



PIANO DELLA PERFORMANCE 2019 - 2021

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 2018	8
	Lo sviluppo delle attività sanitarie	13
	Lo sviluppo dell'attività di Ricerca	23
	La formazione	35
	La qualità dell'Assistenza	37
	Il ciclo della Performance	46
	Gli obiettivi strategici e istituzionali della Fondazione per l'anno 2019	47
	Il processo di Budget	50
	La valutazione del Personale	53





*Dott. Alessandro
Venturi,
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, 2019-2021, 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.

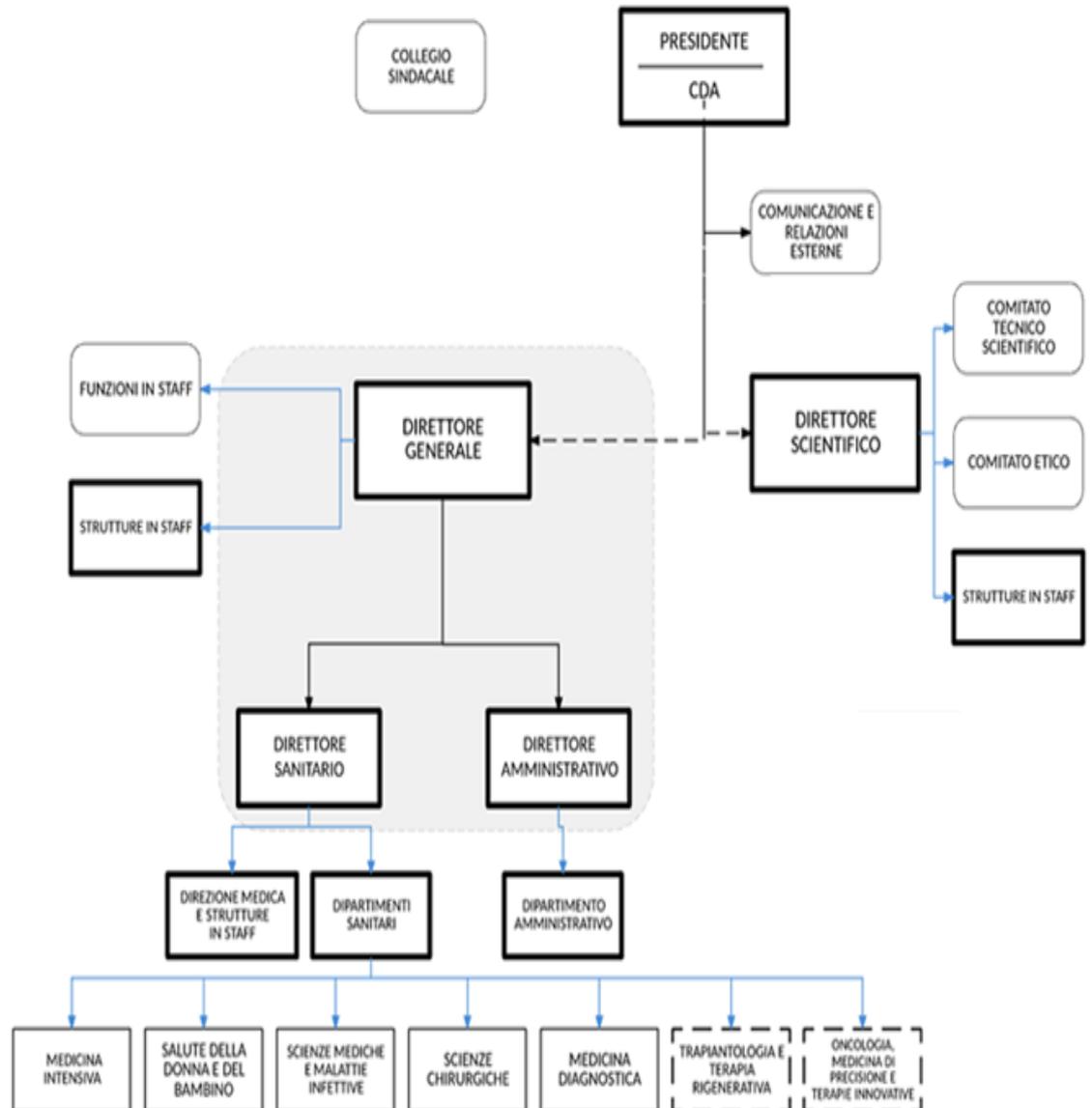




L'organizzazione

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 2018

Attività clinica

36.091
pazienti
ricoverati

102.000
accessi al
Pronto

861 posti
letto attivi

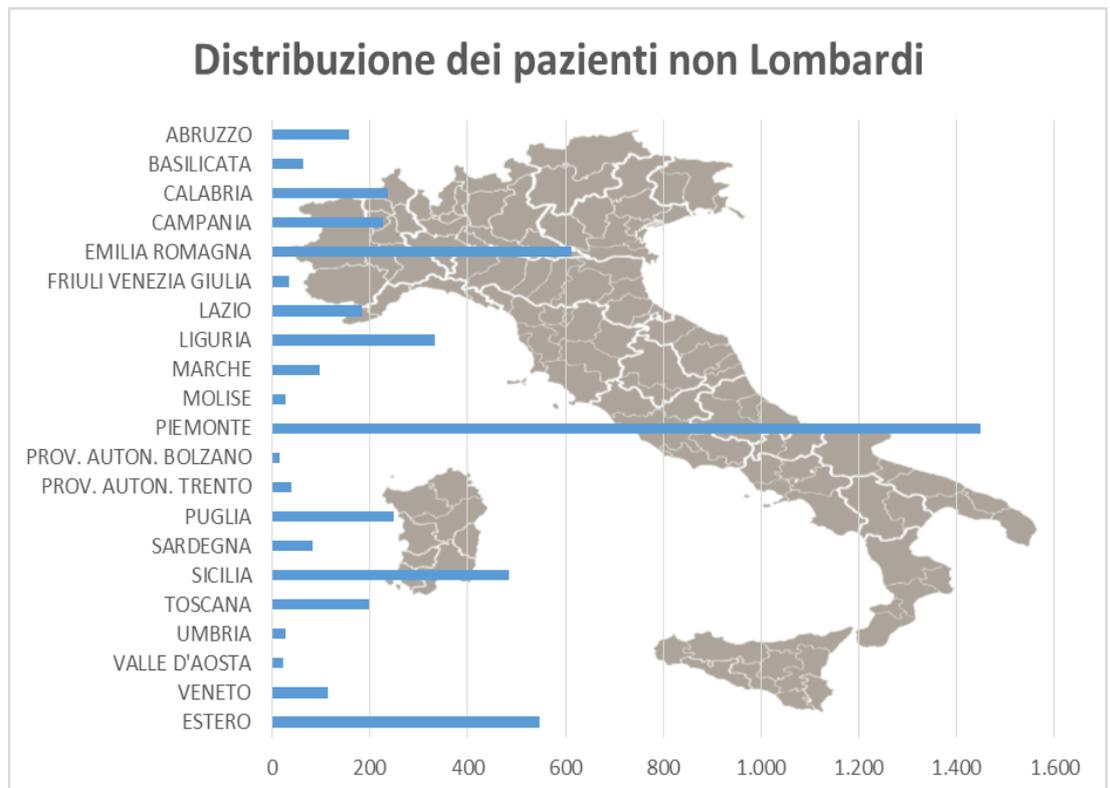
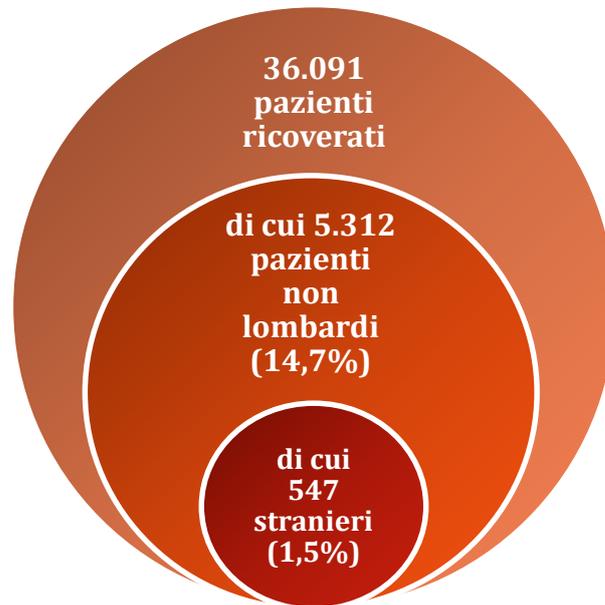
473.000
prestazioni
erogate in PS

249.000
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 obiettiva della qualità delle prestazioni e servizi erogati.”



Attività di Ricerca e Didattica

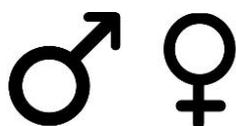
Fare ricerca è missione istituzionale degli IRCCS e il San Matteo è riferimento nel mondo per la ricerca biomedica nazionale e per le collaborazioni scientifiche internazionali.

“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

“3.332 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 2018 una netta maggioranza del personale femminile (69%) rispetto al personale maschile, in particolare tra il personale del comparto (72%). Sono donne il 56% dei Dirigenti della Fondazione.

Dati di produzione

Ricavi euro/1000

Prestazioni
sanitarie.....297.581

Entrate
diverse.....112.022

Totale.....409.603

Costi euro/1000

Personale.....160.988

Materiale e Servizi.....178.299

Altri costi.....70.316

Totale.....409.603

Ricavi

Prestazioni di
ricovero e
ambulatoriali

Altre prestazioni
sanitarie

Entrate
diverse

Costi

Materiali e
servizi

Personale

Altri costi





*Dott. A. Triarico,
Direttore Sanitario
Aziendale*

Sviluppo delle attività sanitarie

La Fondazione ha dato continuità al processo migliorativo del proprio modello assistenziale, sia integrando nella progettualità aziendale le disposizioni nazionali e regionali, che intercettando i bisogni di salute presenti a livello territoriale. In questa direzione sono state convogliate le risorse organizzative, al fine di erogare servizi aderenti al Decreto Ministeriale 70/2015 nonché alla Legge Regionale 23/2015, coerentemente al ruolo di primo piano che la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo riveste a livello regionale e nazionale.

Per il triennio 2019-2021 sono previsti molti interventi di miglioramento sia strutturale che organizzativo che si rispecchieranno nel nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico in corso di definizione.

Tra gli interventi già pianificati e prossimi alla realizzazione si vanno a descrivere in dettaglio i più rilevanti:



Trasferimento UOC Cardiochirurgia e UOC Rianimazione II-cardiopulmonare:

L'attività del reparto di Cardiochirurgia, dislocata attualmente presso il padiglione 32 "Reparti Speciali", è rivolta principalmente ai pazienti che necessitano di diagnosi e cura chirurgica di cardiopatie congenite e acquisite.

L'attività clinica è rivolta al trattamento chirurgico di:

- Cardiopatia ischemica;
- Patologie della valvola aortica, dell'aorta ascendente e dell'arco aortico;
- Patologie della valvola mitrale, della valvola tricuspide, delle patologie congenite e non dei setti cardiaci, dei mixomi e degli aneurismi post-infartuali del ventricolo sinistro, quando possibile con tecniche mini-invasive;
- Scopenso cardiaco mediante posizionamento di sistemi di assistenza cardiaca (cuore artificiale - ECMO);
- Fibrillazione atriale;
- Stenosi valvolare aortica (TAVI) mediante trans cateterismo e dell'insufficienza mitralica (MitraClip);



- Patologie toraciche di aspetto chirurgico, con particolare riguardo al campo oncologico.

Presso l'U.O.C Cardiochirurgia ha sede anche il Centro di riferimento nazionale per il trattamento chirurgico dell'ipertensione polmonare cronica tromboembolica (IPCTE). I pazienti affetti da tale patologia afferiscono al Centro da tutto il territorio nazionale, qui vengono studiati e trattati, laddove indicato, con intervento chirurgico di endoarteriectomia polmonare (EAP).

La UOC di Cardiochirurgia svolge, inoltre, attività di trapianto cardiaco, polmonare e cardiopolmonare, essendo uno dei centri trapiantologici a livello nazionale, nonché in prima linea nell'attività di ricerca, partecipando a numerosi trial clinici per lo sviluppo di nuove terapie immunosoppressive.

L'attività di ricerca svolta nella Unità Operativa di Cardiochirurgia è finalizzata principalmente a migliorare direttamente o indirettamente la qualità dell'assistenza. I principali temi della ricerca, svolta grazie a finanziamenti del Ministero della Salute, Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica, sono legati all'attività trapiantologica degli organi intratoracici e alla diagnosi e cura dell'IPTCE.

Presso la UOC di Cardiochirurgia viene svolta anche l'attività di Chirurgia Toracica che nel nuovo POAS potrà assumere dignità autonoma vista la previsione di espansione dell'attività nel prossimo triennio.

Il Padiglione 32 è dislocato nell'area storica della Fondazione, distante logisticamente dall'area che attualmente accoglie tutta l'attività dell'emergenza urgenza ad eccezione di quella cardiocirurgica. Data l'organizzazione attuale, è necessario trasferire l'attività di Cardiochirurgia ed ubicarla presso il padiglione 29 "Orto-Trauma", così da consentire l'avvicinamento al DEA e alla UOC di Cardiologia, collocata al piano 3 del DEA stesso. Tale trasferimento consentirà, inoltre, un accesso più diretto alle sale operatorie dedicate all'emergenza-urgenza e una rete più lineare per gli espanti/trapianti. Il trasferimento avrebbe l'ulteriore vantaggio di avvicinare la struttura alla nuova centrale di sterilizzazione, con evidenti miglioramenti delle attività a supporto di quella chirurgica. Inoltre, la Struttura di Rianimazione 2 Cardiochirurgica, che svolge le proprie attività in stretta relazione con la Cardiochirurgia e con la Chirurgia Toracica, verrebbe collocata in un'area limitrofa alla degenza di cardiocirurgia, presso il piano 4° del Padiglione 29, collegata funzionalmente, con percorsi dedicati al blocco operatorio, sito al 5° piano.



Questa nuova allocazione permetterà:

- L'adeguamento della struttura alla normativa vigente in termini di requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro;
- Il miglioramento del comfort alberghiero dell'utenza;
- L'ammmodernamento e il potenziamento della dotazione tecnologica;
- La razionalizzazione dei percorsi e dei processi di lavoro, favorendo l'accessibilità all'area ospedaliera ed elevando il livello di sicurezza.

In sintesi, si realizzerà un miglioramento della logistica della struttura sanitaria ed operativo delle attività assistenziali, nonché la centralizzazione dell'attività della Cardiochirurgia, che risulterà inserita nel centro nevralgico dell'ospedale, in un contesto più adeguato ed integrato. L'intervento in oggetto, nelle sue articolazioni operative per fasi e/o zone, sarà completato entro il 2020. L'attuazione dei provvedimenti avrà, come fine fondamentale, la realizzazione di interventi di qualità e tecnicamente validi, nel rispetto del miglior rapporto fra i benefici e i costi globali di realizzazione, manutenzione e gestione.



Progetto ILspa "Adeguamenti strutturali ed impiantistici finalizzati alla razionalizzazione del policlinico ad integrazione del nuovo DEA": Nel contesto del programma di investimenti ex art 20 Ln.67/1988 IV atto integrativo dell'accordo di programma quadro in materia di sanità, affidato ad Infrastrutture Lombarde spa, è prevista la realizzazione di numerosi interventi strutturali ed organizzativi, con l'obiettivo di offrire al territorio strutture all'avanguardia, più integrate e convogliate in poli d'interesse. Ciò permetterà una minore dispersione di spazi e risorse e garantirà maggiore efficienza ed efficacia, contestualmente ad outcomes qualitativi di alta specializzazione.

In particolare si interverrà sulla struttura di tre aree della Fondazione:

Il **Padiglione 7** "ex-Ostetricia e Ginecologia", costituito da 3 piani di quasi 11.000 mq totali, verrà diviso in due e una metà sarà completamente ristrutturata per garantire ambienti moderni e perfettamente in linea con le normative di settore. In questa sede si trasferiranno il Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale, oggi allocato in un Padiglione risalente agli anni 40, e il Centro Lavorazione e Validazione (CLV). Al piano -1 è prevista l'allocazione di una vasta area dedicata alla Banca Criogenica.



In continuità con il **Padiglione 10** verrà eretto un nuovo edificio di moderno design e funzionalità, posto su tre livelli, ognuno di 750 mq circa. Nei due livelli fuori terra verrà trasferita e, contestualmente, riorganizzata l'attività diurna della UOC di Ematologia e dell'UOC di Oncologia medica. L'unificazione delle attività di Day Hospital, MAC ed ambulatoriali dedicate alle patologie oncologiche ed ematologiche permetterà l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche. L'obiettivo primario dell'intervento, che si inserisce nella progettazione di un vero e proprio "Polo Oncologico" nella Fondazione, rimane sempre il miglioramento della qualità delle cure in un ambiente più moderno e sicuro a favore dei pazienti onco ematologici in corso di trattamento chemioterapico o in follow up, in linea con l'indicazione di limitare il più possibile il ricovero ordinario del paziente oncologico.

Al piano -1 sarà trasferita la UOC di Radioterapia e all'interno di tale struttura saranno installati due acceleratori lineari LINAC per radioterapia di precisione.

Il Nuovo LINAC VERSA HD, di nuova acquisizione, è una soluzione versatile per radioterapia di precisione stereotassica e non. Image guidance, collimatore 160 lamelle, lettino robotico 6D, trattamento ad alto dose-rate. Si prevede di trattare il primo paziente nel mese di dicembre 2019 (nella vecchia sede).

Parallelamente avverrà l'Upgrade dell'acceleratore LINAC già in dotazione Integrazione con image guidance e nuovo collimatore Agility da 160 Lamelle. L'operatività sulle due unità è prevista per il mese di marzo 2020.

Il terzo intervento interesserà il **Padiglione 30** (ex Malattie Infettive) costituito da 3 piani di 2500 mq circa ciascuno che verrà ristrutturato e messo a norma. In quella sede sarà messa in opera una centralizzazione delle attività ambulatoriali ancora disperse in vecchi Padiglioni extra DEA per favorire anche in questo caso la centralizzazione delle risorse ed agevolare i percorsi dei pazienti ambulatoriali.



Elisuperficie: Il San Matteo rappresenta l'HUB di riferimento provinciale e regionale per l'attività di emergenza-urgenza tra i sei "centro traumi di alta specializzazione", di trasporto pazienti in emergenza nelle ore diurne e notturne e la ricettività di tutti i pazienti previsti delle Reti di Patologie Lombarde (STEMI, STROKE, Trauma Maggiore, ecc.). L'Operatività dell'elisuperficie è prevista entro la fine dell'anno 2020.

Lo scenario che va delineandosi per il prossimo futuro per la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia relativamente alla rete dell'emergenza urgenza prevede



la riorganizzazione logistico-assistenziale del Dipartimento di Emergenza-Accettazione, con ulteriore ampliamento delle capacità recettive del Pronto Soccorso e l'attivazione della Medicina d'Urgenza.

La UOC di Pronto Soccorso della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo è EAS di Alta Specialità, con un bacino di utenza pari a circa 500.000 abitanti (Provincia di Pavia). Sono registrati circa 200 accessi /die, il 16% dei quali esita in ricovero. È centro Hub di riferimento per le patologie tempo-dipendenti, sede del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura - SPDC; gestisce tutti i pazienti adulti con malattie organiche, Centro di II livello per le emorragie digestive; Punto Nascita e centro di riferimento per la rete STEN. Il Policlinico è inoltre uno dei centri di riferimento per la terapia extracorporea ECMO (extracorporeal membrane oxygenation), sia per pazienti affetti da shock cardiogeno che da insufficienza respiratoria acuta grave refrattaria ai trattamenti convenzionali.

Rappresenta inoltre il punto di accesso per acuzie in ambito di patologie di alta specialità quali trapianto di rene, cuore, midollo e per le patologie rare.

Nel corso degli ultimi anni, ha registrato un progressivo incremento degli accessi ed un aumento della complessità del case-mix dei pazienti trattati, il 30% dei quali viene trasportato dal Sistema di Emergenza-Urgenza territoriale 118.

Nel 2018 sono stati registrati oltre 67.000 accessi, 1.585 pazienti in più rispetto all'anno 2017 (4,3 pazienti in più al giorno) con una diminuzione dei codici bianchi e verdi, e un aumento dei codici gialli, gialli a bassa intensità e rossi. In generale si evidenzia un aumento degli accessi dal 2016 al 2018 pari al 4,5%. Più in dettaglio si osserva un calo degli accessi in codice bianco (-7.7%) e verde (-3.6%) con un concomitante aumento di gialli a bassa intensità (+14.9%), gialli (+8,8%) e rossi (+39.7%).

Tutto ciò premesso, risulta improcrastinabile la realizzazione, in aree contigue al DEA, di un'elisuperficie abilitata al volo di elisoccorso nelle ore sia diurne che notturne.

Attualmente le attività di trasporto a mezzo elicottero sono condizionate sia dall'autorizzazione all'atterraggio, esclusivamente diurno, sia dalla logistica, poiché l'area utilizzata è distante dal DEA e pertanto risulta poco funzionale al trasporto di pazienti critici.

Nelle missioni di soccorso primario in fase notturna, infatti, sussistono le limitazioni vincolate alla presenza di un'elisuperficie illuminata certificata ENAC, che per il territorio di competenza della SOREU della Pianura, ad oggi, sono rappresentate dall'Ospedale Civile di Cremona e di Lodi.



La realizzazione dell'elisuperficie consentirà di qualificare ancora di più il servizio di emergenza/urgenza per i cittadini, soprattutto a favore di coloro che vivono nelle località più disagiate per orografia e difficoltà di accesso al soccorso sanitario, a partire da quelle collinari e montane, di competenza della SOREU della Pianura. In questo modo, di conseguenza, ci si propone di migliorare la sicurezza e la coesione territoriale della provincia di Pavia, nonché la sicurezza di tutta l'area di competenza della SOREU della Pianura (Province di Lodi, Cremona e Mantova).

In perfetta sintonia con tale progetto, l'AAT Pavia sta compiendo, coerentemente con gli obiettivi aziendali previsti per il 2019 dalla Direzione generale di AREU, un corposo censimento dei siti eligibili in provincia di Pavia per l'atterraggio dell'elisoccorso diurno e notturno, con particolare attenzione alle aree geografiche disagiate, con il successivo trasporto dei pazienti soccorsi al Policlinico San Matteo, sia durante la fascia oraria diurna che notturna, quest'ultima attualmente preclusa come già sottolineato. Per realizzare tale obiettivo e per supportare la volontà della Direzione di incrementare il numero di pazienti con trauma grave processati al Policlinico San Matteo, l'AAT Pavia sta svolgendo un'importante opera di coinvolgimento dei sindaci di molti comuni della nostra Provincia al fine di porre le basi per la stipula di convenzioni con la Direzione Generale di AREU per l'individuazione di siti di elisuperficie diurni e notturni.

L'intervento previsto dal progetto è finanziato dalla Regione Lombardia come dettagliato nella deliberazione di Giunta n. X/6548 datata 4 maggio 2017. La zona ove sorgerà l'elisuperficie è a vocazione sanitaria/universitaria; nella zona, infatti, oltre alla Fondazione Policlinico San Matteo, sono presenti le seguenti strutture:

- Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO)
- Fondazione IRCCS Casimiro Mondino – Istituto Neurologico Nazionale
- Fondazione IRCCS Salvatore Maugeri – Clinica del lavoro e della riabilitazione
- Università degli Studi di Pavia (sede delle facoltà di Matematica, Ingegneria, Medicina e Chirurgia, Biologia, Biotecnologie, Chimica, Fisica, etc)

L'attivazione dell'elisuperficie potrà garantire h24 interventi primari, interventi secondari tempo-dipendenti, interventi secondari non tempo-dipendenti, interventi di trasporto inter-ospedaliero urgenti, potenziando altresì tutto l'ambito trapiantologico relativamente al trasporto di organi/tessuti, di *équipes* di prelievo, di pazienti candidati al trapianto per la Regione Lombardia. L'operatività è prevista entro la fine del 2020.



In relazione alla tipologia di mezzo disponibile la Fondazione potrà beneficiare, grazie alla limitrofa presenza dell'elisuperficie, anche dei trasporti STEN (Servizio Trasporto per l'Emergenza Neonatale).



Ristrutturazione PS con attivazione Medicina d'Urgenza e ampliamento postazioni

e OBI: Al fine di permettere un ottimale svolgimento delle attività di Pronto Soccorso, è necessario garantire un sistema collegato e integrato con l'interno e l'esterno dell'ospedale. Tale progetto si pone l'obiettivo di adeguare le strutture dal punto di vista strutturale ed organizzativo alle esigenze quotidiane dell'Unità Operativa. Sarà predisposta una revisione del layout logistico organizzativo, affinché la configurazione delle aree esterne al PS e dell'ingresso consentano la massima capacità di comprensione dello spazio, delle informazioni e delle attività in corso di svolgimento. I focus principali saranno: la creazione di un ambiente confortevole e accogliente, il supporto all'autonomia del paziente o dell'accompagnatore e la valorizzazione della relazione e della comunicazione tra membri dello staff, pazienti e accompagnatori; la flessibilità dello spazio sia nelle aree di attesa che di trattamento attraverso soluzioni modulari, accompagnate da predisposizioni tecnologiche ed impiantistiche; adozione di poltrone per la visita e il trattamento al posto di letti, poiché l'allettamento rimanda ad un'esperienza di istituzionalizzazione, agendo negativamente sul benessere emotivo del paziente.

Con il nuovo assetto organizzativo, anche alla luce della prossima attivazione dell'elisuperficie, si vuole favorire l'accessibilità e la gestione dei pazienti, creare un ambiente confortevole e accogliente, supportare l'autonomia del paziente o dell'accompagnatore. Alla base della progettazione è previsto un sistema di piccole attese post triage con caratteristiche e configurazioni diverse, che segua e supporti il flusso del paziente e i tempi di attesa necessari tra una visita e quella successiva. La proposta di revisione progettuale prevede la rimodulazione delle varie aree (Triage, Codici Gialli e OBI, Codici Verdi, Codici Rossi), un incremento delle postazioni dedicate ai Codici Gialli e dei Posti letto di OBI (che passeranno dagli attuali 14 a 28) nonché la realizzazione di un'area di Medicina d'Urgenza con 10 posti letto monitorati.

Le ipotesi di miglioramento strutturale comprendono l'ampliamento e la modifica dell'Area Triage, Area Codici Gialli e OBI, Area codici Verdi e Codici Minori, Area Codici Rossi e Area Medicina d'Urgenza. Il periodo d'intervento sarà tra settembre 2019 e settembre 2020.





Avvio nuovi applicativi Hero che sostituiscono ADT e PS: Sono stati avviati i tavoli di discussione e confronto per la sostituzione degli applicativi relativi alla gestione dei pazienti in Pronto Soccorso. Gli obiettivi futuri prefissati mirano al raggiungimento di un applicativo con maggiori funzioni, integrazione e semplicità di utilizzo, che migliori l'efficienza dei processi informatici e operativi del personale sanitario.



Nomine Direttori di Struttura: Al fine di stabilizzare e completare l'organigramma nelle posizioni strategiche per la governance delle attività cliniche e sperimentali, sono in corso, o prossimi all'apertura, i procedimenti concorsuali per la nomina dei Direttori delle UU.OO. Patologia Neonatale, Malattie Infettive I, Radiologia e Laboratorio Analisi Chimico Cliniche.



Nuovo polo CUP ematologia: Al fine di garantire maggiore sicurezza e accessibilità degli ambienti agli utenti, la riorganizzazione logistica e degli spazi relativi al CUP di Ematologia sarà centrale per offrire un servizio migliore sia per fruibilità che per qualità. Tramite la separazione netta tra pazienti che necessitano di intensità di cure differenti, è predisposto un intervento che costituisca percorsi distinti per attività ambulatoriali di complessità e discipline diverse. Ad esso afferiranno, infatti, servizi diurni per molteplici UU.OO: Ginecologia, Reumatologia, Oncologia ed Ematologia.



Nuovi ambulatori ex PS: Le attività ambulatoriali di Ortopedia, Vulnologia, Chirurgia Vascolare, Neurofisiologia ed Ecografia saranno trasferite al piano 0 del Padiglione 29, in adiacenza al blocco DEA, nell'ex Pronto Soccorso. Le rispettive UUOCC sono centri ad alta specializzazione che trattano patologie complesse grazie alla collaborazione di personale sanitario specializzato. Tale trasferimento si pone l'obiettivo di avvicinare ed accorpare in uno stesso luogo più attività ambulatoriali, affinché possano essere maggiormente accessibili ed identificabili da parte dei pazienti e sia creato un ambiente integrato con l'ospedale, confortevole e adeguato alle necessità di operatori ed utenti.



Riclassificazione per l'accreditamento dei Laboratori: Alla luce della nuova normativa relativa ai requisiti minimi organizzativi e strutturali per l'attività di laboratorio pubblicata da Regione Lombardia, gli SMeL 831 e 872 di Ematologia e Citogenetica e Genetica Molecolare sono stati oggetto di riclassificazione. La verifica da parte dell'Agenzia di Tutela della Salute ha avuto complessivamente un esito positivo e



sono in corso d'opera gli ultimi adeguamenti organizzativi in linea con quanto richiesto dalla stessa Agenzia.

L'attività della U.O.C. Laboratorio Genetica, Trapiantologia e Malattie Cardiovascolari è fortemente concentrata sulla ricerca traslazionale, sullo sviluppo di programmi diagnostici clinico-patologico-molecolari innovativi per le malattie genetiche cardiovascolari. La Struttura da sempre collabora con le diverse UU.OO.CC. di questo Ente sfruttando le competenze specifiche già esistenti nell'ambito delle malattie genetiche. L'apicalità è stata conferita a gennaio 2000 per l'Area di ricerca trapiantologica funzionalmente afferente alla Direzione Scientifica, lo SMEL 872 e l'ambulatorio a questa afferenti si occupano dell'attività istituzionale erogata nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale visto il mandato di questo IRCCS di effettuare ricerca traslazionale.

La U.O.C. Ematologia dispone di un laboratorio di alta specializzazione (SMEL 831) che effettua attività finalizzate al raggiungimento di un corretto inquadramento diagnostico, prognostico e terapeutico dei pazienti affetti da neoplasie ematologiche afferenti sia alla U.O.C. Ematologia che ad altre strutture di questo Ente e ad Enti esterni. Il laboratorio si occupa esclusivamente di malattie neoplastiche ematologiche e svolge attività di Citometria Clinica ed Analisi Immunofenotipica, Citogenetica e Biologia molecolare oncoematologica. Essa opera nel campo dell'ematologia sperimentale e traslazionale, sia offrendo diagnosi tempestive e accurate ai pazienti, sia mantenendo alto il livello della ricerca e delle pubblicazioni scientifiche.

Nel 2019 e 2020 saranno svolte le medesime procedure relativamente ai Laboratori della U.O.C. Medicina Generale 2 (SMEL 847) e della U.O.C. Anatomia Patologica.



Centrale unica di sterilizzazione: È stata ultimata la realizzazione della nuova centrale unica di sterilizzazione presso il piano -1 del DEA, avviando l'attività nel mese di novembre 2018.

La centralizzazione delle attività di sterilizzazione ha l'obiettivo 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 ha accolto, nell'immediato, le attività precedentemente svolte presso i poli periferici collocati nel Padiglione dei Reparti Speciali e della Pediatria e,



successivamente, sostituirà la centrale attualmente ubicata presso il Padiglione di Ortopedia.

La progettazione della centrale ha coinvolto 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.

In futuro saranno tenuti ulteriori tavoli di discussione ed aggiornamento per accompagnare e migliorare il percorso di centralizzazione dei ferri chirurgici, attività complessa e strategica.





**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.

2. TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI E MALATTIE CURABILI CON TRAPIANTO

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

- 1) studio della architettura clonale delle neoplasie mieloidi e basi genotico-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 mieloablativo 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). In ambito oncoematologico pediatrico, il razionale si basa sulla necessità di identificare i meccanismi di malattia e le cause delle patologie trapiantabili, come per es. 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) sviluppo della tecnologia CAR-T nel trattamento delle neoplasie ematologiche del bambino e dell'adulto
- 2) applicazione delle cellule staminali mesenchimali (MSC) in malattie genetiche, ematologiche, infiammatorie croniche, neoplastiche, ischemiche croniche, e dermatologiche;
- 3) generazione di induced pluripotent stem cells (iPSC) per lo studio delle malattie native genetiche e non e test farmacologici;
- 4) studio ex vivo della funzione midollare, in particolare la funzione megacariocitaria e piastrinogenesi ex vivo.

La terapia con **Chimeric Antigen Receptor T-cells (cellule CAR-T)** è una nuova classe di immunoterapia cellulare per il trattamento del cancro. Questa terapia cellulare sfrutta l'abilità naturale delle cellule T di penetrare nei tessuti, attivarsi, amplificarsi ed eliminare le cellule bersaglio. La terapia con cellule CAR T si basa



sulla manipolazione genica ex-vivo dei linfociti T propri del paziente per mezzo di vettori lentivirali o retrovirali o sistemi di trasferimento genico non virale, per esprimere CARs ingegnerizzati per uno specifico bersaglio tumorale. Queste cellule CAR-T riprogrammate sono quindi espanse, selezionate se necessario, e rinfuse nel paziente dopo un trattamento condizionante immunosoppressivo. Le potenzialità di questo approccio terapeutico in oncologia ed ematologia sono molto grandi e pertanto lo sviluppo di questa tecnologia riveste una grande rilevanza strategica. La Direzione Strategica ha messo in atto una serrata serie di azioni nel giugno-luglio 2019 per avviare un programma CAR-T presso il San Matteo, inserito nel piano nazionale del Ministero della Salute.

La caratterizzazione delle proprietà immunomodulanti, immunocompetenza e biosicurezza 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 pz 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.

Una diagnostica precoce e patogeno-specifica delle infezioni può orientare la terapia e guidarne il 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, e le patologie linfoproliferative virus indotte.

5. MALATTIE CRONICHE SU BASE IMMUNITARIA E IMMUNOINFETTIVA. IMMUNOTERAPIA

L'attività della linea di ricerca si articola in 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. Sono inoltre compresi trials con nuove molecole biologiche ad elevata efficacia nelle patologie autoimmuni e monitoraggio infettivologico dei soggetti immunocompromessi. Lo sviluppo di nuove strategie terapeutiche è possibile soltanto in un ambiente caratterizzato da un approccio multidisciplinare.

Le malattie internistiche a patogenesi immunitaria sono in crescente aumento. 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 malattie 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 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 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, quali quelli basati sul "gene silencing" rende necessaria l'esecuzione di studi clinici controllati per la definizione del profilo di sicurezza ed efficacia.

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 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 la terapia mirata di malattie oncologiche.

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

Questa linea è focalizzata sulla ricerca clinica. La ricerca clinica contribuisce al miglioramento delle prospettive terapeutiche nelle diverse patologie sia in termini di terapie più efficaci /o meglio tollerate, sia in termini di sviluppo di strategie di trattamento che stabiliscano il “place in therapy” delle opzioni di cura disponibili. Inoltre, un'attività di ricerca clinica ad alto livello è associata ad una migliore qualità dell'assistenza, perché fare ricerca clinica costringe ad un confronto continuo con le strutture sanitarie che a livello internazionale operano ai più alti livelli. 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. La disponibilità nel San Matteo 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.



**Collaborazioni scientifiche:**

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 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. 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 2019.

**Riorganizzazione del personale precario della ricerca:**

Con la L 205/2017 (Legge di Bilancio 2018) è stato 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.



Attivazione dell'Ufficio per il Trasferimento Tecnologico:

L'obiettivo del trasferimento tecnologico è di promuovere il processo di innovazione e la crescita economica, con il fine ultimo di migliorare la cura del paziente. Nel corso del 2018 è stata formalizzata la consulenza della Dr.ssa Laura Spinardi per la gestione del TTO. In questi ultimi mesi è stato elaborato un progetto per la costituzione di un **Ufficio di Trasferimento Tecnologico congiunto tra i quattro IRCCS pubblici lombardi** come strumento sinergico per tutelare e valorizzare l'innovazione della ricerca traslazionale e per favorire la creazione di canali collaborativi con le imprese e gli altri soggetti operanti nel settore delle scienze della vita. Il progetto è stato approvato dalla Regione Lombardia nel luglio 2019 e finanziato con 2 milioni di euro.



Attivazione del Grant Office:

Nel corso del 2019 è stato attivato il Grant Office con l'acquisizione di due unità che completano l'organico previsto. 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).



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 risorsa per la diagnosi e per la ricerca da quella di base a quella traslazionale. Il Direttore Scientifico ha promosso il censimento delle biobanche e delle raccolte di campioni in Policlinico per definirne le tipologie e i ruoli e ha presentato al Consiglio di Amministrazione nella seduta del 18 ottobre 2018 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. Complessivamente, sono risultate presenti nel San Matteo n. 7 biobanche organizzate in unità tecniche con criteri di qualità, ordine e destinazione, finalizzate alla raccolta, lavorazione, conservazione, e distribuzione di materiale biologico umano a fini di ricerca. Sono inoltre presenti n. 44 raccolte di campioni per lo più collegate a studi di singoli o gruppi di ricercatori; che non sono organizzate secondo criteri di qualità, ordine e destinazione.

Le 7 biobanche sono accreditate e operano in locali idonei.

Le 44 raccolte di campioni sono disperse nel Policlinico in locali non idonei e non sono organizzate secondo criteri di qualità.

Si è proceduto al censimento degli strumenti di stoccaggio, contenitori criogenici e congelatori a -80°C , che sono risultati essere 64 e 44, rispettivamente. Ad ogni gruppo di ricerca è stata inoltre chiesta la previsione delle necessità di stoccaggio per i prossimi 10 anni. Sono stimati 32 nuovi congelatori a -80°C e 25 nuovi contenitori criogenici.

Inoltre, su iniziativa del Direttore Generale, Dr. Carlo Nicora, è stata offerta, nell'aprile 2019, la possibilità di partecipare ad un singolo Centro Risorse Biologiche alla Fondazione Maugeri e all'Istituto Mondino. Invito accolto positivamente con l'invio delle necessità di bancaggio delle due Istituzioni nei prossimi 10 anni.

Per la realizzazione del Centro Risorse Biologiche del San Matteo, è stata individuata una zona al piano -1 interrato del pad. 07, di complessivi 800 mq. Il costo della



ristrutturazione è stato stimato di € 1.190.000.00 e potrebbe essere coperto da fondi della Direzione Scientifica.

I tempi di preparazione dei locali sono stati stimati in 6-9 mesi. E' prevista anche una unità di personale laureato in biologia/biotecnologie come responsabile del Centro Risorse Biologiche del San Matteo, che si occuperà anche di tutti gli aspetti inerenti il controllo della qualità e delle SOP, e di un tecnico di laboratorio, utilizzando personale già in ruolo presso il Laboratorio di Biotecnologie.





*Dott.ssa D. De Amici,
Responsabile
Struttura Formazione
e Sviluppo*

Formazione

All'interno di una organizzazione sanitaria la formazione dei professionisti deve realizzarsi tramite programmi finalizzati a migliorarne le competenze e le abilità anche in ragione del progresso scientifico e tecnologico avendo come fine ultimo la qualità dei servizi erogati ai pazienti. L'erogazione della formazione si ispira al principio di trasparenza e i contenuti formativi e gli obiettivi didattici devono essere indipendenti da interessi commerciali.

La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo intende favorire per i propri dipendenti una formazione utile che sviluppi le risorse umane promuovendone le competenze; una formazione consapevole di dimensioni non solo prettamente tecnico specialistiche, ma anche relazionali, gestionali e manageriali; una formazione che sostenga le fasi della programmazione e pianificazione strategica; una formazione efficace ed efficiente che persegua l'obiettivo del miglioramento continuo.

La Fondazione è Provider Regionale ECM-CPD ((Continuous Professional Development - Sviluppo Professionale Continuo). La gestione della formazione in Fondazione è assegnata alla U.O. Formazione e Sviluppo che 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). Il Piano Formativo Aziendale (PFA) costituisce il cuore del sistema di governo della formazione. E' il documento ufficiale di programmazione e formalizzazione del budget e delle risorse (umane, economiche, strumentali) da dedicare alla formazione del personale dipendente nel quale si legge la strategia aziendale. E' quindi uno strumento essenziale per il buon funzionamento del sistema organizzativo e per la programmazione delle attività formative previste nell'arco temporale di riferimento definite in termini di priorità, destinatari, risorse, modalità formative regionali (strategica, trasversale, obbligatoria-normata, aperta agli esterni). Il PFA copre un orizzonte strategicamente e operativamente significativo, in modo da delineare gli interventi formativi con un respiro sufficientemente ampio da poterne governare complessivamente gli effetti e le ricadute sul personale, ed allo stesso tempo definire un budget di riferimento chiaro per la gestione.



Il PFA viene elaborato e formulato sulla base:

- Degli indirizzi e obiettivi nazionali e regionali;
- Della normativa sul sistema di Educazione Continua in Medicina;
- Della rilevazione e dell'analisi dei fabbisogni formativi;
- Della valutazione della formazione pregressa e degli eventi critici;
- Dell'analisi della situazione esistente e degli indirizzi e obiettivi strategici aziendali;
- Degli adempimenti normativi;
- Dei piani formativi regionali e nazionali, linee guida e documenti programmatici regionali;
- Delle priorità degli interventi formativi in sintonia con gli obiettivi definiti dalla Direzione Strategica Aziendale;
- Delle indicazioni e informazioni fornite dal datore di lavoro attraverso il Servizio Prevenzione e Protezione/Medici Competenti.

I macro-obiettivi del PFA sono legati:

1. Agli obiettivi del Direttore Generale;
2. Alla sicurezza e salute del lavoro come misura di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali;
3. Alla cultura della donazione di organi e tessuti insieme al Centro di Coordinamento di prelievi e trapianti d'organo;
4. Alla diffusione intraospedaliera della gestione dell'emergenza urgenza;
5. Alla gestione delle infezioni emergenti ospedaliere;
6. All'aumento delle conoscenze metodologiche di approccio alla ricerca clinica;
7. All'integrazione e valorizzazione delle risorse umane con promozione dei percorsi di inserimento per il personale neoinserto e neoassunto.





Dott. Carlo Nicora,
Direttore Generale

Qualità dell'assistenza

Anche per l'anno 2019, 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 2019 il percorso di autovalutazione e monitoraggio delle performance aziendali nell'ambito del programma regionale per il "Miglioramento della Qualità e Sicurezza del paziente".

Per il 2019 la Fondazione è in attesa delle nuove indicazioni in merito all'eventuale visita on site da parte del servizio di supporto regionale esterno alla valutazione dei processi di Autovalutazione, servizio che ha collaborato a realizzare la 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 2019 la Fondazione si impegnerà in attività finalizzate al monitoraggio e alla gestione del rischio clinico, in ottemperanza a quanto richiesto dalle "Linee Guida attività di Risk Management – Anno 2019. I progetti



operativi del Piano di Risk Management per l'anno 2019 ineriscono principalmente l'ambito della prevenzione delle infezioni/sepsi e alla prevenzione del rischio nella terapia farmacologica.

Parallelamente proseguiranno le attività in tema di Risk Management rivolte alle tematiche di seguito riportate:

- Area Travaglio/Parto.
- Infezioni/sepsi.
- Sicurezza in sala operatoria.
- Rischio farmaci:
 - o la ricognizione e riconciliazione terapeutica tra i diversi setting di cura;
 - o la prevenzione di errori di terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.
- Rischio in ambito di impiego delle radiazioni.
- Violenza a danno degli operatori.
- Implementazione delle 18 Raccomandazioni del Ministero della Salute.

In merito a quest'ultima tematica i documenti aziendali pubblicati recepiscono oltre l'80% delle Raccomandazioni ministeriali, in conformità a quanto richiesto da Regione Lombardia. Tali documenti nel corso del 2019 saranno oggetto di rivalutazione critica, allo scopo di apportare eventuali azioni migliorative o modifiche organizzative. Nel corso del 2019, inoltre, si procederà all'implementazione della Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.

Area Travaglio/Parto

Nel corso dell'anno 2019, la Fondazione intende:

- Proseguire la registrazione e la segnalazione dei trigger, "materni" e "fetali/neonatali", provvedendo ad effettuare audit dedicati ai trigger più rilevanti, secondo quanto previsto dalle indicazioni regionali;



- Introdurre un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per l'individuazione e la gestione della sepsi in ambito ostetrico;
- Proseguire l'invio delle segnalazioni all'ISS-Ministero della Salute relativi a:
 - Sorveglianza della mortalità materna e collaborazione con i Comitati delle Indagini Confidenziali all'analisi dei casi,
 - Sorveglianza della mortalità perinatale (progetto di regione iniziato nel 2017) near miss ostetrici in Italia: la sepsi, l'eclampsia, l'embolia del liquido amniotico l'emoperitoneo spontaneo in gravidanza,
- Utilizzare la Scheda Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS) in reparto e in Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico, quale parte integrante della documentazione clinica, in sostituzione della precedente scheda parametri al fine di riconoscere tempestivamente la donna gravida con quadro clinico critico.

Area Infezioni – SEPSI

Nel corso dell'anno 2019, la Fondazione intende:

- Proseguire gli incontri del Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) e l'attuazione del piano operativo 2019;
- Proseguire il progetto "Lotta alla Sepsì" (anni 2018-2019). Il progetto si è posto l'obiettivo di diffondere nel personale medico, infermieristico ed ostetrico della Fondazione le conoscenze per intercettare ed intervenire tempestivamente i casi di sepsi mettendo in atto i corretti comportamenti. Per l'anno 2019 la Fondazione si propone i seguenti obiettivi:
 - Elaborare bozza di un documento dedicato al riconoscimento precoce e alla gestione della sepsi in ambito pediatrico. Sarà costituito un Gruppo di Lavoro composto da rappresentanti di tutte le figure professionali coinvolte nella gestione del paziente pediatrico in Fondazione. Il documento sarà redatto contestualizzando gli indirizzi regionali nella nostra realtà operativa;
 - Promuovere l'adesione ai PDTA dedicati (adulto e sepsi in ostetricia) all'interno della Fondazione;



- Introdurre nella documentazione clinica la scheda MEOWS in sostituzione della precedente Scheda parametri utilizzata in ostetricia (PS e reparto) al fine di facilitare l'identificazione delle pazienti a rischio sepsi;
- Valutare retrospettivamente, attraverso la conduzione di audit sulle cartelle cliniche, con coinvolgimento dei clinici, i casi di sepsi severa e di shock settico sepsi caricati sul Portale di Governo Regionale per monitoraggio dell'adesione a quanto previsto dalla normativa regionale, recepita nel PDTA aziendale Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per il riconoscimento precoce e il trattamento iniziale della sepsi e dello shock settico nell'adulto;
- Svolgere attività formativa nell'ambito prevenzione delle infezioni rivolte rispettivamente ai dirigenti sanitari medici e ai professionisti sanitari appartenenti al comparto ossia:
 - Corso residenziale destinato ai professionisti sanitari Medici e Infermieri, "La corretta gestione degli accessi vascolari in Fondazione alla luce delle più recenti Raccomandazioni" rivolto all'area critica e chirurgica e all'area medica e materno-infantile;
 - Corso FAD "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, al fine di evitare la trasmissione di microrganismi;
 - Corso FAD: "Lotta alla sepsi ospedaliera"
 - Corso FAD: "Sorveglianza e controllo delle malattie infettive"
 - Formazione su campo "Infezioni in gravidanza: prevenzione, diagnosi e terapia"
 - Formazione sul campo "Percorso di Stewardship nella gestione e controllo delle infezioni ospedaliere".

*Area Sicurezza del
malato in Sala
Operatoria*

Nel corso dell'anno 2019, la Fondazione intende:

- Proseguire con il progetto aziendale Peer review in chirurgia, formalizzato come formazione sul campo aziendale (gruppo di lavoro costituito da UOC Qualità e Risk management - URP, Direzione Medica di Presidio e SITRA, con il coinvolgimento dei coordinatori infermieristici e degli anestesisti responsabili dei singoli blocchi operatori). Verranno condotti, a partire dal mese di maggio, sopralluoghi presso i differenti Blocchi operatori della Fondazione, per la verifica sul campo dell'aderenza a quanto previsto dalle Raccomandazioni Ministeriali 2 e 3, attraverso l'utilizzo della Check list 2.0. I riscontri rilevati durante i sopralluoghi saranno poi discussi nell'ambito di audit clinici condotti con le UOC chirurgiche oggetto delle osservazioni;
- Effettuare sopralluoghi, presso i Blocchi Operatori, dedicati al monitoraggio della marcatura dei siti chirurgici, sensibilizzando il personale sanitario all'applicazione della procedura e alla corretta compilazione delle Check List di sala operatoria, con trasmissione delle evidenze riscontrate mediante report periodici;
- Proseguire con l'utilizzo della Check List di verifica per la sicurezza del malato dedicata alle Sale Interventistiche della Fondazione;
- Monitorare l'adesione al nuovo protocollo di profilassi antibiotica perioperatoria;
- Promuovere interventi di prevenzione delle infezioni del sito chirurgico con piena adesione alle norme comportamentali raccomandate dalla letteratura all'interno e all'esterno dei Blocchi operatori;
- Diffondere cartellonistica dedicata per promuovere il corretto dress code da parte degli operatori afferenti ai Blocchi Operatori;
- Svolgere la formazione sul campo "Perfezionamento gestione processo sterilizzazione nella nuova centrale di sterilizzazione DEA", rivolta agli operatori che lavorano nella nuova centrale di sterilizzazione.



Area dedicata alla prevenzione del Rischio nell'utilizzo dei farmaci

Nel corso dell'anno 2019, la Fondazione intende:

- Pianificare incontri di stewardship antibiotica in osservanza al Piano Nazionale Contrasto Antibiotico Resistenza con UOC Malattie Infettive, Laboratorio di Microbiologia e Virologia e Farmacia
- Proseguire l'inserimento all'interno del sistema di richiesta informatico dedicato dei protocolli di trattamento con farmaci antiblastici, in modo da ridurre la possibilità di errore prescrittivo in tale tipologia di farmaci, la cui preparazione è da anni già centralizzata ed a cura della UOC Farmacia.
- Svolgere attività formativa nell'ambito del Rischio Clinico nella terapia farmacologica:
 - Formazione residenziale "Gestione del Rischio Clinico nella terapia farmacologica, prevenibilità del rischio nella terapia farmacologica, gestione delle reazioni avverse nei farmaci e promozione della farmacovigilanza", 2 edizioni.
 - Formazione residenziale "Gestione della Farmacovigilanza nella pratica clinica: riconoscere e segnalare reazioni avverse a Farmaci e Vaccini", 4 edizioni.
 - Formazione sul campo "Sensibilizzazione e promozione della segnalazione di sospette reazioni avverse a farmaci".
 - Formazione sul campo "Aggiornamento professionale in oncoematologia: aggiornamento delle procedure nuovi farmaci, nuove sperimentazioni cliniche".
 - Formazione residenziale "La gestione del dolore in Pronto Soccorso: valutazione multidimensionale".
 - Formazione sul campo "Il paziente in Terapia Intensiva Cardiochirurgica: revisione e aggiornamento delle nuove tecnologie e terapie farmacologiche, gestione del dolore".
- Implementare la Raccomandazione Ministeriale n. 17 sulla Ricognizione e Riconciliazione farmacologiche, al fine del contenimento del rischio di errori nella



gestione della terapia farmacologica nel momento di transizione del paziente tra setting di cura diversi. In particolare intende proseguire il progetto interaziendale di risk management “La ricognizione e riconciliazione terapeutica tra i diversi setting di cura” iniziato nel 2018 in collaborazione con ASST e ATS di Pavia attraverso:

- La diffusione dello strumento per la ricognizione/riconciliazione farmacologica nei prericoveri chirurgici della Fondazione;
 - La diffusione dello strumento per la ricognizione/riconciliazione farmacologica nei reparti internistici della Fondazione, integrandolo all'interno della cartella clinica informatizzata, qualora questa venisse avviata;
 - La realizzazione di attività formativa in ambito di prevenzione degli errori nella terapia farmacologica, sia interna, sia interaziendale con ATS e ASST di Pavia;
 - La messa in evidenza nella lettera di dimissione l'avvenuta riconciliazione della terapia farmacologica da proseguire dopo la dimissione, come chiara informativa per il paziente e come aggiornamento per il MMG;
 - La sensibilizzazione dei cittadini all'uso sicuro dei farmaci e all'importanza di avere sempre con loro la lista di farmaci che assumono (attraverso diffusione poster regionale / informative ministeriali).
- Ricepire la recente raccomandazione ministeriale n.18 “Prevenzione degli errori in terapia conseguenti l'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli” realizzando in progetto biennale (2019-2020) che prevede:
- La ricognizione delle abbreviazioni/acronimi/sigle/simboli attualmente in uso nella gestione della terapia farmacologica;
 - La definizione, a livello aziendale, delle abbreviazioni / acronimi / sigle / simboli consentiti e non consentiti nella gestione della terapia farmacologica, con relative modalità di utilizzo;
 - La progettazione di nuovo Foglio Unico di Terapia, nell'eventualità dell'informatizzazione del processo di gestione della terapia farmacologica;



- La verifica dell'avvenuto recepimento delle direttive aziendali

Area dei Rischi in ambito di impiego delle radiazioni

Al fine di migliorare la sicurezza del paziente sottoposto a radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, la Fondazione parteciperà al gruppo di lavoro regionale dedicato, con l'obiettivo di definire modelli organizzativi / buone pratiche per ridurre i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni, in recepimento della direttiva europea 2013/53/EURATOM del Consiglio Europeo.

Area relativa alla Violenza a danno degli operatori

In recepimento della raccomandazione n.8, proseguirà nel corso del 2019 la formazione residenziale "Prevenzione e gestione degli atti di violenza nei luoghi di lavoro", aperto sia agli operatori del Policlinico San Matteo sia dell'ASST di Pavia. Tale corso ha l'obiettivo di favorire, attraverso la formazione e la condivisione di filmati/casi interattivi, l'apprendimento di metodi psicologici per controllare l'aggressività degli utenti, evitando la degenerazione in forme violente.

Altre attività relative a monitoraggio e trasparenza dei dati

Altre attività relative alla qualità e sicurezza delle cure riguardano i monitoraggi, la trasparenza dei dati e la partecipazione agli eventi formativi organizzati da Regione Lombardia. In riferimento agli ambiti suddetti la Fondazione per il 2019 intende proseguire i seguenti monitoraggi:

- Monitoraggio e gestione degli Eventi Sentinella, anche aggiornando il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità;
- Aggiornamento dei Trigger materni e fetali attraverso flusso CedaP;
- Aggiornamento puntuale e preciso del Data Base regionale, che raccoglie i dati inerenti i sinistri/le richieste di risarcimento, le cadute e gli infortuni occorsi in Fondazione. In collaborazione con la UOC Avvocatura Legale e Contenzioso per la sezione relativa ai sinistri e la UOC Prevenzione e Protezione per la sezione relativa agli infortuni

Per l'ambito relativo alla Trasparenza dei Dati nel corso del 2019 si provvederà, così come richiesto dalla Legge 24/2017, alla pubblicazione sul sito della Fondazione di:

- Relazione Annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura;



- Importo dei Risarcimenti erogati relativamente alla richiesta di risarcimento in ambito di Risk Management, con riferimento all'ultimo quinquennio.

In merito alla partecipazione ai Network/Eventi Formativi nel 2019 proseguirà la partecipazione agli eventi organizzati da Regione Lombardia in tema di gestione del rischio e contenzioso.

Percorsi Diagnostico Terapeutici

Anche per il 2019 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 2019, 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 2019 si proseguirà con tale attività, con l'obiettivo di favorire la comunicazione con il cittadino e ridurre situazioni di conflittualità all'interno della Fondazione, avvalendosi del supporto di mediatori di ATS ed ASST in attesa della formazione di nuovi mediatori all'interno della Fondazione.





Dott. V. Petronella,
Direttore
Amministrativo

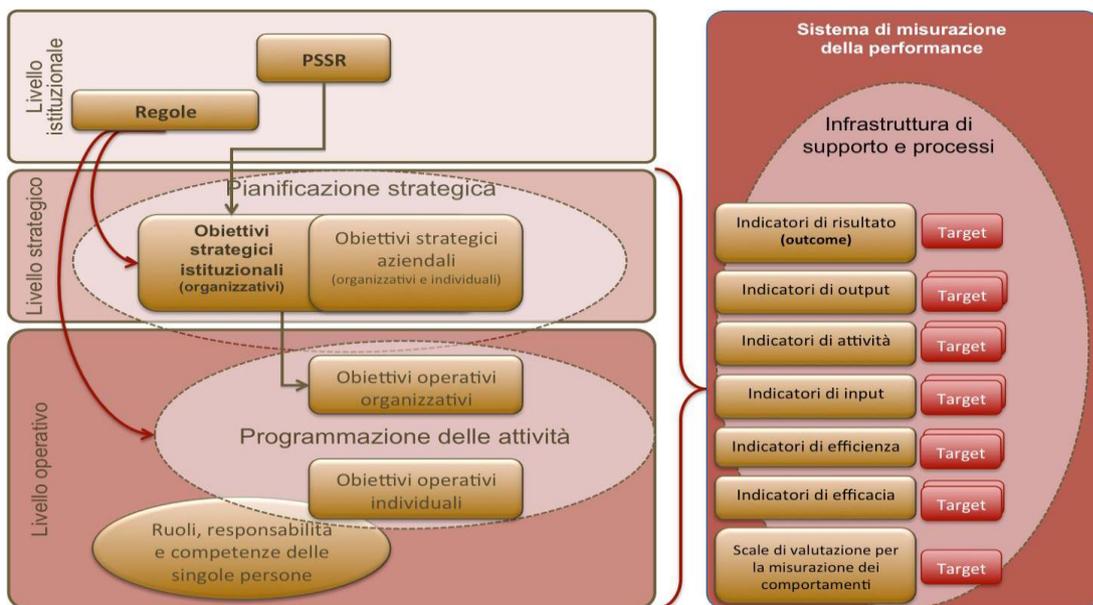
Il ciclo della Performance

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. Carlo Nicora,
Direttore Generale

Gli obiettivi strategici e istituzionali della Fondazione per l'anno 2019

Di seguito si riportano gli obiettivi strategici della Fondazione per l'anno 2019 derivati dalla normativa nazionale e dagli atti di programmazione regionale.

Con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 5/C.d.A./0039 del 14/05/2019 sono stati assegnati al Direttore Generale i seguenti obiettivi per l'anno 2019:

Obiettivi assegnati dal CdA

Obiettivo	Indicatore	Peso
Elisuperficie e riorganizzazione del Pronto soccorso	Progetto esecutivo e piano organizzativo	20
Polo oncoematologico	Validazione progetto esecutivo e predisposizione di piano organizzativo	20
Sviluppo attività di Radioterapia	Attivazione del nuovo acceleratore e aggiornamento dell'esistente con mantenimento dell'attività clinica	10
Gestione del patrimonio disponibile	Predisposizione di un percorso di ricognizione	10
Rapporti con Università	Predisposizione di convenzione tra gli enti	15
Rapporti con IRCCS e altre ASST	Sviluppo di collaborazioni clinico, assistenziali e di ricerca per consolidare il ruolo di HUB del San Matteo	15
Obiettivi chiave anno 2019 della Regione Lombardia	Raggiungimento e rispetto degli indicatori regionali	10
TOTALE PUNTEGGIO		100



Obiettivi di derivazione regionale

La Deliberazione di Giunta Regionale n. XI/1681 del 27/05/2019 (“Determinazioni in ordine al sistema di valutazione dei Direttori Generali delle ATS, ASST e di AREU e alla corresponsione del relativo incentivo economico – Anno 2019”) ha stabilito gli obiettivi dei Direttori Generali degli IRCCS. Si tratta di obiettivi specifici individuati per ciascun Istituto a seguito degli incontri svoltisi tra la Direzione Generale Welfare e le Direzioni strategiche delle A.T.S., A.S.S.T., A.R.E.U. e I.R.C.C.S:

Obiettivi specifici Policlinico San Matteo di Pavia

Sviluppo di progettualità inerenti l'organizzazione delle sale operatorie con mantenimento/l'incremento chirurgia toracica, cardiocirurgia e ortopedia secondo le indicazioni del gruppo di lavoro regionale finalizzate alla implementazione della gestione e efficientamento attività.	Attività di chirurgia toracica e cardiocirurgia 2019 > 2018 (tornare a livello minimo casistica alta specialità): <ul style="list-style-type: none"> - Chirurgia toracica: +50 interventi; - Cardiocirurgia: +37 interventi; - Ortopedia: n. interventi 2019 > 2018 	25
Definire in sede di programmazione il numero e la tipologia di interventi in chirurgia robotica e il relativo budget per dispositivi medici. L'obiettivo è quello di rispettare tale budget	Attività di chirurgia robotica e, 2019 = 2018 TAVI, con valutazione di appropriatezza ARTIM, incremento di 14 interventi	15
Dipartimento interaziendale di fisica sanitaria	Presentazione e approvazione regionale del progetto	20
Verificare puntualmente il livello dei costi per 1.000€ di fatturato di produzione per l'area cardiologica, al fine di evitare che in corso d'anno si verifichino incrementi non previsti e concordati in sede di programmazione	Mantenimento costi presentati a preventivo 2019	15
Chiudere gli appalti specifici riguardanti i tre servizi non sanitari più importanti messi in gara da Arca: pulizie, lavanolo e ristorazione. Tutto il risparmio previsto per pulizia e lavanolo deve essere portato nel bilancio 2019, per la ristorazione verificare l'impatto per il 2019 del nuovo contratto già avviato. Tale impatto deve essere poi mantenuto durante l'anno	Lavanolo: chiusura appalto entro 30/04 e contestuale avvio procedura per appalto specifico; Pulizie: avvio procedura per appalto specifico entro 31/05 Avvio di entrambi i servizi il 01/10 Scadenze precedenti appalti: Pulizia 31/07, lavanolo 30/09 Presentazione di relazione con approvazione regionale	10



Presenza in carico	Incremento gestione pazienti cronici "rossi" Messa a disposizione slot per le cooperative che ne fanno richiesta	15
TOTALE PUNTEGGIO		100





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

La programmazione annuale. Il processo di budget 2019

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:
Marzo: Riunioni di budget e formalizzazione schede per Strutture (25-29 marzo),



Mensilmente a partire dal mese successivo: Analisi scostamenti rispetto agli obiettivi quantitativi ed eventuale revisione obiettivi,

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

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

Gli obiettivi 2019

Il quadro di riferimento per l'anno 2019 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 e qualitativi:

Gli obiettivi quantitativi dell'area sanitaria

Gli obiettivi quantitativi di sistema, derivanti dall'applicazione delle linee guida di budget riguardano attività e risorse. Al fine di agevolare il raggiungimento di questo obiettivo già dal mese di febbraio 2019 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.

Nello specifico, le aree di interesse riguardano:

- Attività di degenza e di ambulatorio;
- File F;
- Consumi sanitari escluso file F:

Gli obiettivi qualitativi dell'area sanitaria

Per quanto riguarda gli obiettivi qualitativi rivolti alle UO dell'area sanitaria, particolare attenzione è stata posta alle richieste di:

- Consolidamento della sensibilizzazione degli operatori sanitari alla segnalazione di sospette reazioni avverse a farmaco;
- Monitoraggio della qualità percepita dall'utenza;
- Formazione sulla metodologia HTA come da Regole 2019;
- Revisione inventario delle risorse strumentali in carico alla U.O.C.;



- Impact Factor;
- Puntuale gestione clinica ed amministrativa delle prestazioni ambulatoriali;
- Referti Ambulatoriali firmati SISS;
- Miglioramento tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali monitorate;
- Ricette Dematerializzate.

*Gli obiettivi dell'area
amministrativa*

Alcuni degli obiettivi di Budget 2019 per le UO dell'area amministrativa, condivisi da più Strutture, sono:

- Implementazione degli ordini elettronici (NSO) e integrazione NECA;
- Percorso di Certificabilità dei Bilanci;
- Tempestività della liquidazione tecnica delle fatture;
- Mantenimento della Certificazione UNI EN ISO 9001:2015;
- Gestione del Patrimonio Immobiliare.





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 ultra quinquennale 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 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.

