.

5. Apertura di ambulatorio specialistico a gestione condivisa tra ASST di Pavia e Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo.

L'accordo tra Fondazione e ASST di Pavia per avviare l'attività ambulatoriale in Co-branding è stato siglato giovedì 15 giugno, dai DG Nunzio Del Sorbo e Michele Brait. Gli ambulatori condivisi sono stati avviati 1° luglio: il progetto riguarda sette aree cliniche di intervento: Anatomia Patologica; Ematologia; Oncologia; Onco-ematologia pediatrica; Ortopedia e Traumatologia; Otorinolaringoiatria; Reumatologia.

Obiettivi di derivazione regionale

OBIETTIVI DI DERIVAZIONE REGIONALE

Facendo seguito alla Deliberazione della Giunta Regionale n. X/6963 del 31/7/2017 ("Determinazioni in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) e definizione degli obiettivi per l'anno 2017") 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./0070 del 21/09/2017 il Consiglio di Amministrazione ha integrato quanto stabilito con deliberazione n. 4/C.d.A./0047, con gli obiettivi mutuati da Regione Lombardia, ad eccezione di quanto non pertinente con le attività svolte dalla Fondazione.



1. OBIETTIVI LEGATI ALLE ATTIVITA' ISTITUZIONALI (100 PUNTI). Il raggiungimento del 70% permette di accedere alla valutazione della fase successiva.

OBIETTIVI	INDICATORI
Regole di gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017 - Capitolo 9 - Investimenti	1) Rispetto delle procedure previste per l'affidamento degli incarichi alla società regionale; 2) Rispetto integrale delle procedure previste per la sottoscrizione di accordi bonari e transazioni; 3) Rispetto delle procedure in materia di approvazione delle varianti e di utilizzo dei ribassi d'asta
Regole di gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017 - Capitolo 10 - Sistemi informativi e flussi	1) Consolidamento del processo di dematerializzazione delle ricette specialistiche; 2) Riallineamento dei siti aziendali a seguito dei cambiamenti introdotti dalla legge regionale n. 23/2015: invio bimestrale degli stati avanzamento del programma annuale
Ricoveri ospedalieri: Qualità della rilevazione - errori gravi	Percentuale di record di SDO contenenti errori "gravi" inferiore al 1%;
Ricoveri ospedalieri: Tempestività della rilevazione	Percentuale in ritardo oltre la scadenza mensile non superiore al 2% (sono esclusi i DH di tipo non chirurgico);
Flusso Endoprotesi (File SDO4	Scostamento massimo del 5% (in meno) rispetto alla media regionale;
Certificati di assistenza al parto	Scostamento massimo del 5% rispetto alla media regionale di parti non rilevati con il CeDAP rispetto ai parti segnalati con le SDO
Certificati di assistenza al parto: Tempestività della rilevazione	Percentuale in ritardo oltre il mese non superiore al 5%;
Certificati di assistenza al parto	Scostamento massimo del 5% rispetto all'indicatore regionale;
Certificati di assistenza al parto: Completezza nella compilazione di tutti i campi	Scostamento massimo del 5% (in meno) rispetto alla media regionale;
Incrementare il valore degli acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione rispetto allo stesso periodo 2016	La misurazione verrà effettuata sul valore delle procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione a fine 2017 rispetto al 2016 (viene considerato il solo perimetro della programmazione aggregata). L'obiettivo risulterà comunque raggiunto se l'ente avrà raggiunto il 60% di acquisti centralizzati/aggiunti/servizi in concessione
Reti di patologia	Evidenza dell'attivazione di audit interni per il monitoraggio dell'effettiva continuità assistenziale nei percorsi di presa in carico aziendali nell'ambito delle reti di patologia regionali e delle reti ospedaliere di cui al DM 70/2015;
Sistema Trasfusionale Regionale	Consolidamento dell'autosufficienza di sangue ed emocomponenti: rispetto del Piano Annuale di programmazione e compensazione regionale ed extra-regionale delle unità di sangue su indicazione della Struttura Regionale di Coordinamento

OBIETTIVI	INDICATORI
Sistema Regionale Trapianti	1) Mantenimento del numero di donatori segnalati l'anno precedente; 2) Numero dei donatori di cornee superiore al 10% dei decessi in ospedale; 3) Numero dei donatori di tessuti ossei da vivente superiore al 10% delle protesi impiantate in elezione; 4) Numero di prelievi multitestito (non in corso di prelievo multiorgano) almeno pari a quelli eseguiti nel 2016 e comunque non inferiori a 3; 5) Incremento rispetto al 2016 del numero di trapianti da vivente (Tx rene);
Promozione dell'appropriatezza prescrittiva dei medicinali (statine)	Percentuale di statine a brevetto scaduto sul totale del gruppo:82%
Applicazione contenuti DGR n. 1775/2011 e smi e della DGR n. 3993/2015	1) raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. X/3993/2015; 2) evidenza della predisposizione e trasmissione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTAz); 3) attuazione dei disposti del punto 3.3.6 della DGR n. X/1185/2013 "Interventi di miglioramento dei tempi di attesa";
Attività di controllo delle prestazioni sanitarie di ricovero ai sensi delle DGR n. X/2313/2014 e n. X/5954/2016	Controllo ed invio alla ATS di pertinenza, entro il 30 settembre 2017, del 7% delle prestazioni di ricovero di cui: 1) quota "fino al" 4% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica, soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC della ATS di pertinenza; 2) quota "fino al" 3% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC della ATS di pertinenza; Invio del Piano dei Controlli aziendale alla ATS di pertinenza entro il 31.01.2017.
Rete per l'assistenza alla madre e al neonato	1) Progettazione di attività ambulatoriale finalizzata alla presa in carico delle gravidanze fisiologiche entro le due settimane prima del parto al fine di migliorare la continuità assistenziale territorio/ospedale e la sicurezza del travaglio/parto; 2) Ogni azienda in cui siano presenti sale parto deve progettare una attività ambulatoriale per la presa in carico delle gravidanze fisiologiche prima del parto. Attività ambulatoriale da commisurare alla dimensione del Punto Nascita ed alle sue articolazioni organizzative;
Collaborazioni internazionali in ambito sanitario	1) Ricognizione dei progetti europei ed internazionali in ambito sanitario; 2) Invio di una relazione annuale sulle attività realizzate nel 2017



2. OBIETTIVI DI PERFORMANCES ED ESITI (40 PUNTI)

OBIETTIVI	INDICATORI
Selezione Indicatori "SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI" NETWORK DELLE REGIONI E INDICATORI PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE)	INDICATORI "SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI" NETWORK DELLE REGIONI: 1 - Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico; 2 - Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico; 3 - % ricoveri medici oltre soglia per pazienti \geq 65 anni; 4 - % colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg; 5 - % fratture femore operate entro 2 giorni; 6 - % prostatectomie transuretrali; 7 - % di episiotomie depurate (NTSV); 8 - % di parti operativi (uso di forcipe o ventosa); 9 - Attesa media prima del ricovero: interventi chirurgici per tumore alla prostata.
	INDICATORI PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE): 1 - Mortalità a trenta giorni dal ricovero per un episodio di infarto miocardico acuto (ima) 2 - Proporzioni di stemi (infarto miocardico con sopralivellamento del tratto st) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (ptca) entro 2 giorni 3 - Mortalità a 30 giorni dal ricovero per scompenso cardiaco congestizio (scc) 4 - Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (bpac) 5 - Mortalità a 30 giorni dall'intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache. 6 - Mortalità a 30 giorni da riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale 7 - Proporzioni di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni 8 - Proporzioni di colecistectomie eseguite in reparti con volume di attività superiore a 90 interventi annui 9 - Proporzioni di parti con taglio cesareo primario 10 - Complicanze materne severe durante il parto ed il puerperio (parto naturale) 11 - Complicanze materne severe durante il parto ed il puerperio (parto cesareo) 12 - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico 13 - Mortalità a 30 giorni dopo intervento di craniotomia eseguita in pazienti con tumore cerebrale 14 - Proporzioni di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui 15 - Proporzioni di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella 16 - Mortalità a trenta giorni dall'intervento per tumore maligno del polmone 17 - Mortalità a trenta giorni dall'intervento per tumore gastrico maligno 18 - Mortalità a trenta giorni dall'intervento isolato per tumore maligno del colon 19 - Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (struttura di ricovero) 20 - Tempi d'attesa per intervento chirurgico a seguito di frattura della tibia e/o perone 21 - Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (bpco) riacutizzata.

3. OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI (35 PUNTI)

OBIETTIVI	INDICATORI
Obiettivo Osservatorio Epidemiologico Regionale	Trasmissione secondo le tempistiche definite nella Delibera delle Regole e nella circolare Flussi per l'anno 2017 dei flussi informativi sanitari e sociosanitari;
Invio flusso consumi dispositivi medici	Verifica del grado di copertura dei dispositivi medici inviati, confrontando il valore complessivo del flusso consumi dispositivi medici con quello indicato nelle apposite voci di bilancio. L'obiettivo è raggiunto con una percentuale pari all'85%. Tutte le aziende devono inviare il dato tutti i mesi dell'anno
Invio flusso contratti	Verifica del grado di copertura dei contratti relativi ai dispositivi medici inviati;
Verifica flussi CO.AN.	a) Invio flussi di COAN tramite l'apposito Portale sul controllo di gestione come da tempistica prevista da note regionali b) Invio flussi CO.AN preventivo e assestamento e rispetto delle scadenze previste c) Valutazione del rispetto delle percentuali di quadratura Co.Ge-Co.An come da Linee guida
Invio trigger in sala parto	Verifica invio mensile dei trigger in sala parto;
Implementazione raccomandazioni Ministeriali	Dovranno essere implementate a livello aziendale almeno l'80% delle 17 raccomandazioni ministeriali (tra quelle applicabili alla propria realtà);
Completezza, qualità e coerenza dei flussi informativi dell'area del personale	Allineamento tra i dati inviati nei diversi flussi 90%;
STRUTTURE COMPLESSE – Copertura delle strutture Area Medica, Veterinaria e del ruolo sanitario oggetto di autorizzazione regionale nell'anno 2017	1) Copertura entro il 31/12/2017 delle strutture autorizzate entro il 30/06/2017: 100%; 2) Copertura entro il 31/03/2018 delle strutture autorizzate dopo il 30/06/2017 ed entro il 30/09/2017: 70%;
Scostamento beni e servizi dichiarato in assestamento rispetto al consuntivo	Verranno valutati negativamente importi superiori all'1% di scostamento;
Agende trasparenti: Flusso MOSA	Conferimento dei dati corretti e aggiornati di tutte le agende per ciascuna sede al fine di garantirne la pubblicazione;
Aggiornamento sistemi informativi: registrazione arruolamento, pubblicazione PAI	Attivazione nel proprio sistema informativo delle funzioni per registrare l'arruolamento dei pazienti e la pubblicazione dei PAI secondo le indicazioni regionali;
Razionalizzazione della spesa e mantenimento dell'equilibrio di bilancio	1) Riduzione spesa beni e servizi definita nelle regole di sistema 2017; 2) Raggiungimento produzione a contratto per Lombardi; 3) Mantenimento produzione extra regione/rispetto ai costi di produzione; 4) Scostamento beni e servizi dichiarato in assestamento rispetto al consuntivo;



OBIETTIVI	INDICATORI
Riconciliazione e verifica delle partite debitorie e creditorie verso la Regione	Allineamento posizioni da Stato Patrimoniale per crediti e debiti dell'esercizio
Riconciliazione e quadratura delle partite intercompany	Pieno Allineamento costi-ricavi e debiti-crediti
Anticipazione di Tesoreria	Azzeramento dell'utilizzo dell'anticipazione di Tesoreria
Tempi di pagamento beni e servizi (ITP)	Sarà valutato il reale posizionamento aziendale rispetto dell'ITP inferiore a zero
Realizzazione di un progetto di adozione e incremento prescrittivo di farmaci biosimilari per i principi attivi infliximab e etanercept	Relazione del progetto in cui si evidenzia l'incremento dei pazienti trattati con biosimilari 2017 vs 2016 ed il risparmio economico ottenuto utilizzando come fonte dati le rendicontazioni file F anno 2016 e anno 2017
AMBIENTI DI LAVORO Segnalazione telematica di mesoteliomi, tumori nasosinusal, tumori della vescica e del polmone	Segnalazione di mesoteliomi, tumori naso-sinusal, tumori della vescica e del polmone individuati secondo i criteri descritti all'interno della funzionalità telematica presente in SISS a cura dei reparti competenti

4. OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR (PESO 25 PUNTI)

OBIETTIVI	INDICATORI
VACCINAZIONI: inserimento in GEV delle vaccinazioni per vaccinazioni antinfluenzali (stagione 2017/18) e categorie a rischio in coerenza con quanto definito nella DGR 3993 del 04/08/2015	Evidenza dell'inserimento delle vaccinazioni antinfluenzali in GEV (100% delle vaccinazioni antinfluenzali erogate nella stagione 2016/17) e per le categorie a rischio (almeno 20 record per ogni ASST);
Presenza in carico del paziente cronico	1) Presentazione della candidatura come soggetto gestore 2) Organizzazione del percorso di presa in carico e della filiera erogativa (con altri erogatori e i medici di cure primarie) 3) Predisposizione del sistema informativo a supporto della presa in carico;



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

*Relazione sul
raggiungimento di
ciascun obiettivo*

1. OBIETTIVI LEGATI ALLE ATTIVITA' ISTITUZIONALI (100 PUNTI).

OBIETTIVI	RAGGIUNGIMENTO
Regole di gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017 - Capitolo 9 - Investimenti	SERVIZIO TECNICO: 1) Ad oggi stiamo verificando con la Direzione Generale Welfare le possibili tipologie di gara che si potrebbero affidare a ILSPA e quindi stiamo rispettando le procedure - Raggiungimento 100%. 2) Messa in atto tutte le procedure tecnico-amministrative per scongiurare transazioni ed accordi bonari con le Ditte che hanno dimostrato una eccessiva aggressività nei confronti della stazione appaltante-Raggiungimento 100% 3) Nei casi di variante in corso d'opera sono state rispettate le procedure previste al cap. 9 delle Regole di Sistema - Raggiungimento 100%. INGEGNERIA CLINICA: 1) Rispetto delle procedure previste per l'affidamento degli incarichi alla società regionale; 2) Rispetto integrale delle procedure previste per la sottoscrizione di accordi bonari e transazioni; 3) Rispetto delle procedure in materia di approvazione delle varianti e di utilizzo dei ribassi d'asta.
Regole di gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017 - Capitolo 10 - Sistemi informativi e flussi	1) A seguito degli interventi effettuati in collaborazione con la DMP nel mese di Luglio finalizzati a sensibilizzare i medici prescrittori e degli aggiustamenti apportati al software sulla base delle indicazioni pervenute dagli utilizzatori si è riscontrato un incremento del 30% del numero di medici prescrittori che si sono attestati intorno ai 150. Il dato prescritto SISS al 31/12/2017 è stato di 86.099 ricette elettroniche di cui 67.013 DEM pari all'86% dell'obiettivo finale. 2) La Fondazione non essendo stata coinvolta nelle riorganizzazioni aziendali introdotte dalla Legge 23/2015 non ha dovuto operare cambiamenti particolari a livello di sito internet o di dominio di posta elettronica.
Ricoveri ospedalieri: Qualità della rilevazione - errori gravi	Raggiunto
Ricoveri ospedalieri: Tempestività della rilevazione	Raggiunto
Flusso Endoprotesi (File SDO4)	Raggiunto
Certificati di assistenza al parto	Raggiunto
Certificati di assistenza al parto: Tempestività della rilevazione	Raggiunto
Certificati di assistenza al parto	Raggiunto
Certificati di assistenza al parto: Completezza nella compilazione di tutti i campi	Raggiunto



Incrementare il valore degli acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione rispetto allo stesso periodo 2016	Si ricorda che alla fine del 2016 (fonte IV CET 2016) la Fondazione ha effettuato il 56% di acquisti attraverso ARCA (36%), CONSIP (3%) e aggregazioni di acquisto (17%). Con riferimento alla definitiva rilevazione (fonte IV CET 2017) la Fondazione ha effettuato il 53% di acquisti centralizzati e aggregati attraverso ARCA (42%), CONSIP (2%) e aggregazioni di acquisto (9%). Rispetto all'anno precedente vi è una lieve diminuzione dovuta al fatto che molte sono state le gare "ponte" di farmaci autorizzate da ARCA, ma svolte in autonomia, in attesa dell'attivazione delle relative Convenzioni: ciò ha sicuramente inciso sulla percentuale delle gare autonome, visto anche il valore significativo di taluni principi attivi su base annua.
Reti di patologia	E' stato effettuato l'AUDIT per la rete delle UO di senologia relativamente all'anno 2017 ed inserito come previsto nel Portale regionale, sezione PRIMO che viene pure regolarmente compilato.
Sistema Trasfusionale Regionale	Vedi Allegato 1 e Allegato 2
Sistema Regionale Trapianti	<p>1) Mantenimento del numero di donatori segnalati l'anno precedente: al 31 dicembre 2017 sono stati segnalati 40 donatori rispetto a 33 del 2016, con un aumento del 23%. Nell'ultimo anno vi è stata la riduzione del 50% delle opposizioni alla donazione rispetto all'anno precedente, con solo 6 opposizioni rispetto a 12 dell'anno precedente.</p> <p>2) Numero dei donatori di cornee superiore al 10% dei decessi in Ospedale: i donatori cornee al 31 dicembre sono stati il 12% del totale dei decessi in Fondazione. Ciò significa la donazione di 244 cornee rispetto a 233 del 2016.</p> <p>3) Numero dei donatori di tessuti ossei da vivente superiore al 10% delle protesi impiantate in elezione: al 31 dicembre le donazioni di epifisi femorali risultano essere il 12% delle artroprotesi effettuate in regime di elezione</p> <p>4) Numero di prelievi multitecso (non in corso di prelievo multiorgano) almeno pari a quelli eseguiti nel 2016 e comunque non inferiori a 3: Sono stati identificati 7 donatori da cadavere multitecso, in 1 caso vi è stata la non idoneità clinica ed in 2 casi si è avuta la opposizione al prelievo da parte della famiglia. Nel 2017, pertanto, i donatori effettivi multitecso sono stati 4.</p> <p>5) Incremento rispetto al 2016 del numero di trapianti da vivente (Tx rene): al 31 dicembre sono stati effettuati 10 trapianti da vivente rispetto a 9 trapianti effettuati nel 2016</p>
Promozione dell'appropriatezza prescrittiva dei medicinali (statine)	Nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero della Fondazione sono attualmente inserite statine a brevetto scaduto (Simvastatina, Pravastatina, Atorvastatina) ed una statina ancora coperta da brevetto sino al 31/12/2017 (Rosuvastatina). E' stata inoltre acquistata Lovastatina sporadicamente per continuità terapeutica (150 cpr/anno). Dall'analisi dei consumi dell'anno 2017, elaborati dal Controllo di Gestione, è stato sommato il numero totale di compresse delle varie statine, utilizzate all'interno della nostra Fondazione (70.568 cpr) ed è risultato che circa l'87.5% di utilizzo è riferibile ai medicinali a brevetto scaduto, rispetto al numero di compresse di statine non a brevetto scaduto (8.820 cpr) utilizzate nello stesso periodo. Il dato riportato all'interno della nostra Fondazione è migliorativo rispetto all'obiettivo atteso, che indica come valore da raggiungere l'82% di utilizzo del farmaco a brevetto scaduto, rispetto al totale del gruppo di farmaci analizzato.
Applicazione contenuti DGR n. 1775/2011 e smi e della DGR n. 3993/2015	<p>1) 94,6%</p> <p>2) piani di governo dei tempi di attesa</p> <p>3) delibera inerente l'istituzione dell'attività effettuata oltre l'orario di servizio</p>
Attività di controllo delle prestazioni sanitarie di ricovero ai sensi delle DGR n. X/2313/2014 e n. X/5954/2016	<p>1) raggiunto con estensione del campione concordanza del 95%</p> <p>2) raggiunto nei tempi con un indice di concordanza del 99%</p>

Rete per l'assistenza alla madre e al neonato	1) Analizzando un campione di 842 parti, registrati in Ormaweb come derivanti da gravidanze considerate fisiologiche, risulta che nel 98% dei casi (829 parti) le donne vengano prese in carico entro la 38° settimana di gravidanza.2) dall'analisi dei parti emerge che più del 90% delle gravidanze fisiologiche (dato sottostimato considerando che la fonte sono le visite anestesiofisiologiche, che in alcuni casi vengono rifiutate dalle pazienti) vengono sottoposte a visita prima del parto (considerando che nella quota esclusa 8% circa, rientrano le urgenze provenienti da altri ospedali, ecc...).
Collaborazioni internazionali in ambito sanitario	<p>DUKE UNIVERSITY (NC - USA) Collaborazione scientifica per lo svolgimento di sperimentazioni cliniche in ambito cardiologico</p> <p>ERASMUS UNIVERSITY MEDICAL CENTER - ROTTERDAM (NL) Collaborazione scientifica per lo svolgimento della sperimentazione clinica dal titolo "A Phase I/II study of Azacitidine (Vidaza®) in pediatric patients with newly diagnosed or relapsed high-grade pediatric MDS or JMML"</p> <p>FISEVI (SP) Collaborazione scientifica per il coordinamento nazionale dello studio osservazionale dal titolo "Prospective observational study to assess the risk factors, clinical management and outcomes of hospitalized patients with serious infections caused by carbapenem-resistant Enterobacteriaceae and Acinetobacter baumannii (EURECA)"</p> <p>SEBIA SA - LISSES Supporto a studio dal titolo "Valutazione dello strumento di quantificazione del piccolo monoclonale urinario basato su CAPILLARYS 2tm Flex Piercing Urine"</p> <p>COMMISSIONE EUROPEA (FP7) Coordinamento progetto dal titolo "Multi-dimensional omics approach to stratification of patients with low back pain (PAIN-OMICS)"</p> <p>MINISTERO DELLA SALUTE Progetto (bando europeo ERARE-2 2013) dal titolo "European Platelet Network for studying physiopathology of two inherited thrombocytopenias, TH2 and MYH9-RD, characterized by genetic alterations of RUNX1-target genes" (EUPLANE)</p> <p>MINISTERO DELLA SALUTE Progetto (bando europeo EURONANOMED-II JTC-2014) dal titolo "The Airspace Dimension Test for improved diagnosis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease" (ADT-COPD)</p> <p>MINISTERO DELLA SALUTE Progetto (bando europeo JPI-EC-AMR JTC 2016) dal titolo "The role of transmission of Klebsiella clones and genes between hospital, community and environmental settings in the emergence of antimicrobial resistance and hypervirulence" (SpARK)</p> <p>MINISTERO DELLA SALUTE Progetto (bando europeo INFECT-ERA 2016) dal titolo "Antibody mediated control of cytomegalovirus at the materno-fetal interface" (CYMAF)</p> <p>MINISTERO DELLA SALUTE Progetto (bando europeo E-RARE 3 2016) dal titolo "Repurposing doxycycline in the treatment of cardiac AL amyloidosis" (ReDox)</p> <p>MINISTERO DELLA SALUTE Progetto (bando Europeo "EURONANOMED III 2017) dal titolo "New approaches to Rare Respiratory Orphan disorders with locally administered nanomedicine"</p> <p>MINISTERO DELLA SALUTE Progetto (bando Europeo ERANET - LAC) dal titolo "Development of new diagnostic and treatment options for helminthic neglected diseases - NDTND"</p>

2. OBIETTIVI DI PERFORMANCES ED ESITI (40 PUNTI)

OBIETTIVI	RAGGIUNGIMENTO
Selezione Indicatori "SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI" NETWORK DELLE REGIONI E INDICATORI PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE)	Obiettivi raggiunti. Critico l'obiettivo sulla proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a tre giorni che risulta 56%, probabilmente per complessità dei pazienti sottoposti alla procedura.

3. OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI (35 PUNTI)

OBIETTIVI	RAGGIUNGIMENTO
Obiettivo Osservatorio Epidemiologico Regionale	Tutti i flussi sanitari obbligatori sono stati inviati nei tempi stabiliti.
Invio flusso consumi dispositivi medici	83%
Invio flusso contratti	A causa della migrazione sulla nuova release delle Oracle Applications non è stato possibile inviare i contratti sino alla fine di aprile 2017. A fine 2017 sono stati inviati circa 250 contratti.
Verifica flussi CO.AN.	I flussi CO.AN. Sono stati inviati tramite apposito portale come da tempistica prevista; Sono stati inviati i flussi preventivo e assestamento nel rispetto delle scadenze stabilite; Le percentuali di quadratura Co.ge-Co.An sono state rispettate come da apposita modulistica fornita da portale.
Invio trigger in sala parto	Si attesta la regolarità dell'inserimento mensile nel Portale di Regione Lombardia - sezione CEDAP- dei Trigger materni e neonatali della Fondazione.
Implementazione raccomandazioni Ministeriali	Si attesta l'avvenuta implementazione in Fondazione di 15 delle 17 raccomandazioni Ministeriali (88,23%); una Raccomandazione risulta in corso di implementazione (N°10 - Prevenzione dell'osteonecrosi da bicarbonati); per quanto riguarda la raccomandazione N°17 (Ricognizione e riconciliazione farmacologica) è in corso un progetto interaziendale con ATS e ASST di Pavia, con l'obiettivo di applicare nell'anno 2018 la raccomandazione all'utenza che accede al prericovero chirurgico, mentre nell'ambito dei ricoveri non programmati l'applicazione risulta di difficoltosa in quanto la Fondazione non dispone della cartella clinica informatizzata.



Completezza, qualità e coerenza dei flussi informativi dell'area del personale	Si conferma il rispetto della scadenza del modello A monitoraggio CET del quarto trimestre 2016 inviato entro il 13.01.2017 e del primo trimestre 2017 entro il 13.04.2017, il secondo trimestre 2017 entro il 17.07.2017, il terzo trimestre 2017 entro il 16.10.2017 ed il quarto trimestre 2017 entro il 13.01.2018. Il monitoraggio trimestrale congiunturale SICO relativo al quarto trimestre 2016 è stato inviato entro il 10.01.2017 e quelli relativi al primo trimestre 2017 entro il 20.04.2017, al secondo trimestre entro il 20.07.2017, al terzo trimestre entro il 20.10.2017 ed il quarto trimestre entro il 20.01.2018. Termine invio Conto annuale 2016: 15.06.2017, mentre il termine di invio del Conto Annuale 2017 è fissato al 30 aprile 2018 Per quanto attiene l'allineamento tra i dati inviati nei diversi flussi: nessuna incongruenza rilevata dagli enti destinatari dei flussi.
STRUTTURE COMPLESSE – Copertura delle strutture Area Medica, Veterinaria e del ruolo sanitario oggetto di autorizzazione regionale nell'anno 2017	1) Copertura entro il 31/12/2017 delle strutture autorizzate entro il 30/06/2017: 100%; Risulta realizzata la copertura di n. 7 UOC delle n.10 autorizzate da RL entro il 30.06.2017: Cardiocirurgia, Dermatologia, Chirurgia Generale Senologica, Neurochirurgia, Radioterapia Oncologica, SIMT, Dietetica e Nutrizione Clinica. La residualità è rappresentata da n. 2 UOC a direzione universitaria (Nefrologia e Pneumologia), per le quali si è tutt'ora in attesa di designazione dal parte dell'Ateneo Pavese, e da n. 1 UOC ospedaliera (Qualità e Risk management -URP) per la copertura della quale, per intervenute esigenze organizzative, si è valutato di non procedere. 2) Copertura entro il 31/03/2018 delle strutture autorizzate dopo il 30/06/2017 ed entro il 30/09/2017: 70%; Alla data del 31.12.2017 risulta interamente realizzata la copertura delle n. 2 UOC autorizzate da RL tra il 30.06.2017 ed il 30.09.2017: Ematologia e Medicina Generale I. Pertanto, per le competenze dirette della UOC Risorse Umane e Politiche del personale in materia di copertura delle UOC Area Medica, Veterinaria e del ruolo sanitario, l'obiettivo è da considerarsi raggiunto al 100%.
Scostamento beni e servizi dichiarato in assestamento rispetto al consuntivo	Lo scostamento della voce beni e servizi sul bilancio d'esercizio rispetto all'assestamento, pari a circa 0,5 milioni, è inferiore all'1%.
Agende trasparenti: Flusso MOSA	Il Flusso MOSA viene regolarmente inviato con cadenza giornaliera per tutte le agende della Fondazione
Aggiornamento sistemi informativi: registrazione arruolamento, pubblicazione PAI	Non essendo installata presso la Fondazione la Piattaforma di Integrazione Regionale si è deciso di dotarsi di un sistema proprio, integrato con i domini centrali secondo le linee guida emanate da LISPA. Il sistema è lo stesso in uso presso l'ASST di Pavia e si è proceduto ad una validazione SISS congiunta. Nel mese di Marzo 2018 verranno effettuati i test di integrazione con CUP e Repository e a inizio Aprile sarà possibile utilizzare il sistema per la generazione dei PAI.
Razionalizzazione della spesa e mantenimento dell'equilibrio di bilancio	1) La spesa per beni e servizi è coerente con il decreto di assegnazione delle risorse 2017; 2) La produzione di ricovero e ambulatoriale a contratto è stata sostanzialmente raggiunta. 3) La produzione fuori regione è calata di circa il 5%; una riduzione si è registrata nel consumo dei dispositivi medici; 4) lo scostamento dei beni e servizi rispetto all'assestamento è contenuto (meno di 0,5 mln/€).
Riconciliazione e verifica delle partite debitorie e creditorie verso la Regione	Sono state riconciliate le partite patrimoniali I/C, raggiungendo l'allineamento delle medesime. Le posizioni non riconciliabili sono commentate in nota integrativa.
Riconciliazione e quadratura delle partite intercompany	Sono state riconciliate le partite patrimoniali ed economiche dell'anno 2017, raggiungendo l'allineamento. I disallineamenti di modico valore sono commentati in nota integrativa.

Anticipazione di Tesoreria	Abbiamo azzerato l'utilizzo dell'anticipazione di cassa da agosto 2017 dopo un incontro in Regione e il ricevimento delle necessarie rimesse di cassa.
Tempi di pagamento beni e servizi (ITP)	L'indicatore è positivo in quanto sconta il peggioramento registrato nella seconda parte dell'anno avvenuto a seguito della migrazione Oracle (evento "eccezionale"). Si registra un trend di consistente miglioramento.
Realizzazione di un progetto di adozione e incremento prescrittivo di farmaci biosimilari per i principi attivi infliximab e etanercept	<p>1) Il principio attivo Infliximab è utilizzato presso la nostra Fondazione nella pratica clinica abituale, per le indicazioni registrate da AIFA, in Reumatologia, Gastroenterologia e Dermatologia. Il farmaco brand è il Remicade®. Si evidenzia dal confronto 2017 versus 2016 un aumento totale di pazienti in trattamento con il farmaco Infliximab (101 versus 94), in particolare con un Delta positivo per i pazienti trattati con il farmaco biosimilare (+26). Inoltre si evidenzia un costo medio a paziente, che comunque è variabile in base alle indicazioni terapeutiche, inferiore per un valore maggiore del 25%, rispetto alla terapia con il farmaco originator.</p> <p>2) Relativamente al principio attivo Etanercept, specialità medicinale Enbrel®, presso la nostra Fondazione è utilizzato nel rispetto delle indicazioni terapeutiche dettate da AIFA.</p> <p>Nel secondo semestre 2017 abbiamo introdotto in terapia il relativo biosimilare, Benepali®, inserito nella convenzione ARCA 2016_ 84.2, recepita con DG 448/17 del 21/6/2017.</p> <p>Ulteriori valutazioni saranno possibili quando l'utilizzo del farmaco biosimilare sarà a regime nella pratica clinica.</p> <p>In conclusione il dato del primo semestre che indicava un incremento nell'utilizzo dei farmaci biosimilari, si è consolidato nel secondo semestre 2017 presso la nostra Fondazione.</p>
AMBIENTI DI LAVORO Segnalazione telematica di mesoteliomi, tumori nasosinusal, tumori della vescica e del polmone	<p>La DMP ha comunicato ai reparti competenti la disponibilità, nell'ambito del Sistema Informativo Regionale, della nuova versione del Sistema Person@ che permette l'invio informatizzato, attraverso il portale SISS, delle segnalazioni di sospetta malattia professionale.</p> <p>Tutti i medici ospedalieri, compresi i medici afferenti ai Servizi di Anatomia Patologica, sono stati invitati ad effettuare le segnalazioni attraverso la nuova modalità nei seguenti casi di sospetta malattia professionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesoteliomi • Tumori Naso Sinusali (TUNS) • Tumori Polmonari • Tumori Vescicali <p>Sono state contestualmente inviate le istruzioni per l'accesso al servizio e per l'invio della segnalazione.</p> <p>Rimane da definire le modalità di verifica del numero di segnalazioni</p>

4. OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR (PESO 25 PUNTI)

OBIETTIVI	RAGGIUNGIMENTO
VACCINAZIONI: inserimento in GEV delle vaccinazioni per vaccinazioni antinfluenzali (stagione 2017/18) e categorie a rischio in coerenza con quanto definito nella DGR 3993 del 04/08/2015	Tutte le vaccinazioni anti-influenzali sono state inserite in GEV. Si veda documento di resoconto della stagione 2016-2017 (Allegato 8)
Presenza in carico del paziente cronico	<p>1) Entro i termini del bando emesso da ATS Pavia, è stata presentata candidatura ad Ente Gestore</p> <p>2) Sono stati stipulati preaccordi con altri Enti candidati a gestori nonché con associazioni di medici per l'erogazione di prestazioni.</p> <p>3) Per quanto riguarda il sistema informativo a supporto della presa in carico dei pazienti cronici la Fondazione, non avendo a disposizione la Piattaforma di Integrazione Regionale, ha deciso di valutare l'esito della gara espletata dalla ASST di Pavia per sistema analogo. Le risultanze hanno condotto a indentificare una soluzione che, sottoposta alla valutazione di DMP, SITRA e SIA, si è rilevata idonea a rispondere alle esigenze clinico-organizzative che la presa in carico comporta. Inoltre tale sistema risulta già integrabile e integrato con il nuovo sistema CUP con grandi benefici in termini sia di funzionalità sia di tempi di implementazione. Infine, il fatto di avere un unico sistema in comune a livello territoriale consentirà una più efficace interoperabilità nonché la realizzazione di importanti sinergie come per esempio la possibilità di dotarsi di un Centro Servizi unico che utilizzi la stessa piattaforma applicativa. Attualmente il sistema è In fase di installazione e test: probabile data di attivazione operativa 30/04/2018</p>

Considerato quanto sopra riportato e calcolato il punteggio relativo ad ogni obiettivo, il punteggio complessivo conseguito risulta essere il seguente:

tipo obiettivo	Descrizione	TOTALE PUNTEGGIO CONSEGUITO	SU	totale disponibile	totale punteggio %
OBIETTIVI CDA (5 indicatori)	OBIETTIVI CDA	100	100	60%	60,00
Istituzionali (18 indicatori)	OBIETTIVI LEGATI ALLE ATTIVITA' ISTITUZIONALI (100 PUNTI). Il raggiungimento del 70% permette di accedere alla valutazione della fase successiva	93,66	100		
Performance (30 indicatori)	OBIETTIVI DI PERFORMANCES ED ESITI (40 PUNTI)	38,67	40	16%	15,47
Aziendali (18 indicatori)	OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI (PESO 35 PUNTI)	31,00	35	14%	12,40
Evoluzione SSR (2 indicatori)	OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR (PESO 25 PUNTI)	25,00	25	10%	10,00
Totale punteggio				100%	97,87





Dott. G. Calogero,
Responsabile
Struttura Economico-
Finanziaria

Equilibrio economico finanziario

Il bilancio d'esercizio 2017 espone un risultato gestionale in pareggio; nel rispetto dell'equilibrio economico, complessivamente i ricavi aumentano per €11,1 milioni.

Importi in €/000	Anno 2016	Anno 2017
DRG	170.791	162.918
Funzioni non tariffate	23.531	23.521
Ambulatoriale	50.067	50.426
Screening	272	428
Entrate proprie	24.751	23.072
Libera professione (art. 55 CCNL)	9.539	7.798
File F	45.010	51.805
Utilizzi contributi esercizi precedenti	7.793	6.659
Altri contributi da Regione	25.365	38.686
Altri contributi	26.665	34.804
Proventi finanziari e straordinari	6.898	2.293
Prestazioni sanitarie	9.999	9.379
Totale Ricavi	400.681	411.789
Personale	153.394	155.054
IRAP personale dipendente	10.244	10.398
Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	7.088	5.871
Beni e Servizi	182.239	191.008
Ammortamenti (non sterilizzati)	8.941	7.835
Altri costi	13.684	12.926
Accantonamenti dell'esercizio	15.819	26.035
Oneri finanziari e straordinari	7.848	2.662
Totale Costi	399.257	411.789

I dati di produzione per l'attività di ricovero, pari a €162.918 migliaia, registrano una diminuzione di €7.873 migliaia rispetto al 2016, riconducibile esclusivamente ad una rimodulazione del riconoscimento delle maggiorazioni tariffarie ai sensi della L. 7/2001. Fatto salvo tale effetto, il valore dei DRG dell'anno è sostanzialmente coerente con il 2016. Nell'ambito dei ricoveri, l'apporto economico emergente dall'attivazione della Stroke Unit, avvenuta a giugno, è stato parzialmente compensato da una diminuzione



generalizzata delle altre specialità. L'attivazione della Stroke Unit, avvenuta a seguito del riordino della rete Stroke nella Provincia di Pavia (cfr. decreto nr. 225/DG del 22.12.2016 dell'ATS Pavia), è avvenuta attraverso la stipula di un atto convenzionale con l'IRCCS Mondino che prevede la fornitura delle competenze neurologiche previste dall'accreditamento della Stroke Unit di II livello, utilizzando il personale del Mondino (sia medico che sanitario non medico).

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale e screening, pari a €50.854 migliaia nel 2017, registrano un leggero incremento pari a €515 migliaia. Considerando sia i DRG che le prestazioni ambulatoriali, la Fondazione conferma la propria capacità nell'erogazione dei servizi sanitari, raggiungendo sostanzialmente la soglia definita nel contratto 2017 concordato con l'ATS di Pavia.

Il contributo regionale per funzioni non tariffate dell'anno 2017 è in linea rispetto all'anno 2016.

Le entrate proprie, pari a €23.072 migliaia, subiscono una riduzione rispetto al 2016 di €1.679 migliaia, riconducibile prevalentemente alla cessione di sangue ed emocomponenti per €796 migliaia ed alla riduzione delle prestazioni sanitarie di €883 migliaia, legata prevalentemente al calo delle richieste di prestazioni di laboratorio provenienti da aziende pubbliche e private.

I ricavi per l'attività di libera professione, pari a €7.798 migliaia nel 2017, evidenziano complessivamente una contrazione del 18% rispetto all'anno precedente. Nello specifico, si evidenzia una diminuzione più contenuta per l'ambulatorio (-5%) e più marcata dell'attività di ricovero (-30%). In particolare, l'attività di ricovero in LP si attesta di fatto al livello dell'anno 2015. L'attività di consulenza, svolta fuori orario di servizio in regime di convenzione presso altre Aziende, subisce una riduzione di circa €663 migliaia. Nel suo complesso, il bilancio della libera professione espone una situazione di equilibrio, dopo aver considerato le spettanze per il personale sanitario che ha effettuato le prestazioni, gli accantonamenti di legge ed i costi diretti e generali.

La voce File F ammonta ad €51.805 migliaia e subisce un aumento di €6.795 migliaia rispetto al 2016. L'incremento di spesa è riconducibile per circa €5,3 milioni ai farmaci oncologici (soprattutto per farmaci innovativi tumorali, tra cui i farmaci Opdivo e Keytruda), di cui la Fondazione è punto di riferimento per la distribuzione nella



provincia di Pavia, e per circa €1,5 milioni all'aumento dei pazienti eleggibili ad un trattamento antivirale con farmaci innovativi per la cura dell'epatite C (farmaci anti HCV).

La voce "Utilizzi contributi esercizi precedenti", utilizzata per permettere la correlazione del ricavo nel momento in cui si rileva il costo per competenza economica, ammonta a €6.659 migliaia, garantendo la necessaria correlazione con i costi afferenti.

Tra gli incrementi delle componenti positive di reddito si segnala, inoltre, un aumento dei contributi regionali di €13.321 migliaia e dei contributi assegnati da soggetti pubblici e privati di €8.139 migliaia, legati in prevalenza allo svolgimento di progetti di ricerca finalizzata e all'attività di sperimentazioni farmaci.

La voce "Prestazioni sanitarie", pari a €9.379 migliaia, risulta riduzione per €620 migliaia a fronte dei risparmi di spesa nell'acquisto di farmaci in doppio canale.

In merito ai costi del personale, l'andamento delle voci "Personale e Irap" risulta in riduzione rispetto al BPE ma in aumento rispetto al 2016, in coerenza con l'espletamento delle procedure per il reclutamento del personale, necessario per garantire i livelli assistenziali.

La voce "beni e servizi", pari a €191.008 migliaia, subisce un incremento per €8.769 migliaia rispetto al 2016, riconducibile principalmente alla spesa per farmaci File per €6,7 milioni, ai costi per servizi sanitari derivanti dall'attivazione della Stroke Unit per €0,9 milioni e ai costi per energia elettrica per €1,1 milioni.

La voce "Altri costi", pari a €12.926 migliaia, espone una diminuzione di spesa di €758 migliaia riconducibile al risparmio nella voce delle indennità a personale universitario di €452 migliaia, principalmente legato alla tempistica di reclutamento di personale convenzionato universitario e alla riduzione degli oneri diversi di gestione.

L'aumento della voce "Accantonamenti dell'esercizio" (€10.216 migliaia) è riconducibile in prevalenza alle quote di contributo non spese nell'esercizio.

Gli oneri finanziari e straordinari, pari ad €2.662 migliaia, includono prevalentemente gli interessi passivi su mutui per €2.205 migliaia, gli interessi passivi di tesoreria per €71 migliaia e sopravvenienze passive per €386 migliaia.



La gestione finanziaria

La gestione finanziaria dell'anno 2017 è caratterizzata da un aumento della liquidità di €5,7 milioni, dopo aver rimborsato mutui passivi per €4,5 milioni ed aver effettuato investimenti per €12,8 milioni.

I dati di sintesi dell'indice di tempestività dei pagamenti, pubblicato nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale della Fondazione, vengono indicati di seguito.

Indicatore - ITP	
Anno 2014	27,26
Anno 2015	17,65
Anno 2016	8,18
I Trimestre 2017	-5,16
II Trimestre 2017	12,82
III Trimestre 2017	32,01
IV Trimestre 2017	15,62
Anno 2017	14,48

Il primo trimestre 2017 è caratterizzato da un andamento favorevole dell'indicatore, registrando il valore più basso rispetto alle rilevazioni precedenti. Nei successivi mesi dell'anno, l'andamento sfavorevole dell'ITP è pesantemente influenzato dal fermo delle attività amministrative, a seguito della migrazione alla release 12 di Oracle Applications avvenuta con successo nel mese di marzo 2017. Tale circostanza ha comportato un evidente peggioramento dei tempi di pagamento nel secondo e terzo trimestre 2017. L'indicatore del IV trimestre, sebbene sia positivo (15,62 giorni), risulta in sensibile riduzione, dimezzando il dato rilevato nel III trimestre.





Dott. G. Monza,
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.

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

La Fondazione, sede di DEA-EAS di II livello, registra accessi sia per ricoveri programmati che per ricoveri urgenti da Pronto Soccorso.

La produzione ha superato nel 2017 il budget per cittadini regionali oggetto del contratto stipulato con l'ATS per una quota di produzione pari allo 0,7%.

L'attività a favore di pazienti extra regione e stranieri rappresenta circa il 17% dell'attività complessiva.

Attività di ricovero

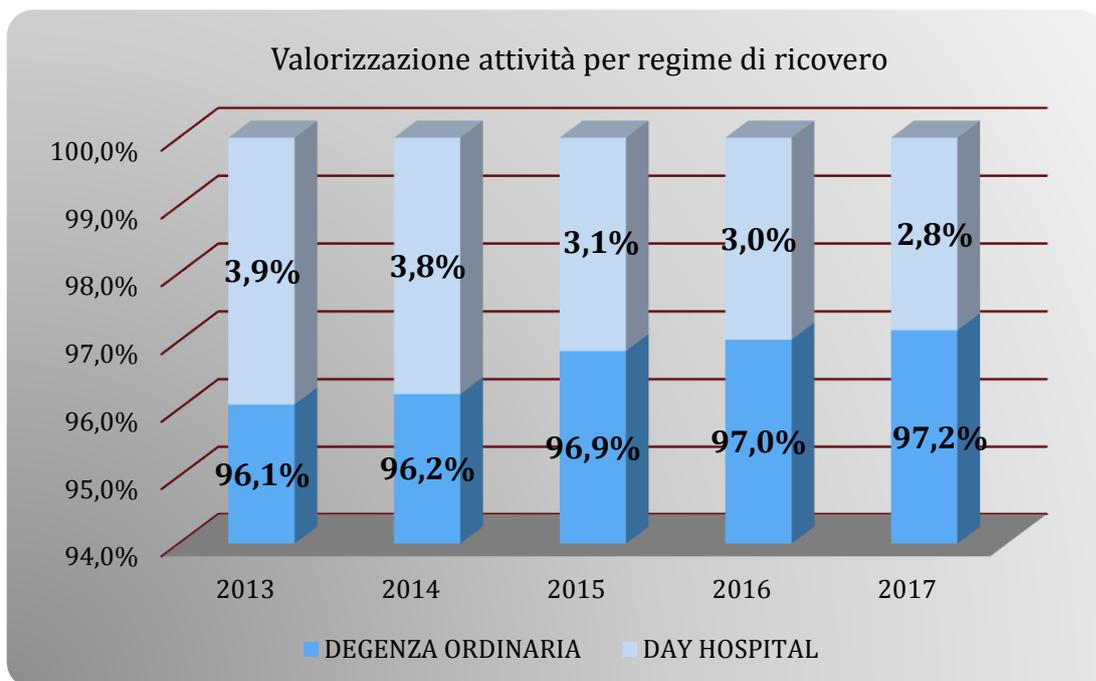


I ricavi dell'attività di degenza sono aumentati nel 2017 rispetto all'anno precedente e l'incremento è da attribuire all'attività erogata in regime di ricovero ordinario (+1,1%).



I ricavi prodotti dall'attività di ricovero in regime diurno sono invece diminuiti del 3,7%.

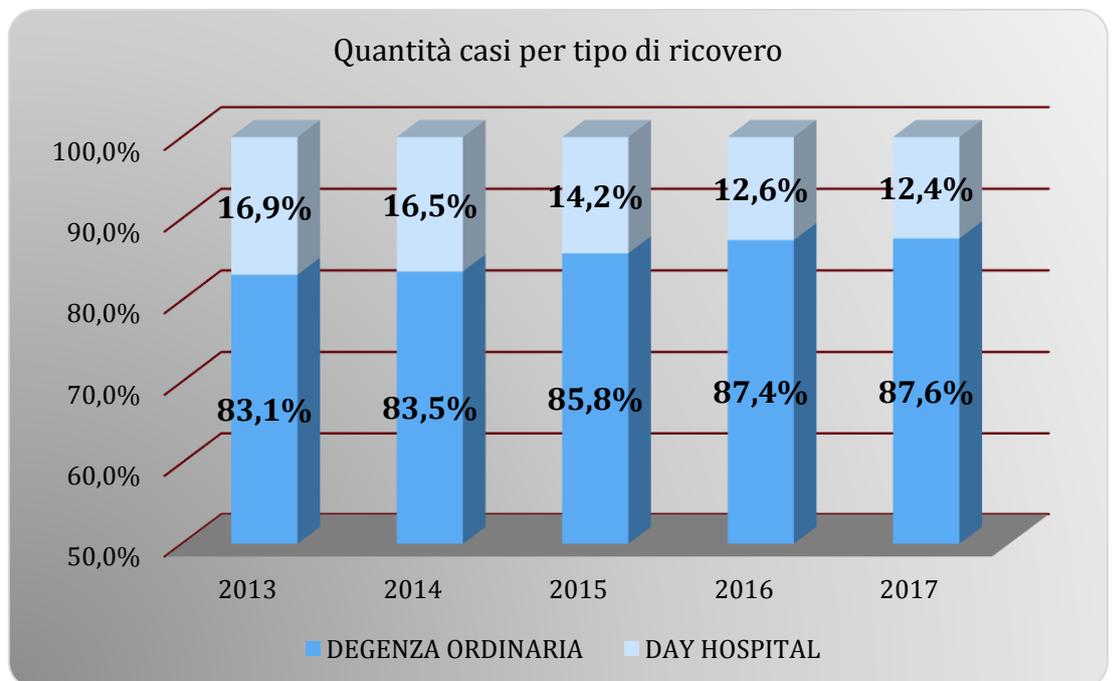
Dal grafico seguente si vede come la valorizzazione dell'attività in regime di Day Hospital abbia risentito negli anni di un progressivo calo:



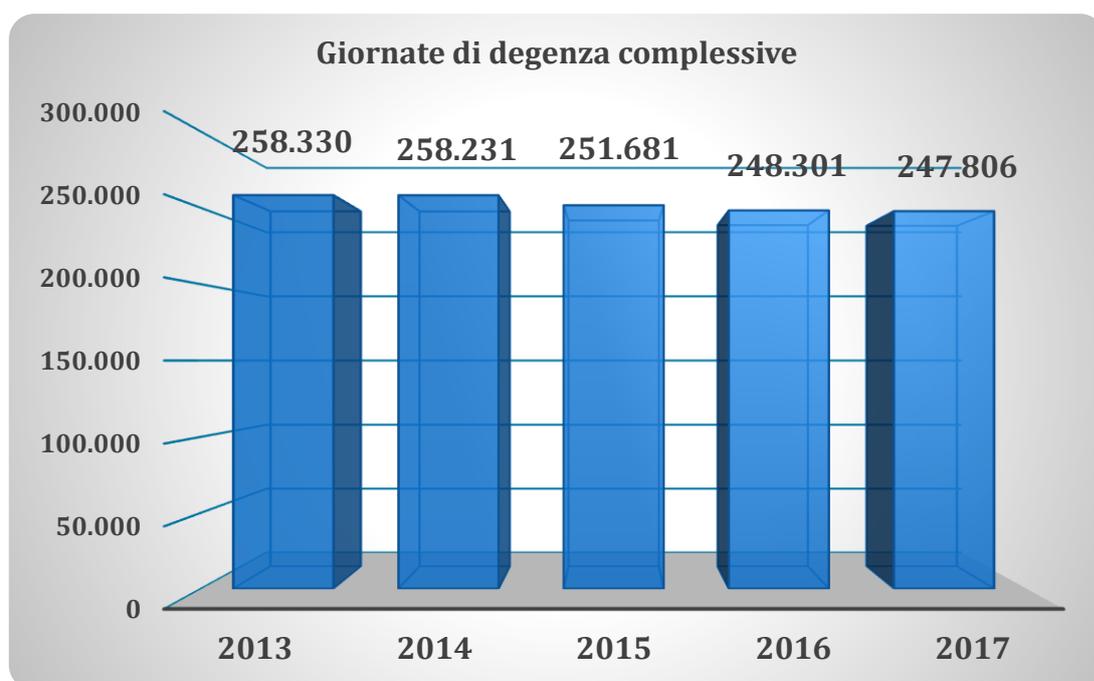
Nel 2011 infatti Regione Lombardia ha adottato alcune misure finalizzate alla razionalizzazione dei posti letto di ricovero passando attraverso la conversione di posti letto di ricovero di Day hospital in posti letto tecnici ambulatoriali. Infatti, alcune prestazioni che fino a quel momento venivano erogate in regime di Day Hospital sono state trasformate in prestazioni ambulatoriali: si tratta di "Macroattività Ambulatoriale ad Alta Complessità ed Integrazione" e di prestazioni a "Bassa Intensità Chirurgica". Nel 2017, per il terzo anno consecutivo, il numero dei ricoveri in regime ordinario e di Day hospital si attesta intorno ai 37.000 casi, dopo la progressiva flessione registrata a partire dal 2012.



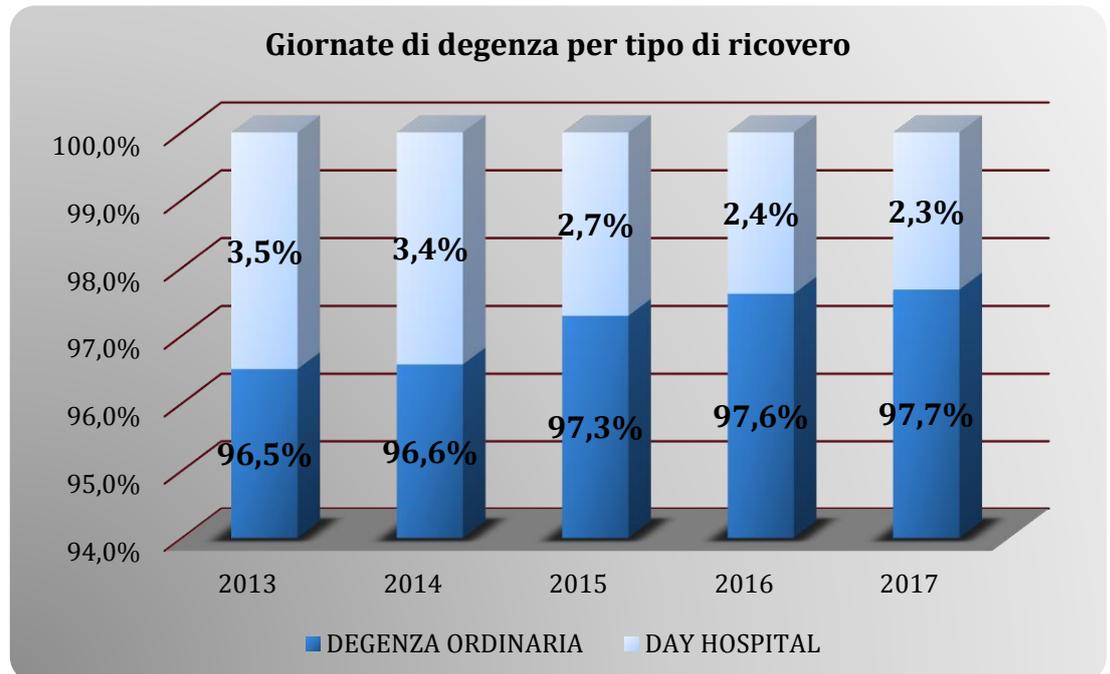
Dal grafico seguente si vede come negli anni sia cambiata la composizione dei casi di ricovero: per effetto della normativa citata, è progressivamente aumentato il peso dei ricoveri in regime ordinario e diminuito il peso dei ricoveri in regime diurno.



Parallelamente, 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 costante per diminuire ancora e stabilizzarsi a partire dal 2015 per effetto dell'ottimizzazione dei percorsi di cura.



A conferma di quanto scritto, anche il numero di giornate di degenza in Day Hospital ha subito negli ultimi anni una progressiva contrazione:

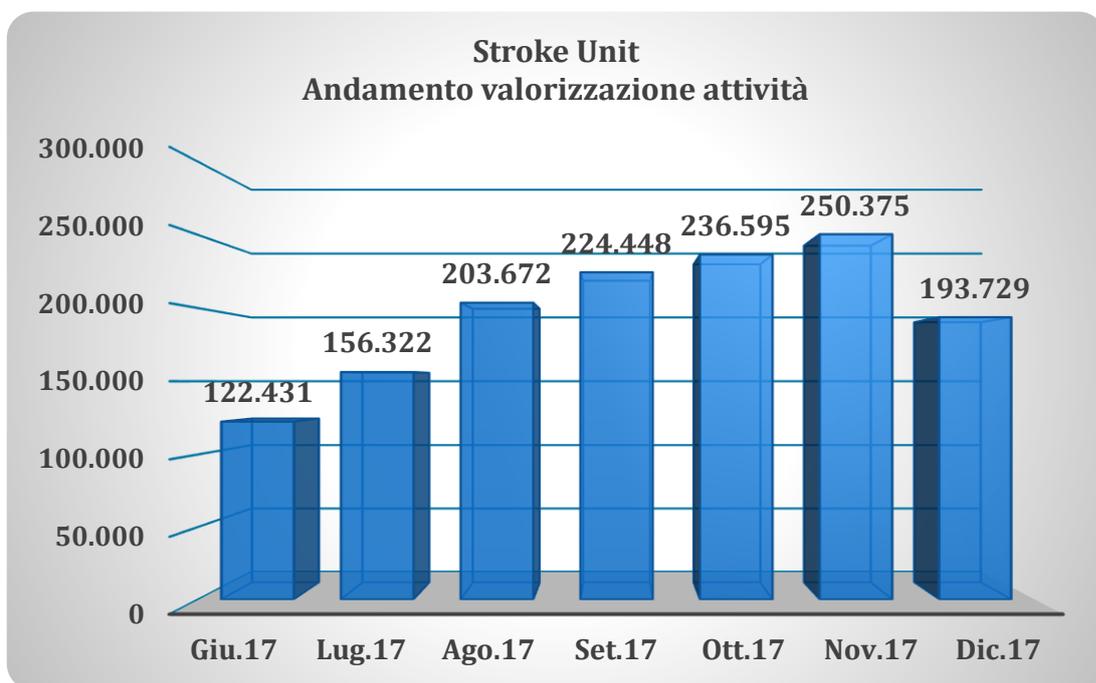
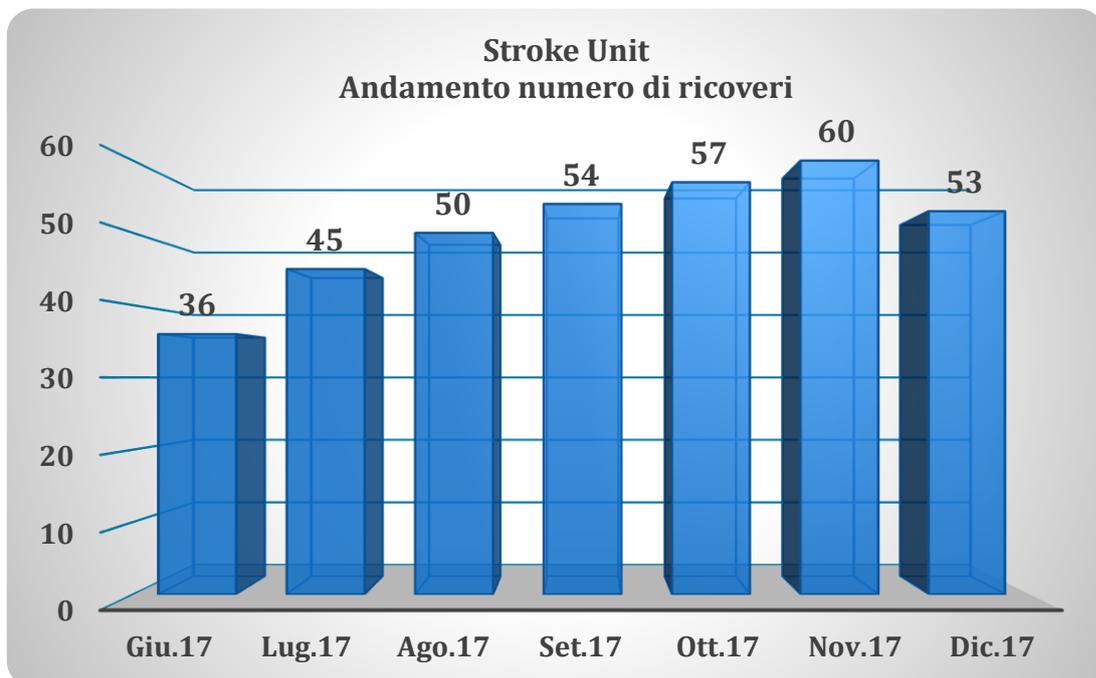


Stroke Unit

Nel corso del 2017 è stata avviata l'attività dell'unità semplice dipartimentale di "Stroke unit di II Livello", afferente al Dipartimento di Medicina Intensiva, frutto della collaborazione tra Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo (per la cura dei Pazienti affetti da tali patologie in fase acuta) e 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). Il nuovo reparto conta 12 posti letto, a conduzione Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo.

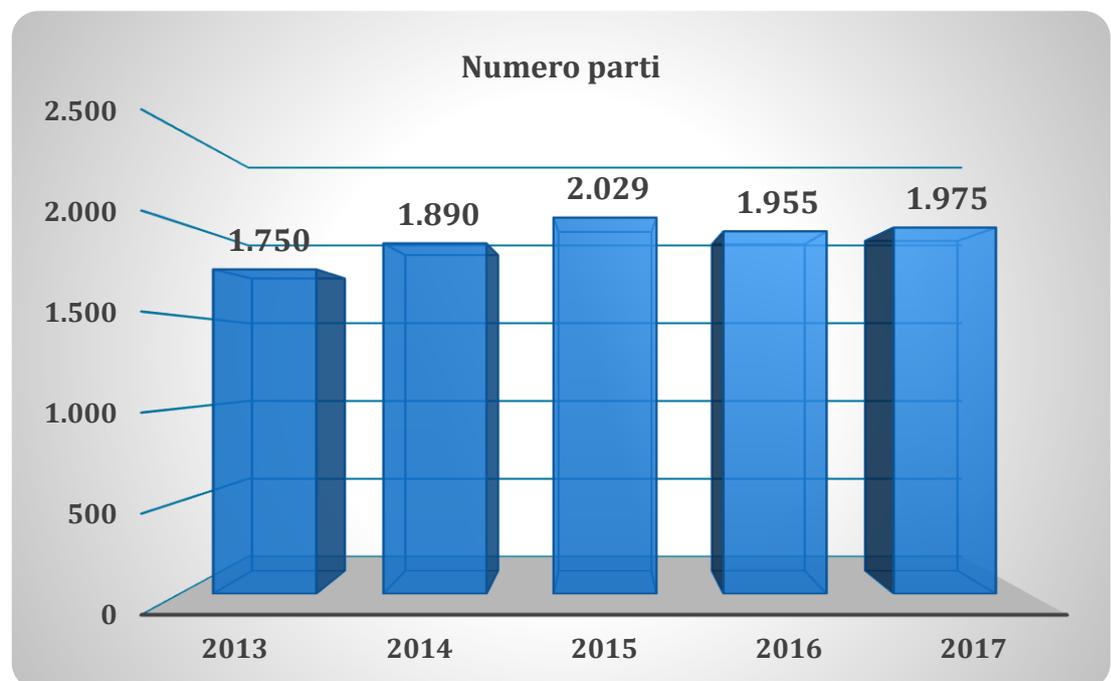
Considerando l'assoluta novità del modello organizzativo, i risultati del primo anno di attività sono stati più che soddisfacenti: 355 ricoveri con un trend in crescita per una valorizzazione complessiva di 1.390.000€.





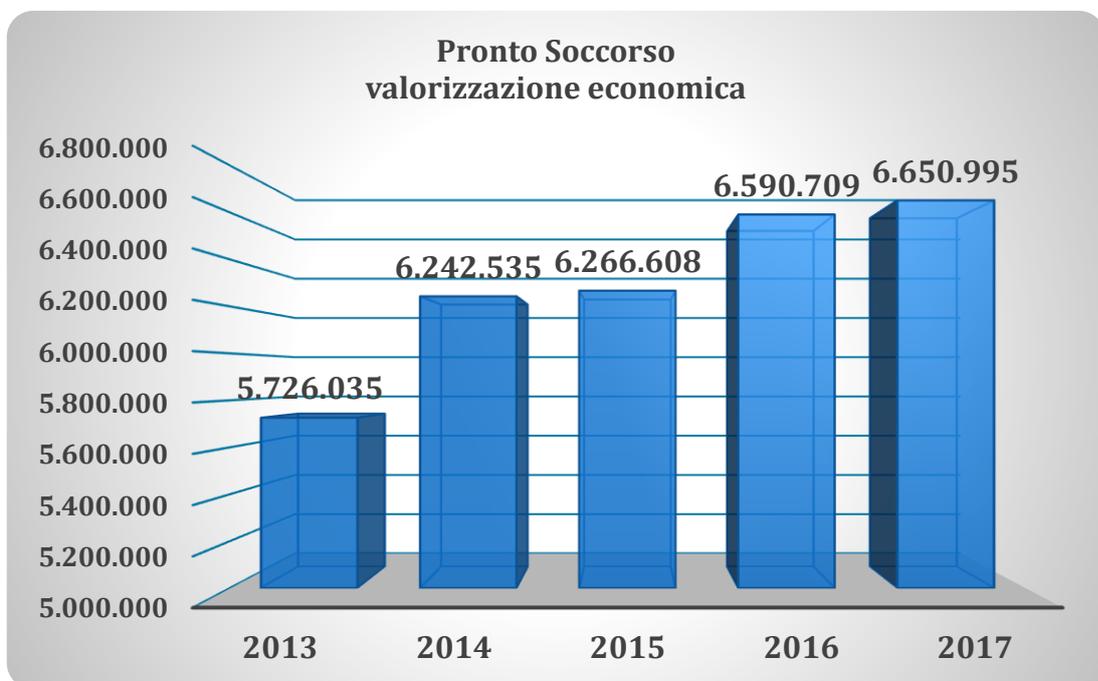
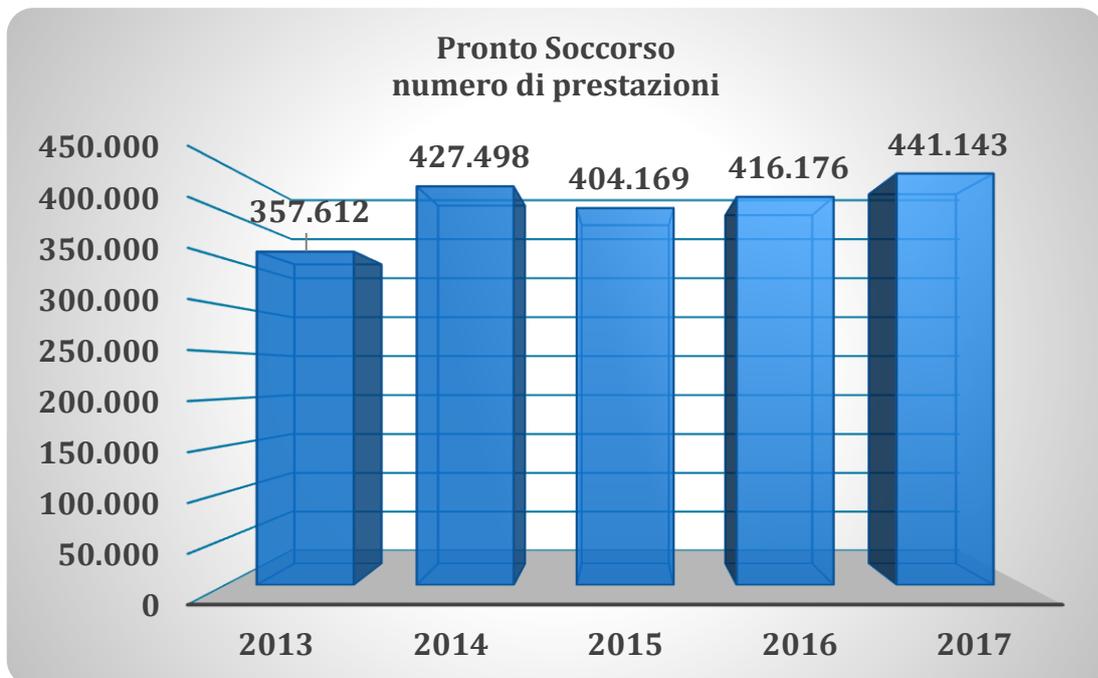
Un altro capitolo dell'attività di ricovero riguarda i parti. La nostra struttura fornisce assistenza per gravidanze e parti a rischio elevato, nonché per neonati patologici bisognosi di Terapia Intensiva, garantendo competenze di alta specialità e tecnologie all'avanguardia H24.

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. La chiusura di ulteriori punti nascita nel 2016 ha prodotto un effetto positivo sul numero di parti presso la Fondazione nel 2017 (+20 casi).



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 6% nella quantità di prestazioni e un aumento del 1% nel valore:

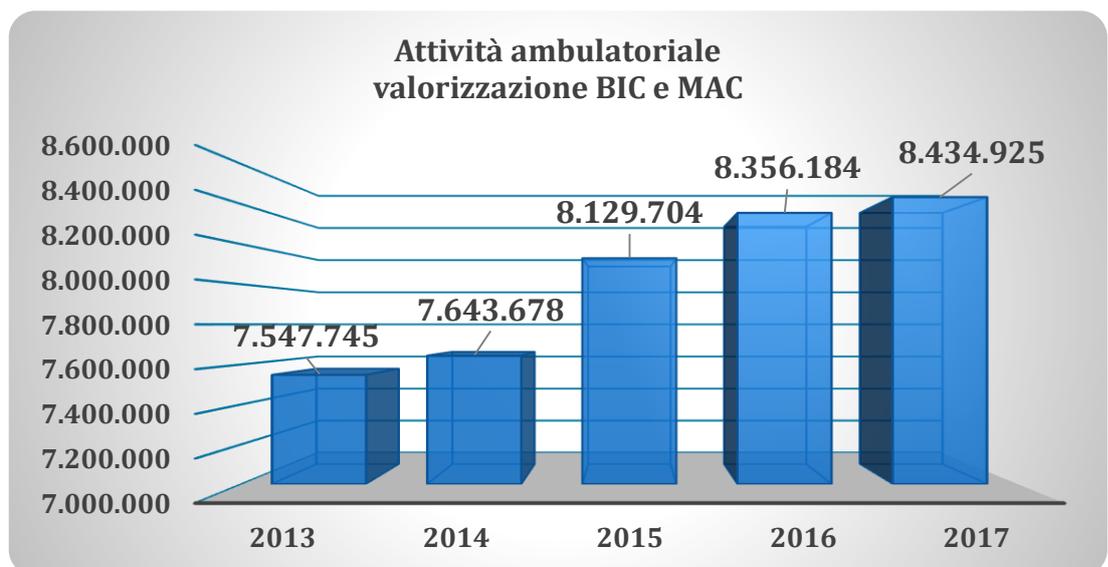


*Attività
ambulatoriale*

Nel 2017 si registra un aumento dell'1% nella valorizzazione complessiva dell'attività ambulatoriale:

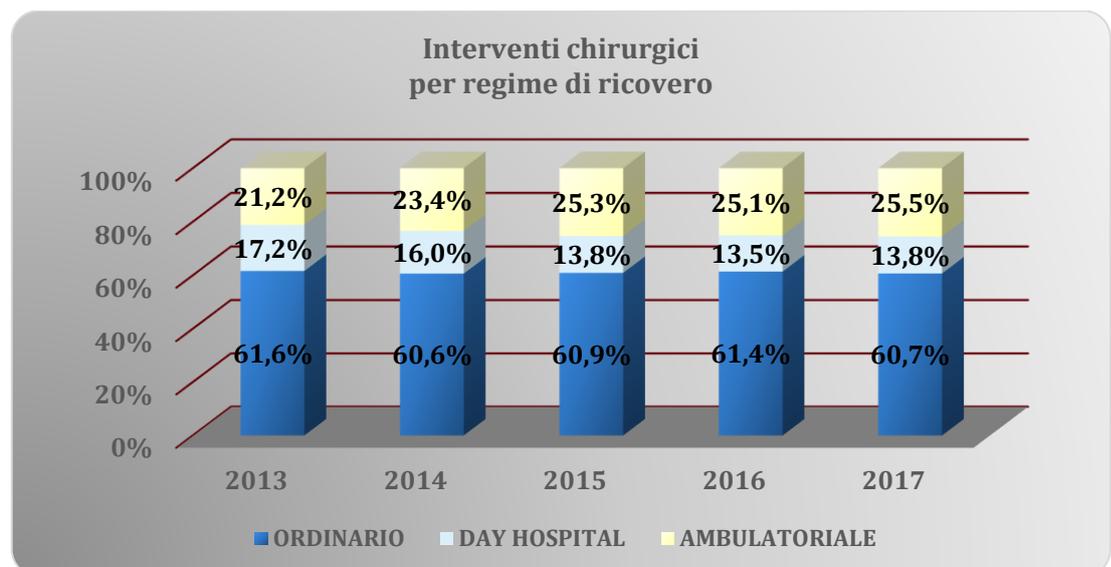
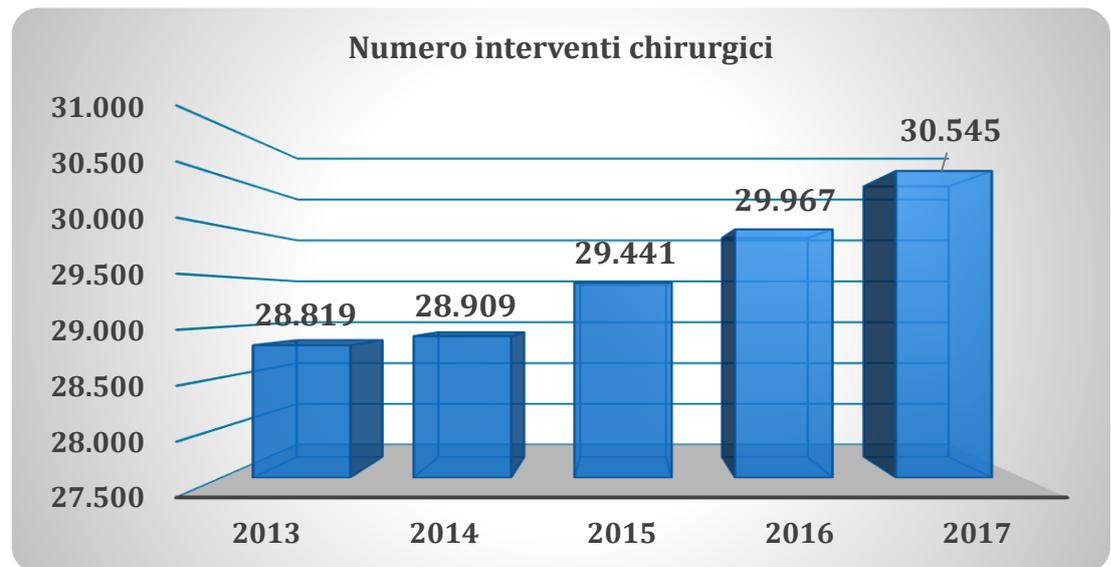


Nell'ambito dell'attività ambulatoriale si rileva il progressivo aumento nel valore delle prestazioni di Macroattività ambulatoriale complessa (MAC) e di Chirurgia ambulatoriale a bassa complessità assistenziale (BIC) che derivano dalla conversione in prestazioni ambulatoriali delle corrispondenti attività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



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

Nel periodo 2013-2017 si osserva che l'incidenza degli interventi eseguiti in regime di Day Hospital ha subito una progressiva contrazione (dal 17,2% nel 2013 al 13,8% nel 2017) a favore degli interventi eseguiti in regime ambulatoriale che nel 2013 rappresentavano il 21,2% del totale degli interventi per arrivare al 25,5% nel 2017. La percentuale degli interventi in regime ordinario si è mantenuta costante nel corso degli anni (dal 62% al 61%).



*Obiettivi di
miglioramento
dell'offerta sanitaria*

Nel corso del 2017 sono stati pianificati, perseguiti e raggiunti i seguenti obiettivi di miglioramento dell'offerta sanitaria:

1. Appropriatelyzza delle prestazioni: Prosegue il processo di riorganizzazione dei percorsi clinico assistenziali centrati sul paziente che in ogni momento del proprio iter deve essere gestito nel contesto più appropriato.

Tra la fine dell'anno 2016 ed il 2017 sono stati portati a termine i seguenti interventi di miglioramento dei setting assistenziali:

- **Riaccredimento delle cure palliative:** a seguito dell'adozione della Deliberazione della Giunta della Regione Lombardia n. X/5918 del 28/11/2016 recante "Disposizioni in merito all'evoluzione del modello organizzativo della rete delle Cure Palliative in Lombardia: integrazione dei modelli organizzativi sanitario e sociosanitario" è stato necessario riaccreditare la struttura di Cure Palliative ubicata nella sede di Belgioioso.

A tal fine, DMP e SITRA hanno provveduto a verificare ed adeguare i requisiti strutturali ed organizzativi richiesti dalla modifica della Normativa Regionale, programmando la reintegrazione dell'organico e l'implementazione delle procedure, in vista del passaggio ad una gestione infermieristica con la presenza del Medico durante la fascia oraria diurna e reperibilità in quella notturna. In tale contesto saranno anche previsti limitati interventi di adeguamento strutturale.

- **Trasferimento delle cure subacute:** in ottemperanza alla nota prot. 22/17 del Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco di Pavia, che ha segnalato la mancanza di alcuni criteri generali di sicurezza antincendio e la necessità di lavori urgenti per la messa in sicurezza dell'attività, la DMP e l'U.O.C. Tecnico - Patrimoniale hanno evidenziato la necessità di effettuare ulteriori lavori rispetto a quanto precedentemente preventivato, che richiederanno lo stanziamento di fondi *ad hoc* e tempo per l'esecuzione.

Pertanto, al fine di garantire la sicurezza dei dipendenti e dei pazienti ricoverati, si è deciso di trasferire i letti di degenza della Struttura Cure Subacute dalla sede di Belgioioso alla Clinica Intramoenia della Sede Centrale con decorrenza 01/08/17.



Contestualmente si è rivista l'organizzazione della struttura, prevedendo una gestione di tipo infermieristico con la presenza del Medico durante la fascia oraria diurna e la reperibilità in quella notturna.

- **Attivazione di n. 4 letti monitorati presso la U.O. di Pneumologia:** la U.O. Pneumologia dispone di n. 45 posti letto. E' la più grande in Lombardia, dove peraltro i DRG erogati in regime di ricovero per acuti sono secondi solo a quelli cardiologici.

La peculiarità della struttura è la necessità di rispondere alle richieste assistenziali sempre più complesse relative a:

- Pazienti in insufficienza respiratoria acuta e cronica riacutizzata provenienti dal PS in condizioni di instabilità clinica e respiratoria o dalle Rianimazioni ancora in gravi condizioni per il completamento del recupero funzionale. Tali pazienti necessitano di supporto respiratorio (ossigenoterapia ad alti flussi, CPAP, ventilazione meccanica non invasiva), di monitoraggio continuo dei parametri vitali e di frequenti interventi in urgenza per insufficienza respiratoria acuta;
- Pazienti dell'area trapiantologica che necessitano di cure di media intensità sia nella fase pre-trapianto, in condizioni respiratorie end stage, prima del ricorso alla circolazione extracorporea, che nell'immediato post trapianto. La criticità maggiore è rappresentata dalla discrepanza tra regime a bassa intensità assistenziale (120min) di tutti i letti della U.O. e tipologia in costante aumento di pazienti con richiesta assistenziale maggiore.

Il progetto mira a creare all'interno della SC Pneumologia un'area monitorata di n.4 letti a media intensità di cura per risolvere tali criticità.

2. Risonanza Magnetica presso la radiologia pediatrica: è stata acquisita e collocata previ lavori di adattamento strutturale la nuova RM presso il Padiglione pediatrico, attivata a novembre 2017. Tale acquisizione ha permesso di migliorare i tempi attesa e la produttività sia a favore dei pazienti in età pediatrica che dei pazienti ricoverati al DEA che 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; si è quindi monitorato costantemente l'utilizzo delle stesse e la tempistica di inizio/cambio con un recupero di circa 200 interventi. Dal 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:

- Ottimizzazione dei tempi di preparazione operatoria al fine di consentire l'incisione chirurgica entro le ore 8:30 in tutte le sale operatorie.
- Cambiamento comportamentale professionale e aderenza alla nuova procedura aziendale relativa alle raccomandazioni per la sicurezza del paziente in particolare per quanto attiene alle norme igienico sanitarie
- Inoltre sono state introdotte di sedute operatorie aggiuntive incentivate negli ultimi 2 mesi dell'anno 2016, dal mese di Aprile 2017 al fine del contenimento delle liste di attesa.
- Attivazione presso il BO DEA di Recovery Room nella fascia oraria 10:00-20:00.

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 il 2018. 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: nel 2016 è stato predisposto e consegnato il progetto per la realizzazione di una nuova centrale unica di sterilizzazione presso il piano -1 del DEA. Nel 2017 sono terminati i lavori di cantiere ed avviato l'iter per l'accreditamento della nuova centrale unica.

Inoltre è stata rivista tutta la dotazione dei lava endoscopi con relativo progetto di riorganizzazione ed è stata condotta la gara ARCA aggregata di acquisizione (la Fondazione è stata capofila a livello regionale). Nel capitolato sono stati inseriti tutti i reparti che processavano "in manuale" gli endoscopi. L'aggiudicazione avverrà nel 2018 e le nuove modalità garantiranno l'alta disinfezione/sterilizzazione con strumentazione meccanica superando il lavaggio manuale in tutti i reparti.

6. Attività di indirizzo e controllo: Per quanto riguarda la rendicontazione della produzione e il controllo di appropriatezza, secondo i canoni di accreditamento, è avvenuta la fusione della ex UOC Flussi e Monitoraggio strategico con la DMP, è ancora in corso la riorganizzazione interna con l'assegnazione di 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: 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. Nel 2017 a seguito dell'autorizzazione e conseguente assegnazione della U.O. di Chirurgia Generale 3- Senologica e dei tessuti molli e soprattutto al fine di migliorare ulteriormente il percorso chirurgico delle pazienti si è programmata la riorganizzazione dell'attività chirurgica e di degenza presso il nuovo padiglione DEA, nell'ambito del



Dipartimento di Scienze Chirurgiche con l'attivazione di una nuova sala operatoria nel Blocco Multidisciplinare del DEA.

Il progetto "Breast Unit" è parte integrante dell'ampio progetto di sviluppo dedicato all'Oncologia nel PSM che comprende tre componenti principali:

- La "Rete Tumori San Matteo" che includerà anche le attività della Breast Unit
- La partecipazione alle attività di ricerca preclinica dell'istituendo Cancer Research Centre di Pavia. Questo è un progetto trasversale del PSM e dell'Università di Pavia, CNAO e CNR il cui obiettivo è di coordinare e sviluppare ricerche originali nel campo della biologia dei tumori, nuove metodiche diagnostiche e nuove terapie basate su particelle nucleari (protoni e ioni carbonio), piccole molecole e anticorpi.
- Sinergie con il modello organizzativo a rete di patologia oncologica ed il territorio, incluso il Dipartimento Interaziendale Provinciale Oncologico.

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, è stata 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.

Tra giugno 2017 e novembre 2017 l'attività è cresciuta progressivamente: il numero dei casi trattati è passato da 36 a 60 (+67%) e la valorizzazione da 122.000€ circa a 250.000€ circa. (+105%). La degenza media è stata di 6,33 giorni nel pieno rispetto delle attese.

9. Prevenzione e controllo del rischio infettivo (CIO): in tema di controllo delle ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza) proseguono alcune attività tra cui:

- Progetto di lotta alla sepsi ospedaliera dell'adulto attraverso la revisione del PDTA aziendale, attualizzato alla luce dei contenuti presenti nella Consensus della Surviving Sepsis Campaign; l'ultimazione del percorso di implementazione del processo diagnostico attraverso l'installazione di un ulteriore incubatore presso la Rianimazione II cui possano afferire i campioni prelevati anche nei pazienti con quadro clinico sospetto ricoverati presso le UUOCC di



Cardiochirurgia e di Ematologia; l'avvio della formazione sul campo per la lotta alla sepsi in gravidanza;

- Miglioramento della valutazione del rischio infettivo preoperatorio attraverso la revisione delle indicazioni relative alla profilassi antibiotica pre operatoria e mediante l'estensione degli screening attivi per ricerca di microrganismi multiresistenti, nell'ambito della chirurgia protesica, alle UOC di Ortopedia, di Chirurgia Vascolare, di Neurochirurgia, di Otorino e di Cardiochirurgia;
- Svolgimento di due corsi formativi dedicati rispettivamente alla Chirurgia e Terapia intensiva e alla Medicina e all'area pediatrica per la gestione delle infezioni emergenti e da batteri multiresistenti;
- Promozione di strategie di immunizzazione attiva nelle categorie a rischio che accedono in Fondazione per migliorare lo stato di salute.

Nel luglio 2017, dalla condivisione del progetto con ATS e ASST è stato attivato presso la Clinica di Malattie Infettive un ambulatorio vaccinale interdipartimentale rivolto ai soggetti appartenenti alle categorie a rischio contenute nel Piano Nazionale per la Prevenzione Vaccinale maggiormente a rischio di sviluppare malattie invasive prevenibili con la vaccinazione, ai pazienti ospedalizzati o con accessi ripetuti in Ospedale (trapiantati, pazienti neoplastici, sottoposti a splenectomia, affetti da patologie reumatiche, gravide, soggetti sieropositivi per HIV) per garantire un intervento sanitario preventivo efficace nei confronti dei pazienti, superando le difficoltà logistiche o legate alla proprio stato di salute che non sempre consentono l'accesso ai servizi territoriali vaccinali, e un indiscutibile impatto positivo nell'ottica condivisa della "presa in carico" dei pazienti cronici e/o fragili.

Questo progetto aziendale è integrato nella intensa attività di ricerca in ambito infettivologico che caratterizza da sempre il nostro IRCCS. Inoltre, il controllo delle infezioni ha una rilevanza fondamentale nell'ambito trapiantologico. Progetti di ricerca sono dedicati all'epidemiologia molecolare degli agenti infettivi, inclusi gli emergenti, e allo sviluppo di protocolli terapeutici personalizzati. Particolare impulso sarà dato alla vaccinologia, che rappresenta una delle attività di ricerca più produttive in questo ambito.



Recenti importanti finanziamenti (circa 3 milioni di euro) per la ricerca infettivologica ottenuti a livello competitivo regionale e nazionale assicurano lo sviluppo di queste aree di ricerca di rilevanza strategica per il PSM.

Prospettive future: ottimizzazione percorso tempo dipendente di lotta alla sepsi e consolidare attività multidisciplinari avviate per promuovere a livello aziendale la stewardship microbiologica e antibiotica (promozione dell'utilizzo appropriato degli antibiotici).

10. Riorganizzazione del Servizio di Psicologia Clinica: la riorganizzazione è stata configurata in modo da coordinare l'offerta oggi frammentata, non strutturata e in parte volontaristica: è stato portato all'attenzione degli uffici Regionali un progetto come di seguito illustrato.

Il Servizio di Psicologia Ospedaliera è rivolto a pazienti affetti da diversi tipi di patologie cliniche e varie forme croniche e invalidanti di malattia o dolore, che possono presentarsi in età adulta e nell'infanzia, attraverso interventi diagnostici, riabilitativi e psicoterapeutici, erogati verso l'utenza interna della Fondazione. L'intervento psicologico è rivolto ai pazienti con l'obiettivo di potenziare le risorse che essi possiedono, al fine di favorire un più efficace adattamento alla malattia ed un miglioramento della qualità di vita, contenendo la sofferenza e promuovendo un maggior benessere psicofisico. L'attività psicologica è rivolta a pazienti (e loro familiari) seguiti in regime di ricovero, day hospital o ambulatoriale.

Allo stato attuale presso la Fondazione sono presenti diverse tipologie di supporto psicologico riconducibili a:

- Convenzione con il Dipartimento di Scienza Sanitarie Applicate e Psico-comportamentali (ora Dipartimento di Scienze del sistema Nervoso e del Comportamento) dell'Università degli Studi di Pavia per attività consulenziali e ambulatoriali in vari ambiti della Fondazione, con ulteriori attività presso le Unità Operative di Senologia, Chirurgia Generale I, Ambulatorio multidisciplinare di Chirurgia Bariatrica, Chirurgia Generale III, Ambulatorio Trapianti di rene (valutazione pre trapianto e follow up);
- Contratti libero professionali finanziati da progetti di ricerca per lo svolgimento di attività psicologica conferito presso: UOC Oncologia (1 contratto di 25.000



€/anno), UOC Oncoematologia pediatrica (1 contratto di 25.000 €/anno), UOC Patologia neonatale (1 contratto di 25.000€/anno)

- 1 psicologo in tirocinio della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia presso la UOC Oncoematologia pediatrica (pagato con i fondi MIUR e Onlus Soletterra, non a carico della Fondazione).

Modalità operative attuali e riorganizzazione: il servizio si attiva su richiesta del paziente interessato; su segnalazione dell'équipe medica delle Unità Operative della Fondazione; su segnalazione dei familiari e viene svolto da una serie di professionisti non collegati tra loro ed è privo di un coordinamento ed integrazione a livello di Istituto.

Vista la crescente necessità manifestatasi nel corso degli anni di poter usufruire di un Servizio di Psicologia Aziendale, si è proposto di riorganizzare, all'interno della Fondazione, l'offerta di un sistema stabile ed omogeneo, dotato di un Referente clinico e di un organico selezionato per concorso pubblico, strutturato con servizi di reperibilità e afferente direttamente alla Direzione Sanitaria. Tale proposta si è posta l'obiettivo di dare maggior copertura e continuità alle differenti aree cliniche, con ulteriore estensione ad attività attualmente non raggiunte quali ad esempio l'area dell'emergenza, la reumatologia e la medicina del lavoro. Le aree interessate sono:

- Oncologia - Ematologia
- Trapianti d'organo
- Nefrologia
- Cardiovascolare
- Dolore
- Area Materno-Infantile
- Area dell'Emergenza
- Chirurgia bariatrica
- Malattie Reumatiche
- Malattie Infettive
- Medicina del lavoro e Comitato Unico di garanzia.

11. Attività di Trapianto: la medicina dei trapianti costituisce una pratica terapeutica ampiamente consolidata ed efficace che ha consentito nel tempo risultati



rilevanti in conseguenza del progresso scientifico e del continuo perfezionamento delle tecniche operatorie. L'attività trapiantologica che si svolge in Lombardia, rappresenta un segmento di eccellenza all'interno del Sistema Socio-Sanitario Nazionale ed il Policlinico San Matteo, da anni, contribuisce alla riuscita del programma trapiantologico.

Strettamente correlata all'attività trapiantologica è l'attività di procurement.

In attuazione delle linee di programmazione sanitaria, nell'ambito delle azioni finalizzate al continuo miglioramento dell'intero processo donazione-trapianto, il Policlinico San Matteo persegue il potenziamento delle attività di reperimento di organi e tessuti. Il programma prevede di promuovere l'integrazione della donazione nei percorsi clinici ed organizzativi codificati e nelle linee guida in collaborazione con le Società Scientifiche e gli organismi regionali (ad es. le linee guida dell'ictus e del trauma cranico devono comprendere l'identificazione e il trattamento del potenziale donatore) e condividere l'obiettivo di donazione con il personale dei PS, 118 e dipartimento di emergenza essendo il Policlinico "hub" per la Neurochirurgia e la Neuroradiologia interventistica terapeutica. Per quanto riguarda questo punto, il Policlinico si pone l'obiettivo di incrementare ulteriormente il numero di donatori, attuando anche un programma di centralizzazione di pazienti con lesioni cerebrali rapidamente evolutive anche dall'area provinciale, reclutando pazienti dagli ospedali di Vigevano e Voghera. Identificazione di un percorso definito per il paziente neuro-critico con danno cerebrale severo, attraverso un programma aziendale, programmi e percorsi condivisi.

L'attività di prelievo di organi da donatore cadavere ha raggiunto nel 2017 il valore di 40 donatori segnalati. La nostra Fondazione rimane tra le pochissime in Italia ad avere un programma attivo e organizzato di prelievo da donatori a cuore non battente (DCD) che nel 2017 ha consentito l'individuazione di 12 donatori.

Grazie all'esperienza maturata negli anni, nel 2015 il programma è stato implementato con l'inclusione di donatori con lesioni cerebrali irreversibili, ricoverati in terapia intensiva, che non evolvono verso la morte cerebrale, ma la cui morte viene diagnosticata con criteri cardiaci.

Una ulteriore evoluzione del programma è stata la possibilità di prelevare anche il fegato.



La Fondazione è stata la prima in Italia ad eseguire un prelievo di fegato da donatore a cuore non battente. Ciò è stato possibile grazie alle conoscenze tecnico/scientifiche del personale medico ed infermieristico della Fondazione che opera da anni nel programma di prelievo da donatori a cuore non battente nella valutazione in situ ed ex-situ degli organi. Infatti, è a regime il programma di perfusione e valutazione di reni e polmoni da donatori a cuore fermo. A tale scopo, sono state anche attivate collaborazioni clinico-scientifiche con altri centri Trapianto della Regione Lombardia per la ri-perfusione di reni marginali.

Le liste di attesa a livello nazionale, al 31/12/2017, contavano 8.807 pazienti in attesa di trapianto d'organo, di cui 8.072 per il rene (considerando che per il rene ogni paziente può avere più di una iscrizione), 991 per il fegato, 742 per il cuore, 354 per il polmone, 262 per il pancreas e 12 per l'intestino.



L'attività trapiantologica del San Matteo è stata una delle prime in Italia e prosegue a pieno regime nella clinica e nella ricerca.

Tabella: numerosità trapianti effettuati negli ultimi anni in San Matteo

	2015	2016	2017
Cuore	12	14	14
Polmone	7	11	7
Rene	32	39	39

DL: Double Lung; SL: Single Lung

Inoltre, nel corso del 2017 si contano:

- 59 trapianti di Cornee,
- 40 trapianti di midollo allogenici su adulti
- 39 trapianti di midollo allogenici su bambini.

12. Case management: è 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.

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.

Nel 2017 è stato attivato, in collaborazione con l'Università degli Studi di Pavia, il Master in “Case Management Oncologico” finalizzato all'acquisizione di competenze necessarie ed all'uniformità di comportamento degli Infermieri Case Manager, attraverso la realizzazione di processi di formazione per nuovi ruoli e nuove funzioni a sostegno di una elevata qualità organizzativo-assistenziale e presa in carico della Persona malata, durante tutto il percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo-assistenziale. Ciò permetterà alla Fondazione di formare nuovi professionisti per coprire ulteriori aree assistenziali ed accompagnare il paziente ed i care giver nel percorso di presa in carico.





**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 2017 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 2017 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 2017 con 770 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. Tale livello di eccellenza è confermato anche nel 2017 seppure con valori leggermente inferiori e pari a 3.321,27 punti.

Tra i lavori qui censiti, 675 sono quelli con IF e il loro punteggio medio è di 4,92.

Gli indicatori 2017, in sintesi, confermano l'eccellenza dell'attività di ricerca condotta in San Matteo posizionandolo così ai primi posti tra gli IRCCS.



Figura 1. Andamento della produzione scientifica anni 1992-2017.

Numero di lavori in extenso su Medline e Web of Science

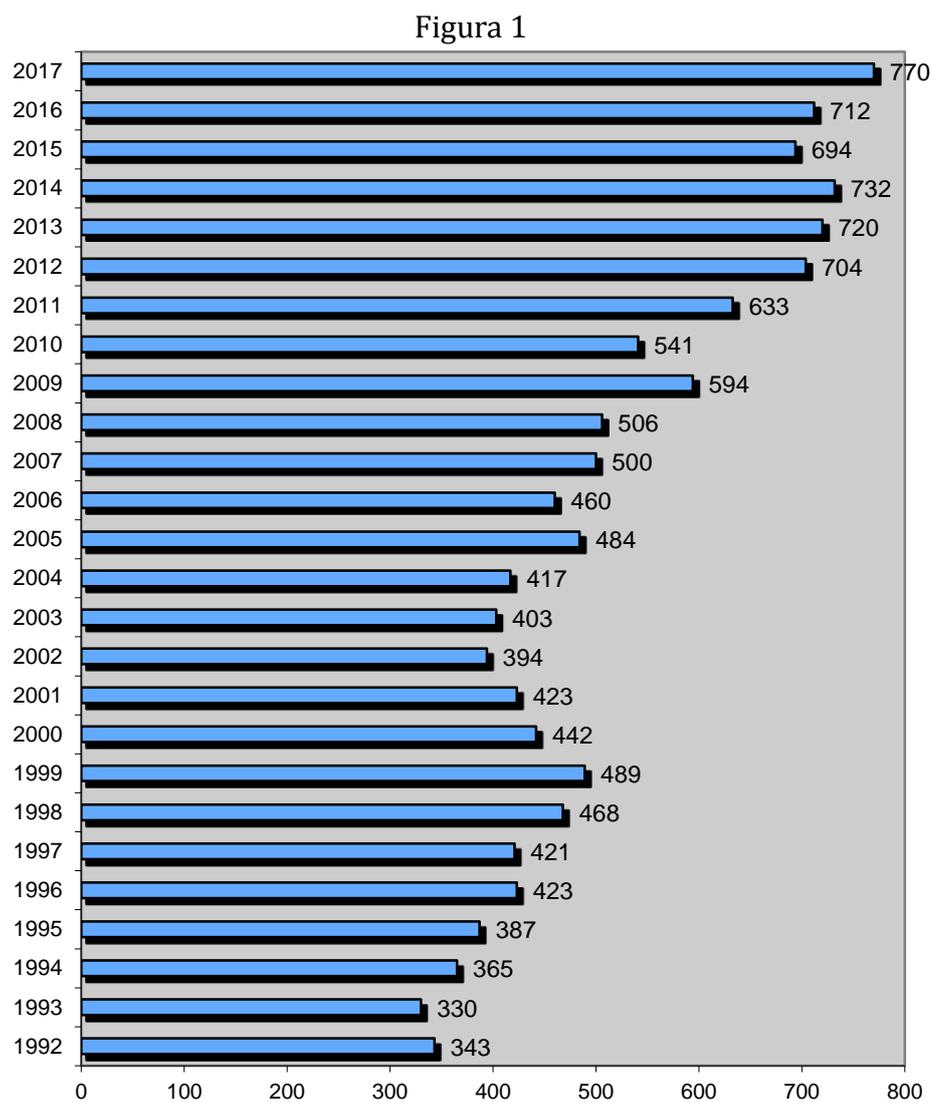
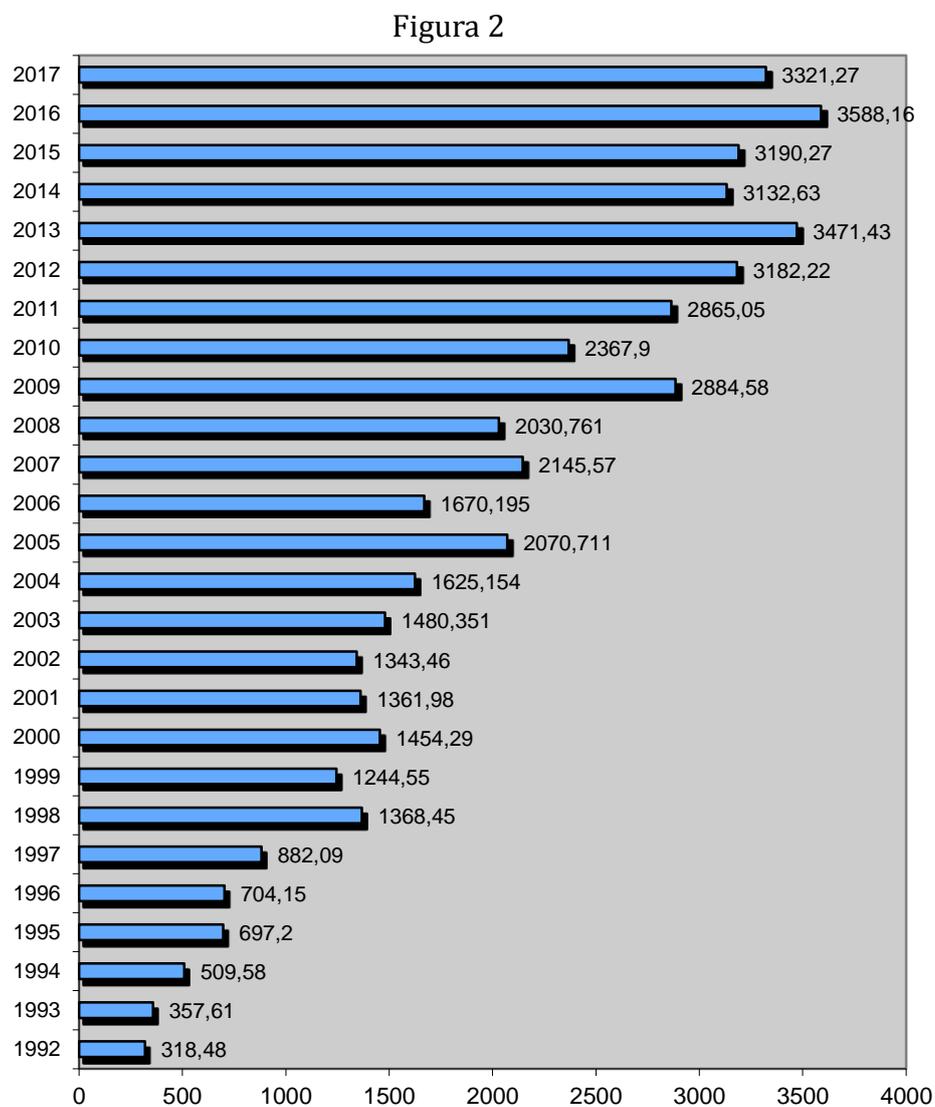


Figura 2. Impact Factor e Produzione scientifica anni 1992-2017



Nel corso del 2017 sono stati pianificati, perseguiti e raggiunti i seguenti obiettivi di miglioramento dell'attività di ricerca.

➔ **Collaborazioni scientifiche:** 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.

➔ **Riorganizzazione del personale precario della ricerca:** il 1 luglio 2016 è stato avviato il censimento del personale della ricerca e della sua mappatura secondo i criteri recentemente sviluppati dal Ministero della Salute con lo scopo di ottimizzare l'utilizzo del personale, anche in previsione della proposta di specifico percorso di sviluppo professionale del personale di ricerca approntata dal Ministero. Tale proposta prevede due tipologie, "ricercatore" per il personale chiamato a svolgere direttamente attività di ricerca e "professionalità della ricerca" per il personale chiamato a svolgere attività di supporto tecnico-amministrativo alle attività della Direzione Scientifica. Sono previste 38 figure professionali di ricerca negli IRCCS. Nella seduta del CdA del 14 dicembre 2016 il Direttore Scientifico ha presentato il risultato della riorganizzazione del personale della ricerca. L'esito di questa radicale attività di verifica della attività scientifica e di riorganizzazione ha ridotto il numero dei ricercatori e del personale di supporto alla ricerca precari da 249 presenti in servizio al 1 luglio 2016 a 183 al 30 giugno 2017. A questa necessaria opera di selezione del personale della ricerca si sono affiancate numerose iniziative intraprese per definire un percorso di carriera per i giovani ricercatori basato sul merito e sulla progressione. Una proposta per la riorganizzazione del personale di ricerca degli IRCCS pubblici è stata elaborata con le Direzioni del Ministero della Salute e presentata da Giampaolo Merlini a tutti gli IRCCS nazionali nella riunione al Ministero della Salute nell'aprile 2017. Sono state promosse iniziative come l'incontro al Ministero della Funzione Pubblica nel giugno 2017 per tutelare il lavoro dei giovani ricercatori precari nell'attesa che si reperiscano i fondi a supporto della proposta ministeriale di riassetto dei ricercatori e del personale della ricerca.





Istituzione dell'Ufficio per il Trasferimento Tecnologico: è stato introdotto nel nuovo POAS del Policlinico San Matteo l'ufficio per il Technology Transfer. In data 31 maggio 2017 con determina P-20170010469 è stata avviata la procedura di selezione pubblica per il conferimento di un incarico di lavoro autonomo di natura professionale, per supportare, presso la Direzione Scientifica l'Ufficio Trasferimento Tecnologico. In considerazione del fatto che l'Università di Pavia ha molto investito negli ultimi anni sul technology transfer attraverso l'istituzione del prorettorato alla terza missione e del Parco Tecnico Scientifico, si è considerato opportuno creare sinergie fra le due Istituzioni. A seguito di colloqui con il Prorettore per la terza missione Francesco Svelto, si è giunti ad una lettera di intenti del Rettore dell'Università di Pavia del 29 marzo 2017 nella quale si confermava l'adesione ed il pieno sostegno dell'Ateneo al progetto di avvio di una azione congiunta con il San Matteo dedicata alla valorizzazione delle attività di ricerca. Il San Matteo reputa importante l'avvio di tale progetto per la sua rilevanza strategica nell'ottica di una maggiore ed efficace sinergia con gli enti del territorio.



Potenziamento del reperimento delle risorse per la ricerca extra Ministero della Salute: questa azione è di vitale importanza per migliorare la ricerca nel San Matteo in considerazione della rapida e drammatica riduzione dei fondi dedicati dal Ministero della Salute alla "ricerca corrente".

Per quanto riguarda i provvedimenti strutturali, è stato introdotto nel POAS una U.O.S. "Grant Office e Documentazione Scientifica". Il Grant Office indirizza e supporta la ricerca di finanziamenti a livello nazionale, ma soprattutto verso l'Europa, per aumentare la performance nel contesto europeo (Horizon 2020). Fornisce assistenza diretta ai ricercatori nella ricerca di bandi, e "creazione" di bandi ad-hoc attraverso ad esempio la costituzione e la manutenzione di network con potenziali investitori (es. fondazioni bancarie etc.), nella preparazione delle domande di finanziamento e nella gestione e rendicontazione dei progetti. Il Grant Office promuove, in stretta collaborazione con l'U.O.S. Formazione e Sviluppo, le attività di formazione e informazione dei ricercatori della Fondazione sui grant europei, anche in collaborazione con l'Agenzia per la Promozione della Ricerca Europea (APRE). Il Grant



Office opera in sinergia con l'Ufficio Ricerca della Università di Pavia soprattutto nell'ambito dei progetti di ricerca europei (Horizon 2020 e ERC). In questo contesto, dal punto di vista formativo è stato organizzato in collaborazione con la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino, e l'Università di Pavia il corso "Ricerca Europea (H2020): opportunità di finanziamento e ciclo di vita del progetto" che si è svolto a Pavia dal 21 febbraio al 25 maggio 2017 e al quale hanno partecipato 15 ricercatori del San Matteo.

Inoltre la Direzione Scientifica del San Matteo ha organizzato un corso intitolato "Progettazione europea" del quale si sono tenute due edizioni, il 11 e 12 maggio 2016, e il 15 e 16 maggio 2017, ai quali hanno partecipato 20 ricercatori del San Matteo per ogni edizione. Sono state incoraggiate applicazioni per progetti ERC sia starting che advanced.

Nel corso del 2017, a fronte di una lieve riduzione del finanziamento ministeriale per la ricerca corrente (da € 6.718.289,66 del 2016 a € 6.504.481,50), anche grazie ad una forte opera di sostegno e incoraggiamento delle richieste di fondi extra-ministeriali da parte della Direzione Scientifica, si è ottenuto un significativo incremento dei finanziamenti per la ricerca dai € 16.456.366,51 complessivi del 2016 a € 23.809.926,59 del 2017 con un incremento pari al 31%. L'incremento dei fondi extra-Ministero è da riferire soprattutto alla capacità di vincere bandi altamente competitivi della Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica. Si confida che grazie alla recente istituzione del Grant Office questo trend positivo continui.



Istituzione del Centro per la Ricerca e la Cura del Cancro: Nel giugno 2017, con la parte riguardante la ricerca di base e clinica in campo oncologico, si è proceduto alla elaborazione di una proposta organica per potenziare le sinergie tra l'IRCCS San Matteo, l'IRCCS C. Mondino e il CNAO di Pavia. Gli obiettivi di questa azione sono molteplici; per quanto riguarda la ricerca è quello di creare una massa critica competitiva dei ricercatori delle tre istituzioni, con l'utilizzo ottimale delle risorse umane e della strumentazione e un migliore accesso alle fonti di finanziamento extra-ministeriali, con particolare attenzione ai finanziamenti europei.





*Dott. Nunzio Del
Sorbo,
Direttore Generale*

Qualità dell'assistenza

Nel corso dell'anno 2017 la Fondazione ha mantenuto attivo il Sistema di Gestione della Qualità Aziendale come strumento finalizzato a guidare e tenere sotto controllo i processi dell'organizzazione, a supporto della qualità e della sicurezza delle cure erogate.

In particolare, nel novembre 2017 si è aperto il quarto triennio consecutivo della Certificazione ISO 9001, per tutte le Strutture della Fondazione, sanitarie e di supporto tecnico amministrative, con l'estensione della Certificazione anche all'Attività di Ricerca. Nel contempo, la Fondazione ha anche effettuato il passaggio alla Norma UNI EN ISO 9001:2015, caratterizzata da un approccio sistematico al tema del rischio, della sua analisi e della conseguente gestione.

Il programma annuale di audit interni, attuato da un pool di Auditor coordinati dalla UOC Qualità e Risk Management, anche per l'anno 2017 ha interessato tutte le UU.OO.CC. della Fondazione e ha permesso di verificare la presenza ed il mantenimento della conformità ai requisiti di qualità e di sicurezza.

Coerentemente con la metodologia del Riesame di Direzione, previsto dalla Certificazione UNI EN ISO 9001:2015 ed in ottemperanza a quanto previsto dalla Delibera della Giunta Regionale n.X/7543 del 18/12/2017 "Determinazioni relative al Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione: Piattaforma Primo" è continuato il percorso di autovalutazione e monitoraggio delle performance aziendali nell'ambito del programma regionale per il "Miglioramento della Qualità e Sicurezza del paziente". Nell'anno 2017 la Fondazione si è avvalsa della presenza di un Servizio di Supporto Esterno alla valutazione dei processi di Autovalutazione, che ha potuto verificare on site l'aderenza alla check list regionale. Le risultanze della visita del Servizio di Supporto all'Autovalutazione hanno permesso di individuare le aree nelle quali la Fondazione è risultata non ancora completamente allineata con gli standard previsti da Regione e hanno quindi consentito di definire le azioni da intraprendere per il miglioramento interno.



Nella consapevolezza che la sicurezza dei malati è uno dei fattori determinanti la qualità dell'assistenza, anche nel corso dell'anno 2017 la Fondazione si è impegnata in attività finalizzate al monitoraggio del rischio clinico, in ottemperanza a quanto richiesto dalle Linee Guida regionali per l'attività di Risk Management: particolare attenzione è stata rivolta all'area Travaglio/Parto, al problema delle infezioni/sepsi, al tema della sicurezza del malato in sala operatoria ed al tema del rischio correlato alla terapia farmacologica. Nell'ambito dell'area Travaglio/Parto è stata effettuata la raccolta e la successiva analisi dei trigger materno fetali/neonatali, inclusi quelli organizzativi, con audit dedicati ai trigger più rilevanti.

Nell'ambito della prevenzione e gestione delle infezioni, sono stati riproposti i seguenti corsi di formazione a distanza: "Lotta alla sepsi ospedaliera", con l'obiettivo di favorire il riconoscimento precoce della sepsi e del relativo trattamento, in ottemperanza a quanto descritto nel PDTA aziendale "Identificazione e trattamento iniziale della sepsi grave e dello shock settico nell'adulto" e "Prevenzione della diffusione di microrganismi multiresistenti", aperto a tutte le professioni sanitarie, con l'obiettivo di favorire l'applicazione, nel quotidiano, dei principi e delle procedure basate sulla buona pratica comportamentale per ridurre la trasmissione di patogeni.

Nei casi di sepsi severa e di shock settico è stata effettuata un'analisi delle casistica dalla documentazione sanitaria, finalizzata a verificare l'aderenza a quanto previsto dalla normativa regionale recepita nel PDTA aziendale.

Per la sicurezza in ambito chirurgico, sono stati pianificati ed effettuati sopralluoghi presso i Blocchi Operatori della Fondazione, ad opera di DMP, QRM e SITRA, finalizzati a verificare l'adesione dei comportamenti a quanto previsto dalle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza in sala operatoria e dalle linee guida CDC per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico.

Sono state organizzate due nuove FAD per la sicurezza in sala operatoria: "Prevenzione e gestione degli eventi avversi odontoiatrici" e "E-Learning - Il rischio incendio nel comparto operatorio".

E' stata inoltre introdotta una Check List di verifica per la sicurezza del malato dedicata alle Sale Interventistiche della Fondazione.

Nell'ambito della sicurezza nella terapia farmacologica, si è provveduto alla diffusione dei contenuti delle Raccomandazioni Ministeriali attraverso il riesame/aggiornamento



delle Procedure aziendali dedicate alla gestione dei farmaci. Inoltre, in recepimento di quanto previsto dalla raccomandazione ministeriale sulla ricognizione e riconciliazione farmacologiche, nel corso dell'anno 2017 la Fondazione ha pianificato, in collaborazione con l'ATS e l'ASST di Pavia e con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, un progetto biennale finalizzato a comprimere il rischio di errore di terapia farmacologica nei momenti di transizione di cura dei pazienti, che si realizzerà nel corso del 2018 coinvolgendo il prericovero chirurgico e, in via sperimentale, alcuni reparti internistici della Fondazione.

Facendo seguito all'analisi delle segnalazioni di atti di violenza a danno degli operatori sanitari raccolte dal sistema aziendale di incident reporting ed in recepimento della relativa Raccomandazione Ministeriale (n.8), nell'anno 2017 è stato avviato un progetto biennale interaziendale (Fondazione e ASST di Pavia) per il miglioramento della sicurezza degli operatori nei confronti delle possibili aggressioni, verbali o fisiche, da parte degli utenti; nel corso dell'anno è stata redatta una procedura aziendale che fornisce agli operatori indicazioni sia per la prevenzione, sia per la corretta gestione dell'evento; tale redazione ha coinvolto le strutture Qualità e Risk Management, DMP, Affari Legali e Sicurezza Patrimoniale, Servizio di Prevenzione e Protezione e l'ASST di Pavia (Risk Manager e Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura); nel 2018, sempre in collaborazione con l'ASST di Pavia, sarà realizzata la relativa formazione residenziale, finalizzata a formare gli operatori sanitari ed il personale addetto alla sicurezza a riconoscere, prevenire e gestire le situazioni di rischio, potenziale od imminente, di violenza a danno degli operatori stessi.

Anche per il 2017 sono stati redatti e diffusi di 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 all'ottimizzazione nell'impiego delle risorse coinvolte, umane e materiali.

È proseguito, infine, il monitoraggio della qualità dell'assistenza percepita dall'utenza, attraverso le segnalazioni ricevute dall'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico e la somministrazione dei questionari di Customer Satisfaction, arricchiti da quelli predisposti per il Pronto Soccorso e per la verifica delle pulizie affidate all'impresa esterna. La valutazione dei risultati raccolti ha permesso di orientare la Fondazione in



un processo di miglioramento continuo, evidenziando i punti di forza/debolezza e consentendo la programmazione di azioni correttive/migliorative per incrementare la qualità e la sicurezza delle prestazioni offerte.

I report relativi ai dati raccolti, anche per il 2017, continuano ad essere a disposizione degli operatori con la pubblicazione nella Intranet, ed a disposizione del cittadino con la pubblicazione nel sito web della Fondazione.





**Prof. Giampaolo
Merlini,**
Direttore Scientifico

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 2017 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:

- Il sostegno alla formazione interaziendale attraverso reti tra pubbliche amministrazioni;
- La valorizzazione dell'attività di ricerca scientifica svolta dalla Fondazione e della collaborazione con altri IRCCS pubblici lombardi;
- Inoltre l'implementazione della cultura del rischio e del miglioramento continuo anche alla luce della norma ISO 9001-2015;
- L'implementazione della cultura della donazione di organi e tessuti;
- L'aggiornamento nell'ambito delle malattie infettive;
- L'integrazione e valorizzazione delle risorse umane;



- La valorizzazione di percorsi interdisciplinari e multiprofessionali di definizione e condivisione di iter diagnostici-terapeutici-assistenziali;
- Il sostegno della formazione in tema di sicurezza e salute del lavoro.

Inoltre la Direzione Sanitaria Aziendale ha promosso le seguenti iniziative formative:

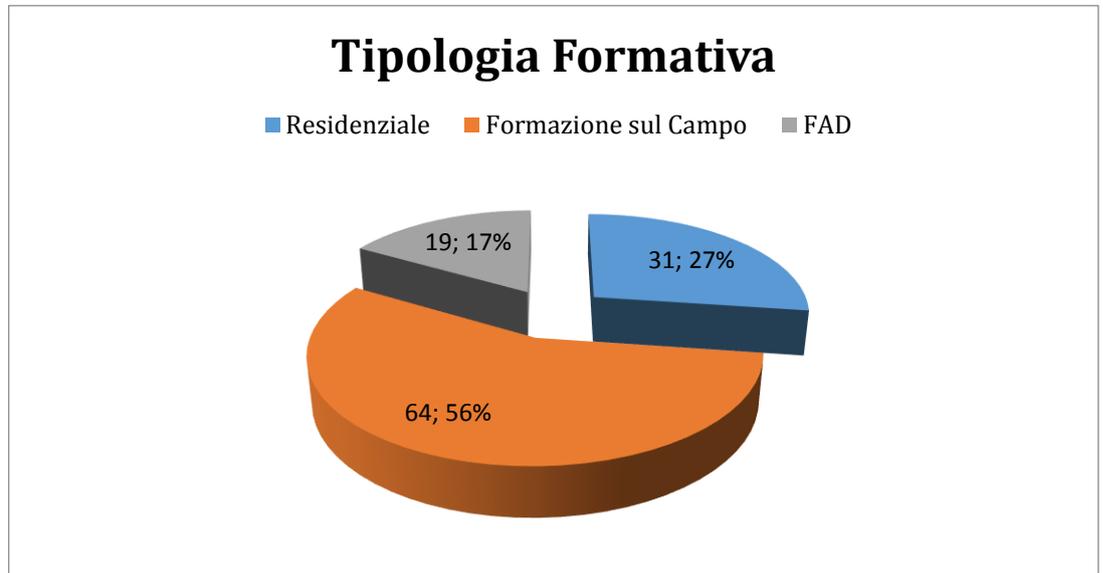
- Corso Formativo “D. LGS N. 75/2017 (RIFORMA MADIA) innovazioni e modifiche al testo unico del pubblico impiego (D.LGS 165/2001) e lo stato dell’arte della nuova tornata contrattuale” in collaborazione con ASST e ATS di Pavia.
- Corso formativo aziendale “Riforma Gelli-Bianco” cosa cambia per la dirigenza medica e sanitaria
- Corso Formativo aziendale “Il responsabile unico del procedimento (RUP) e il direttore dell’esecuzione dei contratti (DEC): nomina, ruolo e compiti.
- Corso Formativo aziendale “La documentazione sanitaria” rivolto ai Dirigenti Medici ed a tutti i Professionisti Sanitari afferenti al SITRA
- Corso Formativo aziendale “Medicina di genere nella pratica clinica” per sensibilizzare il personale sanitario sul tema della Medicina di Genere e Clinica. Diffondere l’idea di appropriatezza delle cure per essere parte attiva delle iniziative ministeriali.

In linea con il PFA 2017 nella Tabella 1 sono presentati i dati riassuntivi relativi all’offerta formativa.

EDIZIONI realizzate	ORE FORMATIVE per eventi formativi	N. ISCRITTI	N. A VERBALE	N. PARTECIPAZIONI	PARTECIPANTI CHE HANNO ACQUISITO ECM	CREDITI EROGATI AI PARTECIPANTI	TOTALE CREDITI EROGATI
196	1.614	11.756	11.241	10.953	8.715	74.003	74.855

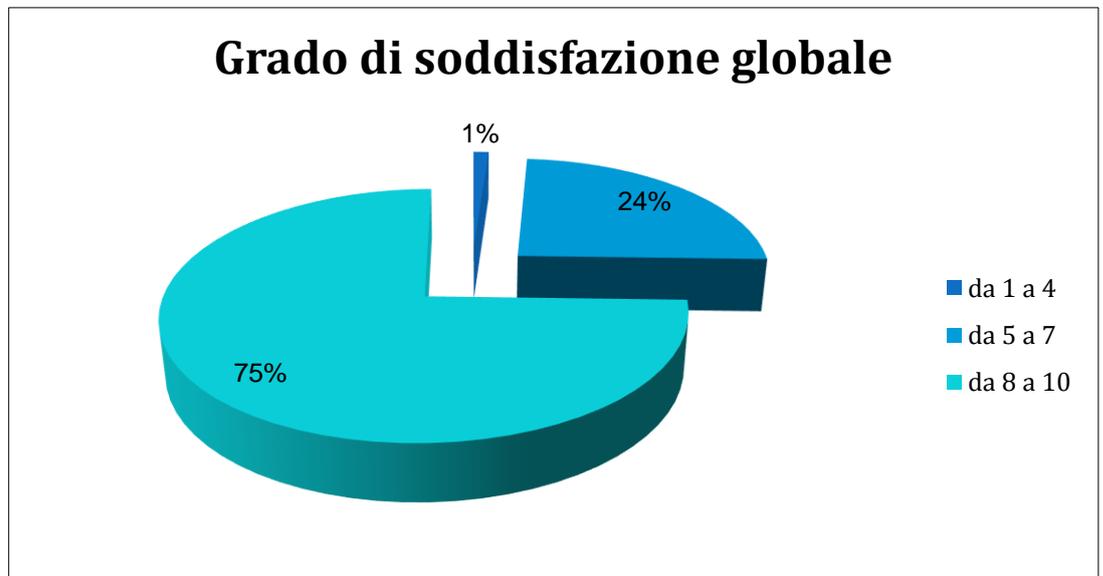


Nel grafico 1 sono visibili le tipologie di attività formativa che si sono sviluppate nell'arco del 2017:



E' proseguita anche nel 2017 la rilevazione dei dati relativi alla valutazione della qualità della Struttura Formazione e della sua attività in generale, attraverso uno strumento informatico. E' stata rivista la Procedura sulla Formazione Facoltativa Esterna modificando completamente il metodo di richiesta delle giornate di formazione che da cartaceo è diventato informatizzato su piattaforma My Aliseo. 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 circa 6000.

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,
Direttore Struttura
Controllo di Gestione

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 2017 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 di budget

✓ **Negoziazione degli obiettivi:**

Il budget 2017 è stato negoziato con le singole strutture nell'ambito di incontri dipartimentali a marzo 2017.

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;
- 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, la Direzione Strategica ha indicato come budget 2017 dei consumi complessivi sanitari (escluso file f), a livello aziendale per uso ospedaliero, una riduzione del 3% rispetto al consuntivo 2016.

Al fine di agevolare il raggiungimento di questo obiettivo, già dal mese di febbraio 2017, 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 dell'obiettivo.



Monitoraggio periodico degli obiettivi

Le schede di budget delle Strutture in staff alle Direzioni sono state predisposte nel mese di maggio 2017.

- ✓ Monitoraggio periodico:
Questa fase rientra nella gestione operativa del budget e consiste nel monitoraggio dei risultati raggiunti attraverso l'attività di reporting e nell'attivazione degli interventi necessari per il superamento dei gap rispetto agli obiettivi. L'implementazione del nuovo sistema di reportistica del Controllo di gestione ha permesso, oltre alla consueta trasmissione dei dati riguardanti attività e costi, l'invio mensile di report specifici dedicati al monitoraggio degli obiettivi quantitativi.
L'attività di monitoraggio è stata esposta anche alla Direzione Generale nelle presentazioni all'interno del collegio di Direzione, che diventa il luogo in cui si valutano le azioni conseguenti a livello macro-aziendale.

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 2017 anno da parte del Controllo di Gestione e comunicazione delle risultanze ai Direttori delle strutture, attraverso l'invio del report di valutazione nel mese di febbraio 2018. In questa occasione è stato chiesto ai Direttori di inviare eventuali controdeduzioni rispetto agli obiettivi non raggiunti entro il 23 febbraio.

Analisi dei risultati e delle controdeduzioni pervenute da parte del Comitato di Valutazione il giorno 09/03/2018: tale incontro ha portato, a seguito di un'analisi puntuale di ciascuna situazione ad una decisione di accoglimento o rigetto delle osservazioni presentate. I risultati della valutazione effettuata dal Comitato di Valutazione sono riportati nell'allegato "Rettifiche Comitato di valutazione_20180309";

La valutazione rivista dal Comitato di Valutazione è stata inviata alle Strutture interessate il 13 marzo.

Per quanto attiene alle Strutture in staff alle Direzioni, la valutazione finale è stata inviata ai Direttori in data 01 giugno 2018 (a seguito della chiusura del



processo legato agli obiettivi del Direttore Generale che a cascata coinvolgevano la maggior parte delle Strutture). Non essendo pervenute osservazioni entro tale data, il punteggio conseguito è stato considerato definitivo.

Sintesi del raggiungimento degli obiettivi specifici delle Strutture:

Obiettivi 2017	Numero di Strutture assegnatari	Percentuale di raggiungimento		
		%PIENO	%PARZIALE	%NULLO
Costo acquisto beni (escluso File F)	54	44%	20%	35%
Attività ambulatoriale	50	80%	14%	6%
Attività di ricovero	36	83%	14%	3%
File F	17	100%	0%	0%
Obiettivi Strategici della Direzione Generale	17	82%	12%	6%
PREDISPOSIZIONE DI UN NUOVO MODELLO DI DIARIO CLINICO, INTEGRATO E	10	100%	0%	0%
AGGIORNAMENTO DOCUMENTI SGQ (PPQ e PP)	9	100%	0%	0%
AGGIORNAMENTO DEL PROTOCOLLO TVP NEL PAZIENTE SOTTOPOSTO A PROCEDURE	6	100%	0%	0%
Adempimenti previsti da Piano Operativo	6	100%	0%	0%
UNIFORMARE I DOC SGQ	5	100%	0%	0%
Miglioramento della previsione e della conseguente programmabilità della spesa	5	100%	0%	0%
REVISIONE PERCORSO DI PREVENZIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA NEI LUOGHI DI	5	100%	0%	0%
AGGIORNAMENTO IO PAF 1 COMPILAZIONE DEL MODULO GESTIONE PARAMETRI	3	100%	0%	0%
AGGIORNAMENTO MODULI: MOD PAF 1.1 ; MOD PAF 1.2 ; MOD PAF 1.3	3	100%	0%	0%
AGGIORNAMENTO P24 PROCEDURA PER LA GESTIONE SINISTRI DA MALPRACTICE	3	100%	0%	0%
Produzione Scientifica	3	100%	0%	0%
AGGIORNAMENTO PROTOCOLLO AZIENDALE PER LA PROFILASSI DELL'ENDOCARDITE	3	100%	0%	0%
AGGIORNAMENTO PAF 1 PROTOCOLLO AZIENDALE DI FARMACO UTILIZZAZIONE: LA	3	100%	0%	0%
AVANZAMENTO DELL'AGGIORNAMENTO DEL FASCICOLO PERSONALE CON FASCICOLI	3	100%	0%	0%
PRODUZIONE DI UN MODULO RIASSUNTIVO DI REGISTRAZIONE DEI CRITERI	3	100%	0%	0%
STESURA IO GESTIONE SEGNALAZIONI DI SICUREZZA (DISPOSITIVI NON CONFORMI)	3	100%	0%	0%
STESURA IO COMPATIBILITA' DEI FARMACI EV	3	100%	0%	0%
AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO POLITICA PER LA QUALITA' ED EFFICACIA	3	100%	0%	0%
AGGIORNAMENTO CHECK LIST DI VERIFICA DELL'AGGIORNAMENTO DEL FASCICOLO	3	100%	0%	0%
STESURA IO GESTIONE DEL LATTARIO	3	100%	0%	0%
TERMINARE UNIFICAZIONE DOCUMENTAZIONE DEFINIZIONE TEMPI DI	2	100%	0%	0%
BUDGET DI SPESA	2	100%	0%	0%
AGGIORNAMENTO PAP2 PROTOCOLLO AZIENDALE PER LA PROFILASSI ANTIBIOTICA	2	100%	0%	0%
STESURA IO PER INDISPONIBILITA' DI POSTI PER ATTIVITA' INTENSIVA E SUB	2	100%	0%	0%
ELABORAZIONE PP e PPQ	2	100%	0%	0%
Individuazione di indicatori di processo e/o esito con monitoraggio e relativa analisi dei	2	100%	0%	0%
Puntualità e rispetto dei tempi di gara prefissati e rispetto delle informazioni date per l'attuazione degli interventi	2	100%	0%	0%
ELABORAZIONE MODULO DI PIANIFICAZIONE DELLA DIMISSIONE	2	100%	0%	0%
REVISIONE NOTE INFORMATIVE ESAMI	2	100%	0%	0%
STESURA INFORMATIVA PER IL NEO GENITORE (ALLATTAMENTO, GESTIONE DEL	2	100%	0%	0%
Impact Factor	2	100%	0%	0%
AGGIORNAMENTO IO 3.8 GESTIONE DELLO SCIOPERO PERSONALE AFFERENTE AL	2	100%	0%	0%
Altri obiettivi per singola Struttura	83	98%	0%	2%
Totale obiettivi	366	86%	7%	7%