



PIANO DELLA PERFORMANCE

2016 - 2018

Revisione 2018

Il Piano della performance è un documento strategico programmatico che dà avvio al ciclo di gestione della performance, definendo, in coerenza con le risorse assegnate, quali sono gli obiettivi, gli indicatori e i target sui quali si baserà la misurazione, valutazione e rendicontazione della performance.



	Premessa	1
	La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo	3
	L'organizzazione	5
	La Fondazione in cifre - Anno 2017	8
	Lo sviluppo delle attività sanitarie	13
	Lo sviluppo dell'attività di Ricerca	33
	La formazione	49
	La qualità dell'Assistenza	52
	Il ciclo della Performance	55
	Gli obiettivi strategici e istituzionali della Fondazione per l'anno 2018	56
	Il processo di Budget	61
	La valutazione del Personale	64



*Dott. Giorgio
Girelli,
Presidente*

Premessa

Il Piano della Performance (adottato ai sensi del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n°150) ha lo scopo di rendere partecipe la comunità degli obiettivi che la Fondazione si è data per il triennio, 2016-2018, garantendo trasparenza e ampia diffusione verso i cittadini.

Il significato di “performance” privilegiato nel Decreto è: “il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto apporta al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l’organizzazione è stata costituita”.

In altre parole, per “performance” si intende la capacità della Fondazione di trasformare, attraverso azioni mirate, gli obiettivi prefissati in risultati. Inoltre, tale “capacità”, deve essere misurata e valutata in riferimento ai risultati conseguiti e alle modalità di raggiungimento degli stessi.

Il Piano della Performance, quindi, è un documento strategico programmatico che dà avvio al ciclo di gestione della performance, definendo, in coerenza con le risorse assegnate, quali sono gli obiettivi, gli indicatori e i target sui quali si baserà la misurazione, valutazione e rendicontazione della performance.

Il punto di partenza della pianificazione strategica della Fondazione sono gli obiettivi strategici di indirizzo definiti dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione e dalle Regole di Sistema (livello istituzionale) della Regione Lombardia.

La Direzione Generale (livello strategico), in coerenza con il proprio contesto di riferimento, affianca gli obiettivi strategici aziendali a quelli istituzionali (obiettivi di mandato).

Le strategie sono, infine, declinate in piani e obiettivi operativi attraverso il processo di budget (livello operativo).



Il presente Piano della Performance comprende:

- La descrizione sintetica dell'attività della Fondazione,
- La presentazione degli obiettivi strategici per il triennio,
- La descrizione del ciclo delle Performance, ovvero del processo di definizione degli obiettivi e di valutazione della performance.

Il Piano è redatto con lo scopo di assicurare “la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione delle performance”.

È consultabile al sito: www.sanmatteo.org





La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

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.



Nel 1927 un Decreto del Ministero della Pubblica Istruzione e del Ministero dell'Interno sancì la trasformazione in Ospedale Clinico



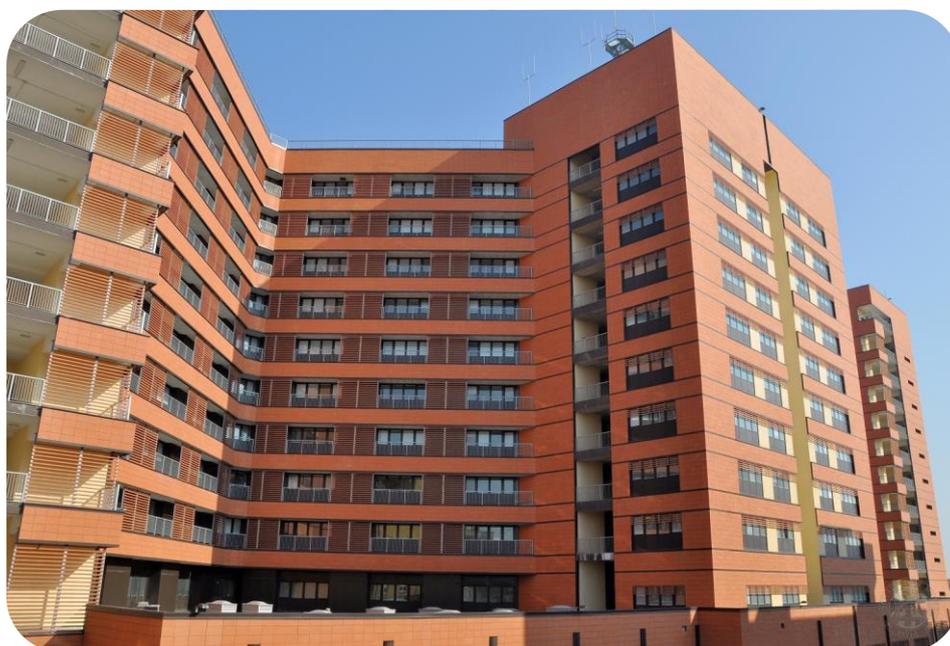
E' stato classificato Ospedale Generale Regionale nel 1972, mentre è stato riconosciuto come Istituto a Carattere Scientifico nel 1982. La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo è stata costituita con Decreto del Ministero della Salute 28/04/2006



Il Policlinico sta abbandonando la struttura a padiglioni, per passare ad un nuovo modello organizzativo...



...i pazienti, raggruppati in base a bisogni omogenei, diventano soggetti di un percorso clinico intorno al quale ruotano le risorse umane e tecnologiche. Coerentemente con questo disegno si sono definiti non solo gli assetti strutturali e logistici ma anche l'organizzazione clinico assistenziale. Il nuovo assetto organizzativo ha previsto uno sviluppo del ruolo dei Dipartimenti, una rinnovata attenzione al lavoro in team e la ridefinizione di alcuni percorsi.

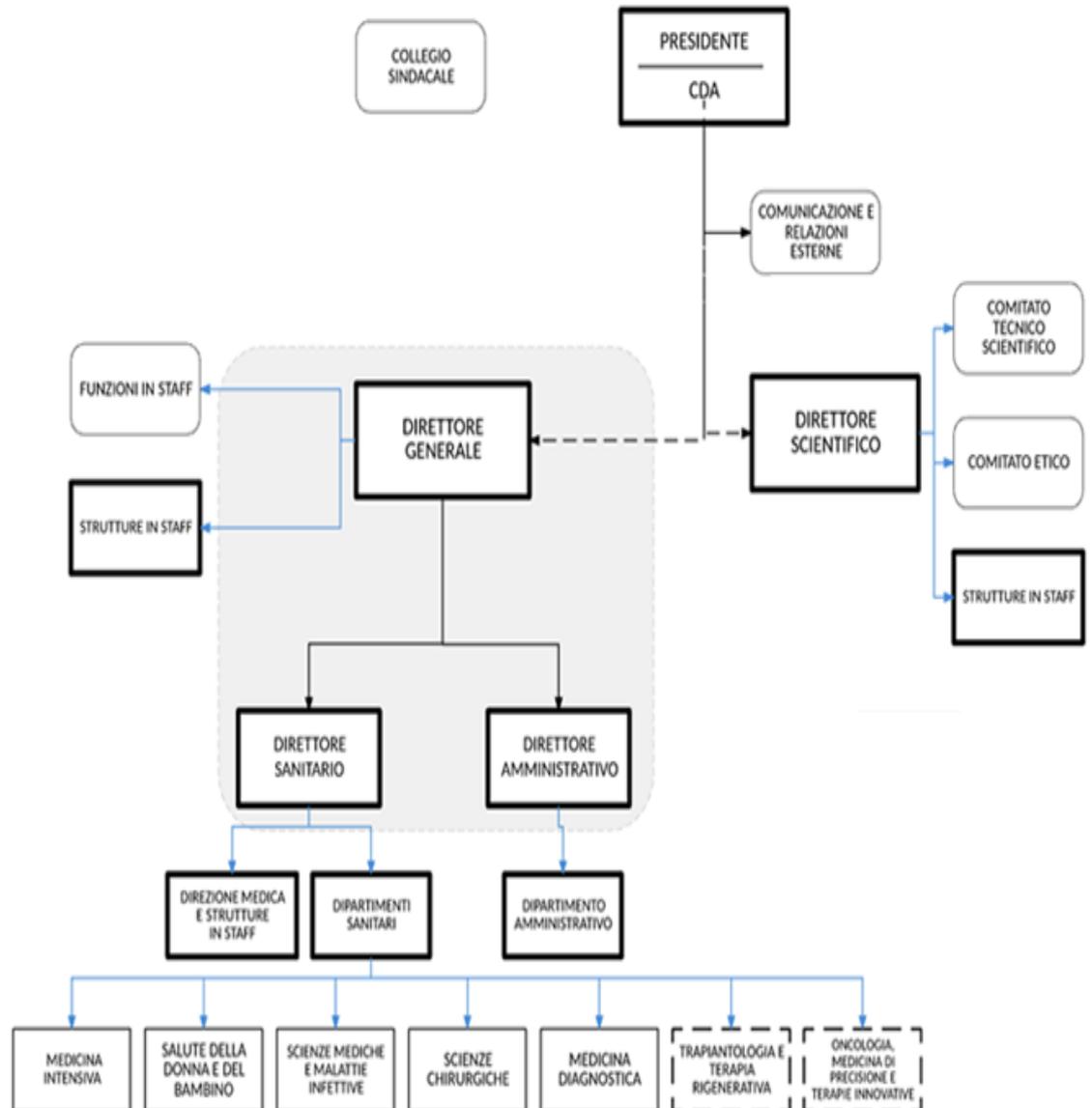




L'organizzazione

La Struttura Organizzativa dell'Azienda si articola in:

- ✓ Strutture e funzioni afferenti alla Direzione Generale, Direzione Sanitaria e Direzione Scientifica;
- ✓ 5 Dipartimenti gestionali
- ✓ 2 Dipartimenti funzionali
- ✓ 2 Dipartimenti interaziendali
- ✓ 65 Unità Operative Complesse;
- ✓ 45 Unità Operative Semplici
- ✓ 18 Unità Operative Semplici Dipartimentali



Il Dipartimento è l'unità organizzativa costituita da strutture complesse e strutture semplici. Queste sono riunite in base a una serie di affinità di tipo clinico/tecnico o perché si riferiscono a un particolare paziente/target. I Dipartimenti non sono unità chiuse e separate tra loro, ma sono coinvolti in una fervente attività che li mette in costante relazione gli uni con gli altri. Comunicazione e scambio di idee sono la forza che rende il Policlinico San Matteo un'istituzione moderna e dinamica.

Nel nuovo Piano di Organizzazione Aziendale del 2017 sono previsti 5 dipartimenti gestionali (Medicina intensiva, Salute della Donna e del Bambino, Scienze Mediche e Malattie Infettive, Scienze Chirurgiche); 2 dipartimenti funzionali (Trapiantologia-Terapia Rigenerativa, Oncologia- Medicina di precisione-Terapie innovative) e 2 dipartimenti interaziendali (Dipartimento provinciale oncologico, Dipartimento di Medicina Trasfusionale e di Ematologia).

La riduzione del numero dei dipartimenti gestionali mira a facilitare l'inquadramento e l'individuazione dei percorsi clinici, sempre più multi ed interdisciplinari e, nel contempo, coordinati e sovraordinati da un team leader, a garanzia dell'appropriatezza e della tempestività, dell'assistenza e delle cure.

I Dipartimenti funzionali dovranno favorire il processo di integrazione tra i Dipartimenti Gestionali e le varie U.O.C., in quanto impegnati in attività e compiti trasversali. Dovranno avere forti capacità di gestione delle relazioni di gruppi interdisciplinari e saper lavorare su progetti specifici. In particolare dovranno facilitare l'integrazione tra le risorse dedicate all'attività dalle varie U.O.C. e mantenere un confronto costante con gli altri Dipartimenti, nel rispetto delle indicazioni della Direzione Aziendale e al fine di perseguire gli obiettivi aziendali assegnati.

Altro importante compito di questi due Dipartimenti, ma comunque di tutti i Dipartimenti Sanitari, è la compiuta e piena integrazione tra l'attività clinico-assistenziale e la ricerca, quale tassello fondamentale per la crescita professionale del Personale ed il miglioramento del percorso di cura. Tale sinergia vedrà quale importante protagonista anche l'Università degli Studi di Pavia.



Statuto e codice etico

La Fondazione è disciplinata dalle disposizioni dello Statuto, approvato nell'aprile 2012.

Diritti e doveri morali dell'Ente verso pazienti, dipendenti e fornitori sono enunciati nel Codice Etico approvato nell'aprile 2009.





La Fondazione IRCCS in cifre – Anno 2017

Attività clinica

36.900
pazienti
ricoverati

99.650 accessi
al Pronto
Soccorso

861 posti
letto attivi

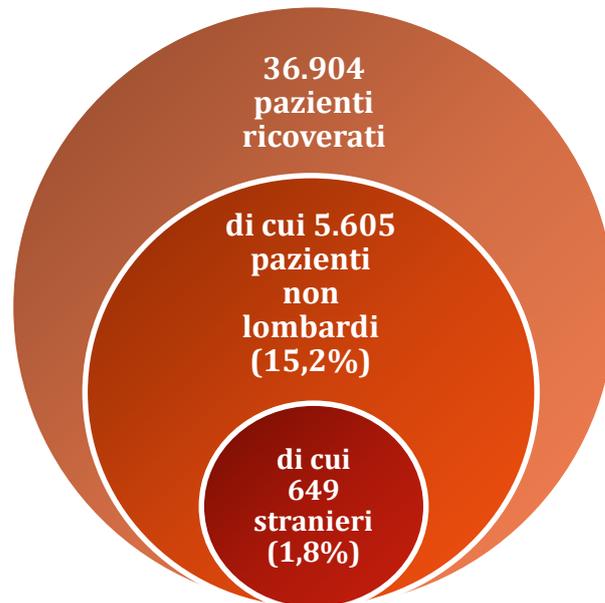
654.300
prestazioni
erogate in PS

248.000
giornate di
degenza

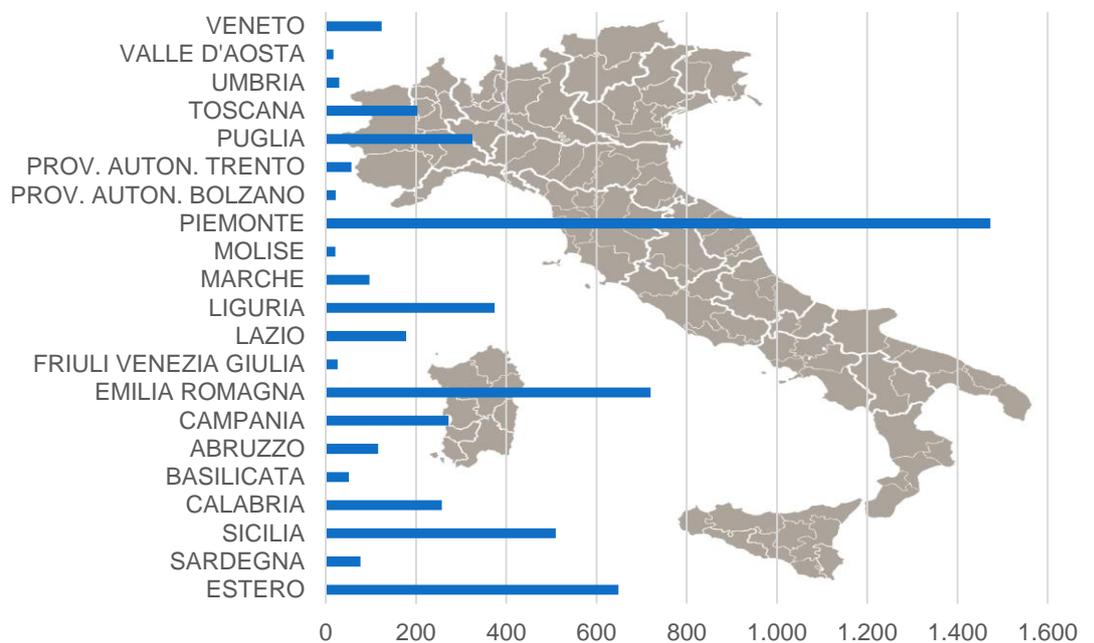
2,1 milioni di
prestazioni
ambulatoriali



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



Distribuzione dei pazienti non lombardi



Attività di Ricerca e Didattica

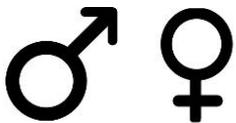
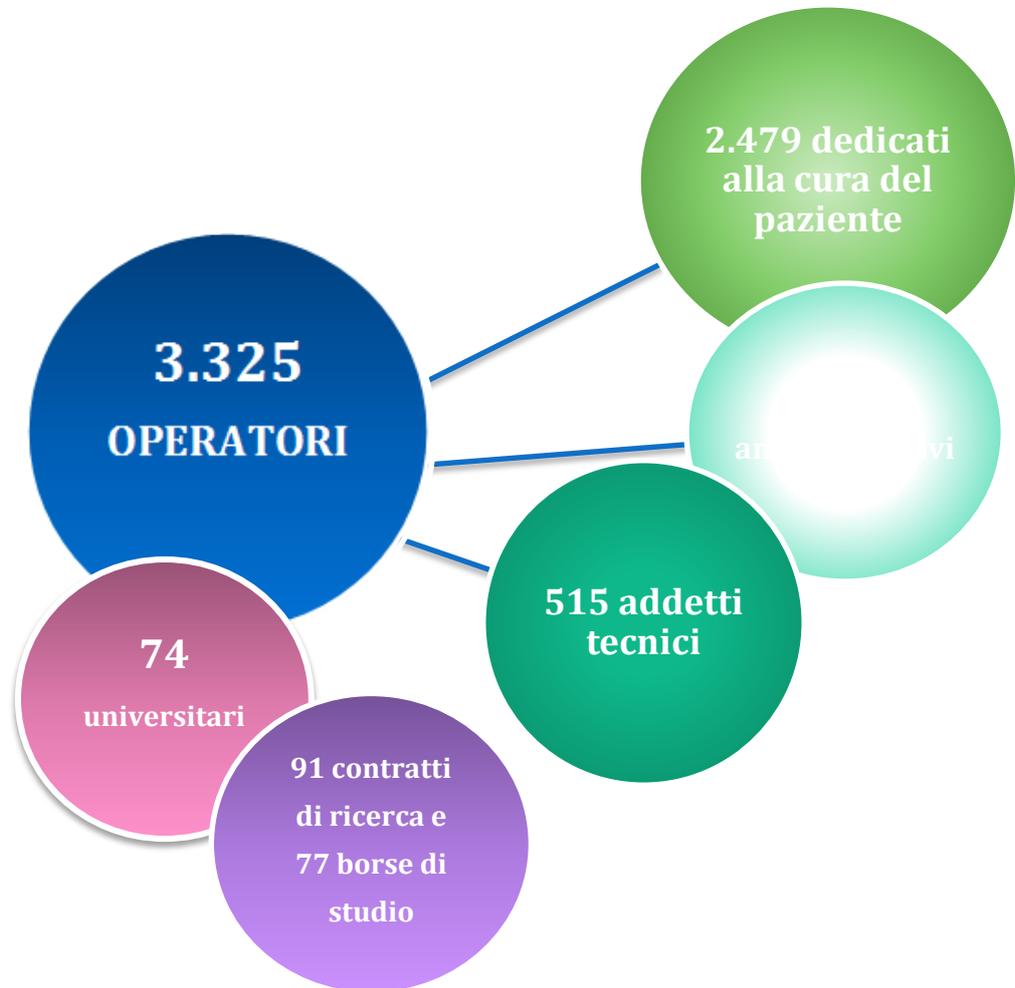
Fare ricerca è missione istituzionale degli IRCCS e il San Matteo è riferimento nel mondo per la ricerca biomedica nazionale e per le collaborazioni scientifiche internazionali.

“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.”



Risorse: Personale

“3.325 operatori dipendenti tra medici, infermieri, tecnici e amministrativi rispondono quotidianamente con competenza ai bisogni dell’utenza.”



I dati sulla composizione per genere di tutto il personale dipendente evidenziano a fine 2017 una netta maggioranza del personale femminile (69%) rispetto al personale maschile, in particolare tra il personale del comparto (72%). Sono donne il 54% dei Dirigenti della Fondazione.

Dati di produzione

Ricavi euro/1000

Prestazioni sanitarie.....298.477

Entrate diverse.....113.312

Totale.....411.789

Costi euro/1000

Personale.....159.156

Materiale e Servizi.....180.820

Altri costi.....71.813

Totale.....411.789

Ricavi

**Prestazioni di
ricovero e
ambulatoriali**

**Altre prestazioni
sanitarie**

Entrate diverse

Costi

**Materiali e
servizi**

Personale

Altri costi





*Dott. G. Monza,
Direttore Sanitario
Aziendale*

Sviluppo delle attività sanitarie

La Fondazione ha riprogettato il proprio modello assistenziale graduandolo per “intensità di cura” al fine di rispondere appropriatamente al bisogno di salute del cittadino in termini di tecnologie, competenze, qualità e quantità dei professionisti dell’assistenza in relazione alla instabilità clinica e la complessità assistenziale. Lo sviluppo assistenziale ospedaliero per “intensità di cura” può essere garantito solo con un’organizzazione dipartimentale che rappresenta il modello più efficace ed efficiente per rispondere al bisogno di salute.

Con determina 04/DG/0092 del 22 febbraio 2017 sono stati individuati e nominati i Direttori dei nuovi dipartimenti, sia gestionali che funzionali, (in base al Regolamento n. 45/2016, in seguito abrogato e sostituito dal Regolamento n. 50/2017, approvato con deliberazione del CdA n. 4/C.d.A./0037 del 27 aprile 2017).

La Direzione del Dipartimento Sanitario Gestionale e/o Funzionale è stata affidata dal Direttore Generale, sentito il Rettore dell’Università, ad uno dei Direttori di U.O. Complessa afferente al Dipartimento stesso, sulla base della valutazione dei requisiti di esperienza professionale, curriculum scientifico, capacità clinica, scientifica, gestionale ed organizzativa nonché programmi di attività e di sviluppo.

I Direttori di Dipartimento Sanitario rispondono gerarchicamente e funzionalmente al Direttore Sanitario.

I nuovi Direttori di Dipartimento partecipano alle riunioni di chiusura budget e, di concerto con i direttori delle SSCC afferenti, definiscono e condividono progetti dipartimentali specifici, nonché gli obiettivi budget e di qualità.

Per il 2018 si prevede di ultimare le procedure concorsuali per la copertura delle Direzioni di Unità Operativa Complessa come da POAS.

Collaborazioni con ATS e ASST per la realizzazione della L.R. 23/2015

La normativa vigente in materia vincola l’organizzazione e le modalità erogative delle prestazioni sanitarie al rispetto delle regole di accreditamento e di quelle contrattuali, nell’ambito del ruolo di programmazione e di governo in capo all’ATS.

Inoltre, chiede una sempre maggior aderenza ai bisogni della popolazione, con una progettualità strategica a lungo termine, nonché alla centralità del malato, alla cui



assistenza e cura devono, agilmente ed efficacemente, convergere le risorse umane, tecniche e logistiche.

In questa ottica, anche in relazione a quanto previsto dalla L.R. 23/2015, ha rivestito un ruolo di importanza strategica la collaborazione con ATS ed ASST nella condivisione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali territoriali per garantire la continuità di cura, la corretta ed appropriata gestione della fragilità e della cronicità, mantenendo il ruolo di centro di Riferimento territoriale. Tale collaborazione si estende alla strutturazione e distribuzione dell'offerta dei servizi sul territorio, applicando quindi lo spirito della L.R. 23/2015 sotto il profilo della collaborazione ed integrazione tra HUB (IRCCS San Matteo) e SPOKE (ASST). In quest'ottica sono stati avviati progetti di paternariato con ASST per favorire lo spostamento degli specialisti verso i pazienti fragili del territorio.

Si è quindi attivamente collaborato con ATS ed ASST nella pianificazione delle azioni necessarie alla declinazione locale della normativa regionale sulla "Presenza in carico dei pazienti cronici e/o fragili" al fine di poter fornire un contributo congruo ed appropriato nel processo di riorganizzazione della rete di offerta, in atto in Regione Lombardia.

Nel corso del mese di giugno 2017 si sono svolti incontri operativi presso l'ATS e entro il mese di luglio la Fondazione ha presentato la propria candidatura all'Avviso per l'iscrizione nell'elenco degli idonei sia per il ruolo di Gestore di alcune patologie croniche nonché di Erogatore per tutte le branche specialistiche accreditate.

Dal 2018, in linea con le indicazioni regionali, i pazienti reclutati dalla Regione Lombardia, che vorranno selezionare il nostro ospedale come gestore della propria cronicità, sottoscriveranno il patto di cura con la Fondazione. Al fine di meglio ottemperare alla presa in carico assistenziale e dare una continuità al percorso dei pazienti all'interno della Fondazione sono stati individuati alcuni Infermieri Case Manager di area nonché un Centro Servizi.

Il numero dei Case Manager verrà adeguato alle crescenti esigenze della Fondazione anche in seguito all'avvio del corso di formazione specialistica delle professioni sanitarie (Master in Case Management), promosso dalla Fondazione in collaborazione con l'Università degli Studi di Pavia.



Per il 2018 sono stati pianificati i seguenti obiettivi di miglioramento dell'offerta sanitaria:



Attività di monitoraggio sull'attività di 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 monitora costantemente l'utilizzo delle stesse e la tempistica di inizio/cambio. 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.

Per il 2018 ci si propone di mantenere gli obiettivi già raggiunti nel 2017:

- 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
- Sedute operatorie aggiuntive incentivate al fine del contenimento delle liste di attesa.
- Attivazione presso il BO DEA di Recovery Room nella fascia oraria 10:00-20:00.



Fusione delle Rianimazioni 1 e 2 presso il DEA con l'attivazione di n. 23 posti letto, suddivisi per intensità di cura: 5 per Assistenza Respiratoria Avanzata, 12 di Rianimazione Generale e 6 di TIPO. 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, neuro-rianimazione 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.



Trasformazione di n. 4 letti di Stroke Unit in letti a media intensità di cure presso la U.O. di Medicina II. In data 01/06/2017 è stato attivato il reparto di Stroke Unit quale frutto della collaborazione interaziendale con la Fondazione Casimiro Mondino.

Presso la U.O. di Medicina generale II erano presenti 4 letti di Stroke Unit che sono stati disattivati in seguito all'attivazione del nuovo reparto.

L'analisi della complessità assistenziale dei pazienti abitualmente ricoverati presso la Medicina II (un mix costituito da urgenze dal Pronto Soccorso, trasferimenti dalle rianimazioni, pazienti con insufficienza respiratoria gestita con C-pap, ecc.) ha suggerito l'opportunità di trasformare i 4 letti precedentemente individuati come "Stroke Unit" in letti a media intensità di cure, al fine di ottimizzare le risorse umane, strutturali e tecniche già presenti e valorizzare le competenze cliniche sviluppate negli anni. Si è pertanto provveduto a proporre l'attivazione di una UOSD Malattie Cardio Cerebro Vascolari che potrà essere realizzata in coerenza con le tempistiche del processo di valutazione Regionale.



Attivazione Centrale unica di Sterilizzazione. Si prevede di ultimare la realizzazione della nuova centrale unica di sterilizzazione presso il piano -1 del DEA, espletare i collaudi e avviare l'attività entro il mese di Novembre 2018.

La centralizzazione delle attività di sterilizzazione permetterà di perseguire migliori risultati in termini di efficacia, efficienza, controllo e miglioramento degli standard di qualità assistenziale, consentendo sia una massimizzazione della produttività, sia una maggior sicurezza sul lavoro nel rispetto delle normative e delle direttive vigenti.

La nuova centrale di sterilizzazione, sita al piano-1 del Padiglione DEA, occupa una superficie di 1.000 mq e accoglierà, nell'immediato, le attività precedentemente svolte



presso i poli periferici collocati nel Padiglione dei Reparti Speciali e della Pediatria e, successivamente la centrale attualmente ubicata presso il Padiglione di Ortopedia.

La progettazione della centrale coinvolge Direzione Medica di Presidio, SITRA, Ufficio Tecnico, Servizi Informatici Aziendali, Provveditorato e Ingegneria Clinica, che svolge il ruolo di DEC, e ha previsto la realizzazione di ambienti a microclima controllato e aree separate dedicate alle varie fasi che costituiscono il processo del ferro chirurgico e/o del dispositivo medico utilizzato: lavaggio, confezionamento, sterilizzazione e stoccaggio dello strumentario, con percorsi sporco / pulito unidirezionali.

Particolare attenzione è stata posta nella definizione ed organizzazione delle attività lavorative sia all'interno delle aree della centrale di sterilizzazione, con netta separazione del personale sanitario dedicato alle differenti mansioni, sia all'esterno, per garantire il più efficiente e sicuro trasferimento del materiale alle aree ad attività chirurgica (sale operatorie e ambulatori).

Per far fronte al ricondizionamento di strumentario chirurgico altamente specialistico, utilizzato per un'attività microchirurgica sempre meno invasiva (robotica, laparoscopica, microchirurgica), si adotteranno soluzioni tecnologicamente avanzate, ad elevata automazione, sofisticate apparecchiature di lavaggio e di sterilizzazione e un sistema di tracciabilità informatizzato, il tutto finalizzato al raggiungimento di elevati standard di qualità, sicurezza ed ergonomia lavorativa.

Inoltre sarà rivista tutta la dotazione delle lava-endoscopi con relativo progetto di riorganizzazione.



Attività di indirizzo e controllo. Per quanto riguarda la rendicontazione della produzione e il controllo di appropriatezza secondo i canoni di accreditamento, una riflessione in ordine al ruolo della Direzione Medica di Presidio ha promosso il riposizionamento delle attività nell'ambito della Direzione Medica di Presidio stessa, all'interno della quale è in corso una revisione dell'organico medico ed amministrativo per poter garantire le opportune professionalità. Il fine è quello di mantenere le precedenti attività di 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 nonché della corretta rappresentazione dell'attività dell'Ospedale secondo gli indicatori regionali e nazionali.





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 Soleterra, 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

Nel 2018 si darà avvio ad una prima procedura di avviso pubblico per la strutturare di una nuova unità.



Breast Unit. Dal mese di Marzo 2016 l'attività operatoria di Senologia si svolge presso il blocco operatorio di Cardiochirurgia del padiglione Reparti Speciali, di conseguenza la degenza delle pazienti operate si svolge presso il reparto di Cardiochirurgia in camere dedicate. Inizialmente sono stati assegnati alla Chirurgia senologica 4 letti ma, dato l'aumento di attività, i letti medi a fine anno sono diventati circa 8, in quanto le sedute operatorie presso il blocco di CCH sono in costante aumento: 3-4 interventi/die con occupazione media di 8 letti degenza.



La U.O. di Senologia della Fondazione 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.

Il Gruppo Multidisciplinare per il tumore al seno è attivo presso il San Matteo dal 2004 e nell'aprile del 2010 è nata la Struttura Semplice Dipartimentale di Senologica. Il team multidisciplinare include radiologi, chirurghi senologi e plastici, oncologi medici, radioterapisti, anatomo-patologi, esperti di medicina nucleare, ginecologi, fisiatristi, psicologi, un infermiere case manager, infermieri dedicati e un data-manager.

Nel 2014 l'unità ha ottenuto la Breast Centres Certification che attesta il rispetto dei requisiti Eusoma "The requirements of a specialist Breast Unit", risultando tra le pochissime Breast Unit certificate Eusoma in Lombardia; attualmente in Italia ci sono solo 8 Breast Unit certificate secondo i criteri Eusoma. Tale Certificazione è stata rinnovata e confermata fino ad oggi.

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.

Per il 2018 la Breast ha in programma di partecipare ad un innovativo progetto proposto dall'IEO e coordinato dalla Regione Lombardia DG Welfare – Struttura Fattori Produttivi



di Value Based Medicine con altri 5 grossi centri senologici al fine di rilevare tutti gli aspetti di qualità rischio clinico nonché costi del PDTRA senologico.



Stroke Unit di II Livello. Dal 1 giugno 2017 è stata attivata la Stroke Unit di II livello presso la Fondazione. Con l'avvio della Stroke Unit di II Livello 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. Gli aspetti qualificanti delle Stroke Unit di II Livello sono:

- Multi professionalità dell'équipe (presenza di Neurologo, Neurochirurgo, Chirurgo Vascolare, Interventista endovascolare ed, all'occorrenza, Rianimatore);
- Approccio integrato medico, infermieristico e riabilitativo;
- Formazione continua del personale;
- Educazione sanitaria volta ai pazienti ed ai famigliari.

A distanza di 12/18 mesi dall'attivazione della Stroke Unit il tavolo tecnico interaziendale rivaluterà il PDTRA.

Prospettive future: migliorare le tempistiche nelle differenti fasi diagnostiche, interventistiche ed assistenziali e l'appropriatezza delle richieste di imaging avanzato nell'ottica di migliorare il percorso del paziente ottimizzando l'utilizzo delle risorse.



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 2018 proseguirà l'attività, presso la Clinica di Malattie Infettive, dell'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 al 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).



Case Management. E' stato implementato il modello organizzativo-assistenziale di Case Management.

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.

Inizialmente sono stati presi in carico i Pazienti oncologici che rientravano nel percorso del Tumore della mammella e del distretto testa-collo, progressivamente sono stati introdotti ulteriori percorsi con approccio multidisciplinare per la presa in carico della Donna ad alto rischio genetico di carcinoma mammario ed ovarico e di Pazienti affetti da patologie neoplastiche a carico del distretto gastro enterico, della prostata, melanoma.

Il consolidamento di tale modello organizzativo-assistenziale ha permesso di riprodurlo all'interno della Fondazione; nel 2017 sono stati individuati, pertanto, nuovi Infermieri Case Manager finalizzati all'implementazione di tale modello presso le seguenti UU.OO.:

- Cardiochirurgia – area trapiantologica
- Malattie Infettive
- Cure Palliative
- Nefrologia – area trapiantologica
- Pneumologia area trapiantologica
- Ematologia,
- Oncoematologia Pediatrica



- Chirurgia Oncologica.

E' 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.

Nel 2018 verrà attivato un centro servizi per la "Presa in carico" del paziente cronico con funzione di raccordo tra il paziente e la rete di case manager della Fondazione, nell'ottica della piena realizzazione della funzione di "accompagnamento" del paziente e dei care givers all'interno del sistema.



Attivazione della nuova sala operatoria al Blocco DEA. Nel 2018 verrà attivata una ulteriore sala operatoria presso il Blocco Operatorio multidisciplinare del DEA. La messa in opera della nuova sala operatoria consentirà il trasferimento presso il DEA della nuova UOC di Chirurgia Senologica e dei tessuti molli ampliando gli slot operatori presso il blocco multidisciplinare.



Ottimizzazione della logistica delle attività ambulatoriali. Per il 2018 è programmato il trasferimento di tutti gli ambulatori delle Medicine 1 2 presso il piano terra del Padiglione 29, in stretta contiguità ai reparti internistici ed al Poliambulatorio sito al piano 0 del padiglione DEA. Parte integrante dello stesso progetto è il trasferimento di tre Laboratori di ricerca dalla ex-Clinica Medica al piano 1 della Clinica Dermatologica.



PMA. In conformità alle richieste espresse dal CNT, verranno portate a termine entro il luglio 2018 le azioni correttive e migliorative relativamente ai requisiti strutturali ed impiantistici, parallelamente verranno attivate le procedure concorsuali e/o di mobilità per ottemperare ai requisiti organizzativi inerenti il personale sia dirigenziale che del comparto.



Progettazione ed attivazione di una sala ibrida multidisciplinare all'interno del blocco operatorio DEA. Il progetto nasce dalla necessità di offrire, nell'ambito del blocco operatorio DEA, una sala ibrida multidisciplinare in grado di assicurare interventi



chirurgici e procedure interventistiche complesse nell'ambito delle patologie cardiovascolari.

Una sala ibrida è una sala operatoria provvista di un angiografo digitale particolarmente avanzato, che supporta interventi complessi e di alta qualità unitamente a procedure di chirurgia mini invasiva. E' descritta come un'opzione rivoluzionaria rispetto alla sala operatoria tradizionale, perché consente l'esecuzione di interventi che richiedono un approccio multidisciplinare, sotto diretto controllo radiologico ed assicura ai pazienti la massima efficacia e sicurezza dell'intervento, compresa la gestione di eventuali complicanze perioperatorie.

In ambito cardiologico, la "Sala ibrida" nasce per rispettare l'indirizzo degli Heart Team, istituiti per realizzare la piena interdisciplinarietà tra Cardiologi, Cardiochirurghi, Cardio Anestesisti e Chirurghi Vascolari garantendo loro la presenza combinata di attrezzature tipiche dei laboratori di emodinamica e quelle di una sala operatoria.

Una variante della classica sala ibrida cardiovascolare è quella progettata e programmata anche per interventi chirurgici e procedure di altre specialità quali la Neurochirurgia, la Chirurgia Toracica, l'Ortopedia, la Radiologia interventistica.

Nella sala ibrida è possibile effettuare procedure complesse in pazienti ad alto rischio ad esempio nei casi di emergenza dei traumi, utilizzando tecniche "ibride" di diagnosi e terapia chirurgica, grazie al lavoro d'equipe dei diversi specialisti. In questo modo si riducono i rischi per il paziente che non deve essere trasportato in ambienti diversi per effettuare gli accertamenti necessari, con indubbi vantaggi soprattutto per coloro che sono fisicamente più fragili.

La mininvasività, associata ad interventi complessi, è un beneficio importante per il paziente, che potrebbe tornare autonomo in meno tempo rispetto agli approcci tradizionali definiti "open".

Questi interventi sono effettuati con una stretta cooperazione tra equipe di cardiologia interventistica, cardiocirurgia e chirurgia vascolare in sale ibride dove è possibile un approccio multispecialistico con garanzia di sterilità e di attrezzature idonee sia all'intervento stesso che alla gestione delle eventuali complicanze. Attualmente, presso la Fondazione Policlinico San Matteo nell'ambito Cardiovascolare, sono eseguite oltre 200 procedure/anno che, in assenza di una apparecchiatura angiografica dedicata non potrebbero soddisfare le aspettative di salute degli utenti che afferiscono alle UU.OO. della Fondazione.



- Cardiologia /Cardiochirurgia n. 150 procedure/anno
- TAVI
- Mitraclip
- Auricole
- PFO
- Estrazione di catetere
- Procedure cardiocirurgiche ad alto impatto tecnologico
- Chirurgia vascolare n. 60 procedure/anno
- TEVAR endoprotesi toracica
- EVAR endoprotesi addominale
- FEVAR endoprotesi fenestrata
- CAS stenting carotideo
- PTA + stenting carotideo
- PTA + stenting succlavia
- PTA + stenting assi iliaci ed arti inferiori
- PTA + stenting arterie renali
- Trattamento endovascolare delle complicanze degli accessi per emodialisi
- Trattamento ibrido delle patologie del aorta toracica, addominale e degli arti inferiori
- Trattamento delle patologie steno ostruttive ed aneurismatiche delle arterie viscerali.

Il progetto sarà redatto e inviato in Regione entro la fine del 2018 dall'Ufficio Tecnico della Fondazione in collaborazione con un gruppo di lavoro costituito da Direzione Medica, Cardiologo, Cardiochirurgo, Chirurgo Vascolare, Ingegneria Clinica, Fisica Sanitaria.



Riorganizzazione e adeguamenti strutturali U.O. Ortopedia. L'U.O. di Ortopedia e Traumatologia, è una delle strutture che ha subito in modo più rilevante il mutamento delle caratteristiche dell'Utenza. Tale condizione determina, a volte, difficoltà nel fornire risposte soddisfacenti ed appropriate al cittadino.

In seguito ad un'accurata analisi organizzativa sono emerse alcune problematiche clinico-assistenziali, correlate a:

- a) Peculiarità della specialità clinica che riceve Pazienti con problematiche traumatologiche in urgenza e con forme di contaminazione microbica non



sempre conosciuta al momento del ricovero; questo fattore incrementa il rischio di infezioni correlate all'assistenza, condizionando l'erogazione di prestazioni assistenziali volte ai pazienti con problematiche ortopediche, i quali, possono essere valutati e gestiti in pre ricovero. Il ricovero delle persone che accedono alla Struttura avviene a seconda della disponibilità del posto letto e non sempre è possibile programmare un'assegnazione del posto letto diversificato tra le 2 tipologie (paziente ortopedico vs traumatologico);

- b) L'organizzazione della struttura contempla al primo piano un'area dedicata alla week surgery ed un'area dedicata Pazienti in regime libero-professionale, al secondo piano dello stesso padiglione un'area dedicata alla degenza ordinaria. Questa netta separazione determina, nel fine settimana, il trasferimento di parecchi degenti da un piano all'altro, con notevole impegno di risorse, discontinuità assistenziale e disagio per i pazienti. Tale situazione è condizionata dalla mancata possibilità di adottare una programmazione della lista operatoria consona al regime di ricovero in week surgery: ricoveri imprevisti dal Pronto Soccorso, eventuali complicanze ed aspetti sociosanitari che esulano dal regolare decorso post-chirurgico, rappresentano le principali cause che determinano il prolungamento della degenza.

L'analisi delle criticità, sinteticamente descritte, ha comportato una riflessione da parte della Direzione allo scopo di raggiungere i seguenti obiettivi:

- a) Ridurre l'insoddisfazione dei Pazienti migliorando le condizioni lavorative degli Operatori Sanitari e l'attenzione alle necessità clinico assistenziali;
- b) Definire percorsi finalizzati alla compressione del rischio clinico in particolare del rischio di infezioni correlate all'assistenza;
- c) Garantire la continuità assistenziale ed il miglioramento della qualità delle cure.

Al fine di raggiungere gli obiettivi, si avvierà nel 2018 una riorganizzazione iso-risorse che prevede:

- 1) Il trasferimento dell'attività di week surgery al secondo piano e, contestualmente il trasferimento di un settore aperto H24, sette giorni la settimana, dal secondo al primo piano del padiglione. Accorgimento volto alla riduzione dei trasferimenti in verticale (eventualmente il trasferimento nel fine settimana avverrà sullo stesso piano) con conseguente risparmio di energie



- 2) la divisione dei percorsi inerenti i Pazienti con problematiche traumatologiche da quelle ortopediche, al fine di garantire maggior sicurezza in termini di prevenzione delle infezioni e gestire al meglio i ricoveri in regime di elezione ed in urgenza. Tale suddivisione sarà possibile dedicando il primo piano degenti all'attività di elezione ortopedica ed il secondo piano degenti, dotata di un numero maggiore di letti (27) ai ricoveri di Pazienti con patologie traumatologiche o in urgenza.

Indicatori di risultato e di performance:

- Mantenimento o riduzione dell'attuale degenza media,
- Mantenimento della dotazione di posti letto di ortopedia e traumatologia anche nel fine settimana senza ricorrere a letti aggiuntivi;
- Mantenimento o incremento volumi di attività;
- Riduzione infezioni correlate all'assistenza;
- Soddisfazione da parte degli Utenti e degli Operatori Sanitari.

La pianificazione degli interventi sopra descritti, prevede anche il miglioramento della logistica con redistribuzione della destinazione d'uso dei locali e riorganizzazione dei percorsi all'interno del padiglione ortopedico.



Rimodulazione Laboratori: nell'ottica di razionalizzare l'attività di laboratorio della Fondazione, sono state avviate le procedure di riorganizzazione ed accorpamento in un'unica sede delle attività per dei Laboratori di Allergologia Pediatrica, Farmacocinetica e Tossicologia clinica. Nel 2018 si prevede di trasferire il Laboratorio di Allergologia Pediatrica presso il Laboratorio centrale di Analisi Chimico Cliniche.



Riorganizzazione dei processi di accettazione e prenotazione. Nell'ambito della riorganizzazione dei processi di accettazione e prenotazione sono state individuate tre aree di intervento:

- Logistica dei CUP
- Sistemi informativi
- Sistemi tagliacode e self check-in.

I tre ambiti progettuali possono essere approssimativamente sintetizzati, in termini temporali, nel seguente cronoprogramma:



ATTIVITÀ	DATA INIZIO	DATA FINE
UNIFICAZIONE CUP ORTOPEDIA E RADIODIAGNOSTICA (RDG)	01/09/2018	30/09/2018
AMPLIAMENTO CUP PEDIATRIA	01/09/2018	31/10/2018
CREAZIONE NUOVO POLO AMBULATORIALE + CUP - LOCALI EX PS (PADIGLIONE ORTOPEDIA)	01/09/2018	31/12/2018
CREAZIONE NUOVO CUP - LOCALI EX CARDIOLOGIA	01/01/2019	30/04/2019
RIORGANIZZAZIONE CUP MALATTIE INFETTIVE- Riorganizzazione flusso pazienti	01/04/2019	30/04/2019
Ottimizzazione della prescrizione e delle prenotazioni FASE 1	01/08/2018	30/11/2018
Ottimizzazione della prescrizione e delle prenotazioni FASE 2	01/10/2018	31/03/2019
Disponibilità e fruibilità di dati/informazioni	01/08/2018	31/08/2018
Gestione/Funzione agende e cassa	01/08/2018	31/12/2018
Gestione codifiche prestazioni	01/08/2018	31/08/2018
Sistema Self Check-in	01/01/2019	30/09/2019
Sistema evoluto tagliacode	01/01/2019	30/09/2019

Riorganizzazione logistica CUP

INTERVENTO	TEMPISTICA	RISULTATI ATTESI
UNIFICAZIONE CUP ORTOPEDIA E RADIODIAGNOSTICA (RDG)	Settembre 2018	Miglior utilizzo delle risorse umane dedicate al CUP
AMPLIAMENTO CUP PEDIATRIA	Ottobre 2018	Riduzione code utenza CUP Pediatria
CREAZIONE NUOVO POLO AMBULATORIALE + CUP - LOCALI EX PS (PADIGLIONE ORTOPEDIA)	Dicembre 2018	Riduzione code utenza CUP DEA Miglior utilizzo delle risorse umane dedicate al CUP
CREAZIONE NUOVO CUP - LOCALI EX CARDIOLOGIA	Aprile 2019	Riduzione code utenza CUP CENTRALE Miglior utilizzo delle risorse umane dedicate al CUP
RIORGANIZZAZIONE CUP MALATTIE INFETTIVE Riorganizzazione flusso pazienti	Marzo 2019	Riduzione code utenza



Revisione e adeguamento dei Sistemi Informativi: nell'ambito software sono state individuate aree di miglioramento sia in termini di assestamento del software con la risoluzione di bug, sia in termini di migliorie, con una ricaduta positiva sui tempi organizzativi e il servizio agli utenti:

- Ottimizzazione della prescrizione e delle prenotazioni. Di fondamentale rilevanza organizzativa è l'utilizzo del modulo prescrittivo integrato che consente la prescrizione a norma integrando i software dipartimentali con il sistema CUP. Oltre a ciò si ritiene estremamente impattante sviluppare una funzione che dal modulo prescrittivo, una volta completata la ricetta, permetta di accedere, al fine della prenotazione, in modo semplice e diretto al primo posto disponibile in Agenda che può essere eventualmente consultata per le ulteriori disponibilità.

A seguito di un confronto con la Ditta si è convenuto di dividere in due fasi l'implementazione, pianificando entro novembre 2018 l'avvio del modulo prescrittivo di base e nei 6 mesi successivi l'analisi e la realizzazione dell'integrazione con le Agende.

- Disponibilità e fruibilità di dati/informazioni. E' stata richiesta la disponibilità di stampe, estrazioni e planning flessibili e personalizzabili e di un cruscotto di interrogazione statistica che permetta di aggiungere e lanciare SQL di estrazione dati al fine di favorire la gestione quotidiana dell'attività negli ambulatori.
- Gestione/Funzione agende e cassa. Devono essere realizzate alcune ottimizzazioni sulla gestione Agende e sulla gestione di cassa al fine di agevolare l'attività quotidiana del personale CUP e di ambulatorio.
- Gestione codifiche prestazioni. Devono essere realizzate ottimizzazioni di alcune configurazioni.

Sistemi taglia-code e self check-in: al termine dell'attività di riorganizzazione logistica dei CUP è previsto l'avvio di un processo di ottimizzazione dei percorsi di accoglienza pazienti ambulatoriali da realizzarsi tramite l'introduzione di sistemi taglia-code evoluti e aree di self check-in che segnalino in tempo reale al personale sanitario la presenza in sala d'attesa dei pazienti regolarmente accettati. L'obiettivo è quello di ridurre il carico di lavoro per il personale di front end migliorando la produttività della struttura e di



azzerare i tempi di attesa degli utenti che ne fanno uso. Il sistema da implementare dovrà essere integrato con i sistemi della Fondazione nelle sue componenti CUP e dipartimentale. Al fine della realizzazione del progetto è necessario stendere un progetto tecnico preliminare condividendo con la Direzione e il Provveditorato le modalità di acquisizione del nuovo sistema.



Gestione magazzini di reparto.

Obiettivo generale:

- Garantire una gestione sicura dei farmaci e dei presidi al fine di prevenire errori nelle fasi di approvvigionamento, stoccaggio e conservazione di farmaci e dispositivi medici.
- Ridurre le scorte di magazzino delle SS.CC. e centralizzare i magazzini di farmacia con distribuzione nelle 12 ore dal lunedì al venerdì e nelle 6 ore nei giorni festivi e di sabato attraverso il miglioramento della logistica e dell'organizzazione delle strutture Farmacia e Curm.

Obiettivi specifici:

- Ridurre le scorte eccessive di farmaci e dispositivi medici all'interno delle strutture.
- Facilitare la verifica delle scadenze
- Ottimizzare gli spazi dedicati allo stoccaggio dei farmaci e dei dispositivi all'interno delle strutture
- Riorganizzare la tempistica relativa alla distribuzione/consegna dei farmaci e presidi, mediante ampliamento degli orari di apertura del servizio per la distribuzione, l'integrazione dei sistemi informativi, miglioramento della qualità dei servizi, integrazione multi-professionale
- Unificare i magazzini di farmacia e integrare le risorse umane afferenti ai vari magazzini, prevedendo una sistematica rotazione previa acquisizione competenze adeguate.

In tale contesto di particolare rilevanza appare il progetto di ricollocazione del magazzino farmacia nell'area ex lavanderia; tale area, di circa 1000 mq, necessita di radicale ristrutturazione. A tal riguardo sono state allocate risorse per €. 1.300.000,00. L'Area individuata dovrebbe assorbire i seguenti magazzini:



- Magazzini 1), 2) e 3) presso edificio Farmacia;
- Magazzini 11) e 11 bis) c/o Oculistica;
- Magazzini 15) e 16) c/o Ginecologia;
- CURM il progetto in essere ha come obiettivi principali:

Ad oggi, oltre all'individuazione dell'Area e alla definizione dei relativi spazi, si è proceduto all'indizione della gara di progettazione (determina n. 441 del 21/06/2017), a cui, una volta espletata, seguirà l'Appalto di realizzazione dell'intervento di ristrutturazione.





**Prof. Giampaolo
Merlini,**
Direttore Scientifico

*Le linee di Ricerca e i
relativi obiettivi*

Sviluppo dell'attività di Ricerca

La Fondazione contribuisce da molti anni, grazie all'impegno professionale del personale che vi opera, allo sviluppo delle conoscenze mediche e sanitarie nel nostro Paese. L'attività di ricerca è coordinata dalla Direzione Scientifica.

Le otto linee di ricerca della Fondazione sono ripartite in due Aree Disciplinari:

"Trapiantologia, malattie curabili con trapianto d'organi, tessuti e cellule" (1-4 linee di ricerca);

"Malattie internistiche ad alta complessità biomedica e tecnologica" (5-8 linee di ricerca).

Di seguito una descrizione delle otto linee di ricerca:

1. TRAPIANTO DI CUORE, POLMONE E RENE E MALATTIE INVALIDANTI PASSIBILI DI TRAPIANTO

L'attività di questa linea include

- 1) progetti innovativi finalizzati ad aumentare la risposta trapiantologica per cuore, polmone e rene mediante lo sviluppo e l'ottimizzazione di nuove tecnologie di preservazione bio-meccanicamente assistita degli organi da donatori a cuore non battente per il rene ed il polmone e perfusione ed ossigenazione ex situ dell'organo donato (Organ Care System™) per il cuore;
- 2) progetti di ricerca clinica per l'ottimizzazione dei protocolli terapeutici personalizzati volti a procrastinare l'inserimento in lista trapianto;
- 3) studio dei meccanismi molecolari delle malattie trapiantabili per lo sviluppo di terapie target malattia-specifiche.

Il fenomeno del donor shortage ha stimolato lo sviluppo di tecnologie avanzate di perfusione e preservazione ex vivo dei graft post-espianto; la loro applicazione clinica consente di espandere il pool dei donatori senza compromettere le caratteristiche morfo-funzionali dei graft. In un sistema ideale di domanda/offerta a programmazione partecipata multidisciplinare la gestione clinica e l'innovazione delle terapie multifarmaco, interventistiche, chirurgiche ed ibride consentono di personalizzare tempi per l'inserimento in lista e di identificare con precisione i casi "non-alternatively treatable". Questa ricerca



comporta la selezione dei candidati al trapianto su criteri "essenziali" e di certezza di non recupero funzionale. L'integrazione diagnostica di fenotipi e cause specifiche predice con certezza quali patologie d'organo end-stage siano prive di prospettive terapeutiche alternative: tra queste le malattie genetiche e degenerative in fase terminale di cuore, polmone e rene.

Il trapianto di organi solidi continua ad essere l'unica opzione terapeutica per numerose malattie end-stage. Pur essendo in espansione la ricerca su trapiantologia cellulare, farmaci target e organi artificiali, la domanda clinica è attuale e priva di risposte alternative. I nuovi standard diagnostici (molecolari/genetici, biomarcatori ed imaging), la stratificazione prognostica personalizzata e l'ottimizzazione delle terapie multifarmaco hanno migliorato la sopravvivenza dei candidati a terapia sostitutiva d'organo. Nell'intorno del trapianto si sono sviluppati programmi di assistenza ventricolare per bridge, protocolli e tecnologie di preservazione degli organi donati nell'intervallo espianto da donatore-trapianto nel ricevente, farmaci immunosoppressivi più efficaci e meno tossici, prevenzione delle complicanze da immunosoppressione, e sviluppo di modelli di cura multidisciplinare in rete a livello nazionale. I pazienti sopravvivono alla loro malattia fatale grazie al trapianto.

2. TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI E MALATTIE CURABILI CON TRAPIANTO

L'attività di ricerca di questa linea si rivolge a:

- 1) meccanismi di architettura clonale delle neoplasie mieloidi e basi genético-molecolari somatiche delle patologie onco-ematologiche nonché sulle cause germinali delle sindromi ereditarie con bone marrow failure;
- 2) identificazione di target cellulari e molecolari per terapie basate sull'uso di farmaci che consentano di generare percorsi anche alternativi al trapianto e di ottimizzarne l'applicazione;
- 3) prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle infezioni opportunistiche e della GVHD nel trapianto;
- 4) applicazione delle cellule staminali alla cura di patologie non onco-ematologiche.



Lo spettro delle attività di ricerca comprende tutte le malattie ematologiche, neoplastiche e non, dell'adulto e del bambino. Le biotecnologie avanzate consentono di scoprire nuovi geni, nuove mutazioni geniche somatiche e germinali alla base delle malattie ematologiche. La caratterizzazione sempre più precisa dei target molecolari sta allargando lo spettro della ricerca sui farmaci mirati sia per terapia sia per il condizionamento mieloablattivo pre-trapianto. Inoltre, la terapia con cellule staminali si sta ora espandendo a malattie non-onco-ematologiche.

Il Razionale si basa sulla necessità di definire i meccanismi di malattia per:

1) neoplasie linfoidi, sviluppando metodi diagnostici molecolari migliorando la definizione diagnostica e prognostica;

2) malattie mieloproliferative (sindromi mielodisplastiche, neoplasie mieloproliferative, e leucemie mieloidi acute), loro stratificazione prognostica ed innovazione diagnostica e terapeutica. L'attività di trapianto di cellule staminali emopoietiche include tutti i tipi di trapianto di cellule staminali (autologo, allogenico da donatore consanguineo, allogenico da donatore non consanguineo, aploidentico e dal cordone ombelicale). In ambito oncoematologico pediatrico, il Razionale si basa sulla necessità di identificare i meccanismi di malattia e le cause delle patologie trapiantabili, come per esempio la prevenzione della ricorrenza di leucemia in bambini al alto rischio con leucemia mieloide acuta in prima remissione.

3. MEDICINA RIGENERATIVA; DIAGNOSTICA E TERAPIA CELLULARE

Le attività della ricerca comprendono:

1) caratterizzazione, definizione delle bioproprietà e caratteristiche delle cellule staminali mesenchimali (MSC) in malattie genetiche, ematologiche, infiammatorie croniche, neoplastiche, ischemiche croniche, e dermatologiche;

2) generazione di induced pluripotent stem cells (iPSC) e loro differenziazione per lo studio delle malattie native genetiche e non e test farmacologici;

3) studio ex vivo della funzione midollare, in particolare la funzione megacariocitaria e piastrinogenesi ex vivo; 4) applicazioni traslazionali cliniche della terapia cellulare anche integrata con la ricerca della linea B3 relativa a "whole-organ scaffolds".

Questa linea di ricerca è stata per anni incubatore di progettualità innovative, di messa a punto di nuove metodiche per la ricerca cellulare, lo studio delle cellule



staminali e loro potenziali applicazioni cliniche, di modelli cellulari in vitro di malattia (iPSC-CM) e di organogenesi (dalla piastrinopoiesi al whole organ scaffolds in collaborazione con linea B3). La sua traslazione si sta concretizzando oggi, dopo percorsi scientifici preliminari, esplorativi e di ipotesi che hanno portato allo sviluppo di metodologie, strutture, expertise tali da trovare oggi l'accoglienza per il suo utilizzo. Da sempre questa linea si propone di ricercare evidenze scientifiche e metodologiche appropriate a livello sperimentale per programmi di medicina riparativa e rigenerativa, che ne consentano la traslazione clinica.

La ricerca sulle MSC trae vantaggio dall'interesse in più ambiti clinici e dalle conoscenze generate nell'ultimo triennio, accompagnate dalle facilities e dall'expertise dei laboratori e dei teams coinvolti. La caratterizzazione delle proprietà immunomodulanti, immunocompetenza e bio-sicurezza di MSC propagate in vitro è essenziale per la potenziale applicazione clinica di un "prodotto terapeutico cellulare" per l'allograft di cellule staminali emopoietiche o per medicina rigenerativa. La ricerca prevede anche la comparazione tra MSC adulte isolate dal midollo osseo vs. membrana amniotica placentare. La tecnologia iPSC è invece indirizzata allo sviluppo di iPSC cardiomiocitarie e vascolari quali modelli cellulari di malattia nativa utilizzabili anche per test farmacologici. Lo studio ex vivo della funzione megacariocitaria è finalizzato alla ricerca sulle malattie genetiche della linea piastrinopoietica e alla piastrinopoiesi ex vivo.

4. IMMUNOLOGIA DEI TRAPIANTI. IMMUNODEPRESSIONE ED INFEZIONI

L'attività di questa linea comprende:

- 1) Innovazione diagnostica per le infezioni opportunistiche note dell'immunosoppresso e per patogeni emergenti;
- 2) Marcatori non specifici (T-CD4+) e patogeno-specifici (risposta T-cell antigene specifica) di risposta immune per predire il rischio di specifiche infezioni con personalizzazione del trattamento;
- 3) Evoluzione della popolazione virale da pressione selettiva con antivirali;
- 4) Risposta anticorpale all'infezione da CMV nell'immunocompromesso;
- 5) Vaccini anti-CMV;



6) Innovazione diagnostica e terapeutica con antivirali per malattie linfoproliferative virus-associate.

Il paziente trapiantato (organi solidi e cellule staminali ematopoietiche) è esposto ad elevato rischio di infezioni che nel peri-trapianto originano prevalentemente dal donatore, mentre nel post-trapianto sono correlate all'immunosoppressione. Virus (CMV, EBV, polyomavirus e ADV), batteri (*M. tuberculosis*), parassiti (*Toxoplasma gondii*) e miceti (*Candida* ed *Aspergillus*) sono cause importanti di morbidità e mortalità. Nel post-trapianto l'immunosoppressione modifica l'immunità T e B- cellulare ed influenza l'outcome delle infezioni. Lo studio della risposta immune T-cellulare non specifica può identificare pazienti ad aumentato rischio e test patogeno-specifici possono predire il rischio di infezioni. Il monitoraggio immunologico quindi può contribuire a stratificare il rischio di complicanze infettive. Sono oggetto di ricerca anche patologie linfoproliferative virus indotte.

Una diagnostica precoce e patogeno-specifica delle infezioni può orientare la terapia e guidare il loro monitoraggio. Terapie induttive come le globuline antitimocitiche (ATG) inducono deplezione T e si associano ad aumentato rischio di CMV; anticorpi monoclonali come anti-CD25 o -CD52 riducono le cellule effettrici e T-regolatorie CD4, essenziali per graft survival e controllo della GVHD. A queste terapie si affiancano gli immunosoppressori inibitori di calcineurina e mofetilmicofenolato, steroidi, sirolimus, everolimus e azatioprina, elevando il rischio di infezioni opportunistiche. Servono sia test ad elevata sensibilità e specificità per i patogeni, sia test capaci di descrivere la ricostituzione immune e lo scenario immunologico generale e patogeno-specifico. Sono in questa linea anche le infezioni "vaccinabili" e quelle per le quali lo sviluppo di vaccini è in corso; le patologie linfoproliferative virus indotte e le epatiti virali.

5. MALATTIE CRONICHE SU BASE IMMUNITARIA E IMMUNOINFETTIVA. IMMUNOTERAPIA

L'attività della linea di ricerca si articola fundamentalmente su progetti di ricerca clinica, quali trials con nuove molecole biologiche ad elevata efficacia nelle patologie autoimmuni e monitoraggio infettivologico dei soggetti immunocompromessi, oltre a progetti di ricerca traslazionale volti a migliorare la comprensione dei meccanismi immuno-mediati di malattie ad alta



complessità per lo sviluppo di approcci terapeutici efficaci ed innovativi e per l'identificazione di biomarcatori.

Le malattie internistiche a patogenesi immunitaria sono in crescente aumento. La terapia è stata caratterizzata dall'introduzione di farmaci biologici capaci di interferire con i networks delle citochine e con i loro recettori responsabili della reazione infiammatoria scarsamente controllabile con gli immunosoppressori tradizionali. Lo sviluppo di nuove strategie terapeutiche è possibile soltanto in un ambiente caratterizzato da un approccio multidisciplinare.

Il recente sviluppo di terapie biologiche, basate sulla immunoterapia e farmaci ad azione diretta sui meccanismi biologici di malattie offre straordinarie opportunità di trattamento delle patologie autoimmuni la cui efficacia e tollerabilità deve essere necessariamente valutata in sperimentazioni cliniche. L'immunoterapia, intesa sia come immunosoppressione che come immunostimolazione, rappresenta pertanto la nuova frontiera del trattamento e apre ad ulteriori applicazioni terapeutiche nell'ambito di neoplasie ad elevata complessità.

6. MALATTIE SU BASE GENETICAMENTE DETERMINATA ED ALTERATA CONFORMAZIONE PROTEICA

L'attività della linea di ricerca si articola su

- 1) progetti di ricerca traslazionale volti allo sviluppo di innovativi modelli pre-clinici per approfondire le conoscenze sui meccanismi patogenetici e identificare nuovi biomarcatori e target molecolari di terapia;
- 2) progetti di ricerca clinica per la messa a punto di nuovi metodi per la diagnosi, la tipizzazione, la stratificazione prognostica e il monitoraggio della risposta alla terapia basati su biomarcatori genetici e biochimici e su tecnologie avanzate di diagnostica cellulare, molecolare e imaging, nonché clinical trials.

Le malattie da alterata conformazione proteica quali le amiloidosi sistemiche e le malattie genetiche rappresentano patologie internistiche ad alta complessità biomedica e tecnologica. Una diagnosi e tipizzazione molecolare precoce e un tempestivo trattamento farmacologico sono essenziali per ottenere il massimo beneficio. Le terapie attualmente disponibili sono efficaci solo in un sottogruppo dei pazienti e per alcune forme mancano tuttora terapie eziologiche. È quindi



indispensabile individuare nuovi e più efficaci approcci diagnostico-terapeutici, perseguendo i principi della medicina di precisione con un approccio personalizzato al paziente. In questo contesto si rende necessaria la combinazione di ricerca traslazionale e ricerca clinica in un contesto multidisciplinare quale quello rappresentato dagli IRCCS politematici.

I meccanismi molecolari alla base del danno d'organo sono in gran parte oscuri, anche alla luce della paucità di modelli di malattia. Pertanto, si rende necessario lo sviluppo di nuovi modelli preclinici per lo studio dei meccanismi fisiopatologici e l'identificazione di nuovi biomarcatori e target terapeutici. In una percentuale significativa di casi la diagnosi avviene in presenza di quadri di malattia avanzata e difficilmente trattabile. Inoltre, i fattori responsabili della resistenza alla terapia sono per lo più ignoti. È quindi urgente definire nuovi protocolli per la diagnosi, tipizzazione e stratificazione prognostica, nonché per la guida alla scelta terapeutica e per il monitoraggio della risposta alla terapia. Infine, la recente introduzione di nuovi approcci terapeutici impone l'esecuzione di studi clinici controllati per la definizione del profilo di sicurezza ed efficacia e per l'identificazione degli approcci più efficaci.

7. DIAGNOSTICA E TERAPIE INNOVATIVE; ORGANI ARTIFICIALI; INTERVENTISTICA ROBOTIZZATA E MODELLISTICA DI SUPPORTO; ADROTERAPIA. DIAGNOSTICA E TERAPIE INNOVATIVE; ORGANI ARTIFICIALI; INTERVENTISTICA ROBOTIZZATA E MODELLISTICA DI SUPPORTO; ADROTERAPIA.

La ricerca svolta in questa linea è per sua natura multidisciplinare e strettamente interconnessa con quella svolta in ambito trapiantologico di organi toracici e addominali con lo sviluppo di programmi di medicina rigenerativa e di ingegneria tissutale. E' inoltre attiva una stretta collaborazione con il Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO). Sarà dato impulso all'imaging molecolare. Il San Matteo promuove inoltre tecnologie chirurgiche innovative con particolare riguardo alla chirurgia robotica con l'ausilio di stampanti 3D e nuovi materiali. Nuovo impulso viene dato all'utilizzazione di nanoparticelle ingegnerizzate per una terapia mirata di malattie.

La Fondazione investe da sempre importanti risorse nell'innovazione tecnologica perché considerata essenziale per raggiungere gli obiettivi di eccellenza nella



diagnosi e nella cura di malattie ad alta complessità biomedica. Importanti investimenti sono stati recentemente compiuti per l'imaging molecolare. Sono in corso progetti di medicina rigenerativa e ingegneria tissutale e lo sviluppo di "scaffolds" per la creazione di organi artificiali.

In considerazione di quanto premesso, è evidente che la Fondazione possiede il know-how e gli strumenti necessari allo sviluppo di nuove metodiche e strumenti diagnostici, più efficaci ed efficienti e in generale meno invasivi affiancati dalla ricerca e dalla validazione di nuovi devices e procedure terapeutiche, dallo sviluppo di organi artificiali, ai nanomateriali e dall'impiego sempre più esteso dell'adroterapia in campo oncologico. Nel campo della chirurgia robotica nuove metodiche basate sulla visualizzazione in tempo reale della vascolarizzazione, del flusso sanguigno e della perfusione tissutale, oltre che delle vie biliari maggiori consentono una rapida ed efficiente chirurgia mininvasiva in ambito oncologico (Firefly System).

8. PERCORSI MULTIDISCIPLINARI: DIAGNOSI, PROGNOSI E TERAPIA INTEGRATA DI MALATTIE AD ALTA COMPLESSITA' BIOMEDICA. LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI

L'identificazione di indicatori clinici e molecolari a valenza prognostica, è necessaria per migliorare l'efficacia terapeutica e ridurre i costi degli eventi avversi. Lo sviluppo di farmaci innovativi migliora l'efficienza delle cure. Definizione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali per la ottimizzazione dell'efficacia delle cure e dell'utilizzo delle risorse. La disponibilità di laboratori di ricerca dotati di know-how e strumentazione allo stato dell'arte nel campo della genomica, proteomica, immunologia e biologia cellulare e molecolare, coniugata alla ricerca clinica su popolazioni di pazienti con malattie ad alta complessità ha consentito lo sviluppo di metodi diagnostici innovativi. Ciò ha permesso di identificare nuovi biomarcatori per la diagnosi e la definizione della prognosi e lo sviluppo di nuovi farmaci biologici, mirati sui meccanismi molecolari delle malattie, nel contesto di un crescente bisogno di medicina di precisione. Le conoscenze acquisite dai ricercatori della Fondazione in patologie altamente complesse e rare costituisce elemento fondante per il coinvolgimento degli stessi come coordinatori di clinical practice guidelines



internazionali per ottimizzare la diagnosi e la cura delle patologie ad alta complessità.

Particolare attenzione sarà dedicata allo studio della complessità clinica dei pazienti che richiede che il paziente sia considerato nella sua interezza tenendo conto delle numerose comorbidità, del contesto sociale in cui vive, dell'età, ma soprattutto della fragilità, tutti fattori che possono notevolmente influenzare l'outcome delle terapie applicate ed il recupero del paziente ad una normale vita di relazione. Per questo motivo, con una visione proiettata nel futuro, ricercatori della Fondazione hanno sviluppato modelli matematici da applicare a studi osservazionali prospettici per valutare la complessità clinica e disegnare opportunamente trials ed erogare raccomandazioni e linee guida pratiche che consentano una moderna gestione del paziente complesso. In questo contesto si inseriscono gli studi mirati allo sviluppo di nuovi biomarcatori e di nuove terapie con un approccio basato sulla medicina di precisione.



Collaborazioni scientifiche: nell'attuare i programmi di ricerca sperimentale e clinica la Fondazione ha instaurato una fitta rete di collaborazione con numerosi e prestigiosi istituti di ricerca internazionali, con i quali vengono scambiati ricercatori e condivise ricerche di comune interesse in campo trapiantologico, immunologico, infettivologico, pediatrico, cardiologico, farmacologico e biotecnologico. Numerosi sono anche i progetti di ricerca e le iniziative scientifiche della comunità europea e di altri organismi internazionali (NIH, WHO, Fondazioni, etc.) coordinati da ricercatori del San Matteo o con partecipazione degli stessi.



Nomina del Comitato Tecnico Scientifico (CTS) e riorganizzazione della ricerca corrente: La nomina di un nuovo CTS, dopo numerosi anni di completa inattività, ha rappresentato la premessa indispensabile per riorganizzare la ricerca nel San Matteo. Si sono indette il 9 settembre 2016 le elezioni dei membri elettivi del CTS. Il 16 settembre sono stati eletti tre membri (due medici e un biologo).

Il Direttore Scientifico ha quindi individuato, in base a criteri di produzione scientifica e di rappresentatività delle varie discipline, tre membri interni medici, due biologi e un tecnico di laboratorio. E' stata dedicata particolare attenzione alla individuazione dei tre membri esterni previsti dal piano di funzionamento, con l'obiettivo di cooptare ricercatori di chiara fama internazionale. Sono stati individuati tre ricercatori, in ambito nefrologico-trapiantologico, oncologico e di economia sanitaria. La composizione del



nuovo CTS è stata approvata dal CdA nella seduta del 21 novembre 2016. Nella prima seduta del 20 dicembre 2016 il CTS ha definito le linee di ricerca di rilevanza strategica per il San Matteo che sono state utilizzate per il bando per la ricerca corrente, il primo mai realizzato in Policlinico. L'obiettivo di questa azione era di re-indirizzare l'attività di ricerca su aree strategiche per il San Matteo, favorire la convergenza di vari gruppi di ricerca per creare una massa critica nelle aree di ricerca più rilevanti, riducendo l'attuale frammentazione.

La Direzione Scientifica ha stanziato 3 milioni di euro per 10 progetti di ricerca triennali orientati alle linee di ricerca strategicamente rilevanti. Il bando è stato pubblicato il 20 gennaio 2017 e l'esito della selezione, operata da tre revisori per ciascuno dei 48 progetti presentati, è stato reso noto il 4 aprile. Nel 2018 sono stati stanziati 2,160,000 euro per 10 progetti di ricerca corrente triennali.

In collaborazione con le strutture del Dipartimento amministrativo si sono messe in atto nuove procedure per ridurre i tempi per l'acquisto dei reagenti, che erano gravemente dilazionati dall'ottobre 2016 e che stavano paralizzando l'attività di ricerca del San Matteo. Questo sforzo ha prodotto un deciso snellimento delle procedure, che attualmente richiedono circa due settimane per l'acquisizione dei reagenti.



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 di ricerca. 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. Entro il mese di dicembre 2016 sono stati conclusi tutti gli incontri con i ricercatori e i loro Responsabili. 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 175 al 15 ottobre 2018 (-30%).



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. Una proposta per la riorganizzazione del personale di ricerca degli IRCCS pubblici è stata elaborata con le Direzioni del Ministero della Salute e presentata dal Prof. 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.

Con la L 205/2017 (Legge di Bilancio 2018) viene istituito presso gli IRCCS "un ruolo non dirigenziale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria" (c.d. "Piramide"). La "Piramide" prevede che il personale della ricerca venga assunto con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato della durata di cinque anni, con possibilità di un solo rinnovo per la durata massima di ulteriori cinque anni.

L'attività della Fondazione impegna la Direzione Scientifica, in collaborazione con l'U.O. Risorse Umane e Politiche del Personale, nel partecipare direttamente e attivamente ai vari tavoli istituzionali, ovvero nel promuovere appositi incontri di confronto con gli altri IRCCS Lombardi e Nazionali, per portare indicazioni, soluzioni, proposte per la definizione dei provvedimenti attuativi.

L'attenzione posta sullo sviluppo normativo della "Piramide" fa anche sì che la Direzione Scientifica continui ad ottimizzare l'impiego del personale ad oggi dedicato alla ricerca al fine di poter dare continuità all'attività degli stessi e della ricerca nel suo complesso.



Istituzione dell'Ufficio per il Trasferimento Tecnologico: la Direzione Scientifica ha proposto l'introduzione nel nuovo POAS, come poi avvenuto, dell'Ufficio per il Technology Transfer.

In data 31 maggio 2017 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 e 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.

La lettera di intenti propone di iniziare un periodo di studio, preparazione e sperimentazione di 6 mesi a cui farà seguito un possibile atto convenzionale sulla base degli esiti della collaborazione. Inizialmente, l'Università di Pavia condividerà i regolamenti in tema di promozione di nuove imprese spin-off e proprietà intellettuale. Offrirà inoltre la propria consulenza, attraverso il TTO dell'Università per:

- Valutazione della protezione possibile dei risultati della ricerca,
- Gestione delle indagini preliminari per il deposito di brevetti e altre forme di diritti di proprietà intellettuale,
- Sfruttamento della proprietà intellettuale attraverso licenze,
- Sostegno dei negoziati sulla proprietà intellettuale in diverse forme di cooperazione con l'industria,
- Gestione delle indagini preliminari per la costituzione di società spin-off,
- Servizi volti a promuovere la crescita delle imprese spin-off.

E' prevista anche una azione di formazione, in collaborazione con l'Università di Pavia, dei ricercatori del San Matteo sulla proprietà intellettuale e sul trasferimento tecnologico.

Inoltre è previsto il bando per la selezione di collaboratore esterno a supporto dell'attività del TTO.



Potenziamento del reperimento delle risorse per la ricerca extra Ministero della Salute: uno degli obiettivi riportati nel "Piano della ricerca 2016-2018" è l'aumento di almeno il 10% dei finanziamenti 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.

La Direzione Scientifica ha inoltre promosso azioni per migliorare l'attrazione di risorse. Sono stati ottenuti importanti finanziamenti su grandi progetti banditi dalla Regione Lombardia e dalla Comunità Europea (nell'ambito delle malattie rare) e l'incidenza del finanziamento del Ministero della Salute per la ricerca corrente sul totale del finanziamento per la ricerca è passato dal 44.7% (su un totale di 17.727.524) nel 2015 al 41.0% (su un totale di 16.386.157) nel 2016 al 27% (su un totale di 23.809.926,59) nel 2017. Si prevede di concludere tramite evidenza pubblica la definizione di una collaborazione con una Agenzia esterna specializzata nella gestione di Progetti di ricerca specialmente di quelli europei e il bando per la istituzione di un incarico di collaborazione per il Grant Office.



Internazionalizzazione della ricerca della Fondazione attraverso accordi ufficiali di collaborazione e scambio di ricercatori con centri di ricerca di eccellenza internazionali: il successo della ricerca dipende dalla capacità di accedere alle conoscenze acquisite a livello internazionale e di poterle sviluppare grazie ad adeguate risorse umane e finanziarie e ad appropriati mezzi organizzativi e infrastrutturali.



Un ruolo chiave in questo contesto è ricoperto dall' internazionalizzazione, ovvero dalla collaborazione-competizione tra istituzioni internazionali e dallo scambio di ricercatori di elevata qualificazione scientifica.

L'internazionalizzazione offre anche lo strumento specifico per garantire la qualità, basata sulla "valutazione tra pari" di livello internazionale.

Nonostante la nostra Fondazione abbia ricercatori di riconosciuta eccellenza, che hanno rapporti individuali con i propri pari stranieri, essa soffre da sempre di una ridotta capacità di "internazionalizzazione istituzionale". Una delle conseguenze è che il flusso di ricercatori verso l'estero è molto più alto di quello verso il San Matteo, con il risultato finale di un impoverimento della spinta innovativa e della qualità della ricerca.

E' necessario quindi facilitare l'internazionalizzazione riducendo le barriere logistiche e burocratiche che rendono lo scambio di ricercatori laborioso e lento. La strategia è quella di creare accordi con "poli di eccellenza" per la qualità della loro assistenza e del loro livello di ricerca in ambiti strategicamente rilevanti per il San Matteo.

Sono stati avviati ai primi di giugno 2017 contatti con l'Università di Heidelberg e di Stanford per istituire collaborazioni strutturate per lo scambio di ricercatori e di materiale di ricerca. Si è adottato uno schema collaborativo molto aperto.

Il Direttore Scientifico ha avuto numerosi contatti, anche attraverso videoconferenze, con i Colleghi di Heidelberg e di Stanford, per meglio definire le condizioni dell'accordo dal punto di vista della promozione della ricerca, lasciando ad un secondo tempo gli aspetti amministrativi. I ricercatori di Heidelberg e di Stanford hanno inviato dichiarazioni di intenti, e l'Ospedale Universitario di Heidelberg ha fatto poi seguire una proposta firmata di accordo che è stata controfirmata dal Presidente del San Matteo, concludendo pertanto l'accordo di collaborazione con l'Ospedale Universitario di Heidelberg. L'Università di Stanford ha inviato molto recentemente una proposta di accordo e si prevede di concludere anche in questo caso l'accordo collaborativo entro la fine del 2018.



Biobanche: il rapido avanzamento della ricerca e delle tecnologie applicate alla medicina ha portato ad un considerevole aumento di interesse verso le biobanche; con questo termine si definiscono le raccolte organizzate di materiale biologico e i dati a loro associati.



Le biobanche rappresentano una preziosa fonte di risorse per la diagnosi e per la ricerca da quella di base fino alla sperimentazione di terapie in quanto permettono di aver a disposizione il genoma umano e i prodotti della sua espressione.

Il successo delle ricerche mediche atte a identificare la eziologia-patogenesi delle malattie e la possibilità di sviluppare nuovi farmaci "intelligenti" necessitano della disponibilità di numerosi campioni biologici. Di conseguenza numerose collezioni di materiale biologico sono sorte spontaneamente, grazie alle donazioni dei malati e delle loro famiglie che, generosamente, hanno collaborato e continuano a collaborare per lo sviluppo della ricerca.

Collezioni non più spontanee, bensì istituzionali, organizzate e strutturate secondo regole comuni e condivise (biobanche) costituiscono un importante strumento per la ricerca i cui risultati positivi portano benefici non solo al donatore e alla sua famiglia ma a tutta la comunità umana. Le biobanche e le raccolte di campioni biologici hanno un ruolo fondamentale nello sviluppo della ricerca nel San Matteo e rappresentano un patrimonio prezioso che necessita di essere organizzato e messo in sicurezza.

Nel San Matteo, attualmente, vi sono molti ricercatori che a titolo individuale collezionano materiale biologico.

In genere si tratta di gruppi piccoli e con un basso livello di organizzazione. Le strutture dedicate a questo scopo sono infatti carenti di personale specializzato e di fondi sufficienti per adeguare gli impianti alle normative vigenti in modo da garantire la qualità, lo stoccaggio dei campioni in sicurezza, la loro distribuzione e la gestione informatizzata dei dati secondo quanto previsto dalle leggi per la tutela della riservatezza.

L'utilizzo dei campioni conservati inoltre risulta limitato al gruppo di ricerca che ne ha curato la costituzione.

Il Direttore Scientifico promuoverà il censimento delle biobanche e delle raccolte di campioni in Policlinico per definirne le tipologie e i ruoli e presentare al Consiglio di Amministrazione un piano per la razionalizzazione delle risorse e per la centralizzazione delle piccole/medie banche esistenti al fine di fornire un servizio di alta qualità a più gruppi di ricerca.



**Riorganizzazione dell'U.O. Formazione e Sviluppo e dell'Ufficio Organizzazione**

Congressi: la U.O. Formazione e Sviluppo ha le competenze per effettuare il governo delle attività formative rivolte ai propri dipendenti ospedalieri e universitari in convenzione (Dirigenza Medica e Veterinaria; Dirigenza Sanitaria, Tecnica, Amministrativa; Personale del Comparto).

La Struttura opera in sinergia con la Direzione Sanitaria Aziendale, la Direzione Amministrativa, la Direzione Scientifica, i Dipartimenti e l'Università degli Studi di Pavia, previa autorizzazione del Direttore Generale.

L'Ufficio Organizzazione Congressi si occupa della organizzazione e gestione di eventi scientifici e del loro patrocinio, con opportunità di sinergie e complementarietà con l'Unità di Formazione e Sviluppo.

In considerazione della natura di IRCCS del San Matteo, l'attività formativa e di promozione di eventi scientifici assume una importante rilevanza, per la diffusione dei risultati delle ricerche in corso nella Fondazione e come occasione di condivisione di esperienze e progetti con altri ricercatori a livello nazionale e internazionale.

Il Direttore Generale e il Direttore Scientifico promuoveranno l'integrazione delle due strutture per migliorarne l'efficacia e l'efficienza.





**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.

Il processo per la formazione e l'aggiornamento nella Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia si sviluppa attraverso fasi sequenziali che prevedono l'analisi dei bisogni e la costruzione del piano formativo ed arrivano alla gestione ed al monitoraggio degli eventi. La Fondazione è accreditata a "progettare, effettuare, controllare l'esecuzione delle attività formative e la bontà organizzativa delle stesse anche attraverso la responsabilità dell'attribuzione dei crediti formativi ECM, verificando gli esiti della formazione" secondo la DGR n. 18576 del 5 agosto 2004.

Con il Decreto DG Welfare n. 12280 del 10.10.2017 è stato confermato alla Fondazione l'accREDITAMENTO standard al sistema lombardo ECM-CPD (*Continuous Professional Development- Sviluppo Professionale Continuo*)

Il Piano Formativo Aziendale (PFA) costituisce il cuore del sistema di governo della formazione e strumento essenziale di programmazione.

La Struttura Formazione supporta la Direzione Strategica nel raggiungimento degli obiettivi favorendo e sostenendo l'acquisizione, promozione, diffusione del sapere e delle competenze in accordo con le caratteristiche istituzionali dell'Ente.

Gli obiettivi prioritari del PFA 2017 sono stati:

- Sostenere la formazione interaziendale attraverso reti tra pubbliche amministrazioni al fine di impiegare al meglio le risorse economiche ed organizzative per tematiche trasversali;
- Valorizzare e sostenere l'attività di ricerca scientifica di diversa tipologia svolta dalla Fondazione e la collaborazione con altre Fondazioni IRCCS pubbliche lombarde;



- Sostenere la formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro come misura di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali;
- Implementare la cultura del rischio clinico;
- Implementare la cultura del miglioramento continuo della qualità anche alla luce della Norma ISO 9001:2015;
- Implementare la cultura della donazione di organi e tessuti insieme al Centro di Coordinamento di prelievi e trapianti d'organo;
- Potenziare l'integrazione della formazione On The Job (FSC), Formazione a Distanza (FAD), Residenziale;
- Integrare e valorizzare le risorse umane con promozione dei percorsi di inserimento per il personale neoinserto e neoassunto;
- Implementare il sistema di valutazione della Dirigenza;
- Integrare e valorizzare le risorse umane con promozione dei percorsi di inserimento per il personale neoinserto e neoassunto;
- Valorizzare i percorsi interdisciplinari e multiprofessionali di definizione e condivisione di iter diagnostici e terapeutici di patologie complesse e non, promuovere attività di formazione sul campo.

Gli obiettivi 2018

Gli obiettivi macro del PFA 2018 sono:

- Il sostegno della formazione interaziendale attraverso reti tra pubbliche amministrazioni al fine di impiegare al meglio le risorse economiche ed organizzative per tematiche trasversali;
- La diffusione intraospedaliera della gestione del trauma maggiore: riorganizzazione del percorso assistenziale in Fondazione e degli ultimi aggiornamenti scientifici;
- La diffusione del piano emergenza intraospedaliera massiccio afflusso feriti in Fondazione;
- L'implementazione della formazione nell'ambito dell'emergenza urgenza;
- L'aggiornamento nell'ambito delle infezioni emergenti ospedaliere e da germi sentinella, trattamento e assistenza al paziente infetto;



- La valorizzazione dell'attività di ricerca scientifica svolta dalla Fondazione;
- L'implementazione della cultura del rischio e della cultura del miglioramento continuo anche alla luce della Norma ISO 9001:2015;
- L'implementazione della cultura della donazione di organi e tessuti;
- La predisposizione di progetti di supporto psicologico al personale sanitario addetto all'assistenza in U.O. caratterizzate da intensità emotiva molto alta.
- L'integrazione e valorizzazione delle risorse umane con promozione dei percorsi di inserimento per il personale neoinserto e neoassunto;
- Il sostegno della formazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- L'implementazione del sistema di valutazione della Dirigenza.





Dott. Nunzio Del Sorbo,
Direttore Generale

Qualità dell'assistenza

Anche per l'anno 2018, la Fondazione manterrà attivo un Sistema di Gestione della Qualità Aziendale, certificato secondo la Norma UNI EN ISO 9001:2015, come strumento finalizzato a guidare e tenere sotto controllo i processi dell'organizzazione, a supporto della qualità e della sicurezza delle cure erogate.

Il nuovo triennio di certificazione, iniziato nel novembre 2017, ha portato all'estensione della certificazione stessa all'Attività di Ricerca, pertanto la Direzione Scientifica sarà coinvolta in tutte le attività pianificate per il completo adempimento alla norma 2015, caratterizzata da un approccio sistematico al tema del rischio, della sua valutazione e della conseguente gestione

Auditing interno

Il programma annuale di audit interni, attuato da un gruppo di Auditor coordinati dalla UOC Qualità e Risk Management-URP, interessa tutte le UU.OO.CC. della Fondazione e consente di verificare la presenza ed il mantenimento della conformità a requisiti di qualità e sicurezza, con l'obiettivo ultimo di assicurare la soddisfazione dell'utenza della Fondazione.

Autovalutazione

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", continuerà nel 2018 il percorso di autovalutazione e monitoraggio delle performance aziendali nell'ambito del programma regionale per il "Miglioramento della Qualità e Sicurezza del paziente".

Anche per il 2018 la Fondazione sarà oggetto di visita on site da parte di un servizio di supporto regionale esterno alla valutazione dei processi di Autovalutazione, che collaborerà per realizzare una revisione dei due strumenti di monitoraggio interno "Check list di Autovalutazione" ed "Indicatori PIMO".

Risk Management

Nella consapevolezza che la sicurezza dei malati è uno dei fattori determinanti la qualità dell'assistenza, anche nel corso dell'anno 2018 la Fondazione si impegnerà in attività finalizzate al monitoraggio e alla gestione del rischio clinico, in ottemperanza a quanto richiesto dalle Linee Guida regionali per l'attività di Risk Management.



Particolare attenzione sarà rivolta all'area Travaglio/Parto, con prosecuzione dell'analisi e del monitoraggio dei trigger materno fetali/neonatali e l'introduzione della Scheda Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS) per riconoscere tempestivamente la donna gravida con quadro clinico critico.

In continuità con l'attività svolta negli anni precedenti, saranno svolti da parte di Qualità e RM, DMP e SITRA sopralluoghi presso tutti i Blocchi Operatori della Fondazione, con la preordinata lista di controllo, al fine di verificare l'aderenza dei comportamenti a quanto previsto dalle Raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza in sala operatoria e di mantenere alta l'attenzione degli operatori nei confronti di tale tematica.

Per quanto riguarda l'ambito di gestione della terapia farmacologica, in recepimento di quanto previsto dalla raccomandazione ministeriale n.17, nel corso dell'anno 2018 la Fondazione, in collaborazione con l'ATS e l'ASST di Pavia e con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, proseguirà nel progetto biennale finalizzato alla riduzione del rischio di errore di terapia farmacologica nei momenti di transizione di cura dei pazienti, che coinvolgerà 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, nell'anno 2018 proseguirà il 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, attraverso la realizzazione di una formazione residenziale, sempre in collaborazione con l'ASST di Pavia, 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.

Nell'ambito della prevenzione e gestione delle infezioni, nel 2018 saranno 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 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 verrà inoltre effettuata un'analisi della casistica dalla documentazione



sanitaria, finalizzata a verificare l'aderenza a quanto previsto dalla normativa regionale recepita nel PDTA aziendale. Nel corso del 2018 si provvederà alla revisione del PDTA aziendale per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi nel paziente adulto e all'elaborazione del PDTA aziendale per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi in ostetricia.

Percorsi Diagnostico Terapeutici

Anche per il 2018 sono previsti lo sviluppo e la diffusione 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 alla ottimizzazione nell'impiego delle risorse coinvolte, umane e materiali.

Customer Satisfaction

Proseguirà 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 permette di orientare la Fondazione in un processo di miglioramento continuo, evidenziando eventuali punti di forza/debolezza e programmando azioni correttive/migliorative per incrementare la qualità e la sicurezza delle prestazioni offerte. I report relativi ai dati raccolti, anche per il 2018, continueranno ad essere a disposizione degli operatori con la pubblicazione nella Intranet, ed a disposizione del cittadino con la pubblicazione nel sito web della Fondazione

Accessibilità e soddisfazione

Nella consapevolezza dell'importanza che l'attività di Ascolto e Mediazione trasformativa riveste ai fini del ripristino del rapporto di fiducia tra l'utente e la Fondazione, e dunque, anche di riduzione del contenzioso, anche nell'anno 2018 si proseguirà con tale attività, con l'obiettivo di favorire la comunicazione con il cittadino e ridurre situazioni di conflittualità all'interno della Fondazione.





Dott. Roberto Pinardi,
Direttore
Amministrativo

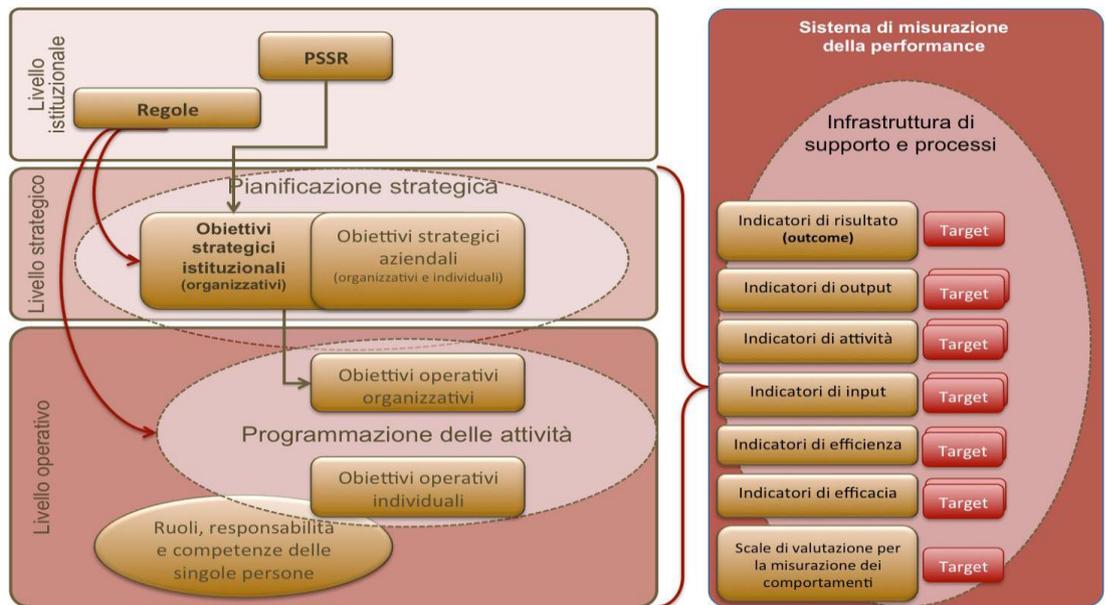
Il ciclo della Performance

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 per l'anno 2018

Di seguito si riportano gli obiettivi strategici della Fondazione per l'anno 2018 derivati dalla normativa nazionale e dagli atti di programmazione regionale.

Obiettivi assegnati dal CdA

Con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 4/C.d.A./0032 del 26/04/2018 sono stati assegnati al Direttore Generale i seguenti obiettivi per l'anno 2018:

Ridefinizione POAS	20
Piano Triennale delle Prevenzione della corruzione e Programma Triennale della trasparenza 2017-2019	10
Piano di riorganizzazione logistica	10
Attuazione Piano Certificabilità Bilancio (PAC)	15
Attuazione "Piano presa in carico"	15
Obiettivi regionali Direttori Generali	30
TOTALE PUNTEGGIO	100



Obiettivi di derivazione regionale

Facendo seguito alla Deliberazione della Giunta Regionale n. X/6963 del 31/7/2017 (“Determinazione in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle ATS, ASST e AREU e relativa definizione degli obiettivi aziendali 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, il Consiglio di Amministrazione ha adottato con la Deliberazione n. 4/C.d.A./0032 del 26/04/2018 gli obiettivi mutuati da Regione Lombardia, ad eccezione di quanto non pertinente con le attività svolte dalla Fondazione.

➤ *Obiettivi istituzionali, preliminari al raggiungimento degli obiettivi successivi*

Stabilità programmatica: gestione delle istanze di contributo coerente con la programmazione regionale	3,57
Completezza Fascicolo Sanitario Elettronico	3,57
Incrementare il valore degli acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione rispetto	3,57
Adesione alle convenzioni centralizzate ARCA: classi di Dispositivi medici a maggior spesa	3,57
Adesione convenzioni Centrale Acquisti Regione Lombardia – CONSIP e utilizzo piattaforma telematica SINTEL nelle procedure d’acquisto	3,57
Ricoveri ospedalieri: Qualità della rilevazione – errori gravi	3,57
Ricoveri ospedalieri: Tempestività della rilevazione	3,57
Certificati di assistenza al parto	3,57
Certificati di assistenza al parto: Tempestività della rilevazione	3,57
Certificati di assistenza al parto: Rapporto tra CeDAP con segnalazione di malformazione rispetto alle SDO di neonati con diagnosi di malformazione	3,57
Certificati di assistenza al parto: Completezza nella compilazione di tutti i campi	3,57
Reti clinico-assistenziali	3,57
Sistema Trasfusionale Regionale	3,57
Sistema Regionale Trapianti	3,57
Promozione appropriatezza prescrittiva: attività di formazione ed informazione verso i prescrittori per il corretto utilizzo degli antibiotici classe ATC J01	3,57



Flussi Assistenza Farmaceutica	3,57
Compilazione e aggiornamento dei questionari informatizzati sul Sito del Centro di Riferimento per la Qualità dei SMEL (cfr. D.G.R. n. X/7600 del 20/12/2017)	3,57
Reti locali di Cure palliative (RLCP) (ai sensi della D.G.R. n. X/5918/2016 in collaborazione con le ATS di riferimento)	3,57
Attuazione della D.G.R. n. X/5455/2016 – Corsi regionali di formazione di I Livello per gli operatori della rete di Cure palliative	3,57
Predisposizione e formalizzazione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTAz); Monitoraggio e vigilanza sulle liste di attesa in attuazione di quanto stabilito con D.G.R. 1775/2011, D.lgs. 33/2013 e D.G.R. 7766/18	3,57
Monitoraggio della qualità percepita e implementazione del modello di rilevazione	3,57
Attività di controllo delle prestazioni sanitarie di ricovero	3,57
Rete per l'assistenza alla madre e al neonato	3,57
Promozione Salute - Prevenzione cronicità (fattori di rischio comportamentali): Implementare l'offerta di opportunità per l'adozione di stili di vita favorevoli alla salute nei dipendenti, nei visitatori e nei pazienti/utenti, in sinergia con le ATS	3,57
Screening oncologici: Garantire le coperture dei programmi di screening oncologici attivati dalle ATS	3,57
Malattie infettive: mantenimento/miglioramento delle attività	3,57
Aumento della copertura delle vaccinazioni	3,57
AMBIENTI DI LAVORO Segnalazione telematica di mesoteliomi, tumori nasosinusal, tumori della vescica e del polmone	3,57
TOTALE PUNTEGGIO	100

➤ *Obiettivi di Performance*

Selezione Indicatori "SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI" come da DELIBERAZIONE N° XI/415 del 02/08/2018	10
INDICATORI PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE) come da DELIBERAZIONE N° XI/415 del 02/08/2018	15
TOTALE PUNTEGGIO	25



➤ *Obiettivi aziendali*

Efficienza organizzativa nell'attuazione dei programmi di investimento: rispetto dei tempi di consegna della documentazione progettuale, corredata dai pareri di legge previsti, alla D.G.W. entro i termini stabiliti dagli atti regionali (VII Atto Integrativo, Programma adeguamento Antincendio, D.G.R. n. X/6548/2017)	2,25
FLUSSI INFORMATIVI MINISTERIALI	2,25
Invio flusso consumi dispositivi medici	2,25
Invio flusso contratti dispositivi medici	2,25
Verifica flussi CO.AN.	2,25
Invio trigger in sala parto	2,25
Implementazione raccomandazioni Ministeriali	2,25
Completezza, qualità e coerenza dei flussi informativi dell'area del personale: conto annuale esercizio 2017, allegato al CE anno 2017 (IV trimestre 2017), modello A e reciproca coerenza fra gli stessi	2,25
STRUTTURE COMPLESSE – Copertura delle strutture Area Medica, Veterinaria e del ruolo sanitario oggetto di autorizzazione regionale nell'anno 2018	2,25
Implementazione Sistema MOSA	2,25
Razionalizzazione della spesa e mantenimento dell'equilibrio di bilancio	2,25
Riconciliazione e verifica delle partite debitorie e creditorie	2,25
Anticipazione di Tesoreria	2,25
Riconciliazione e quadratura delle partite intercompany	2,25
Tempi di pagamento beni e servizi (ITP); Piano dei flussi di cassa;	2,25
PAC – Percorso attuativo della certificabilità di bilancio	2,25
Realizzazione di un progetto di adozione e incremento prescrittivo di farmaci biosimilari per i principi attivi etanercept e rituximab	2,25
AMBIENTI DI LAVORO Promozione del benessere del lavoratore e prevenzione dei fattori di rischio	2,25
AUMENTO DELLA COPERTURA DELLE VACCINAZIONI	2,25
Attuazione della D.G.R. n. X/6472/2017	2,25
TOTALE PUNTEGGIO	45



➤ *Obiettivi di implementazione ed evoluzione del SSR*

Presa in carico del paziente cronico	10
Pubblicazione AGENDE di prenotazione delle prestazioni sanitarie	10
Rispetto Tempi di attesa	10
TOTALE PUNTEGGIO	30





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

La programmazione annuale. Il processo di budget

Le indicazioni di budget sono formalmente presentate dalla Direzione Strategica, attraverso il documento linee guida di budget ai Direttori delle Strutture Complesse e ai responsabili delle strutture semplici dipartimentali.

Le schede di budget sono redatte dalla Struttura Controllo di Gestione e trasmesse ai Direttori di Struttura per eventuali osservazioni e per una eventuale proposta di ulteriori obiettivi.

Gli obiettivi vengono discussi e approvati nel corso di incontri a cui partecipano, oltre alla Direzione Strategica, i Direttori di Dipartimento e di UO.

A tutti i Dirigenti sono successivamente assegnati, da parte dei Direttori della loro Struttura, compiti e obiettivi individuali coerenti con gli obiettivi di budget della struttura stessa.

La Direzione garantisce, attraverso la Struttura Controllo di Gestione, il monitoraggio periodico degli obiettivi a livello di Dipartimento e di Struttura.

I Direttori di Dipartimento convocano incontri periodici per comunicare a tutto il personale gli obiettivi aziendali e gli obiettivi di budget e per l'analisi dei risultati intermedi e la valutazione finale dei risultati.

Gli obiettivi stabiliti dal budget per le strutture sono il riferimento per quantificare la retribuzione di risultato del personale dirigente e costituiscono uno degli elementi per la valutazione della posizione dei dirigenti.

Al raggiungimento degli obiettivi è, inoltre, collegata la valutazione del personale del comparto.

Gli obiettivi specifici delle strutture sono riportati nelle schede di budget.

Il ciclo di budget si realizza con le seguenti attività e secondo la seguente tempistica:

Gennaio: Presentazione Linee guida della Fondazione,

Febbraio-Marzo: Riunioni di budget e formalizzazione schede per Strutture (19

febbraio-9 marzo),

Giugno/Settembre: Analisi scostamenti ed eventuale revisione obiettivi,

Marzo anno successivo: Consuntivo obiettivi e Valutazione 1^a istanza,

Aprile/Maggio anno successivo: Valutazione 2^o istanza.

Gli obiettivi 2018

Il quadro di riferimento per l'anno 2018 è determinato dalle Regole di sistema, dalla Scheda Decreto preventivo e dal Contratto con L'ASL. Integrando le priorità di azione in esse definite con gli obiettivi strategici della Fondazione, la Direzione Strategica ha definito gli obiettivi.

Viene proposta una scheda obiettivi di Budget, in cui gli obiettivi vengono raggruppati per le UO dell'area sanitaria in:

Obiettivi quantitativi di sistema, derivanti dall'applicazione delle linee guida di budget. Nello specifico:

- Attività di degenza e di ambulatorio: le indicazioni per il 2018 sono per il mantenimento dei volumi di attività;
- File F: a livello aziendale le indicazioni sono per un incremento limitato al 4%;
- Consumi sanitari escluso file F: a livello aziendale la Direzione Strategica ha indicato per il 2018, come budget complessivo dei consumi sanitari per uso ospedaliero, una riduzione del 5% rispetto al consuntivo 2017. Al fine di agevolare il raggiungimento di questo obiettivo, già dal mese di febbraio 2018, 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.

Per quanto riguarda gli obiettivi qualitativi particolare attenzione è stata posta alle richieste di:

- Consegna in archivio della cartella clinica completa entro entro 7 giorni lavorativi dalla dimissione (massimo 14 lavorativi dalla dimissione in caso di



esami istologici in corso di refertazione alla dimissione) con compilazione dell'allegata check list aziendale di controllo;

- Presenza in cartella Check list di sala operatoria;
- Adesione al progetto "Preso in carico" con offerta di almeno 2 ore ambulatori/settimana per stesura PAI;
- Adesione al progetto di stewardship antibiotica;
- Progetto trasferimento Senologia;
- Conduzione del progetto Lotta alla sepsi area adulti e ostetrica;
- Mappatura di un processo individuato dalla Struttura con analisi dei rischi e descrizione delle relative azioni contenitive.

La scheda obiettivi di Budget per le UO dell'area amministrativa si raggruppano in:

- Obiettivi gestionali che vanno dalla gestione della spesa alla partecipazione attiva al raggiungimento degli obiettivi del Direttore Generale;
- Obiettivi direzionali e professionali come: "Certificabilità di bilancio: Procedure tecnico-amministrative per ottemperare i requisiti regionali", "Adempimenti conseguenti all'applicazione del nuovo regolamento europeo in tema di privacy", "Revisione del Regolamento ex Art. 53", "Revisione dei Regolamenti disciplinari della Dirigenza e Comparto", "Piano degli acquisti/gare", "Attuazione Piano finanziamenti".





Avv. Elena Galati,
Direttore Struttura
Risorse Umane e
Politiche del
personale

Gli ambiti della valutazione

La valutazione del Personale

Il sistema di valutazione delle prestazioni individuali attuato dalla Fondazione ha lo scopo, nel quadro della disciplina legislativa e contrattuale vigente, di supportare il personale nel miglioramento delle proprie performance professionali, in linea con le proprie potenzialità e con gli obiettivi e le priorità strategiche della Fondazione.

Tutte le procedure di valutazione applicate presso la Fondazione sono improntate al rispetto di tutti quei principi, quali la trasparenza dei criteri usati, l'oggettività delle metodologie adottate e l'obbligo di motivazione della valutazione espressa, necessari per una corretta azione amministrativa; inoltre, viene garantita un'informazione adeguata ed una concreta partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione ed il contraddittorio.

Presso la Fondazione sono previsti 6 tipi di valutazione delle prestazioni individuali del personale dipendente:

1. Valutazione del personale neoassunto per verifica superamento del periodo di prova;
2. Valutazione annuale:
 - Dei risultati di gestione del dirigente di struttura complessa e di struttura semplice,
 - Dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi affidati ai dirigenti, ai fini dell'erogazione della retribuzione di risultato,
 - Del raggiungimento degli obiettivi di budget da parte del personale del comparto per l'erogazione delle Risorse Aggiuntive Regionali e della Produttività,
 - Dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi affidati ai dipendenti del comparto non dirigenziale titolari di Posizioni Organizzative;
3. Valutazione di tutti i dirigenti alla scadenza dell'incarico loro conferito in relazione alle attività professionali svolte ed i risultati raggiunti;
4. Valutazione dei dirigenti di nuova assunzione al termine del primo quinquennio di servizio;
5. Valutazione dei dirigenti che raggiungono l'esperienza professionale ultraquinquennale in relazione all'indennità di esclusività;
6. Valutazione dei privilegi del personale dirigenziale e non dirigenziale appartenente ai profili superiori alla categoria "C".



La valutazione annuale

Per la valutazione annuale dei dirigenti la Direzione Strategica definisce, in via preventiva, specifiche metodologie e procedure per la valutazione complessiva dei risultati; con cadenza annuale e comunque entro il primo trimestre, gli obiettivi nonché le procedure e le metodologie per l'assegnazione a cascata degli obiettivi specifici e delle risorse necessarie per il loro conseguimento in connessione con il sistema di budget.

La valutazione dei direttori di struttura complessa o dei responsabili di strutture semplice deve riguardare la gestione del budget affidato e delle risorse umane e strumentali effettivamente assegnate, le funzioni formalmente delegate, nonché la valutazione dei modelli di organizzazione adottati per il raggiungimento degli obiettivi; mentre la valutazione per gli altri dirigenti concerne prevalentemente l'osservanza delle direttive ed il raggiungimento degli obiettivi prestazionali quali - quantitativi affidati, l'impegno e la disponibilità correlati all'articolazione dell'orario di lavoro rispetto al raggiungimento degli obiettivi.

Il Nucleo di Valutazione ultimata la valutazione della dirigenza comunica al Direttore Generale la conclusione e l'esito della procedura.

Il personale del comparto non titolare di posizione organizzativa viene valutato da parte del responsabile direttamente sovraordinato utilizzando singoli criteri di valutazione predefiniti e numericamente graduati.

Più complessa la procedura di valutazione del personale del comparto titolare di funzioni di coordinamento titolare di posizione organizzativa. Anche in questo caso la valutazione viene effettuata da parte del responsabile direttamente sovraordinato, ma riguarda sia il raggiungimento degli obiettivi attribuiti dalla Direzione o dal Direttore della Macroarea/Dipartimento, sia la competenze gestionali dimostrata.

Successivamente, il Nucleo di Valutazione, ultimata la valutazione annuale dei dipendenti del comparto, comunica l'esito della stessa alla S.C. Risorse Umane; Infine, ultimata la valutazione complessiva di fine incarico (posizione organizzativa e titolari di funzione di coordinamento) riferisce al Direttore Generale, con relazione scritta dell'esito della stessa.

La valutazione al termine dell'incarico

Quanto alle tipologie di valutazione indicate ai precedenti numeri 3, 4 e 5, si evidenzia che i Dirigenti vengono valutati per le attività professionali svolte e per i risultati raggiunti, con riferimento ai seguenti elementi:



- a) Capacità di gestire le interazioni con gli altri Dirigenti per l'integrazione tra attività complementari ed affini e per la soluzione delle problematiche trasversali;
- b) Capacità di risposta in relazione a situazioni di emergenza, di crisi di risorse, di gestione di cambiamenti organizzativi;
- c) Quantità e qualità del lavoro direttamente svolto ed apporto personale al conseguimento dei risultati.

Il Dirigente di Struttura Complessa, così come le Dirigenze Superiori in analoghe situazioni, da cui dipende il Dirigente senza incarico di Struttura, effettua la valutazione di prima istanza.

La valutazione di seconda istanza è invece affidata al Collegio Tecnico, il cui compito consiste nel verificare la valutazione effettuata dall'organo proponente di prima istanza tenendo conto anche delle osservazioni formulate dal valutato.

Infine, con riguardo all'ultima tipologia di valutazione, indicata al precedente numero 6, si sottolinea che, attualmente, sono in corso di perfezionamento a livello aziendale, da parte della Direzione Sanitaria Aziendale e Amministrativa e dei Responsabili di struttura complessa di rispettiva competenza i privilegi per il personale dirigenziale e non dirigenziale appartenente ai profili superiori alla categoria "C" attualmente in servizio.

Il conferimento dei privilegi

Il conferimento di privilegi consiste in un processo per cui l'organizzazione sanitaria autorizza un professionista medico ad eseguire determinate prestazioni sanitarie in termini di aree cliniche e contenuti delle prestazioni (i privilegi clinici), sulla base di una valutazione delle credenziali e delle performance del professionista.

La valutazione per il conferimento di tali privilegi clinici avverrà tenendo conto di molteplici fattori, quali:

- La Performance clinico assistenziale (ovvero le conoscenze specialistiche, le attività tecnico specialistiche e la maturità" professionale) del dipendente;
- La Performance Didattico Scientifica (ovvero le pubblicazioni con impact factor, i convegni ecc.) attribuiti o cui ha partecipato il dipendente;
- Capacità – Comportamenti (ovvero i comportamenti pro budget, le capacità correlate al ruolo) dimostrati e messe in pratica dal dipendente);



- La Performance Gestionale (ovvero la capacità gestionali dimostrate in relazione agli obiettivi dell'Ente, della Struttura di appartenenza e di quelli individuali)

La Fondazione ha recentemente avviato un progetto aziendale di implementazione del sistema di valutazione volto alla definizione di uno specifico percorso metodologico finalizzato all'assegnazione di tali "Privilegi clinici". Il progetto aziendale, in realtà è di più ampio respiro in quanto il risultato che si intende raggiungere consiste nella definizione di un "Piano di Sviluppo individuale" per ogni dirigente attraverso il quale diventi possibile individuare l'inquadramento del dirigente medesimo, il ruolo svolto all'interno della Struttura di appartenenza, le competenze ed i compiti specifici dallo stesso posseduti per l'esercizio della propria attività lavorativa e per la propria crescita professionale da valutarsi individualmente.

Si consideri, infatti, che tali "Piani di sviluppo" comprendono anche una sezione dedicata all'assegnazione, per ciascun dirigente, di un obiettivo professionale annuale e che, l'intero documento è soggetto a continui aggiornamenti atti a recepire sia le maggiori competenze eventualmente acquisite dal dirigente, sia i cambiamenti dovuti all'evoluzione dell'attività della Struttura, cui il medesimo dirigente afferisce.

In tal modo, il modello di valutazione aziendale esistente risulterà arricchito di uno strumento "dinamico", capace di mettere in relazione il "posizionamento" del dirigente nella Struttura di appartenenza con il proprio rendimento professionale rispetto alle attività dallo stesso svolte.

In conclusione si può osservare che il sopra sinteticamente esposto sistema di valutazione è volto a far sì che l'apprendimento avvenga nel concreto dell'attività lavorativa quotidiana, attraverso una crescita continua del personale e sia, di conseguenza, modellato e tradotto in reale performance.

