



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

# RELAZIONE PERFORMANCE

*Anno 2018*



	Premessa	1
	La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo	2
	Il ciclo della performance	7
	Raggiungimento degli obiettivi strategici istituzionali	8
	Equilibrio economico finanziario	30
	Andamento dell'attività sanitaria	35
	Andamento dell'attività di Ricerca e Didattica	63
	Qualità dell'Assistenza	70
	Formazione	74
	Raggiungimento obiettivi operativi di budget	77



*Dott. Giorgio  
Girelli,  
Presidente*

## Premessa

---

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

La presente relazione è lo strumento che conclude il ciclo di gestione della performance 2018 ed evidenzia i risultati rispetto agli obiettivi indicati nel Piano delle Performance 2016-2018 - revisione 2018, adottato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 85 del 17/12/2018.

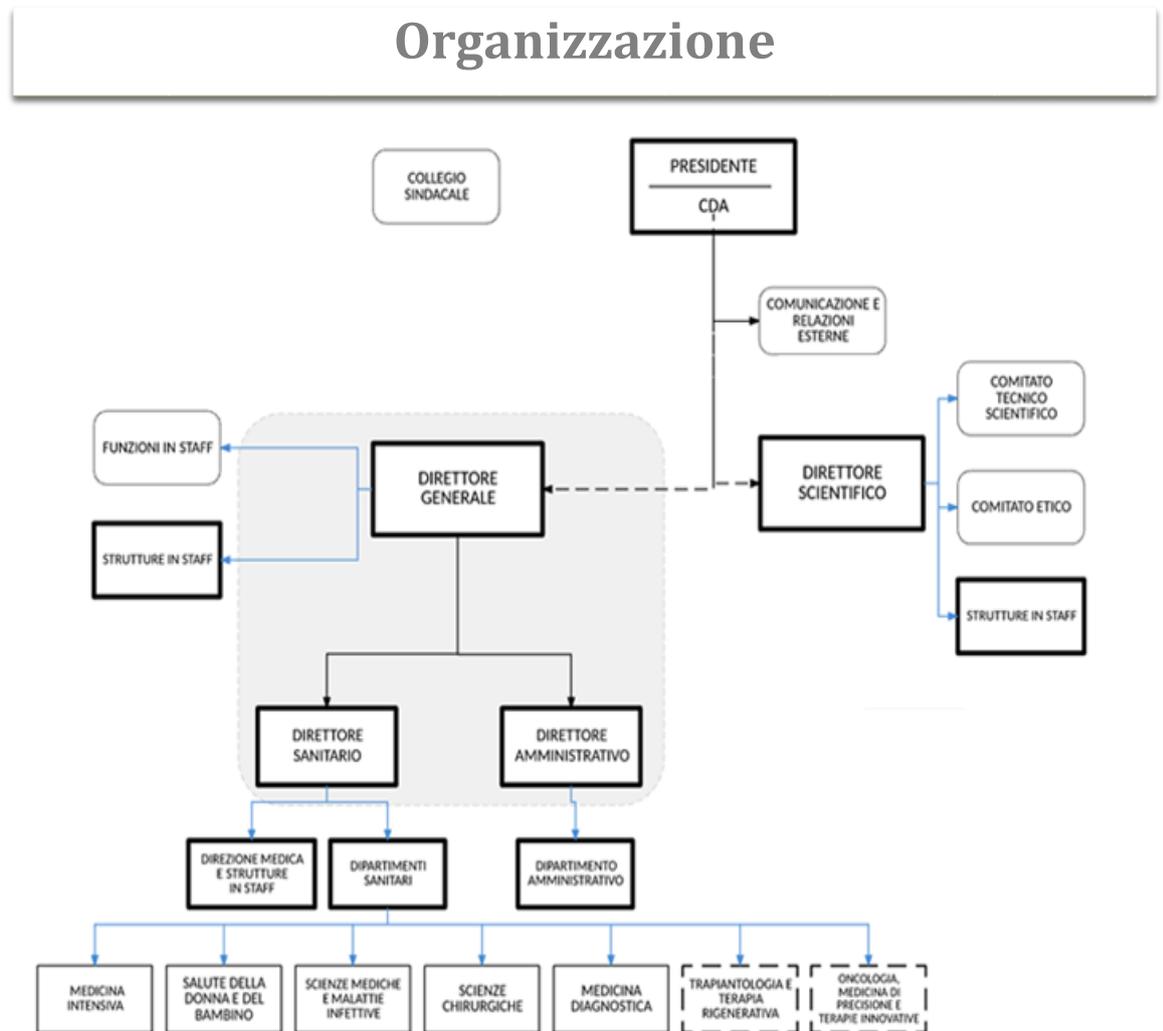
Il Piano è consultabile sul sito della Fondazione, come previsto dalla normativa.



# La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

La Struttura Organizzativa dell'Azienda si articola in:

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



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

## Volumi di attività 2018

**861 posti  
letto attivi**

**36.091  
pazienti  
ricoverati**

**249.000  
giornate di  
degenza**



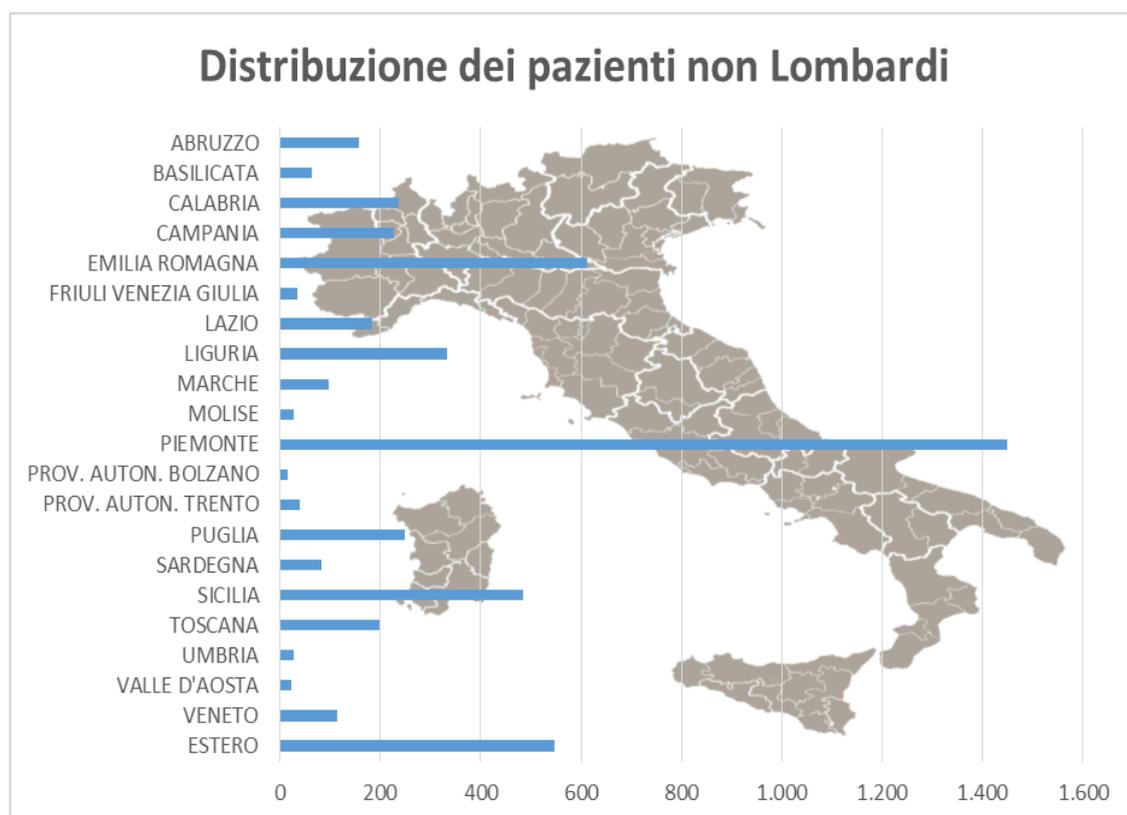
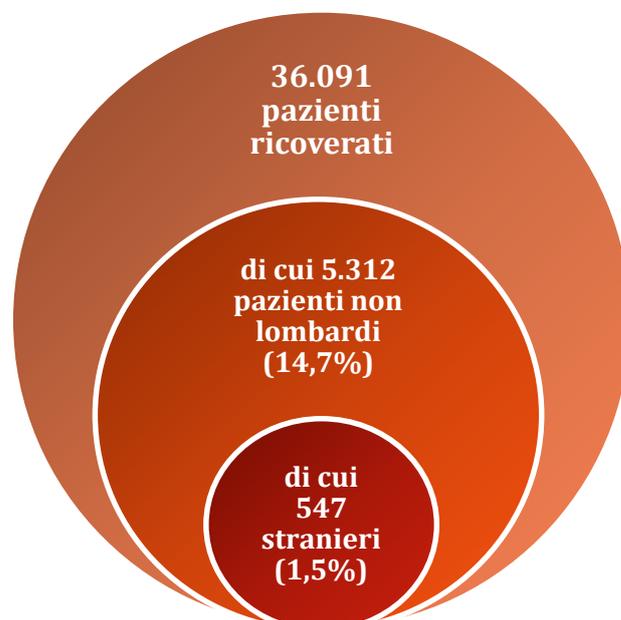
**2,5 ml di  
prestazioni  
ambulatoriali**



**102.000 accessi al  
Pronto Soccorso**



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



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

## Risorse: Personale



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

## Attività di Ricerca e Didattica



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





**Dott. Roberto Pinardi,**  
Direttore  
Amministrativo

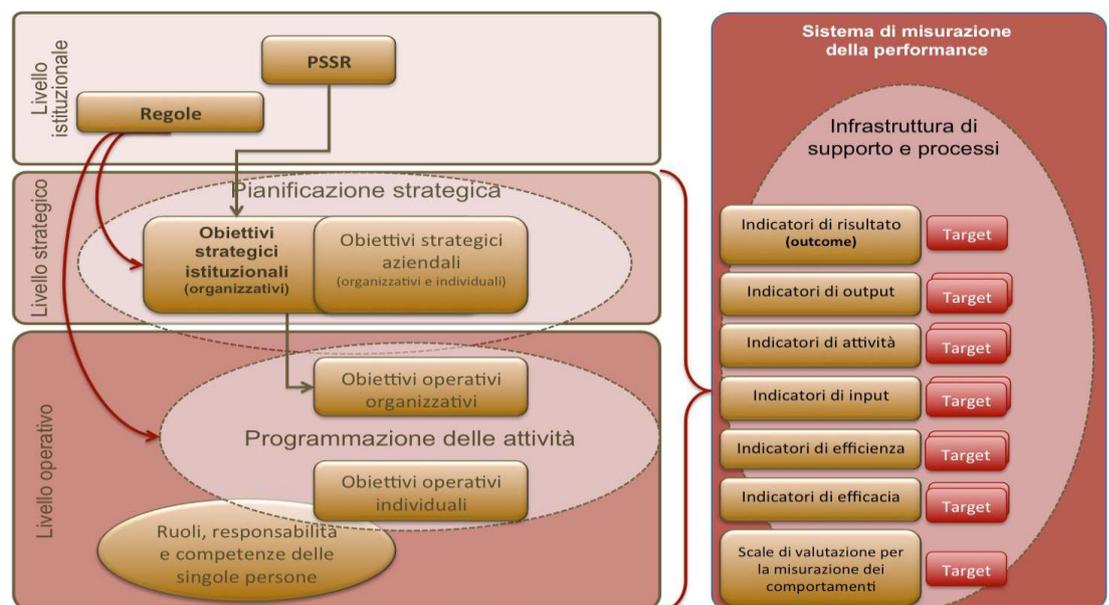
## Il ciclo della Performance

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

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

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

*Logiche generali del Modello di misurazione e valutazione delle Performance*





*Dott. Nunzio Del Sorbo,  
Direttore Generale*

## Gli obiettivi strategici e istituzionali della Fondazione

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

### OBIETTIVI ASSEGNATI DAL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

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

*Obiettivi assegnati dal CdA*

PROGRESSIVO	OBIETTIVO	INDICATORI	MISURAZIONE	PESO
1	Ridefinizione POAS	Modifiche ed integrazioni POAS	Assunzione provvedimenti entro il 30/06/2018	20
2	Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e Programma Triennale della trasparenza 2017-2019	Introduzione di misure attuative del Piano anticorruzione	Almeno 2 provvedimenti contenenti misure di anticorruzione e relazione sulla relativa attuazione entro il 31/12/2018	10
3	Piano di organizzazione logistica	Predisposizione provvedimenti attuativi Attivazione procedure di gara	Attuazione atti entro il 31/12/2018	10
4	Attuazione Piano Certificabilità bilancio (PAC)	Approvazione Procedure Certificabilità	Rispetto calendario regionale al 31/12/2018	15
5	Attuazione "Piano Presa in carico"	Predisposizione percorsi aziendali per definizione di Piani Assistenziali Individuali (PAI) e ristrutturazione unità di offerta in coerenza con i bisogni degli stessi PAI definiti	Rispetto adempimenti regionali al 31/12/2018	15
6	Obiettivi regionali Direttori Generali DGR assegnazione obiettivi 2018 (in quanto compatibili)	Raggiungimento/Rispetto specifici obiettivi (attività istituzionali, obiettivi di performance es esiti, obiettivi specifici aziendali, obiettivi di implementazione ed evoluzione SSR)	Rispetto calendario regionale al 31/12/2018	30

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

#### 1. Ridefinizione POAS.

Le ridefinizioni del POAS al 31/12/2018 non hanno richiesto l'assunzione di alcun provvedimento da parte della Direzione Generale. Regione Lombardia ha comunicato che la Direzione Generale Welfare, per ragioni di opportunità, non avrebbe preso in considerazione ulteriori richieste di modifica del POAS.

L'obiettivo si considera raggiunto al 100%.

*Relazione sul  
raggiungimento di  
ciascun obiettivo*



## **2. Piano triennale della Prevenzione della corruzione e Programma Triennale della trasparenza 2017-2019.**

Sono stati elaborati i seguenti provvedimenti previsti nel Piano Triennale:

1. Deliberazione n. 4/CDA/0038 del 28 maggio con cui è stato aggiornato il Codice Etico Comportamentale alle ultime disposizioni di legge;
2. In data 4/12/2018 si è svolta la Giornata della trasparenza 2018 in collaborazione ed unitariamente con ATS e ASST di Pavia presso l'Aula Burgio della Fondazione;
3. In data 4/12/2018 si è svolta la Giornata della trasparenza 2018 in collaborazione ed unitariamente con ATS e ASST di Pavia presso l'Aula Burgio della Fondazione;
4. In data 22/11/18 è stato completamente revisionato il sito dell'Amministrazione Trasparente adeguandolo alle rinnovate indicazioni ANAC. I dati oggetto di pubblicazione sono tenuti aggiornati tempestivamente;
5. E' stata proposta la revisione del regolamento ex art 53 "Regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali;
6. E' stata proposta la revisione dei regolamenti di disciplina per il personale Dirigente e del Comparto.

Quanto sopra dettagliato trova riscontro nella relazione di accompagnamento al nuovo Piano Triennale 2019-2021.

L'obiettivo si considera raggiunto al 100%.

## **3. Piano di organizzazione logistica.**

Con Determina n.4/DG/0036 del 26/10/2017 veniva autorizzata la procedura di gara e approvata la documentazione e le modalità per l'affidamento dell'incarico di progettazione del magazzino centralizzato presso il padiglione n.19 della Fondazione invitando tutti gli operatori economici che avevano fatto richiesta nella manifestazione di interesse pubblicata sul sito internet della Fondazione. Si rileva che tale gara non ha prodotto alcun contratto per la mancata autorizzazione di spesa di regione Lombardia. L'obiettivo si considera raggiunto al 100%.



#### **4. Attuazione Piano Certificabilità bilancio (PAC)**

Adottate le procedure sulle immobilizzazioni entro la scadenza. Regione ha spostato la deadline per rimanenze e patrimonio netto al 2019. Comunque quelle del patrimonio netto sono state adottate a gen 2019, mentre per quelle sulle rimanenze è stata predisposta la prima bozza (anche in questo caso è stata rispettata la scadenza regionale).

L'obiettivo si considera raggiunto al 100%.

#### **5. Attuazione "Piano presa in carico"**

La Fondazione ha ottemperato a tutti gli adempimenti richiesti dalla normativa regionale in tema di Presa in Carico: si è candidata ed è risultata idonea sia come Gestore che come Erogatore. Ha individuato un Punto di Primo Contatto, operativo dal febbraio 2018, con infermieri che accolgono i pazienti che ne fanno richiesta, li informano e li accompagnano nel percorso. In quella sede si stipula il Patto di Cura con l'Ente. Da tempo era attiva una rete di Infermieri Case Manager che è in corso di implementazione con nuovi professionisti. E' stata individuata una rete di Medici Clinical Manager per la stesura dei PAI specialistici (isorisorse). E' stato acquistato ed implementato il software IRISS, dedicato alla presa in carico del paziente cronico. Sono stati organizzati corsi di formazione, sia rivolti a tutto il personale che specifici per i Clinical Manager ed i Case Manager. Sono stati affrontati in sinergia con ATS tutti i molteplici problemi operativi che in itinere sono emersi, cercando di evitare il più possibile che gravassero sul paziente. Sono stati parzialmente riorganizzati gli slots di prenotazione per le prestazioni necessarie ai PAI.

L'obiettivo si considera raggiunto al 100%.

#### **6. Obiettivi regionali ex D.G.R. n. XI/415 del 02/08/2018 (in quanto compatibili)**

Consiste nel raggiungimento di specifici obiettivi fissati da Regione (obiettivi legati alle attività istituzionali, obiettivi di performance, obiettivi specifici aziendali, obiettivi di implementazione ed evoluzione SSR). L'obiettivo si considera raggiunto al 92%. Il dettaglio sul raggiungimento di tali obiettivi è illustrato nel paragrafo successivo.



*Obiettivi di derivazione regionale*

## OBIETTIVI DI DERIVAZIONE REGIONALE

La Deliberazione di Giunta Regionale n. XI/415 del 02/08/2018 ("Determinazioni in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) e definizione degli obiettivi per l'anno 2018") ha assegnato gli obiettivi 2018 alle Aziende sanitarie definendone il sistema di valutazione.

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

OBIETTIVI	INDICATORI	PUNTI
Stabilità programmatica: gestione delle istanze di contributo coerente con la programmazione regionale	Assenza di istanze di contributo fuori dalla cornice programmatica individuata dalla Giunta Regionale ed assenza di istanze di rimodulazione dei contributi già assegnati dalla Giunta Regionale;	3,7
Completezza Fascicolo Sanitario Elettronico	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Pubblicazione del 95% dei referti prodotti entro 24 ore;</li> <li>· Invio referti di laboratorio in CDA2 secondo struttura già definita;</li> <li>· Pubblicazione dei referti prodotti in intramoenia;</li> <li>· Raggiungimento target specifico percentuale di prescrittori in modalità dematerializzata;</li> </ul>	3,7
Incrementare il valore degli acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione rispetto allo stesso periodo 2017	La misurazione verrà effettuata sul valore delle procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione a fine 2018 rispetto al 2017 (viene considerato il solo perimetro della programmazione aggregata). L'obiettivo risulterà comunque raggiunto se l'ente avrà raggiunto il 65% di acquisti centralizzati/aggiunti/servizi in concessione;	3,7
Adesione alle convenzioni centralizzate ARCA: classi di Dispositivi medici a maggior spesa.	Verrà verificato l'obbligo di adesione alle procedure centralizzate di ARCA attraverso la verifica puntuale del grado di adesione ad alcune convenzioni attivate dalla Centrale d'Acquisto;	3,7
Adesione convenzioni Centrale Acquisti Regione Lombardia – CONSIP e utilizzo piattaforma telematica SINTEL nelle procedure d'acquisto. Classi d'acquisto previste negli adempimenti LEA: energia elettrica; gas; ausili per persone disabili (CPV 33196200; ausili per la deambulazione CPV 33141720); antisettici	Verifica effettuata sulle classi previste negli adempimenti LEA per quanto riguarda gli acquisti: a) adesione convenzioni CONSIP; b) adesioni convenzioni ARCA; c) utilizzo della piattaforma telematica SINTEL;	3,7
Ricoveri ospedalieri: Qualità della rilevazione – errori gravi	Percentuale di record di SDO contenenti errori "gravi" inferiore all'1%	3,7
Ricoveri ospedalieri: Tempestività della rilevazione	Percentuale in ritardo oltre la scadenza mensile non superiore al 2% (sono esclusi i DH di tipo non chirurgico);	3,7



OBIETTIVI	INDICATORI	PUNTI
Certificati di assistenza al parto	Scostamento massimo del 5% rispetto alla media regionale di parti non rilevati con il CedAP rispetto ai parti segnalati con le SDO	3,7
Certificati di assistenza al parto: Tempestività della rilevazione	Percentuale in ritardo oltre il mese non superiore al 5%;	3,7
Certificati di assistenza al parto: Rapporto tra CedAP on segnalazione di malformazione rispetto alle SDO di neonati con diagnosi di malformazione (una delle 6 diagnosi con codice ICD-9-CM compreso tra 740xx e 759xx)	Scostamento massimo del 5% rispetto all'indicatore regionale;	3,7
Certificati di assistenza al parto: Completezza nella compilazione di tutti i campi (compresi i campi istituiti da Regione Lombardia nel 2016 e disponibili da portale)	Scostamento massimo del 5% (in meno) rispetto alla media regionale;	3,7
Reti clinico-assistenziali	Evidenza dell'attivazione di audit interni per il monitoraggio dell'effettiva continuità assistenziale nei percorsi di presa in carico aziendali nell'ambito delle reti clinico-assistenziali regionali e delle reti ospedaliere di cui al DM 70/2015	3,7
Sistema Trasfusionale Regionale	· Consolidamento dell'autosufficienza di sangue ed emocomponenti: rispetto del Piano Annuale di programmazione e compensazione regionale ed extra-regionale delle unità di sangue su indicazione di AREU/Struttura Regionale di Coordinamento;	3,7
Sistema Regionale Trapianti	· Numero dei donatori di cornee superiore al 10% dei decessi in ospedale; · Numero dei donatori di tessuti ossei da vivente superiore al 10% delle protesi impiantate in elezione; · Numero di prelievi multiteSSuto (non in corso di prelievo multiorgano) almeno pari a quelli eseguiti nel 2017 e comunque non inferiori a 3; · Incremento rispetto al 2017 del numero di trapianti da vivente (Tx rene);	3,7
Promozione appropriatezza prescrittiva: attività di formazione ed informazione verso i prescrittori per il corretto utilizzo degli antibiotici classe ATC J01 (Antibatterici per uso sistemico)	· Realizzazione di almeno un evento formativo (eventualmente FAD) rivolto a Medici ospedalieri per il corretto utilizzo degli antibiotici classe ATC J01 (Antibatterici per uso sistemico);	3,7
Flussi Assistenza Farmaceutica	Flusso File F; Flusso File R; Flusso Acquisti Medicinali: Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi definite da D.G.W.;	3,7
Compilazione e aggiornamento dei questionari informatizzati sul Sito del Centro di Riferimento per la Qualità dei SMeL relativi alla produzione e organizzazione dei SMeL (cfr. D.G.R. n. X/7600 del 20/12/2017)	· Partecipazione a incontri di formazione; · Compilazione corretta dei questionari nei tempi richiesti; · Mantenimento dell'aggiornamento degli stessi;	3,7



OBIETTIVI	INDICATORI	PUNTI
Reti locali di Cure palliative (RLCP) e relativi Dipartimenti interaziendali di Cure palliative ai sensi della D.G.R. n. X/5918/2016 in collaborazione con le ATS di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evidenza con Atto formale della istituzione della RLCP e/o adesione formale alla stessa;</li> <li>Almeno una riunione nell'ambito dei dipartimenti interaziendali di cure palliative;</li> </ul>	3,7
Attuazione della D.G.R. n. X/5455/2016 – Corsi regionali di formazione di I Livello per gli operatori della rete di Cure palliative	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evidenza della partecipazione dei professionisti interessati alla attività formativa programmata dalla ATS di riferimento in attuazione alla D.G.R. n.5455/2016;</li> <li>Rilevazione del fabbisogno formativo e degli operatori formati;</li> </ul>	3,7
Applicazione contenuti D.G.R. n. 1775/2011 e s.m.i., della D.G.R. n. 3993/2015 e della D.G.R. n. 7766/2018: <ul style="list-style-type: none"> <li>Predisposizione e formalizzazione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTAz);</li> <li>Monitoraggio e vigilanza sulle liste di attesa in attuazione di quanto stabilito con D.G.R. 1775/2011, D.lgs. 33/2013 e D.G.R. 7766/18</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. X/3993/2015;</li> <li>Evidenza della predisposizione e trasmissione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTAz);</li> <li>Attuazione dei disposti del punto 3.3.6. della D.G.R. n. X/1185/2013 - "Interventi di miglioramento dei tempi di attesa";</li> <li>Partecipazione a sperimentazioni regionali e nazionali mirate all'ottimizzazione delle risorse a all'abbattimento delle liste di attesa;</li> </ul>	3,7
Monitoraggio della qualità percepita e implementazione del modello di rilevazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rilevazione della qualità percepita e trasmissione dei flussi derivanti mediante il sistema di accoglienza SMAF;</li> </ul>	3,7
Attività di controllo delle prestazioni sanitarie di ricovero ai sensi delle D.G.R. n. X/2313/2014, n. X/7600/2017 e delle note protocollo G1.2018.0006100 del 13/02/2018 e protocollo G1.2018.0006534 del 16/02/2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>Controllo ed invio alla ATS di pertinenza, entro il 30 giugno 2018, del 6,5% delle prestazioni di ricovero di cui: <ul style="list-style-type: none"> <li>Quota "fino al" 3,5% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica, soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC della ATS di pertinenza;</li> <li>Quota "fino al" 3% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC della ATS di pertinenza;</li> </ul> </li> <li>Invio del Piano dei Controlli aziendale alla ATS di pertinenza entro il 28.02.2018;</li> </ul>	3,7
Rete per l'assistenza alla madre e al neonato	<ul style="list-style-type: none"> <li>Progettazione del percorso nascita fisiologico (BRO) a gestione autonoma dell'ostetrica;</li> <li>Formalizzazione delle modalità operative condivise con ATS per l'integrazione ospedale/territorio del percorso nascita;</li> </ul>	3,7
Promozione Salute - Prevenzione cronicità (fattori di rischio comportamentali): Implementare l'offerta di opportunità per l'adozione di stili di vita favorevoli alla salute nei dipendenti, nei visitatori e nei pazienti/utenti, in sinergia con le ATS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evidenza documentata nella rendicontazione WHP 2018. Valutazione sufficiente se: <ul style="list-style-type: none"> <li>Tutti i Presidi sono iscritti al Programma WHP;</li> <li>Presenza, nei presidi iscritti prima del 2018, di "Pratiche Raccomandate" nell'area "Tabagismo";</li> <li>Continuità, nei presidi iscritti prima del 2018, nello sviluppo delle pratiche nelle aree "Alimentazione", "Tabagismo", "Attività Fisica";</li> </ul> </li> </ul>	3,7
Screening oncologici: garantire le coperture dei programmi di screening oncologici attivati dalle ATS: screening tumore cervice uterina (PAP test come test primario per le donne tra 25-33 anni e HPVdna test come	<ul style="list-style-type: none"> <li>100% delle richieste ATS contrattualizzate;</li> <li>Invio delle refertazioni di anatomia patologia ai Centri screening ATS (100% delle richieste relative ai cancri alla mammella screen detected incidenti nel 2017 entro 31 agosto 2018);</li> </ul>	3,7



OBIETTIVI	INDICATORI	PUNTI
test primario in donne tra 34-64 anni); screening tumore colon retto e mammella (con ampliamento fasce di età come da D.D.G. n. 3711 del 04/04/2017)	· Partecipazione dei professionisti di screening ai percorsi di analisi dei cancri di intervallo e dei cancri screen detected avanzati promossi dalle ATS;	
Malattie infettive: mantenimento/miglioramento delle attività	· Segnalazioni alle ATS di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche, tubercolosi e MTS; verranno verificate attraverso l'utilizzo della piattaforma S- Mainf per l'inserimento delle segnalazioni: · la tempestività della segnalazione; · la completezza dei dati inseriti; · la completezza delle segnalazioni inserite con l'evidenza dell'esito dell'incrocio con i dati delle SDO (a cura dell'ASST); · Invio tempestivo dei campioni isolati ai laboratori di riferimento regionali per morbillo/rosolia; malattie invasive batteriche e tubercolosi (valutazione a cura dell'ATS);	3,7
Aumento della copertura delle vaccinazioni	Raggiungimento per la popolazione assegnata da parte della ATS delle seguenti percentuali di copertura:  ☑ Inserimento in GEV di tutte le vaccinazioni, comprese antinfluenzali e quelle per categorie a rischio, attraverso applicativo aziendale o web application regionale;  ☑ Vaccinazione degli operatori sanitari con particolare attenzione alle unità operative a maggior rischio per la presenza di soggetti fragili (esempio: con situazioni di immunodepressione, ginecologia ostetrica, pronto soccorso etc). Percentuale degli operatori immuni per MPRV e influenza suddivisa per UU00;	3,7
TOTALE PUNTI		100

## 2. OBIETTIVI DI PERFORMANCES ED ESITI (25 PUNTI)

OBIETTIVI	INDICATORI	PUNTI
SELEZIONE INDICATORI "SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI" NETWORK DELLE REGIONI:	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico.	1,25
	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico.	1,25
	Attesa media prima del ricovero: interventi chirurgici per tumore alla prostata.	1,25
	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella.	1,25
	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon retto.	1,25



OBIETTIVI	INDICATORI	PUNTI
	Abbandoni da Pronto Soccorso.	1,25
	Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti.	1,25
	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	1,25
INDICATORI PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE)	Mortalità a 30 giorni dal ricovero per scompenso cardiaco congestizio (scc)	1,25
	Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (bpac)	1,25
	Mortalità a 30 giorni da riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale	1,25
	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	1,25
	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	1,25
	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	1,25
	Mortalità a trenta giorni dall'intervento isolato per tumore maligno del colon	1,25
	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	1,25
	Complicanze materne severe durante il parto ed il puerperio (parto naturale)	1,25
	Complicanze materne severe durante il parto ed il puerperio (parto cesareo)	1,25
	Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (bpc) riacutizzata	1,25
	Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano.	1,25



## 3. OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI (45 PUNTI)

OBIETTIVI	INDICATORI	PUNTI
Efficienza organizzativa nell'attuazione dei programmi di investimento: rispetto dei tempi di consegna della documentazione progettuale, corredata dai pareri di legge previsti, alla D.G.W. entro i termini stabiliti dagli atti regionali (VII Atto Integrativo, Programma adeguamento Antincendio, D.G.R. n. X/6548/2017)	Rispetto dei tempi indicati nell'originario provvedimento di assegnazione dei finanziamenti comprovato dalla lettera di trasmissione a D.G.W. della documentazione progettuale completa dei pareri previsti dalla normativa regionale (UTR e ATS). (il risultato viene decurtato del 5% per ogni mese solare di ritardo);	2,5
FLUSSI INFORMATIVI MINISTERIALI	Compilazione al 100% dei modelli HSP11 - HSP 11BIS - HSP12 - HSP13 -HSP 14 - HSP22BIS - HSP 23 - HSP 24 - RIA11 - STS 11 - STS 14 - STS21 - STS 24 - FLS 11 - FLS12 - FLS 18 - FLS 21;	2,5
Invio flusso consumi dispositivi medici	Verifica del grado di copertura dei dispositivi medici inviati, confrontando il valore complessivo del flusso consumi dispositivi medici con quello indicato nelle apposite voci di bilancio; L'obiettivo è raggiunto con una percentuale pari all'85%. Tutte le aziende devono inviare il dato tutti i mesi dell'anno (nel caso di non invio mensile deve essere inviata nota formale a DG Welfare). L'obiettivo è parametrato sulle stesse CND calcolate nell'adempimento LEA ministeriale;	2,5
Invio flusso contratti dispositivi medici	Verifica del grado di copertura dei contratti relativi ai dispositivi medici inviati; L'obiettivo è raggiunto con una percentuale pari ad almeno il 25% dei codici di repertorio presenti nel flusso consumi dispositivi medici e nel flusso contratti dispositivi medici (anno 2018). L'obiettivo è calcolato con gli stessi parametri nell'adempimento LEA ministeriale, ma a livello di singola azienda anziché di intera Regione;	2,5
Verifica flussi CO.AN.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Invio flussi trimestrali, consuntivo, preventivo e assestamento tramite l'apposito Portale sul controllo di gestione come da tempistica prevista da note regionali;</li> <li>Valutazione del rispetto delle % di quadratura Co.Ge. - Co.An., come da linee guida, e della coerenza della rilevazione dei ricavi con i flussi di produzione, misurata dai report di quadratura pubblicati sul portale del controllo di gestione (si terrà conto di eventuali situazioni particolari a livello aziendale ove adeguatamente giustificate);</li> </ul>	2,5
Invio trigger in sala parto	Verifica invio mensile dei trigger in sala parto;	2,5
Implementazione raccomandazioni Ministeriali	Dovranno essere implementate a livello aziendale almeno l'80% delle raccomandazioni ministeriali pubblicate dal Ministero della Salute (tra quelle applicabili alla propria realtà). Per le aziende che hanno dichiarato nel 2017 di non aver ancora implementato le raccomandazioni 04, 08, 09, 10 e 14 l'obiettivo si ritiene raggiunto se le raccomandazioni risulteranno implementate;	2,5
Completezza, qualità e coerenza dei flussi informativi dell'area del personale: conto annuale esercizio	Allineamento tra i dati inviati nei diversi flussi 90%;	2,5

OBIETTIVI	INDICATORI	PUNTI
2017, allegato al CE anno 2017 (IV trimestre 2017), modello A e reciproca coerenza fra gli stessi		
STRUTTURE COMPLESSE - Copertura delle strutture Area Medica, Veterinaria e del ruolo sanitario oggetto di autorizzazione regionale nell'anno 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Copertura entro il 31/12/2018 delle strutture autorizzate entro il 30/06/2018: 100%;</li> <li>· Copertura entro il 31/12/2018 delle strutture autorizzate dopo il 30/06/2018 ed entro il 30/09/2018: 50%;</li> </ul>	2,5
Implementazione Sistema MOSA	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Pubblicazione quotidiana informazioni intera offerta ambulatoriale;</li> <li>· Invio quotidiano notifiche relative a tutti gli appuntamenti registrati;</li> </ul>	2,5
Razionalizzazione della spesa e mantenimento dell'equilibrio di bilancio	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Raggiungimento produzione a contratto per Lombardi;</li> <li>· Rispetto degli obiettivi per beni e servizi per singola area come da D.G.R. n. X/7600/2017;</li> </ul>	2,5
Riconciliazione e verifica delle partite debitorie e creditorie	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Allineamento posizioni da Stato Patrimoniale per crediti e debiti (intercompany);</li> <li>· Verifica della sussistenza delle posizioni creditorie e debitorie;</li> </ul>	2,5
Anticipazione di Tesoreria	Rispetto del divieto di ricorrere alle anticipazioni di tesoreria;	2,5
Riconciliazione e quadratura delle partite intercompany	Pieno Allineamento costi-ricavi e debiti-crediti;	2,5
Tempi di pagamento beni e servizi (ITP); Piano dei flussi di cassa;	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Rispetto dei tempi di pagamento;</li> <li>· Rispetto degli importi definiti con budget di cassa reale e pagamenti G3S (valutazione degli scostamenti per una corretta gestione delle risorse): verrà valutato lo scostamento tra la previsione e l'effettivo consuntivato (competenza 2018);</li> </ul>	2,5
PAC - Percorso attuativo della certificabilità di bilancio	Rispetto della tempistica stabilita dalle linee guida regionali;	2,5
Realizzazione di un progetto di adozione e incremento prescrittivo di farmaci biosimilari per i principi attivi etanercept e rituximab	Relazione del progetto in cui si evidenzia l'incremento dei pazienti trattati con biosimilari 2018 vs 2017 ed il risparmio economico ottenuto, utilizzando come fonte dati le rendicontazioni file F delle due annualità;	2,5
AMBIENTI DI LAVORO Promozione del benessere del lavoratore e prevenzione dei fattori di rischio	Studio di contesto/fattibilità funzionale alla pianificazione degli interventi che integrano la prevenzione dai rischi e pericoli per la salute connessi al lavoro con la promozione del benessere del lavoratore (modello Total Worker Health);	2,5

#### 4. OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR (PESO 30 PUNTI)

OBIETTIVI	INDICATORI	PESO
Presa in carico del paziente cronico	<ul style="list-style-type: none"> <li>· L'Azienda deve sottoscrivere il n. dei patti di cura pari all'80% delle manifestazioni di interesse dichiarate nell'anno 2018;</li> <li>· L'Azienda deve redigere e pubblicare n. di PAI pari all'80% dei n. di patti di cura sottoscritti nel 2018;</li> </ul>	10
Pubblicazione AGENDE di prenotazione delle prestazioni sanitarie	Pubblicazione del 100% delle AGENDE di prenotazione delle prestazioni sanitarie;	10
Rispetto TEMPI d'ATTESA	Valutazione del rispetto delle normative nazionali e regionali vigenti in materia di tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie;	10



Relazione sul  
raggiungimento di  
ciascun obiettivo

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

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

OBIETTIVI	RAGGIUNGIMENTO	%
Stabilità programmatica: gestione delle istanze di contributo coerente con la programmazione regionale	L'unica istanza di rimodulazione di contributi già assegnati dalla Giunta Regionale riguarda la rinuncia alla seconda RMN a favore dell'aggiornamento dell'acceleratore lineare della Radioterapia: istanza P20170025827 Prot. 20180049055 del 4/06/2018 alla quale abbiamo ricevuto risposta positiva da RL.	67%
Completezza Fascicolo Sanitario Elettronico	<p>1. L'obiettivo legato alla tempestività è sempre stato critico per la Fondazione e anche nel 2018 non è stato pienamente raggiunto. Attualmente gli indicatori disponibili sono relativi alla percentuale di tempestività dei referti di Laboratorio e P.S. (entro le 24 ore) e a quella relativa alle altre tipologie di referto (entro le 48 ore). Nel primo caso nel periodo Gennaio-Dicembre la percentuale ha oscillato tra il 67% e il 90% e si è assestata su un valore medio complessivo pari all'81%, mentre per le altre tipologie di referti l'oscillazione è stata ricompresa tra il 58% e il 96%, con una percentuale di LDO che ancora non viene firmata digitalmente. Va comunque precisato che da tale indicatore andrebbero comunque tolti tutti quei referti che per loro natura richiedono in ogni caso più di 24 ore per ottenere i risultati da inserire nel referto stesso.</p> <p>2. Obiettivo rispettato (percentuale pari al 99,98%)</p> <p>3. La pubblicazione dei referti prodotti in inatramoenia era prevista con l'adozione della nuova piattaforma ambulatoriale; a causa dei ritardi connessi con i problemi di avvio del nuovo sistema CUP la parte di LP è stata rinviata al 2019.</p> <p>4. Non risultano assegnati target specifici sul numero di prescrittori attivi (a Dicembre 2018 erano attivi 220 prescrittori interni). Ad oggi il trend relativo al volume delle ricette dematerializzate è buono e decisamente in crescita rispetto al 2017: si è passati da una media mensile pari a circa 5.500 ricette elettroniche nel 2017 ad una media nel 2018 superiore a 16.500 ricette/mese, con un consuntivo finale di circa 200.000 ricette elettroniche generate da specialisti della Fondazione</p>	50%
Incrementare il valore degli acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione rispetto allo stesso periodo 2017	Il dato aggregato riporta il 51% di gare centralizzate e il 49% di gare autonome, tuttavia, come spiego sotto, c'è un 10% relativo al valore delle gare farmaci innovativi, gestite in autonomia, ma a seguito di autorizzazione di ARCA che ne ha la competenza esclusiva, che potrebbe spostare dal 51% al 61% il valore delle gare "centralizzate".	100%
Adesione alle convenzioni centralizzate ARCA: classi di Dispositivi medici a maggior spesa.	Convenzione ARCA_2016_06, "Neurostimolatori", Convenzione ARCA_2015_50, "Protesi vascolari e cardiache", Convenzione ARCA_2015_50.1, "Protesi vascolari e cardiache", Convenzione ARCA_2016_12, "Protesi vascolari e dispositivi per apparato cardiocircolatorio"; Convenzione ARCA_2016_98.1, "Stent coronarici, vascolari e protesi vascolari", ARCA_2016_05 "pace maker e defibrillatori" Convenzione ARCA_2015_76, "Dispositivi per endoscopia digestiva", Convenzione ARCA_2015_41, "Dispositivi per apparato cardiocircolatorio".	100%
Adesione convenzioni Centrale Acquisti Regione	Per quanto di competenza, sono state effettuate adesioni già nel 2017 a Convenzione ARCA per "Antisettici e disinfettanti", per	100%



OBIETTIVI	RAGGIUNGIMENTO	%
Lombardia – CONSIP e utilizzo piattaforma telematica SINTEL nelle procedure d'acquisto. Classi d'acquisto previste negli adempimenti LEA: energia elettrica; gas; ausili per persone disabili (CPV 33196200; ausili per la deambulazione CPV 33141720); antisettici	alcuni prodotti ancora in corso, e nel 2018 alla Convenzione ARCA_2017_078 ed.4 per "antisettici e disinfettanti" con scadenza 31/10/2020	
Ricoveri ospedalieri: Qualità della rilevazione – errori gravi	La percentuale di errori gravi è stata interamente bonificata entro i termini di legge ed è pari a zero.	100%
Ricoveri ospedalieri: Tempestività della rilevazione	Raggiunto	100%
Certificati di assistenza al parto	Raggiunto	100%
Certificati di assistenza al parto: Tempestività della rilevazione	Raggiunto	100%
Certificati di assistenza al parto: Rapporto tra CeDAP con segnalazione di malformazione rispetto alle SDO di neonati con diagnosi di malformazione	Raggiunto	100%
Certificati di assistenza al parto: Completezza nella compilazione di tutti i campi	Raggiunto	100%
Reti clinico-assistenziali	Non raggiunto	0%
Sistema Trasfusionale Regionale	Raggiunto	100%
Sistema Regionale Trapianti	<p>1 - Numero dei donatori di cornee superiore al 10% dei decessi in Ospedale: al 31 dicembre 11.9% rispetto al 11.3% dell'intero 2017</p> <p>2 - Numero dei donatori di tessuti ossei da vivente superiore al 10% delle protesi impiantate in elezione: al 31 dicembre 16,7% rispetto al 12% dell'intero 2017</p> <p>3 - Numero di prelievi multitessuto (non in corso di prelievo multiorgano) almeno pari a quelli eseguiti nel 2017 e comunque non inferiori a 3: 6 prelievi multitessuto al 31 dicembre rispetto a 4 dell'intero 2017</p> <p>4 - Incremento rispetto al 2017 del numero di trapianti da vivente (Tx rene): al 30 ottobre 6 trapianti da vivente rispetto 11 dell'intero 2017</p>	75%
Promozione appropriatezza prescrittiva: attività di formazione ed informazione verso i prescrittori per il corretto utilizzo degli antibiotici classe ATC J01 (Antibatterici per uso sistemico)	E' stato organizzato il corso FAD presso la nostra Fondazione: "Lotta alla sepsi ospedaliera" nel 2018, promosso dal CIO (Commissione Infezioni Ospedaliere), per educare il personale sanitario al corretto uso degli antibiotici. Il FAD è accessibile a tutti gli operatori sanitari afferenti alla Fondazione e riconosce al superamento del test finale il riconoscimento di 10.5 crediti formativi ECM.	100%



OBIETTIVI	RAGGIUNGIMENTO	%
Flussi Assistenza Farmaceutica	Raggiunto	100%
Compilazione e aggiornamento dei questionari informatizzati sul Sito del Centro di Riferimento per la Qualità dei SMEL relativi alla produzione e organizzazione dei SMEL (cfr. D.G.R. n. X/7600 del 20/12/2017)	La partecipazione di almeno un referente per ogni SMEL viene documentata dal rilascio di specifici attestati: si allega l'esempio relativo al Responsabile del Laboratorio Analisi Chimico Cliniche. La compilazione e l'aggiornamento dei questionari SMEL viene effettuata direttamente dai responsabili SMEL sul sito del Centro di Riferimento per la Qualità. Non risultano contestazioni da parte di RL sulla puntualità di compilazione. Le scadenze previste per il 2018 sono: luglio, settembre e dicembre. La DMP ha fatto da collettore sui questionari di produttività (scadenza luglio). La scadenza di dicembre riguarda dati organizzativi ed in particolare la dotazione di personale con i relativi requisiti professionali specifici (garante dati: UOC Risorse Umane).	100%
Reti locali di Cure palliative (RLCP) e relativi Dipartimenti interaziendali di Cure palliative ai sensi della D.G.R. n. X/5918/2016 in collaborazione con le ATS di riferimento	Evidenza dell'adesione alla RLCP nel paragrafo III.2.1.1 del POAS 2016-2018. La rete è in corso di costituzione attualmente e da Maggio 2017 rappresentanti della Fondazione partecipano attivamente alle riunioni del tavolo tecnico che si tengono in collaborazione con ATS In allegato verbale della riunione del 23/03/2018 presso la ATS Pavia.	100%
Attuazione della D.G.R. n. X/5455/2016 - Corsi regionali di formazione di I Livello per gli operatori della rete di Cure palliative	Preliminarmente è stato rilevato il bisogno formativo del personale, unitamente al SITRA, quindi sono stati individuati i partecipanti al corso organizzato da ATS. Il corso, che è terminato nella prima settimana di novembre, ha visto come docenti specialisti della Fondazione: la dr.ssa Chiara Broglia oncologa palliativista, IC Pilò Infermiera Coordinatrice del reparto di Cure Palliative nonché la Psicologa che collabora con il reparto stesso. Si allega un elenco partecipanti trasmesso in ATS.	100%
Applicazione contenuti D.G.R. n. 1775/2011 e s.m.i., della D.G.R. n. 3993/2015 e della D.G.R. n. 7766/2018: · Predisposizione e formalizzazione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTAz); · Monitoraggio e vigilanza sulle liste di attesa in attuazione di quanto stabilito con D.G.R. 1775/2011, D.lgs. 33/2013 e D.G.R. 7766/18	1) Raggiungimento per i primi accessi dei tempi obiettivo: 82% 2) in allegato i PGTAz 1° e 2° sem e relative mail di invio e lo stato di attuazione	50%
Monitoraggio della qualità percepita e implementazione del modello di rilevazione	Secondo le indicazioni ricevute da Regione Lombardia con la diffusione, attraverso il decreto D.G. Sanità n.14890 del 18/12/2006, delle modifiche delle "Linee Guida per la rilevazione Customer Satisfaction - metodi e strumenti per la rilevazione del grado di soddisfazione nelle strutture sanitarie", la Fondazione ha proceduto ad organizzare i periodi di rilevazione della qualità percepita, individuando, nel rispetto della normativa vigente, una periodicità semestrale che è risultata sufficiente a garantire l'acquisizione di un numero di questionari largamente superiore alla numerosità campionaria richiesta.	100%

OBIETTIVI	RAGGIUNGIMENTO	%
	<p>Durante il mese di giugno 2018 Regione Lombardia comunica alle ATS di procedere ad informare e attivare le strutture sanitarie riguardo le nuove metodiche di trasmissione dei flussi di dati derivanti dalla Customer Satisfaction. La Fondazione procede quindi con l'individuazione degli operatori per la profilazione/autorizzazione per accedere al portale "Sistema di Accoglienza Modulare SMAF" e partecipa all'incontro con i Referenti Regionali (Dott.ssa Cinzia Vanzini) organizzato dall'ATS a fine giugno u.s.</p> <p>Durante l'incontro sono state espresse le diverse perplessità delle strutture sanitarie in relazione ai periodi di riferimento per le rilevazioni, in quanto le nuove modalità di trasmissione dati hanno rivoluzionato ed imposto una periodicità di rilevazione trimestrale ormai non più attuabile. Chiariti i dubbi e ricevuta la rassicurazione a procedere con le consuete rilevazioni programmate ad inizio anno, rispettando la numerosità del campione richiesta, si è appreso che la modifica delle metodiche di trasmissione sarà solo il primo step di un percorso che cambierà totalmente la concezione di customer portandoci verso una customer che metta in evidenza i bisogni dell'utente e quindi analizzi il servizio offerto.</p> <p>Ricevute le credenziali, si è proceduto a inoltrare, attraverso SMAF, i dati del I, II e III trimestre 2018 secondo le scadenze imposte da Regione Lombardia. Tale invio è stato organizzato in base ai dati a disposizione in Fondazione. Dal 07 al 21 gennaio 2019 si effettuerà l'ultima trasmissione dei dati relativi al IV trimestre 2018.</p>	
Attività di controllo delle prestazioni sanitarie di ricovero ai sensi delle D.G.R. n. X/2313/2014, n. X/7600/2017 e delle note protocollo G1.2018.0006100 del 13/02/2018 e protocollo G1.2018.0006534 del 16/02/2018	Il Piano dei controlli è stato mandato nei tempi previsti, la quota del 3% riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica è stata inviata nei tempi entro il 30/06/2018 mentre la quota del 3,5 riferita ad attività di autocontrollo di congruenza è stata inviata oltre il termine a causa delle continue segnalazioni di errori gravi da parte del sistema Flussi Informativi di RL. Tutto è stato acquisito da ATS entro i termini di legge (vedi ob prog 6 Ricoveri ospedalieri: Qualità della rilevazione - errori gravi).	100%
Rete per l'assistenza alla madre e al neonato	<p>In ottobre 2018 è stato pubblicato il DDG 14243 con relativi allegati esplicativi. Dalla fine di novembre le Coordinatrici Ostetriche parteciperanno ai corsi Eupolis di formazione, per poi poter modificare il percorso già in atto presso la Fondazione da anni, secondo le nuove indicazioni che prevedono una maggiore autonomia del personale ostetrico nella gestione del Percorso Nascita fisiologico a Basso Rischio Ostetrico, nonché l'adozione dell'Agenda Ostetrica prevista, che favorisce l'integrazione ospedale territorio.</p> <p>Gli specialisti della Fondazione hanno attivamente partecipato ai tavoli tecnici organizzati da ATS finalizzati alla predisposizione di strumenti condivisi per garantire la continuità della presa in carico del percorso nascita compresa la delicata fase del puerperio. In particolare è stato considerato l'obiettivo dell'individuazione precoce della depressione in gravidanza.</p>	100%
Promozione Salute - Prevenzione cronicità (fattori di rischio comportamentali): Implementare l'offerta di opportunità per l'adozione di stili	<p>L'iscrizione al WHP è stata rinnovata per il 2018 in data 27/01/2018 (vedi mail allegata).</p> <p>Nell'Area "Tabagismo" la Fondazione ha organizzato un evento formativo specifico in più edizioni, da 100 partecipanti l'una, al fine di sensibilizzare tutti i dipendenti sul tema della prevenzione</p>	100%

OBIETTIVI	RAGGIUNGIMENTO	%
di vita favorevoli alla salute nei dipendenti, nei visitatori e nei pazienti/utenti, in sinergia con le ATS	dei danni da fumo di sigaretta e parallelamente informare sul nuovo Regolamento interno (si allega programma dettagliato del corso). Continua l'attività in corso da anni sull'educazione alle buone pratiche alimentari: a partire da settembre 2018 è stato esternalizzato il Servizio di Ristorazione, attraverso la partecipazione a gara ARCA regionale, pertanto il rispetto delle indicazioni ed il monitoraggio dell'applicazione delle stesse è in capo alla UOC di Dietetica e nutrizione clinica che quotidianamente deve sorvegliare le prassi della ditta esterna (esempio: vietare introduzione bibite zuccherate/gasate/colorate; aumentare offerta verdure crude e cotte e frutta; vegliare sulla composizione piatti elaborati.). Da anni nell'area "attività fisica" la Fondazione aderisce alla campagna sull'uso delle scale per la prevenzione cardiovascolare. Inoltre in occasione della visita periodica il Medico Competente valuta la quota di colesterolo HDL e fornisce opportuni consigli sullo stile di vita con particolare riferimento all'attività fisica nel quotidiano.	
Screening oncologici: Garantire le coperture dei programmi di screening oncologici attivati dalle ATS: screening tumore cervice uterina (PAP test come test primario per le donne tra 25-33 anni e HPVdna test come test primario in donne tra 34-64 anni); screening tumore colon retto e mammella (con ampliamento fasce di età come da D.D.G. n. 3711 del 04/04/2017)	Raggiunto I percorsi di screening nei quali siamo coinvolti, in accordo con ATS Pavia sono: prevenzione del tumore della cervice uterina (PAP-TEST), del tumore della mammella (mammografie) e del tumore del colon retto (colonscopie). L'analisi dei casi di intervallo viene effettuata, l'analisi dei casi incidenti viene effettuata dalla UOC Anatomia Patologica su richiesta dell'ATS. La partecipazione ai percorsi di screening rientra tra i vincoli del contratto con ATS.	100%
Malattie infettive: mantenimento/miglioramento delle attività	Le segnalazioni vengono effettuate garantendo tempestività e completezza del dato, solo in parte attraverso la piattaforma S-Mainf che verrà resa obbligatoria per tutte le Strutture entro la fine dell'anno 2018. Presso la Fondazione è presente il Laboratorio di riferimento per morbillo/rosolia. I campioni con isolamento di malattie invasive batteriche e tubercolosi vengono invece tempestivamente inviati ai rispettivi Laboratori di riferimento (Malattia invasiva da Pneumococco Policlinico di Milano, altre malattie batteriche invasive ISS e TB Niguarda).	100%

OBIETTIVI	RAGGIUNGIMENTO	%
Aumento della copertura delle vaccinazioni	Nella Campagna vaccinale antinfluenzale 2018-2019 si è registrato un aumento della copertura vaccinale negli operatori sanitari con 770 dosi somministrate rispetto alle 485 dosi somministrate nella campagna vaccinale antinfluenzale 2017-2018. Per le categorie di pazienti a rischio, dall'attivazione dei poli vaccinali in Fondazione (HIV, Splenectomizzati, Oncologici, Trapiantati, Epatopatici, percorso nascita, donne in età fertile, donne in gravidanza, Care-giver ecc.) sono stati vaccinati : 894 soggetti nell'Ambulatorio vaccinale di Malattie Infettive;528 soggetti Ambulatorio vaccinale Ostetricia- Ginecologia. Per tutte le vaccinazioni degli operatori utilizziamo un Database interno e inoltriamo ad ATS che inserisce in GEV. La vaccinazione antinfluenzale viene rendicontata in file excel che ci viene inviato da RL per tutti i soggetti (operatori e pazienti) e noi restituiamo il dato a RL E' in corso di valutazione in ATS un nuovo programma di rendicontazione (in uso in Regione Veneto)	100%

## 2. OBIETTIVI DI PERFORMANCES ED ESITI (25 PUNTI)

OBIETTIVI	INDICATORI	% raggiungimento
SELEZIONE INDICATORI "SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI" NETWORK DELLE REGIONI:	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico.	50%
	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico.	0%
	Attesa media prima del ricovero: interventi chirurgici per tumore alla prostata.	100%
	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella.	100%
	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon retto.	100%
	Abbandoni da Pronto Soccorso.	100%
	Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti.	0%
	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	0%



OBIETTIVI	INDICATORI	% raggiungimento
INDICATORI PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE)	Mortalità a 30 giorni dal ricovero per scompenso cardiaco congestizio	50%
	Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico	0%
	Mortalità a 30 giorni da riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale	100%
	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	50%
	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	100%
	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	50%
	Mortalità a trenta giorni dall'intervento isolato per tumore maligno del colon	100%
	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	100%
	Complicanze materne severe durante il parto ed il puerperio (parto naturale)	100%
	Complicanze materne severe durante il parto ed il puerperio (parto cesareo)	50%
	Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva riacutizzata	100%
	Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano.	100%



## 3. OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI (45 PUNTI)

OBIETTIVI	RAGGIUNGIMENTO	%
Efficienza organizzativa nell'attuazione dei programmi di investimento: rispetto dei tempi di consegna della documentazione progettuale, corredata dai pareri di legge previsti, alla D.G.W. entro i termini stabiliti dagli atti regionali (VII Atto Integrativo, Programma adeguamento Antincendio, D.G.R. n. X/6548/2017)	Nessun disallineamento	100%
Flussi informativi ministeriali	Raggiunto	100%
Invio flusso consumi dispositivi medici	Raggiunto	100%
Invio flusso contratti dispositivi medici	43%	100%
Verifica flussi CO.AN.	Tutti i flussi informativi in capo al Controllo di gestione sono stati inviati nei termini previsti tramite apposito portale. Le % di quadratura vengono rispettate come evidenziato dai report di controllo pubblicati sul portale.	100%
Invio trigger in sala parto	Raggiunto	100%
Implementazione raccomandazioni Ministeriali	Attualmente a livello aziendale risultano essere pienamente implementate n. 15 delle n. 18 Raccomandazioni Ministeriali, pari all'83,34%, pertanto l'obiettivo può, già adesso, considerarsi raggiunto. Risultano in corso di implementazione le tre Raccomandazioni Ministeriali n. 10, n. 17 e n. 18.	100%
Completezza, qualità e coerenza dei flussi informativi dell'area del personale: conto annuale esercizio 2017, allegato al CE anno 2017 (IV trimestre 2017), modello A e reciproca coerenza fra gli stessi	Si certifica la totale coerenza ed il reciproco totale allineamento dei dati trasmessi nei Flussi di seguito elencati, la cui compilazione ed invio è stata effettuata nel rispetto dei termini fissati: <ul style="list-style-type: none"> <li>• il Conto Annuale 2017: entro la scadenza del 25.06.2018;</li> <li>• il Monitoraggio IV trimestre 2017 SICO entro la scadenza del 20.01.2018;</li> <li>• il Monitoraggio allegato al modello A entro la scadenza del 15.01.2018.</li> </ul>	100%

OBIETTIVI	RAGGIUNGIMENTO	%
STRUTTURE COMPLESSE – Copertura delle strutture Area Medica, Veterinaria e del ruolo sanitario oggetto di autorizzazione regionale nell'anno 2018	Per l'anno 2018 risulta autorizzata da Regione Lombardia la copertura di n. 4 UOC dell'Area medica e Veterinaria : "Neonatologia" - nota RL 001_2018_813 del 8.2.2018 "Qualità e Risk Management – URP" - nota RL 001_2018_3358 del 9.5.2018 "Oculistica" - nota RL 001_2018_3359 del 9.5.2018 "Urologia"- nota RL 001_2018_33337 del 30.10.2018 Delle n. 3 UOC autorizzate entro il 30.06.2018: Neonatologia: bando scaduto il 30.08.2018, effettuato sorteggio Componenti Commissione il 04.09.2018. Data colloquio in corso di calendarizzazione. "Qualità e Risk Management – URP": non ancora bandita. Individuato Referente. "Oculistica": copertura mediante convenzionamento con docente universitario individuato da parte dell'Università di Pavia a decorrere dal 16.01.2019 (Prof. Quaranta); Per la quarta UOC autorizzata lo scorso 30.10.2018, è stato nominato, nelle more della copertura mediante concorso pubblico, il Responsabile f.f. a decorrere dal 20.03.2019;	100%
Implementazione Sistema MOSA	Entrambi gli indicatori risultano rispettati e in linea con gli obiettivi del sistema MOSA. Non risultano particolari criticità	100%
Razionalizzazione della spesa e mantenimento dell'equilibrio di bilancio	1) la produzione 2018 per lombardi ha raggiunto il limite previsto dal contratto, sia per AMB che per DRG. 2) L'obiettivo sui beni e servizi è stato complessivamente raggiunto. Nel 2018 abbiamo registrato uno sfioramento di budget sui dispositivi medici di 1,7 mln/€ che è stato compensato dai risparmi sulle altre voci (beni sanitari, collaborazioni e altri beni e servizi) di 4,3 mln/€.	100%
Riconciliazione e verifica delle partite debitorie e creditorie	La partita intercompany non riconciliata con l'ATS di Pavia verrà eliminata dall'ATS in occasione del BES 2018 (aprile). L'eliminazione è stata già concordata da ATS con regione.	100%
Anticipazione di Tesoreria	Divieto rispettato per l'anno corrente.	100%
Riconciliazione e quadratura delle partite intercompany	Le posizioni intercompany sono state riconciliate e non evidenziano criticità.	100%
Tempi di pagamento beni e servizi (ITP); Piano dei flussi di cassa;	Tempi di pagamento rispettati, l'ITP annuo è negativo. Budget di cassa rispettato.	100%
PAC – Percorso attuativo della certificabilità di bilancio	Adottate le procedure sulle immobilizzazioni entro la scadenza. Regione ha spostato la deadline per rimanenze e patrimonio netto al 2019. Comunque quelle del patrimonio netto sono state adottate a gen-2019, mentre per quelle sulle rimanenze è stata predisposta la prima bozza (anche in questo caso è stata rispettata la scadenza regionale).	100%

OBIETTIVI	RAGGIUNGIMENTO	%
<p>Realizzazione di un progetto di adozione e incremento prescrittivo di farmaci biosimilari per i principi attivi etanercept e rituximab</p>	<p>I biosimilari sono stati inseriti nella nostra pratica clinica e sono stati utilizzati, come da indicazioni dei Position Paper di AIFA, nei pazienti "naive".</p> <p>ETANERCEPT: Dall'analisi del confronto dei consumi File F del medicinale etanercept dei 12 mesi del 2018 rispetto allo stesso periodo del 2017, si evidenzia che negli anni osservati abbiamo trattato lo stesso numero di pazienti ( 2017= 175 pazienti, 2018= 175 pazienti), dei quali nel 2018 n. 44 pazienti/175 (circa il 25%) sono stati curati con farmaci biosimilari. Nel periodo temporale osservato non ci sono stati vantaggi economici rilevanti nel passaggio al biosimilare, per questioni di strategie di marketing della Ditta produttrice dell'originator, che ha ribassato il prezzo del farmaco brand nel corso dell' anno 2018.</p> <p>RITUXIMAB: Nel periodo osservato (12 mesi 2018 vs 12 mesi 2017) abbiamo trattato in regime di FileF con il medicinale rituximab n. 304 nel 2018, verso n. 276 del 2017, con un incremento di n.28 pazienti/ 12 mesi. Di questi n. 60 nel 2018 e n. 71 nel 2017 hanno ricevuto la terapia con Mabthera 1400 mg/11.7 ml fiala per via sottocutanea, che non può tuttora essere sostituita con la formulazione biosimilare, che è esclusivamente per via endovenosa. Il medicinale biosimilare Truxima 500 mg fl ev è stato introdotto in terapia nel 2018. Nel 2018, infatti, abbiamo trattato con rituximab biosimilare endovena 114 /304 pazienti ( circa 35%). Il delta di spesa nel periodo osservato è di circa - 410.000 €, valutando come fonte dei dati la rendicontazione File F, grazie alla sostituzione del farmaco originator Mabthera 500 mg fl ev, con il biosimilare Truxima 500 mg fl ev. Il vantaggio economico raggiunge circa - 520.000 € valutando anche la terapia nei pazienti in regime di degenza, grazie alla sostituzione del farmaco originator Mabthera, con il biosimilare Truxima. Il farmaco biosimilare è stato utilizzato anche in pazienti già precedentemente trattati con Mabthera.</p>	100%
<p>AMBIENTI DI LAVORO Promozione del benessere del lavoratore e prevenzione dei fattori di rischio</p>	<p>In occasione delle visite mediche preventive e periodiche dei lavoratori viene comunque fatto counseling sul tabagismo ed è stato recentemente effettuato un corso di informazione sul fumo negli ambienti di lavoro in collaborazione con il SPP aziendale</p>	100%

#### 4. OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR (PESO 30 PUNTI)

OBIETTIVI	RAGGIUNGIMENTO	%
Presa in carico del paziente cronico	PRIMO INCONTRO: n. 491 cittadini hanno preso contatto per il "Primo incontro" sia telefonicamente che direttamente presso l'ambulatorio. Di questi n. 247 non hanno firmato il Patto di Cura per diverse motivazioni: "ci penso", sconsigliati dal MMG/PLS, indirizzati presso altre strutture in quanto non arruolabili per patologia non presente nel nostro "Elenco Gestore", non presenza del medico specialista di fiducia, con cui il cittadino ha un rapporto stretto di stima da diversi anni, nell'elenco dei medici che hanno aderito alla "Presenza in carico" (ha sottoscritto il patto di cura circa il 49%). Pur considerando i problemi informatici e il fatto che non vi sono Medici dedicati ma l'attività è aggiunta all'attività abituale di reparto ed ambulatoriale, sono stati comunque stilati i PAI dei pazienti in lista. Aggiornamento 04/04/2019: il 100% dei pazienti che ha stipulato il patto di cura e non ha rinunciato volontariamente ha ricevuto il PAI per un totale di 119 PAI redatti.	100%
Pubblicazione AGENDE di prenotazione delle prestazioni sanitarie	Salvo problematiche tecnico-informatiche, tutte le agende comprese quelle non esposte a GP e quelle riservate ai reparti, sono pubblicate giornalmente attraverso il flusso MOSA.	100%
Rispetto TEMPI d'ATTESA	Per quanto riguarda le prestazioni erogate in regime di ricovero ordinario sono rispettati i tempi massimi di attesa, per le prestazioni monitorate, nel 90% dei casi. Per quanto attiene invece alle prestazioni ambulatoriali, il dato viene monitorato da ATS nell'ambito degli obiettivi del contratto. le indicazioni parziali fornite da ATS sono per il raggiungimento del 95% delle prestazioni entro i tempi stabiliti	100%

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

VALUTAZIONE FINALE	PUNTI
OBIETTIVI LEGATI ALLE ATTIVITA' ISTITUZIONALI (100 PUNTI)	90
OBIETTIVI DI SVILUPPO DI SISTEMA:	
OBIETTIVI DI PERFORMANCES ED ESITI (25 PUNTI)	17
OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI (PESO 45 PUNTI)	45
OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR (PESO 30 PUNTI)	30
TOTALE OBIETTIVI DI SVILUPPO DI SISTEMA	92
OBIETTIVI CDA che includono i precedenti	97,6





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

## Equilibrio economico finanziario

Il bilancio d'esercizio 2018 espone un risultato gestionale in pareggio; nel rispetto dell'equilibrio economico, complessivamente i ricavi diminuiscono di €2,2 milioni.

Importi in €/000	Anno 2017	Anno 2018
DRG	162.918	160.242
Funzioni non tariffate	23.521	22.335
Ambulatoriale	50.426	49.194
Screening	428	458
Entrate proprie	23.072	21.662
Libera professione (art. 55 CCNL)	7.798	7.819
File F	51.805	57.360
Utilizzi contributi esercizi precedenti	6.659	9.487
Altri contributi da Regione	38.686	39.738
Altri contributi	34.804	32.530
Proventi finanziari e straordinari	2.293	786
Prestazioni sanitarie	9.379	7.992
<b>Totale Ricavi</b>	<b>411.789</b>	<b>409.603</b>
Personale	155.054	156.572
IRAP personale dipendente	10.398	10.534
Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	5.871	6.238
Beni e Servizi	191.008	192.314
Ammortamenti (non sterilizzati)	7.835	7.255
Altri costi	12.926	13.816
Accantonamenti dell'esercizio	26.035	19.688
Oneri finanziari e straordinari	2.662	3.186
<b>Totale Costi</b>	<b>411.789</b>	<b>409.603</b>

Rispetto all'anno 2017, la produzione per attività di ricovero e cura subisce una riduzione di €2.676 mila, riconducibile per €918 mila alla riduzione delle maggiorazioni tariffarie e per €1.758 mila ai ricoveri, quasi interamente verso fuori regione. Il gap di produzione, ridotto rispetto alle stime più pessimistiche del terzo trimestre 2018, è stato in parte recuperato, attraverso la realizzazione di alcune azioni correttive, tra cui lo



svolgimento di sedute chirurgiche incentivate, l'apertura di camere aggiuntive e l'assunzione di personale infermieristico.

La produzione ambulatoriale e screening dell'anno 2018, pari a €49.652 mila, registra una contrazione di €1.202 mila rispetto all'anno 2017 legata prevalentemente alla radioterapia. In ottica prospettica, si ricorda che la Fondazione ha previsto l'aggiornamento tecnologico dell'acceleratore esistente e l'acquisto di un nuovo acceleratore, utilizzando contributi regionali già assegnati, i cui effetti in termini di erogazione di servizi sanitari saranno in parte visibili nel corso del 2019.

Le funzioni non tariffate dell'anno 2018, pari a €22.335 mila, subiscono una riduzione di €1.186 mila rispetto al 2017. Tale riduzione è riconducibile prevalentemente al minor riconoscimento di funzioni per le attività connesse al trapianto di organi (€342 mila), al finanziamento dell'attività di ricerca (€264 mila), alla formazione del personale infermieristico (€217 mila) e al trattamento dei pazienti anziani in aree metropolitane (€313 mila).

Il valore delle entrate proprie, pari a €21.662 mila sul BES 2018, registra una riduzione di €1.410 mila rispetto all'anno precedente legata alla cessione di sangue ed emoderivati per €1.031 mila e al rimborso per personale comandato per €359 mila, a fronte della cessazione di alcuni comandi esistenti nel 2017. Complessivamente, alla riduzione delle entrate proprie corrisponde un'analogia riduzione del livello dei costi (soprattutto per acquisto di sangue).

I ricavi per l'attività di libera professione, pari a €7.819 mila nel BES 2018, risultano sostanzialmente in linea con l'anno precedente. Dall'analisi delle voci che compongono il bilancio della libera professione, rispetto all'anno 2017 si evidenzia un trend in riduzione dell'attività operatoria (-€349 migliaia, -18%) e in misura meno marcata dell'attività ambulatoriale intramoenia (-€244 migliaia, -0,5%), compensata dall'andamento positivo dell'attività di consulenza svolta fuori orario di servizio in regime di convenzione con altre aziende sanitarie (+614 migliaia).

La voce File F ammonta ad €57.360 mila e subisce un aumento di €5.555 mila rispetto al 2017. In particolare, l'aumento di tale voce è riconducibile all'aumento dei pazienti eleggibili ad un trattamento antivirale con farmaci innovativi per la cura dell'epatite C (farmaci anti HCV), mentre l'aumento delle altre tipologie di File F è legato ai farmaci



oncologici, soprattutto innovativi, di cui la Fondazione è punto di riferimento per la distribuzione nella provincia di Pavia.

La voce “Utilizzi contributi esercizi precedenti”, utilizzata per permettere la correlazione del ricavo nel momento in cui si rileva il costo per competenza economica, subisce un aumento di €2.828 mila, garantendo la necessaria correlazione con i costi afferenti.

I contributi regionali, incluso il PSSR, ammontano a €39.738 mila e subiscono un aumento di €1.052 migliaia includendo, prevalentemente, l’assegnazione del contributo per rinnovi contrattuali per €5,2 milioni parzialmente compensato dalla riduzione del contributo per autoassicurazione per €3,2 milioni.

Tra le diminuzioni delle componenti positive di reddito si segnala la diminuzione dei contributi assegnati da soggetti pubblici e privati di €2.274 migliaia, legati in prevalenza allo svolgimento di progetti di ricerca finalizzata e all’attività di sperimentazioni farmaci, e la riduzione dei proventi straordinari per €1.507 mila.

Le prestazioni sanitarie, pari a €7.992 mila, evidenzia una riduzione rispetto al 2017 di €1.387 mila, riconducibile alla riduzione dei costi per farmaci in doppio canale/primo ciclo per €1.595 migliaia, parzialmente compensata dall’aumento delle prestazioni sanitarie verso aziende sanitarie pubbliche (soprattutto tipizzazioni e altri esami di laboratorio) per €208 mila. L’andamento dei ricavi (e dei costi) del doppio canale deriva dai risparmi conseguiti a fronte dell’utilizzo di farmaci equivalenti presenti sul mercato.

La voce dei costi del personale ed IRAP sul BES 2018 ammonta ad €167.106 mila e registra un aumento di €1.654 mila rispetto al 2017, riconducibile ai rinnovi contrattuali per il personale del comparto per €3,2 milioni, parzialmente compensato dal risparmio ascrivibile alle tempistiche di reclutamento di personale a fronte delle cessazioni avvenute nell’anno. Tale riduzione di costo, registrata sulla dirigenza medica e sul comparto sanitario, è da considerarsi “una tantum” dell’anno, e verrà ragionevolmente assorbita nel corso del 2019 per far fronte alle esigenze organizzative.

La voce “beni e servizi”, pari a €192.314 mila sul BES 2018, registra un aumento di €1.306 mila rispetto all’anno precedente, riconducibile ad alcuni risparmi di spesa conseguiti sui farmaci ospedalieri per €3.076 mila, legati prevalentemente per l’utilizzo di farmaci equivalenti, al diminuito consumo di sangue per €1.444 mila ed emoderivati



per €851 mila (conto lavorazione gratuito da SRC), dai risparmi sui consumi energetici per €783 mila e sulle manutenzioni su apparecchiature per €958 mila, compensati dall'aumento dei costi per File F e HCV per €3.668 mila, per il servizio mensa esternalizzato per €754 mila, dai consumi di dispositivi medici (soprattutto con Cnd W e H) per €1.454, dall'aumento del premio assicurativo per €669 mila a fronte delle maggiori garanzie offerte ed ai costi per servizi sanitari per la gestione della Stroke Unit per €639 mila e all'acquisto centralizzato di abbonamenti per la ricerca (finanziamento ministeriale Bibliosan) per €4.172 mila.

Gli ammortamenti di periodo ammontano ad €7.255 mila, registrando una riduzione di €580 mila derivante dal naturale processo di riduzione di valore dei cespiti non sterilizzati.

La voce "altri costi", pari a €13.815 mila sul BES 2018, espone un aumento di €890 mila legato ai servizi di trasporto sanitario del 118 per €595 mila, al ricorso a servizi di consulenza sanitaria in area a pagamento richiesti ai propri dipendenti per €241 mila e al pagamento dell'indennità al personale universitario di €112 mila, principalmente legato alla tempistica di reclutamento di personale convenzionato universitario rispetto all'anno precedente.

L'aumento della voce "Accantonamenti dell'esercizio" (€19.688 migliaia) è riconducibile in prevalenza alle quote di contributo non spese nell'esercizio, nonché all'accantonamento per la copertura dei rischi in autoassicurazione per €3.591 mila, ai rinnovi contrattuali della dirigenza per €2 milioni, agli accantonamenti ai sensi del decreto "Balduzzi" e all'indennità perequativa per €791 mila.

Gli oneri finanziari e straordinari, pari ad €3.186 migliaia, includono gli interessi passivi su mutui per €2.205 migliaia e le sopravvenienze passive per €981 migliaia.

### **La gestione finanziaria**

La gestione finanziaria dell'anno 2018 è caratterizzata da un aumento della liquidità di €8,6 milioni, dopo aver rimborsato mutui passivi per €4,5 milioni ed aver effettuato investimenti per €7,2 milioni.



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

<b>Indicatore - ITP</b>	
<b>Anno 2014</b>	<b>27,26</b>
<b>Anno 2015</b>	<b>17,65</b>
<b>Anno 2016</b>	<b>8,18</b>
<b>Anno 2017</b>	<b>14,48</b>
I Trimestre 2018	9,07
II Trimestre 2018	-6,26
III Trimestre 2018	-16,93
IV Trimestre 2018	-9,10
<b>Anno 2018</b>	<b>-5,38</b>

Rispetto all'anno 2017, le rilevazioni dell'indicatore del 2018 evidenziano un trend di costante miglioramento. L'anno 2017, infatti, è stato caratterizzato da un andamento sfavorevole dell'ITP, pesantemente influenzato dal fermo delle attività amministrative avvenuto a seguito della migrazione alla release 12 di Oracle Applications (marzo 2017). Il trend di miglioramento, iniziato nell'ultima parte dell'anno 2017 è proseguito nel corso del 2018, registrando un ITP favorevole. In merito agli ultimi mesi dell'anno 2018, nonostante il leggero rallentamento nei pagamenti legato all'avvio del SIOPE+ avvenuto il 1/10/2018, si è registrato un buon andamento dell'indicatore ITP, che ha permesso comunque di raggiungere un indicatore annuo di -5,38 giorni.





**Dott. G. Monza,**  
Direttore  
Sanitario Aziendale

*Attività di ricovero*

## Andamento dell'attività sanitaria

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

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

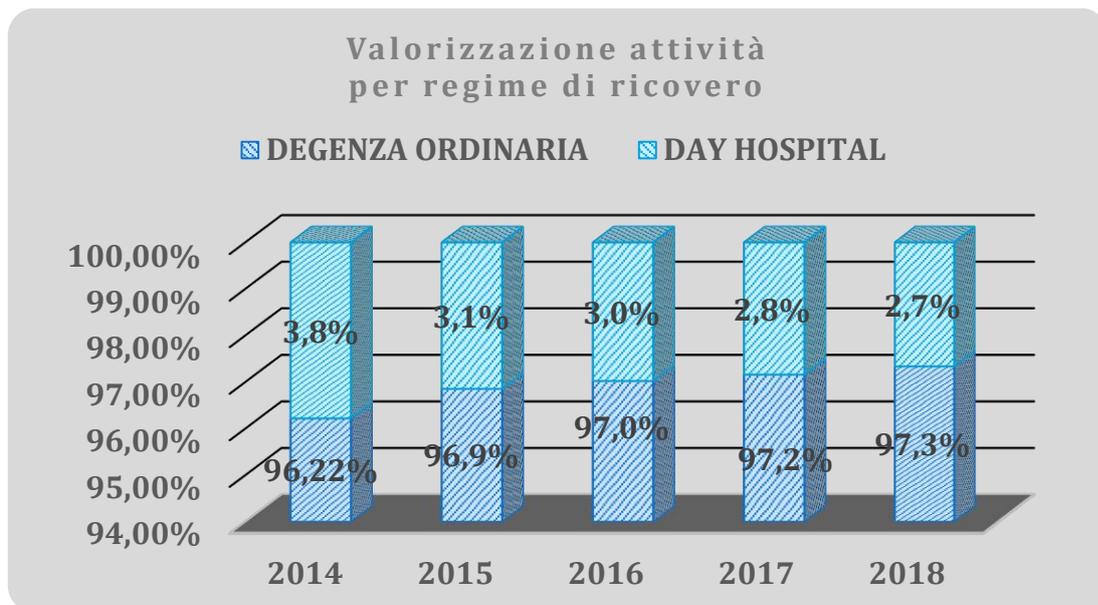
L'attività a favore di pazienti extra regione e stranieri rappresenta circa il 15% dell'attività complessiva.



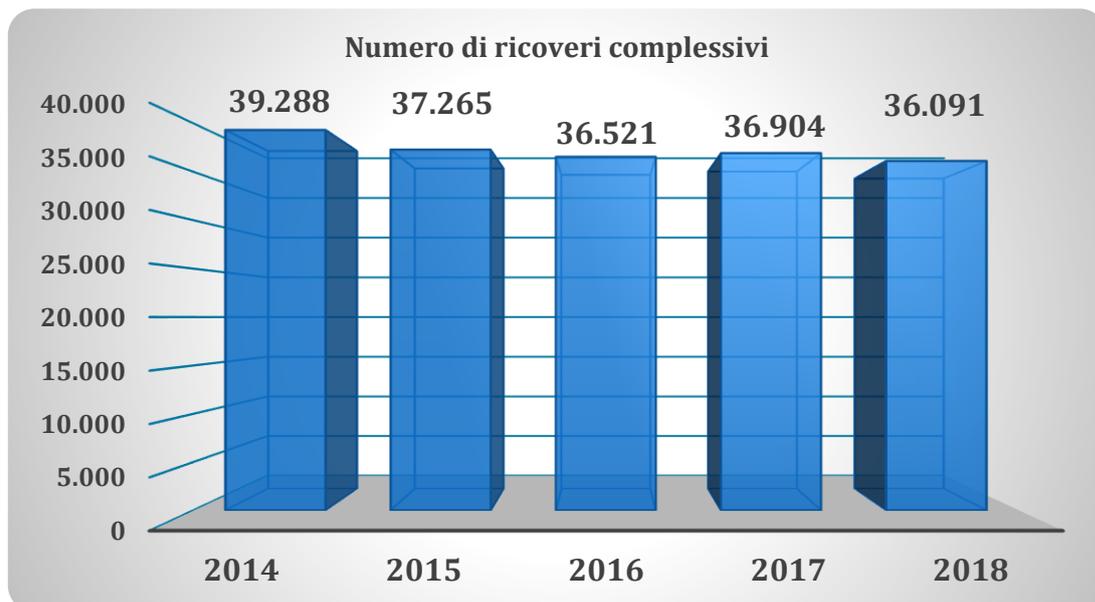
I ricavi dell'attività di degenza hanno registrato nel 2018 una flessione dell'1,4% rispetto all'anno precedente. Le strutture che hanno visto il maggiore decremento sono state Oncoematologia Pediatrica (-908.874€ pari al -14,9% rispetto al 2017), Neurochirurgia (-711.722€ pari al -11,88% rispetto al 2017) e Oncologia Medica (-633.494€ che corrisponde a -9,97% rispetto al 2017). Nel caso di Oncoematologia Pediatrica nel 2018 sono stati eseguiti 5 trapianti in meno rispetto all'anno precedente, che si possono ricondurre al venir meno dei rapporti con il Venezuela. Per la Neurochirurgia la diminuzione nel valore dell'attività si spiega con la scelta di un

diverso mix chirurgico. Infine in Oncologia pesa la riduzione nei trapianti rispetto all'elevato numero del 2017 (-15 casi).

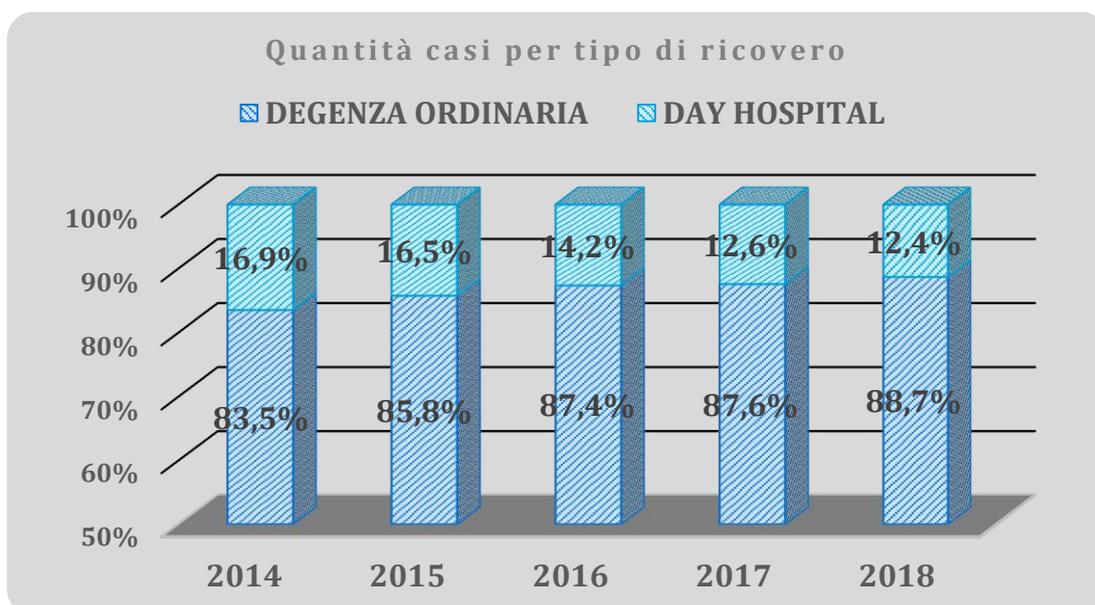
Riguardo alla composizione dell'attività in base al regime di ricovero si evince dal grafico seguente che la valorizzazione dell'attività in regime di Day Hospital ha risentito negli ultimi anni di un progressivo calo:



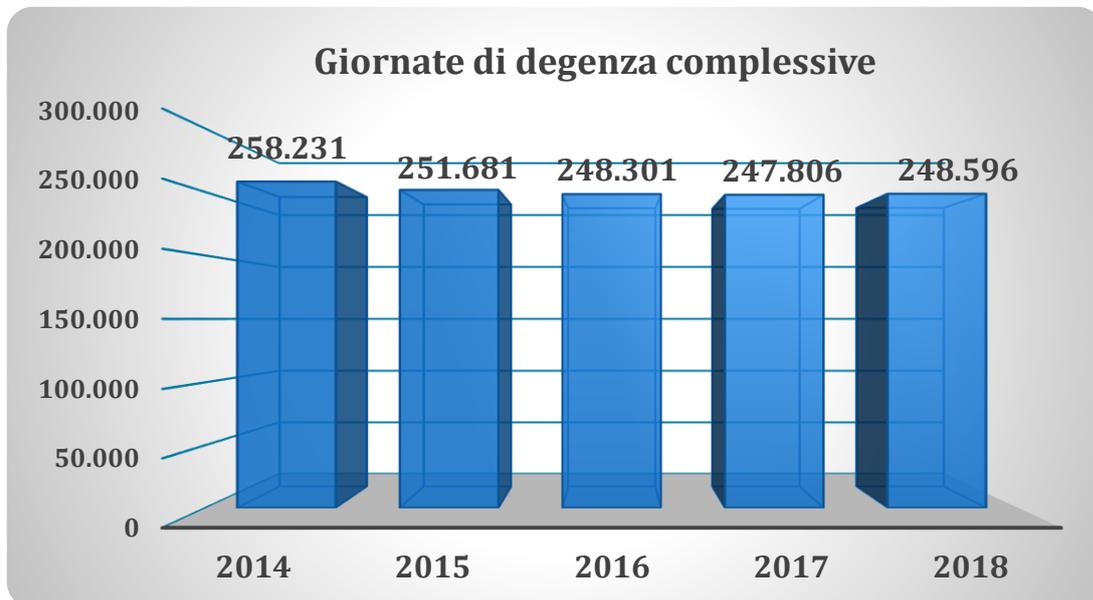
Nel 2011 infatti Regione Lombardia ha adottato alcune misure finalizzate alla razionalizzazione dei posti letto di ricovero passando attraverso la conversione di posti letto di ricovero di Day hospital in posti letto tecnici ambulatoriali. Infatti, alcune prestazioni che fino a quel momento venivano erogate in regime di Day Hospital sono state trasformate in prestazioni ambulatoriali: si tratta di "Macroattività Ambulatoriale ad Alta Complessità ed Integrazione" e di prestazioni a "Bassa Intensità Chirurgica". Nel 2018 il numero di ricoveri ha subito un calo del 2,2% in linea con la diminuzione dei ricavi.



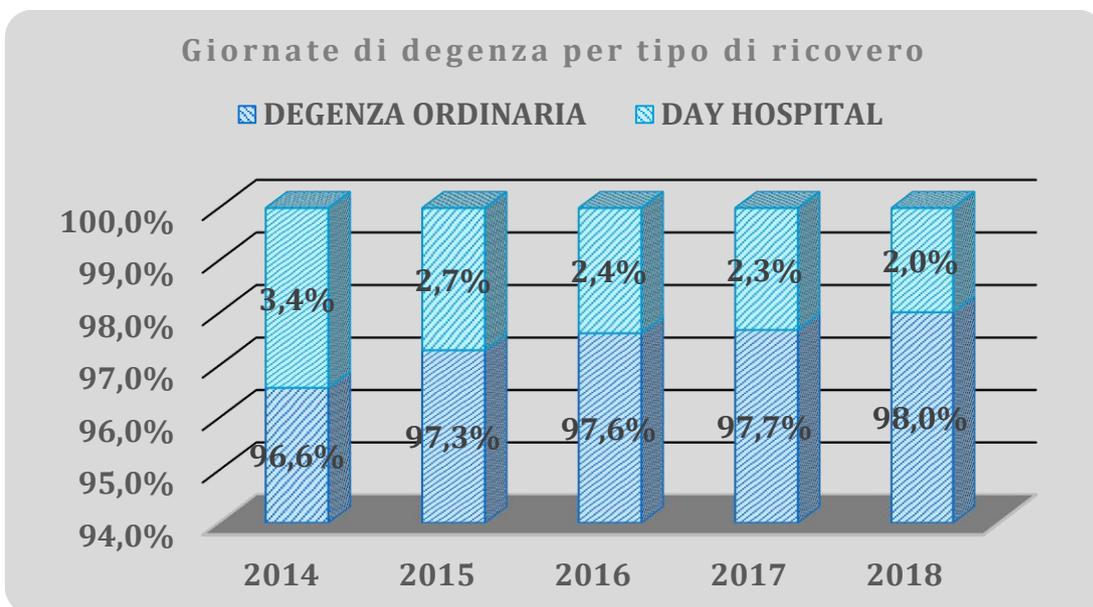
Dal grafico seguente si vede come negli anni sia cambiata la composizione dei casi di ricovero: per effetto della normativa citata, è progressivamente aumentato il peso dei ricoveri in regime ordinario e diminuito il peso dei ricoveri in regime diurno.



Le giornate di degenza risultano nel 2018 costanti rispetto agli anni precedenti:



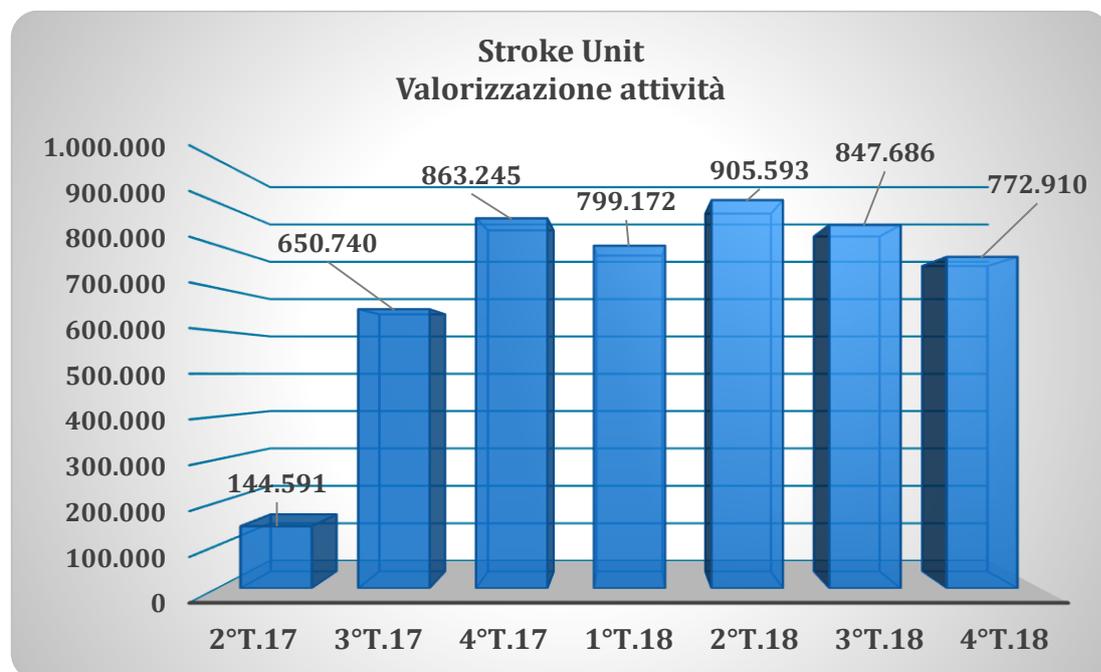
A conferma di quanto scritto, anche il numero di giornate di degenza in Day Hospital ha subito negli ultimi anni una progressiva contrazione:

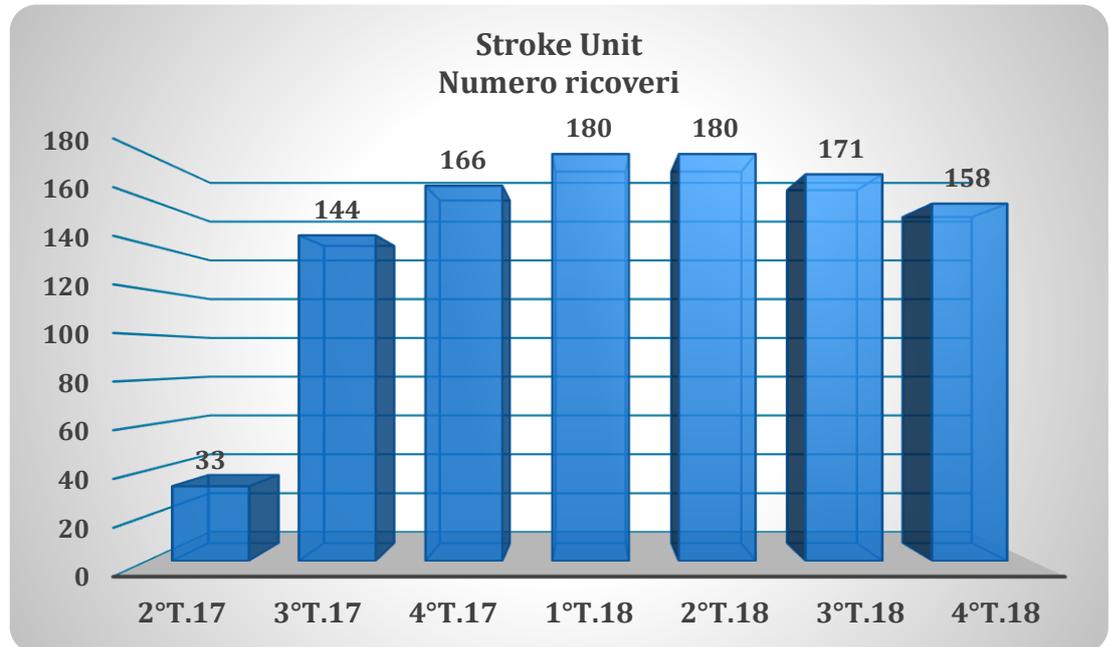


*Stroke Unit*

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

Considerando l'assoluta novità del modello organizzativo, i risultati a fine 2018 sono stati più che soddisfacenti: 689 ricoveri con un trend in crescita per una valorizzazione complessiva di 3.325.361€.



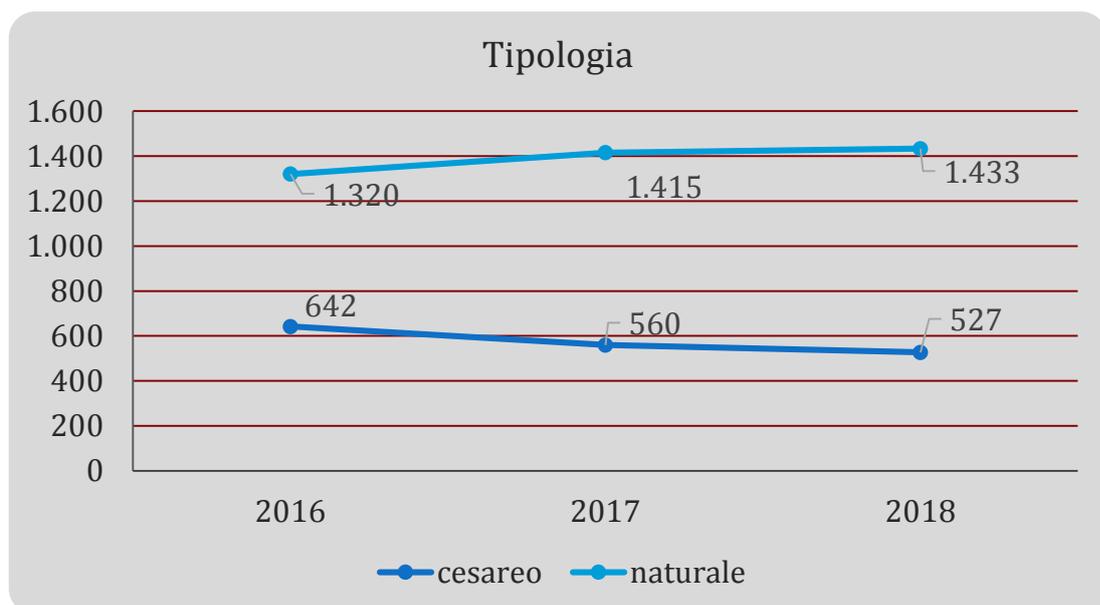
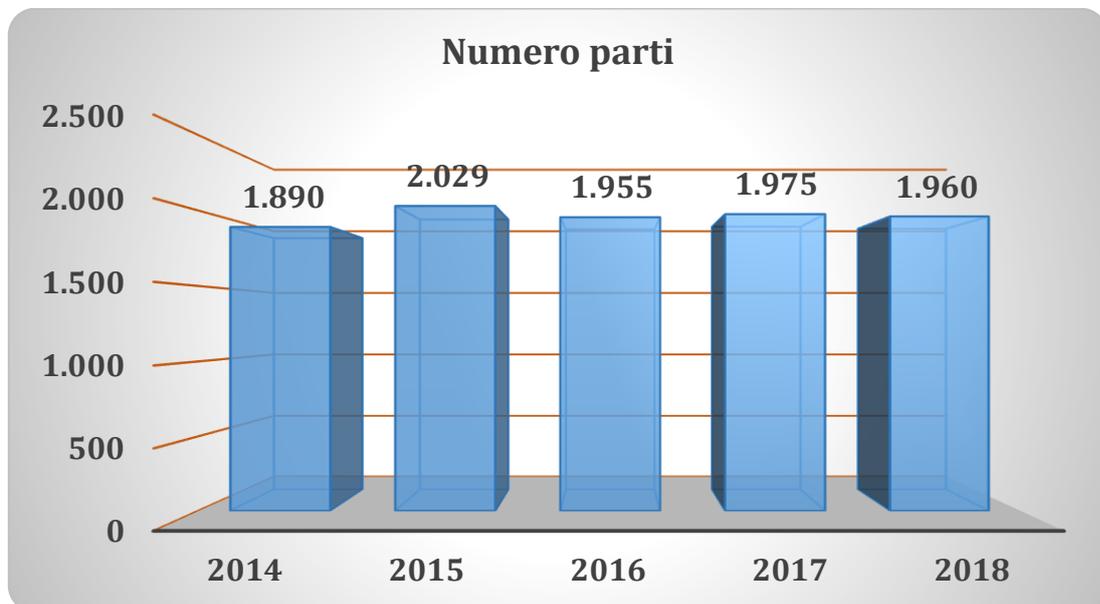


### *I parti*

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

Il numero dei parti, in aumento fino al 2015 anche per effetto della chiusura dei punti nascita vicini (che registravano un numero di parti inferiori ai volumi di sicurezza secondo la normativa Nazionale e Regionale), si è consolidato intorno ai 1960 casi.

Da notare la progressiva riduzione dei parti cesarei come da linee guida regionali per favorire i parti "naturali".



*Pronto Soccorso*

Il numero di prestazioni erogate in Pronto Soccorso è in continuo aumento a dimostrazione del ruolo di ospedale HUB nella rete dell'emergenza-urgenza: si registra un aumento del 7% nella quantità di prestazioni e un aumento del 6% nel valore:



Occorre anche rilevare che nel 2018 sono state perfezionate le procedure informatiche che rilevano le prestazioni in Pronto Soccorso.

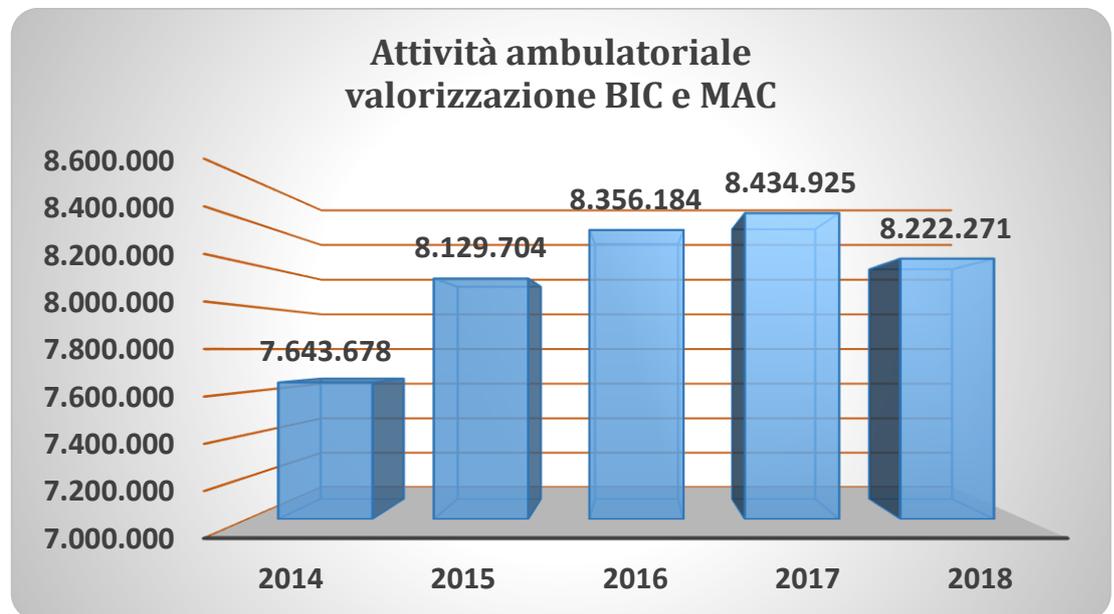
#### Attività ambulatoriale

Nel 2018 si registra una lieve flessione nella valorizzazione complessiva dell'attività ambulatoriale (-0,98%):



Le ragioni hanno carattere generale: la riduzione nel 2018 del personale medico rispetto all'anno precedente e il passaggio ad un nuovo programma informatico per la registrazione delle prestazioni. Inoltre, in alcuni casi, è avvenuta la riorganizzazione degli spazi che ha comportato un rallentamento dell'attività.

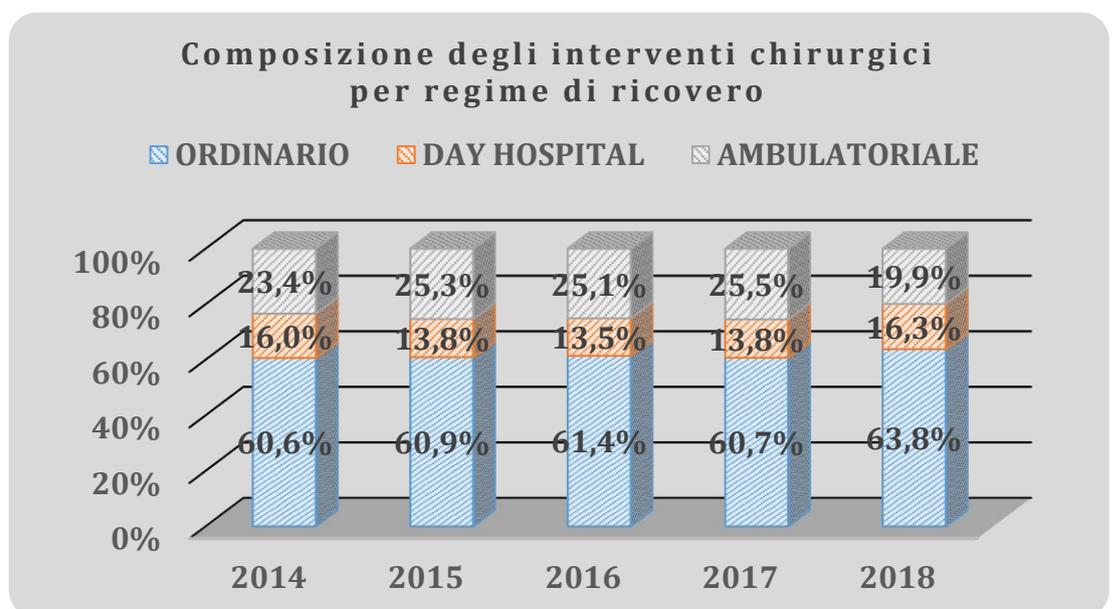
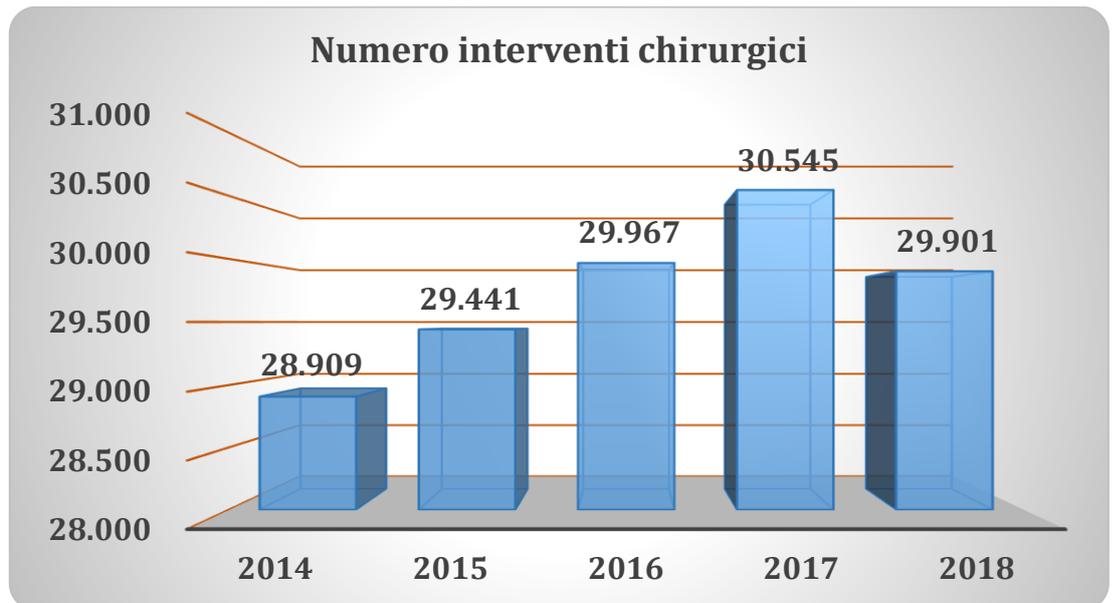
Anche nell'ambito della Macroattività ambulatoriale complessa (MAC) e della Chirurgia ambulatoriale a bassa complessità assistenziale (BIC), che derivano dalla conversione in prestazioni ambulatoriali delle corrispondenti attività erogate in precedenza in Day Hospital, c'è stata una battuta d'arresto (-2,5%) a differenza del trend positivo degli anni precedenti:



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

Nel corso del 2018 si è verificata una lieve contrazione nel numero di interventi chirurgici (da 30.545 a 29.900 che corrisponde a -2,2%).

Anche l'attività chirurgica ha risentito della riduzione nel 2018 del personale medico. Inoltre quest'anno sono diminuite per tutte le Strutture le cosiddette "sedute incentivate" di sala operatoria che consentono un recupero nel numero di interventi.



*Obiettivi di  
miglioramento  
dell'offerta sanitaria*

Nel corso del 2018 sono stati pianificati, perseguiti e raggiunti i seguenti obiettivi di miglioramento dell'offerta sanitaria:

**Monitoraggio sull'attività di sala operatoria:** al fine di diminuire i tempi di attesa per intervento chirurgico, è fondamentale l'utilizzo ottimale delle sale operatorie; esse sono state monitorate costantemente, verificando le loro attività e la tempistica di inizio. È stato condotto un controllo puntuale sul corretto utilizzo degli slot di sala operatoria e riorganizzato l'orario del personale afferente ai Blocchi Operatori. Inoltre sono stati mantenuti gli obiettivi raggiunti nel 2017:

- ottimizzazione dei tempi e incisione chirurgica entro le 8:30 in tutte le sale;
- sensibilizzazione all'aderenza alle raccomandazioni per la sicurezza del paziente e in particolare per quanto attiene alle norme igienico sanitarie;
- aggiunta di sedute operatorie per il contenimento delle liste d'attesa;
- attivazione presso il Blocco Operatorio DEA di Recovery Room nella fascia oraria 10:00-20:00.

**Fusione delle Rianimazioni 1 e 2:** sono stati attivati n. 23 posti letto, suddivisi per intensità di cura: n. 5 per Assistenza Respiratoria Avanzata, n. 12 di Rianimazione Generale e n. 6 di TIPO. Mediante l'accorpamento delle Rianimazioni I e II è stato possibile unire le competenze specialistiche peculiari di ciascuna:

- cura di pazienti con grave insufficienza respiratoria e/o cardiaca;
- trattamento anestesilogico e postoperatorio anche nella chirurgia dell'obesità e nei trapianto d'organo;
- neuro-rianimazione e rianimazione del politraumatizzato;
- centro di riferimento nazionale per il trattamento dell'insufficienza respiratoria grave, anche da influenza A(H1N1), con assistenza extracorporea (ECMO) e capacità di impianto fuori sede e trasporto;
- centro di riferimento per l'esecuzione del lavaggio polmonare massivo (WLL) nelle



persone affette da proteinosi alveolare.

Specifiche aree di eccellenza:

- applicazione clinica e didattica dell'ecografia nel malato critico;
- fast-track anesthesia;
- anestesia in chirurgia robotica;
- assistenza alla rimozione di corpi estranei inalati;
- tecniche di anestesia locoregionale, senza o con sedazione;
- riduzione dell'invasività e miglioramento del controllo del dolore nel primo periodo postoperatorio.

Il Progetto è stato realizzato al piano -1 DEA nel mese di Ottobre 2018. I letti di TIPO garantiranno gli interventi chirurgici complessi, essendo esclusi dal circuito dell'emergenza. È stata inoltre integrata l'attività di AREU Lombardia per l'emergenza extraospedaliera: il progetto è stato completato e comprende una revisione delle modalità di intervento degli anestesisti-rianimatori presso il Pronto Soccorso. È stata redatta una procedura relativa all'urgenza rianimatoria e soccorso sanitario in Fondazione, che ha lo scopo di descrivere le modalità di intervento nel caso sia riscontrato un progressivo decadimento di una o più funzioni vitali di un utente e /o di un paziente presente in Fondazione con possibilità di evoluzione verso la condizione di peri-arresto o arresto cardio-circolatorio (ACC). Tale procedura si applica sia ai pazienti ricoverati in Fondazione che alle persone non ricoverate. Infine è stato elaborato e validato una procedura di Processo relativa alla UOC di Anestesia e Rianimazione, con lo scopo di identificare le modalità con le quali il paziente entra in contatto con la UOC stessa e descrivere gli aspetti principali del processo clinico-assistenziale.

**Percorsi di Emergenza:** nel 2018 è stata avviata l'elaborazione del Piano per la Gestione del Maxi Afflusso di Feriti in Fondazione, al fine di fornire un insieme di disposizione organizzative e procedurali che consentano all'ospedale di far fronte



ad una Maxi-emergenza mantenendo uno standard di trattamento dei pazienti paragonabile a quello garantito al paziente singolo. Affinché ogni operatore presente nel San Matteo riceva sia informazioni sia addestramento relativa a tale piano, sono stati tenuti numerosi corsi ed eventi formativi. Inoltre è stato elaborato un PDTA per il trauma grave: la Delibera Regionale n. 8351 dell'1/10/2012 "Organizzazione di un sistema integrato per l'assistenza al trauma maggiore", prende in considerazione la problematica del paziente con trauma maggiore ed individua alcune condizioni al fine di garantire un'assistenza adeguata durante tutte le fasi del soccorso. In particolare recepisce la necessità di sistemi integrati extra-intraospedalieri di assistenza ai soggetti colpiti da traumatismo detti: Sistemi Integrati per l'Assistenza al Trauma Maggiore (SIAT). La Fondazione ha quindi, al fine di assicurare al paziente con trauma maggiore la cura definitiva in fase acuta, erogata con il miglior livello qualitativo, nel minor tempo possibile e nel luogo più adatto, intrapreso un percorso finalizzato alla formazione del personale e stabilito regole organizzative per accogliere e gestire al meglio questa tipologia di pazienti. Lo scopo del documento pertanto è individuare precocemente il paziente affetto da trauma grave, in sede extra ed intraospedaliera, per garantire l'assistenza idonea e ridurre la mortalità. Tale PDTA si applica alle persone che accedono al Pronto Soccorso della Fondazione, trasportate o meno dal 118 o con altre modalità, per le quali il personale sanitario del MSA 2, del MSA 1 con il supporto del medico di SOREU (Sala Operativa Regionale Emergenza Urgenza), o il medico di PS, esprime la diagnosi di trauma grave.

**Trasformazione di n. 4 letti di Stroke Unit in letti a media intensità di cure presso la U.O. di Medicina II:** presso la U.O. di Medicina generale II erano presenti 4 letti di Stroke Unit, che sono stati disattivati in seguito all'attivazione del nuovo reparto. L'analisi della complessità assistenziale dei pazienti abitualmente ricoverati presso la Medicina II (un mix costituito da urgenze dal Pronto Soccorso, trasferimenti dalle rianimazioni, pazienti con insufficienza respiratoria gestita con C-pap, ecc.) ha suggerito l'opportunità di trasformare i 4 letti precedentemente individuati come "Stroke Unit" in letti a media intensità di cure, al fine di ottimizzare le risorse umane, strutturali e tecniche già presenti e valorizzare le competenze



cliniche sviluppate negli anni. Si è pertanto provveduto a proporre l'attivazione di una UOSD Malattie Cardio-Cerebro-Vascolari che potrà essere realizzata in coerenza con le tempistiche del processo di valutazione Regionale.

**Attivazione Centrale unica di Sterilizzazione:** nel 2018 è stata ultimata la realizzazione della nuova centrale unica di sterilizzazione presso il piano -1 del DEA, sono stati espletati i collaudi e avviate le attività. La centralizzazione dei processi di sterilizzazione permetterà di perseguire migliori risultati in termini di efficacia, efficienza, controllo e miglioramento degli standard di qualità assistenziale, consentendo sia una massimizzazione della produttività, sia una maggior sicurezza sul lavoro nel rispetto delle normative e delle direttive vigenti. La nuova centrale di sterilizzazione, sita al piano -1 del Padiglione DEA, occupa una superficie di 1.000 mq. e accoglie, nell'immediato, le attività precedentemente svolte presso i poli periferici collocati nel Padiglione dei Reparti Speciali e della Pediatria e si appresta a sostituire integralmente la centrale ubicata presso il Padiglione di Ortopedia. La progettazione della centrale coinvolge Direzione Medica di Presidio, SITRA, Ufficio Tecnico, Servizi Informatici Aziendali, Provveditorato e Ingegneria Clinica, che svolge il ruolo di DEC, e ha previsto la realizzazione di ambienti a microclima controllato e aree separate dedicate alle varie fasi che costituiscono il processo del ferro chirurgico e/o del dispositivo medico utilizzato: lavaggio, confezionamento, sterilizzazione e stoccaggio dello strumentario, con percorsi sporco / pulito unidirezionali. Particolare attenzione è stata posta nella definizione ed organizzazione delle attività lavorative sia all'interno delle aree della centrale di sterilizzazione, con netta separazione del personale sanitario dedicato alle differenti mansioni, sia all'esterno, per garantire il più efficiente e sicuro trasferimento del materiale alle aree ad attività chirurgica (sale operatorie e ambulatori). Per far fronte al ricondizionamento di strumentario chirurgico altamente specialistico, utilizzato per un'attività microchirurgica sempre meno invasiva (robotica, laparoscopica, microchirurgica), sono state adottate soluzioni tecnologicamente avanzate, ad elevata automazione, sofisticate apparecchiature di lavaggio e di sterilizzazione e un sistema di tracciabilità informatizzato, il tutto finalizzato al raggiungimento di elevati standard di qualità, sicurezza ed ergonomia lavorativa.



Inoltre è stata rivista tutta la dotazione delle lava-endoscopi con relativo progetto di riorganizzazione, attivando un full-service di endoscopia composto da macchinari e armadi e relativo materiale di consumo, posizionato nelle UUOCC di Anestesia e Rianimazione Pneumologia, Otorinolaringoiatria ed Endoscopia Digestiva.

**Attività di indirizzo e controllo:** per quanto riguarda la rendicontazione della produzione e il controllo di appropriatezza, secondo i canoni di accreditamento, una riflessione in ordine al ruolo della Direzione Medica di Presidio ha promosso il riposizionamento delle attività nell'ambito della Direzione Medica di Presidio stessa, all'interno della quale è in corso una revisione dell'organico sanitario ed amministrativo per poter garantire le opportune professionalità. Questo processo è tuttora in corso al fine di mantenere le precedenti attività di controllo della rendicontazione e della codifica delle prestazioni sanitarie, nonché dell'appropriatezza di utilizzo delle risorse nell'ottica più ampia dell'appropriatezza del setting assistenziale nonché della corretta rappresentazione dell'attività dell'Ospedale secondo gli indicatori regionali e nazionali.

**Breast Unit:** nel 2018 la Breast Unit ha partecipato attivamente ad un innovativo progetto proposto dall'IEO e coordinato dalla Regione Lombardia DG Welfare – Struttura Fattori Produttivi di Value Based Medicine con altri 5 grossi centri senologici al fine di rilevare tutti gli aspetti di qualità rischio clinico nonché costi del PDTRA senologico. Nel 2018 è stata inoltre accreditata una nuova sala operatoria per la chirurgia senologica, con Decreto ricevuto da ATS Pavia in data 13/12/2018 ed è stato predisposto il trasferimento della UOC Chirurgia generale 3 – senologica e dei tessuti molli presso il DEA Piano 6. Nel 2014 l'unità ha ottenuto la Breast Centres Certification che attesta il rispetto dei requisiti Eusoma “The requirements of a specialist Breast Unit”, risultando tra le pochissime Breast Unit certificate secondo i criteri Eusoma. Tale certificazione è stata rinnovata e confermata fino ad oggi. Il progetto “Breast Unit” è parte integrante dell'ampio progetto di sviluppo dedicato all'Oncologia nel PSM che comprende tre componenti principali:

- La Rete Tumori San Matteo



- La partecipazione alle attività di ricerca preclinica dell'istituendo Cancer Research Centre di Pavia. Questo è un progetto trasversale del PSM e dell'Università di Pavia, CNAO e CNR il cui obiettivo è di coordinare e sviluppare ricerche originali nel campo della biologia dei tumori, nuove metodiche diagnostiche e nuove terapie basate su particelle nucleari (protoni e ioni carbonio), piccole molecole e anticorpi.

- Sinergie con il modello organizzativo a rete di patologia oncologica ed il territorio, incluso il Dipartimento Interaziendale Provinciale Oncologico.

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

Pertanto, al fine di garantire la sicurezza dei dipendenti e dei pazienti ricoverati, si è deciso di trasferire i letti di degenza della Struttura Cure Subacute dalla sede di Belgioioso alla Clinica Intramoenia della Sede Centrale con decorrenza 01/08/17. Contestualmente si è rivista l'organizzazione della struttura, prevedendo una gestione di tipo infermieristico con la presenza del Medico durante la fascia oraria diurna e la reperibilità in quella notturna. In riscontro alla nota regionale Prot. G1.2018.0003266 del 01/02/2018, facente riferimento al decreto ATS n. 259 del 20/09/2017 ad oggetto "Conferma dell'accreditamento a seguito di riclassificazione degli assetti organizzativi dell'unità di offerta, senza variazioni di sede o rimodulazioni dell'attività ai sensi della DGR 5918/2016" si evidenzia che presso la sede di Belgioioso è accreditata ed oggetto di riclassificazione una UO Cure Palliative con le seguenti macroattività:

- Attività ambulatoriale specialità Oncologia
- DH con 2 posti letto
- Hospice Sanitario con 10 posti letto



**Prevenzione e controllo del rischio infettivo (CIO):** in tema di controllo delle ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza) proseguono molteplici attività. Tra queste sono da rilevare principalmente:

- progetto di lotta alla sepsi ospedaliera dell'adulto attraverso la revisione del PDTA aziendale, attualizzato alla luce dei contenuti presenti nella Consensus della Surviving Sepsis Campaign; l'ultimazione del percorso di implementazione del processo diagnostico attraverso l'installazione di un ulteriore incubatore presso la Rianimazione Il cui possano afferire i campioni prelevati anche nei pazienti con quadro clinico sospetto ricoverati presso le UUOCC di Cardiocirurgia e di Ematologia; è stata conclusa la formazione sul campo per la lotta alla sepsi in gravidanza dopo il suo iniziale avvio nel 2017.

- miglioramento della valutazione del rischio infettivo preoperatorio attraverso la revisione delle indicazioni relative alla profilassi antibiotica pre-operatoria e mediante l'estensione degli screening attivi per ricerca di microrganismi multiresistenti, nell'ambito della chirurgia protesica, alle UOC di Ortopedia, di Chirurgia Vascolare, di Neurochirurgia, di Otorino e di Cardiocirurgia; attraverso un protocollo che fa ricorso alla somministrazione di un agente antibiotico per un tempo molto breve appena prima dell'inizio dell'intervento, è stato possibile esercitare prevenzione anche al fine di:

- codificare e standardizzare le norme comportamentali in tutte le aree chirurgiche/interventistiche della Fondazione;

- razionalizzare l'utilizzo degli antibiotici in profilassi;

- ridurre il tasso di insorgenza di antibiotico-resistenze batteriche e di effetti indesiderati degli antibiotici;

- ridurre l'incidenza delle infezioni della ferita chirurgica;

- migliorare la qualità dell'assistenza;

Sono stati inoltre intraprese le seguenti attività:



- svolgimento di due corsi formativi dedicati rispettivamente alla Chirurgia e Terapia intensiva e alla medicina e all'area pediatrica per la gestione delle infezioni emergenti e da batteri multiresistenti;
- Promozione di strategie di immunizzazione attiva nelle categorie a rischio che accedono in Fondazione per migliorare lo stato di salute; particolare focus che nel 2018 ha trovato ulteriore spazio, è quello relativo all'immunizzazione contro la pertosse nella categoria a rischio delle donne in gravidanza;

Nel 2018 sono proseguite le attività, presso la Clinica di Malattie Infettive, dell'ambulatorio vaccinale interdipartimentale rivolto ai soggetti appartenenti alle categorie a rischio contenute nel Piano Nazionale per la Prevenzione Vaccinale con maggiore probabilità di sviluppare malattie invasive prevenibili con la vaccinazione, ai pazienti ospedalizzati o con accessi ripetuti in Ospedale (trapiantati, pazienti neoplastici, sottoposti a splenectomia, affetti da patologie reumatiche, gravide, soggetti sieropositivi per HIV) per garantire un intervento sanitario preventivo efficace nei confronti dei pazienti, superando le difficoltà logistiche o legate al proprio stato di salute che non sempre consentono l'accesso ai servizi territoriali vaccinali, e un indiscutibile impatto positivo nell'ottica condivisa della "presa in carico" dei pazienti cronici e/o fragili. A fine 2018 sono stati riportati più di 800 soggetti vaccinati. Questo progetto aziendale è integrato nella intensa attività di ricerca in ambito infettivologico che caratterizza da sempre il nostro IRCCS. Inoltre, il controllo delle infezioni ha una rilevanza fondamentale nell'ambito trapiantologico. Progetti di ricerca sono dedicati all'epidemiologia molecolare degli agenti infettivi, inclusi gli emergenti, e allo sviluppo di protocolli terapeutici personalizzati. Particolare impulso sarà dato alla vaccinologia, che rappresenta una delle attività di ricerca più produttive in questo ambito. Recenti importanti finanziamenti (circa 3 milioni di euro) per la ricerca infettivologica ottenuti a livello competitivo regionale e nazionale assicurano lo sviluppo di queste aree di ricerca di rilevanza strategica per il PSM. Prospettive future: ottimizzazione percorso tempo dipendente di lotta alla sepsi e consolidare attività multidisciplinari avviate per promuovere a livello aziendale la stewardship microbiologica e antibiotica



(promozione dell'utilizzo appropriato degli antibiotici).

**Attività di Trapianto:** la medicina dei trapianti costituisce una pratica terapeutica ampiamente consolidata ed efficace che ha consentito nel tempo risultati rilevanti in conseguenza del progresso scientifico e del continuo perfezionamento delle tecniche operatorie. L'attività trapiantologica che si svolge in Lombardia, rappresenta un segmento di eccellenza all'interno del Sistema Socio-Sanitario Nazionale ed il Policlinico San Matteo, da anni, contribuisce alla riuscita del programma trapiantologico. Strettamente correlata all'attività trapiantologica è l'attività di procurement. In attuazione delle linee di programmazione sanitaria, nell'ambito delle azioni finalizzate al continuo miglioramento dell'intero processo donazione-trapianto, il Policlinico San Matteo persegue il potenziamento delle attività di reperimento di organi e tessuti. Il programma prevede di promuovere l'integrazione della donazione nei percorsi clinici ed organizzativi codificati e nelle linee guida in collaborazione con le Società Scientifiche e gli organismi regionali (ad es. le linee guida dell'ictus e del trauma cranico devono comprendere l'identificazione e il trattamento del potenziale donatore) e condividere l'obiettivo di donazione con il personale dei PS, 118 e dipartimento di emergenza essendo il Policlinico "hub" per la Neurochirurgia e la Neuroradiologia interventistica terapeutica. Per quanto riguarda questo punto, il Policlinico si pone l'obiettivo di incrementare ulteriormente il numero di donatori, attuando anche un programma di centralizzazione di pazienti con lesioni cerebrali rapidamente evolutive anche dall'area provinciale, reclutando pazienti dagli ospedali di Vigevano e Voghera. Inoltre è in progetto l'identificazione di un percorso definito per il paziente neuro-critico con danno cerebrale severo, attraverso un programma aziendale, programmi e percorsi condivisi.

L'attività di prelievo di organi da donatore cadavere ha raggiunto nel 2018 il valore di 43 donatori segnalati. La nostra Fondazione rimane tra le pochissime in Italia ad avere un programma attivo e organizzato di prelievo da donatori a cuore non battente (DCD).

Grazie all'esperienza maturata negli anni, nel 2015 il programma è stato



implementato con l'inclusione di donatori con lesioni cerebrali irreversibili, ricoverati in terapia intensiva, che non evolvono verso la morte cerebrale, ma la cui morte viene diagnosticata con criteri cardiaci.

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

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

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

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

Tabella: numerosità trapianti effettuati negli ultimi anni in San Matteo

	2015	2016	2017	2018
Cuore	12	14	14	13
Polmone	7	11	7	9
Rene	32	39	39	27

Più, nel corso del 2018:



131 trapianti di Cornee,

46 trapianti di midollo allogenici su adulti e 38 trapianti di midollo allogenici su Bambini

**Case Management:** La Regione Lombardia con la LR 23/2015 e le successive DGR 6551/2017 e 6164/2017, propone e attua un innovativo modello per la gestione dei Pazienti cronici e/o fragili. Nel mese di Febbraio 2018 è stato attivato un centro servizi per la “Presenza in carico” del paziente cronico con funzione di raccordo tra il paziente e la rete di case managers della Fondazione, nell’ottica della piena realizzazione della funzione di “accompagnamento” del paziente e dei caregivers all’interno del sistema. Si tratta di una presa in carico integrata, che responsabilizza tutti gli attori del percorso di cura, compreso il Paziente e la sua famiglia. Lo scopo è quindi quello di superare la frammentarietà dell’erogazione delle prestazioni e semplificare il percorso per la persona assistita. La Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo, per la propria specificità, assiste un elevatissimo numero di Pazienti complessi e per i quali già è stato implementato il modello del Case Management (I.C.M.) al fine di garantire un’adeguata presa in carico.

E’ stato infatti già attivato il Modello di Case Management nelle seguenti aree:

- Infettivologica
- Oncologica
- Cure Palliative
- Chirurgia Bariatrica
- Senologia
- Vulnologia
- Gestione stomizzati
- I.R.C. e Trapianto di rene
- Trapiantato di cuore – polmone



La Direzione Medica di Presidio ed il SITRA hanno pianificato e coordinato le azioni necessarie. E' stata creata ed implementata in itinere la rete degli Infermieri Case Manager.

E' stato istituito e convocato un gruppo di lavoro di Clinici per la predisposizione di PAI standard per le principali patologie croniche trattate in Fondazione.

E' stato individuato, allestito e poi aperto un ambulatorio dedicato nel febbraio 2018 coperto 5 giorni su 7 con infermieri case manager e personale amministrativo dotato di mail dedicata (con la collaborazione quindi di DMP, SITRA, SIA, Uff. Tecnico, Ing. Clinica, SPP, Accettazione Amministrativa).

E' stata aperta un'agenda dedicata secondo le indicazioni regionali per la ricezione delle manifestazioni d'interesse che, nel 2018, sono state circa n. 600: di queste hanno effettuato il primo incontro n. 491 cittadini di cui n. 247 soggetti hanno rinunciato per diverse motivazioni (n. 143 rinunce dopo la stipula del "Patto di cura").

PAI VALIDI (PAI): n. 129 attivi totali.

**Ottimizzazione della logistica delle attività ambulatoriali:** nel 2018 è stato eseguito il trasferimento di tutti gli ambulatori delle Medicine 1 e 2 presso il piano terra del Padiglione 8, avvicinando tali servizi ai reparti internistici ed al Poliambulatorio sito al piano 0 del padiglione DEA. Congiuntamente è stato portato a termine il trasferimento di tre Laboratori di ricerca dalla ex-Clinica Medica al piano 1 della Clinica Dermatologica e consegnato il Padiglione 3 all'Università degli Studi di Pavia.

**PMA:** in conformità alle richieste espresse dal CNT, sono state portate a termine nel 2018 le azioni correttive e migliorative relativamente ai requisiti strutturali ed impiantistici, parallelamente verranno attivate le procedure concorsuali e/o di mobilità per ottemperare ai requisiti organizzativi inerenti il personale sia dirigenziale che del comparto. In futuro si prospetta l'implementazione del percorso di crioconservazione per pazienti oncologici, organizzazione di corsi per pazienti sulla medicina della riproduzione, medicina della coppia (in collaborazione con Urologia), medicina di genere (in collaborazione con la Medicina Interna).



**Progettazione ed attivazione di una sala ibrida:** il progetto nasce dalla necessità di offrire, nell'ambito del blocco operatorio DEA, una sala ibrida multidisciplinare in grado di assicurare interventi chirurgici e procedure interventistiche complesse nell'ambito delle patologie cardiovascolari. Una sala ibrida è una sala operatoria provvista di un angiografo digitale particolarmente avanzato, che supporta interventi complessi e di alta qualità unitamente a procedure di chirurgia mini invasiva. E' descritta come un'opzione rivoluzionaria rispetto alla sala operatoria tradizionale, perché consente l'esecuzione di interventi che richiedono un approccio multidisciplinare, sotto diretto controllo radiologico ed assicura ai pazienti la massima efficacia e sicurezza dell'intervento, compresa la gestione di eventuali complicanze peri-operatorie. In ambito cardiovascolare la possibilità di trattare con endoprotesi e stents la patologia aneurismatica toraco-addominale, la patologia carotidea e le arteriopatie periferiche, ha permesso di ridurre significativamente i rischi operatori e i tempi di ospedalizzazione per questi pazienti. Lo straordinario vantaggio di avere a disposizione una "sala operatoria ibrida", lo si avrebbe soprattutto nell'impianto di endoprotesi dette fenestrate e branched, che rappresentano la frontiera tecnologicamente più avanzata nell'ambito del trattamento endovascolare degli aneurismi. Tali endoprotesi permettono di ricoprire segmenti dell'aorta da cui emergono i vasi che irrorano gli organi (reni, fegato, intestino) poichè posseggono "aperture" attraverso le quali inserire delle prolunghie che permettano il passaggio di sangue verso gli organi. Le endoprotesi fenestrate/branched vengono utilizzate negli aneurismi para iuxtarenali o toraco-addominali nei pazienti in cui, per età e comorbidità, il trattamento chirurgico, data la sua estrema invasività, comporterebbe una mortalità e un rischio di complicanze gravi eccessivamente elevato. L'impianto di tali endoprotesi é tuttavia tecnicamente estremamente complesso e la possibilità di avere a disposizione un'alta definizione di immagine, ricostruzioni tridimensionali e la fusione di immagini dell'angio-TC pre-operatoria con le immagini fluoroscopiche intra-operatorie, permetterebbe di effettuare tali procedure in un tempo minore e con un minore tasso di complicanze. È stato inoltre dimostrato,



come l'effettuare tali procedure in una "sala ibrida" permetta di ridurre significativamente l'utilizzo di mezzo di contrasto e l'esposizione a radiazioni ionizzanti per il paziente e il personale medico/ paramedico. Questi due ultimi aspetti rivestono un ruolo importante, in particolare in centri ad alto volume come il nostro. Evidenze di letteratura hanno, infatti, dimostrato come le iniezioni intra-arteriose di mezzo di contrasto comportino, per i pazienti, il rischio non trascurabile di sviluppare insufficienza renale cronica. È stato inoltre dimostrato come l'esposizione alle radiazioni ionizzanti alle quali è sottoposto il personale medico e paramedico, coinvolto nell'esecuzione di tali procedure, aumenti il rischio di danni stocastici (ossia patologie soprattutto tumorali, indotte dalle radiazioni). Attualmente, presso la Fondazione Policlinico San Matteo nell'ambito Cardiovascolare, sono eseguite oltre 200 procedure/anno che, in assenza di una apparecchiatura angiografica dedicata non potrebbero soddisfare le aspettative di salute degli utenti che afferiscono alle UOC della fondazione.

CARDIOLOGIA /CARDIOCHIRURGIA n. 150 procedure/anno

- TAVI
- Mitraclip
- Auricole
- PFO
- Estrazione di catetere
- Procedure cardiocirurgiche ad alto impatto tecnologico

CHIRURGIA VASCOLARE n. 60 procedure/anno

- TEVAR endoprotesi toracica
- EVAR endoprotesi addominale
- FEVAR endoprotesi fenestrata
- CAS stenting carotideo
- PTA + stenting carotideo
- PTA + stenting succlavia
- PTA + stenting assi iliaci ed arti inferiori
- PTA + stenting arterie renali



- Trattamento endovascolare delle complicanze degli accessi per emodialisi
- Trattamento ibrido delle patologie del aorta toracica, addominale e degli arti inferiori
- Trattamento delle patologie steno ostruttive ed aneurismatiche delle arterie viscerali

Il progetto, redatto dall'ufficio tecnico della Fondazione in collaborazione con un gruppo di lavoro costituito da Direzione Medica, cardiologo, cardiocirurgo, chirurgo vascolare, ingegneria clinica, fisica sanitaria è in fase definitiva di approvazione ed i lavori potranno essere iniziati nel corso del 2019.

**Riorganizzazione e adeguamenti strutturali U.O. Ortopedia:** nel 2018 è stata realizzata una riorganizzazione iso-risorse che ha previsto:

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

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

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

**Rimodulazione Laboratori:** nell'ottica di razionalizzare l'attività, nel 2018 è stato trasferito il Laboratorio di Allergologia Pediatrica presso il Laboratorio centrale di Analisi Chimico Cliniche.



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

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

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

- Lavori strutturali di ampliamento relativi al Cup Pediatria
- Progetto per la creazione di un nuovo polo ambulatoriale + Cup – Locali ex PS (Pad. Ortopedia)
- Creazione nuovo Cup – Locali ex cardiologia
- Riorganizzazione Cup malattie infettive – Riorganizzazione flusso pazienti
- Sistema Self Check-in
- Sistema evoluto tagliacode

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

- Ottimizzazione della prescrizione e delle prenotazioni: di fondamentale rilevanza organizzativa è l'utilizzo del modulo prescrittivo integrato che consente la prescrizione a norma integrando i software dipartimentali con il sistema CUP.

Oltre a ciò si ritiene estremamente impattante sviluppare una funzione che dal modulo prescrittivo, una volta completata la ricetta, permetta di accedere, al fine della prenotazione, in modo semplice e diretto al primo posto disponibile in Agenda che può essere eventualmente consultata per le ulteriori disponibilità.

A seguito di un confronto con la Ditta si è convenuto di dividere in due fasi l'implementazione, pianificando entro dicembre 2019 l'avvio del modulo prescrittivo di base.



- Gestione codifiche prestazioni: sono in atto ottimizzazioni di alcune configurazioni e delle codifiche delle prestazioni di laboratorio.

**Sistemi “tagliacode” e self check-in:** al termine dell'attività di riorganizzazione logistica dei CUP è previsto l'avvio di un processo di ottimizzazione dei percorsi di accoglienza pazienti ambulatoriali da realizzarsi tramite l'introduzione di sistemi “tagliacode” evoluti con funzione di self check-in attraverso l'upgrade dei sistemi esistenti che consentano di segnalare in tempo reale al personale sanitario la presenza in sala d'attesa dei pazienti regolarmente accettati. L'obiettivo è quello di ridurre il carico di lavoro per il personale di front end migliorando la produttività della struttura e di azzerare i tempi di attesa degli utenti che ne fanno uso. Il sistema da implementare dovrà essere integrato con i sistemi della Fondazione nelle sue componenti CUP e dipartimentale. La realizzazione del progetto è prevista entro settembre 2019.





**Prof. Giampaolo  
Merlini,**  
*Direttore Scientifico*

## Andamento dell'attività di Ricerca e Didattica

Per quanto riguarda l'attività di ricerca, il lavoro svolto da tutti i professionisti del San Matteo nel 2018 consente alla Fondazione di rimanere nelle prime posizioni nazionali per quanto riguarda la produzione scientifica, uno dei principali indicatori per la valutazione dell'attività di ricerca stessa. Il numero di lavori scientifici pubblicati dai ricercatori dell'Ospedale durante il 2018 e comparsi sulle riviste indicizzate in Medline e/o nel Science Citation Index è stato pari a 724.

Il trend della produzione scientifica dal 1992 al 2018 in relazione sia al numero di articoli scientifici pubblicati su riviste indicizzate in Medline e/o nel Science Citation Index sia all'impact factor complessivo annualmente ottenuto, conferma nel 2018 la permanenza ad alti livelli di performance sia quantitativi che qualitativi, raggiungendo valori di impact factor mai ottenuti con un punteggio complessivo di 3.844,59 punti.

Gli indicatori, in sintesi, si mantengono su livelli molto alti, a conferma della bontà e della qualificazione dell'attività di ricerca svoltasi al San Matteo nel 2018.

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



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

Numero di lavori in extenso su Medline e Web of Science

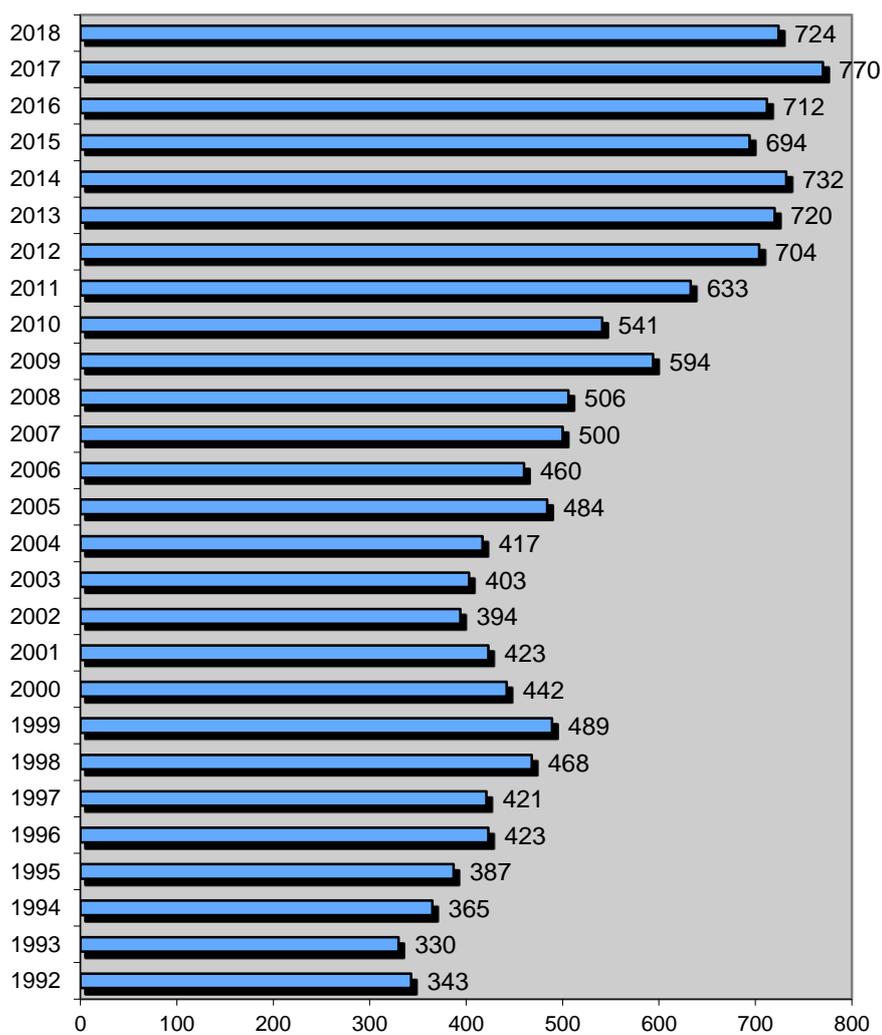
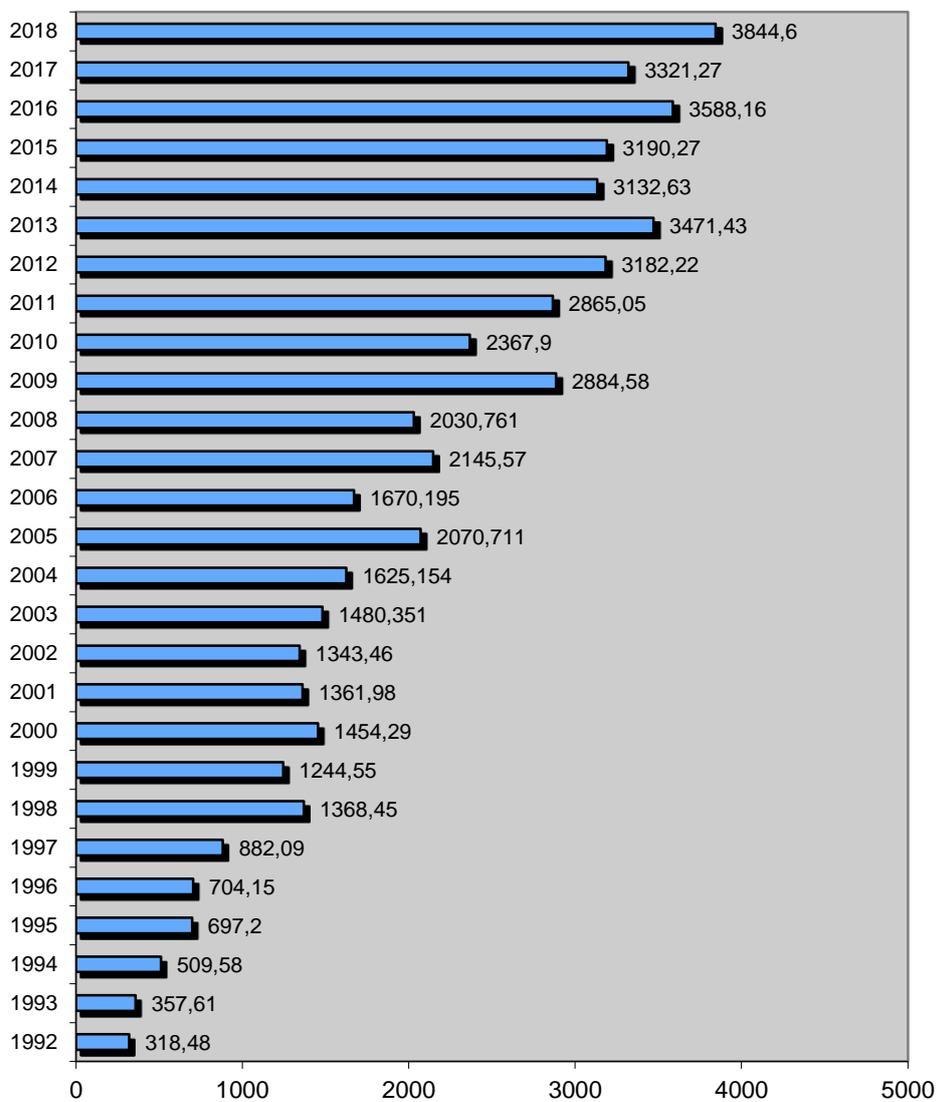


Figura 2. Impact Factor e Produzione scientifica anni 1992-2017



Nel corso del 2018 sono stati pianificati, perseguiti e raggiunti i seguenti obiettivi di miglioramento dell'attività di ricerca.



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



**Riorganizzazione del personale precario della ricerca:** A partire dal 2016 è stato avviato il censimento del personale della ricerca e della sua mappatura secondo i criteri recentemente sviluppati dal Ministero della Salute con lo scopo di ottimizzare l'utilizzo del personale, anche in previsione della proposta di specifico percorso di sviluppo professionale del personale di ricerca approntata dal Ministero. Tale proposta riconosciuta e finanziata con la "finanziaria del 2018" e nota anche come "piramide del ricercatore" prevede due tipologie, "ricercatore" per il personale chiamato a svolgere direttamente attività di ricerca e "professionalità della ricerca" per il personale chiamato a svolgere attività di supporto tecnico-amministrativo alle attività della Direzione Scientifica. A questa necessaria opera di selezione del personale della ricerca si sono affiancate numerose iniziative intraprese per definire un percorso di carriera per i giovani ricercatori basato sul merito e sulla progressione.



**Istituzione dell'Ufficio per il Trasferimento Tecnologico:** nel 2018 è continuata l'attività organizzativa per la creazione di un ufficio di supporto alla protezione della proprietà intellettuale (Technology Transfer Office - TTO). La partecipazione alla TTO school organizzata dal Ministero della Salute, gli incontri nei gruppi di lavoro ministeriali ad hoc creati e il reclutamento di un esperto in Proprietà Intellettuale ha permesso di creare uno staff di riferimento in Direzione Scientifica in grado di iniziare ad affrontare i numerosi problemi organizzativi (regolamenti, procedure di gestione, etc.) e poi di formazione e supporto ai ricercatori. Il Prof. Merlini infatti ha inviato il 25 luglio 2018 al Direttore Generale richiesta per l'indizione di selezione pubblica per il conferimento di un incarico di collaborazione alle attività dell'Ufficio Trasferimento Tecnologico. Con



determina del 14 novembre 2018 si è indetta la selezione pubblica che si è svolta il 10/12/2018 con esito positivo. Sono inoltre continuati i contatti con il TTO dell'Università di Pavia per creare opportune sinergie fra le due Istituzioni.



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

Per quanto riguarda i provvedimenti strutturali, era stato introdotto nel POAS una U.O.S. "Grant Office e Documentazione Scientifica". Il Grant Office indirizza e supporta la ricerca di finanziamenti a livello nazionale, ma soprattutto verso l'Europa, per aumentare la performance nel contesto europeo (Horizon 2020). Fornisce assistenza diretta ai ricercatori nella ricerca di bandi, e "creazione" di bandi ad-hoc attraverso ad esempio la costituzione e la manutenzione di network con potenziali investitori (es. fondazioni bancarie etc.), nella preparazione delle domande di finanziamento e nella gestione e rendicontazione dei progetti. Il Grant Office promuove, in stretta collaborazione con l'U.O.S. Formazione e Sviluppo, le attività di formazione e informazione dei ricercatori della Fondazione sui grant europei, anche in collaborazione con l'Agenzia per la Promozione della Ricerca Europea (APRE). Il Grant Office opera in sinergia con l'Ufficio Ricerca della Università di Pavia soprattutto nell'ambito dei progetti di ricerca europei (Horizon 2020 e ERC). A tale scopo è stato reclutato un esperto del settore che per tutto il 2018 ha svolto attività a supporto dell'organizzazione del servizio (scouting, mailing service, sito web, formazione, etc.) e potenziata l'organizzazione del servizio con la ricerca di una collaborazione con agenzia esterna specializzata nella gestione di progetti europei.

Il Direttore Scientifico ha inoltrato il 5 luglio 2018 al Direttore Generale richiesta di un contratto a tempo determinato per persona con esperienza di grant office. Con determina del Direttore Generale del 27 luglio 2018 è stata indetta la selezione pubblica (vedi allegato B). Al concorso ha partecipato una unica candidata che ha brillantemente



superato la selezione, ma ha in seguito inviato rinuncia per sopravvenuti impedimenti familiari.

Una delle maggiori difficoltà del reperimento di fondi per la ricerca extra-Ministero riguarda la scarsa partecipazione ai bandi europei. Per superare questa difficoltà si è deciso di avvalersi di agenzie esterne specializzate che abbiano dato prova di successi in altri IRCCS. Per questo il Direttore Scientifico ha inoltrato il 24 maggio 2018 richiesta per l'attivazione di una procedura per l'assegnazione di un servizio di consulenza, per 24 mesi, a supporto delle attività di Grant Office dei ricercatori nelle varie fasi di scouting, monitoraggio, acquisizione finanziamenti, stesura, gestione e rendicontazione dei progetti di ricerca soprattutto in ambito europeo. Con determina del 1 ottobre 2018 il Direttore Generale ha dato avvio alla procedura (vedi allegato D) che si è recentemente conclusa con il parere della commissione tecnica di valutazione.

Nel corso del 2018, a fronte di una lieve riduzione del finanziamento ministeriale per la ricerca corrente (da € 6.974.431 del 2017 a € 6.696.137,96), anche grazie ad una forte opera di sostegno e incoraggiamento delle richieste di fondi extra-ministeriali da parte della Direzione Scientifica, si è ottenuto finanziamenti per progetti di ricerca non ministeriali da Enti Pubblici per un importo pari a € 6.326.467,15 e da privati per un importo pari a € 3.445.205,56; il numero dei pazienti reclutati in trials clinici nel 2018 è stato di 5319 con 336 trials clinici attivi di cui multicentrici 241 per n. 1780 pazienti reclutati e monocentrici 92 per n. 3468 pazienti reclutati.

Allo scopo di migliorare la capacità di attrarre finanziamenti per la ricerca in ambito internazionale e considerando questo un obiettivo primario per dare vigore e un futuro alla ricerca in San Matteo, internazionale, è stato organizzato il 19 gennaio 2018, con la partecipazione del Presidente e del Direttore Generale, un incontro con tutti i ricercatori del Policlinico per sollecitare la loro partecipazione a bandi di ricerca internazionali assicurando il massimo supporto tecnico da parte delle Direzione Scientifica. Questa azione di promozione ha iniziato a dare i suoi frutti, e nel 2018 sono 6 i progetti sottomessi, e alcuni di questi finanziati, in ambito internazionale.





**Pubblicazione Bando progetti di ricerca corrente 2018:** grazie al bando competitivo 2018 sono stati selezionati e attivati (1 luglio 2018), 15 progetti di ricerca corrente. Il bando prevedeva il finanziamento di 10 progetti triennali con la cifra di euro 180.000 ciascuno e un ulteriore finanziamento di euro 360.000 assegnabili a 5 progetti ritenuti di particolare interesse e rilevanza strategica selezionati dal Comitato Tecnico Scientifico nella seduta pubblica di approvazione della graduatoria finale.



**Biobanche:** Le biobanche rappresentano una preziosa fonte di risorse per la diagnosi e per la ricerca da quella di base fino alla sperimentazione di terapie in quanto permettono di aver a disposizione il genoma umano e i prodotti della sua espressione. Nel San Matteo, attualmente, vi sono molti ricercatori che a titolo individuale collezionano materiale biologico. In genere si tratta di gruppi piccoli e con un basso livello di organizzazione. Le strutture dedicate a questo scopo sono infatti carenti di personale specializzato e di fondi sufficienti per adeguare gli impianti alle normative vigenti in modo da garantire la qualità, lo stoccaggio dei campioni in sicurezza, la loro distribuzione e la gestione informatizzata dei dati secondo quanto previsto dalle leggi per la tutela della riservatezza. L'utilizzo dei campioni conservati inoltre risulta limitato al gruppo di ricerca che ne ha curato la costituzione. Il Direttore Scientifico ha elaborato un progetto che ha le finalità di definire le tipologie e i ruoli delle diverse biobanche e raccolte di campioni presenti nel San Matteo e di proporre la razionalizzazione delle risorse e di centralizzazione di piccole/medie banche esistenti al fine di fornire un servizio di alta qualità a più gruppi di ricerca. Il progetto è stato inviato al CdA il 28 settembre 2018 ed è stato presentato e discusso nella seduta del CdA del 18 ottobre, come risulta dal verbale di tale adunanza, che include anche il progetto di organizzazione delle biobanche.



*Dott. Nunzio Del Sorbo,  
Direttore Generale*

## Qualità dell'assistenza

Nel corso dell'anno 2018 la Fondazione ha mantenuto attivo un Sistema di Gestione della Qualità Aziendale, come strumento finalizzato a guidare e tenere sotto controllo i processi dell'organizzazione, a supporto della qualità e della sicurezza delle cure erogate.

Il nuovo triennio di certificazione, iniziato nel novembre 2017, ha portato all'apertura del quarto triennio consecutivo della Certificazione ISO 9001 per tutte le Strutture della Fondazione, sanitarie e di supporto tecnico amministrative, con l'estensione della Certificazione anche all'Attività di Ricerca, ed il passaggio alla nuova versione della Norma, caratterizzata da un approccio sistematico al tema del rischio, della sua valutazione e della conseguente gestione.

Il programma annuale di audit interni, attuato da un gruppo di Auditor coordinati dalla UOC Qualità e Risk Management, ha interessato tutte le UU.OO.CC. della Fondazione e ha permesso 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.

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", la Fondazione ha proseguito nel percorso di autovalutazione e monitoraggio delle performance aziendali, secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia. I dati provenienti dalla Autovalutazione hanno permesso di individuare le aree nelle quali la Fondazione è risultata non ancora completamente allineata con gli standard previsti da Regione e hanno quindi consentito di definire e di intraprendere azioni per il miglioramento interno.

Nella consapevolezza che la sicurezza dei malati è uno dei fattori determinanti la qualità dell'assistenza, anche nel corso dell'anno 2018 la Fondazione si è impegnata in attività



finalizzate al monitoraggio del rischio clinico, in ottemperanza a quanto richiesto dalle Linee Guida regionali per l'attività di Risk Management.

Particolare attenzione è stata rivolta all'area Travaglio/Parto, con prosecuzione dell'analisi e del monitoraggio dei trigger materno fetali/neonatali e l'introduzione della Scheda Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS) per riconoscere tempestivamente la donna gravida con quadro clinico critico, nell'ambito di una formazione sul campo, condotta coinvolgendo tutte le figure professionali coinvolte nell'assistenza della donna e del neonato, finalizzata alla stesura del PDTA sulla gestione della sepsi in gravidanza.

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

In recepimento a quanto previsto dalla raccomandazione ministeriale n.17 "Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica", nel corso del 2018 la Fondazione, in collaborazione con ATS e l'ASST di Pavia e con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, ha proseguito il progetto biennale finalizzato alla riduzione del rischio di errore di terapia farmacologica nei momenti di transizione di cura dei pazienti. Nello specifico è stato introdotto l'utilizzo di uno specifico strumento cartaceo per dare evidenza dell'avvenuta ricognizione e ricognizione presso alcune UOC chirurgiche nell'ambito del prericovero e presso alcuni reparti internistici della Fondazione, con l'obiettivo di estendere nel 2019 l'utilizzo dello strumento a livello aziendale.

Facendo seguito all'analisi delle segnalazioni di atti di violenza a danno degli operatori sanitari raccolte dal sistema aziendale di incident reporting ed in recepimento della relativa Raccomandazione Ministeriale, nell'anno 2018 è proseguito il progetto biennale interaziendale (Fondazione e ASST di Pavia) per il miglioramento della sicurezza degli operatori nei confronti delle possibili aggressioni, verbali o fisiche, da parte degli utenti. E' stato organizzato un corso di formazione residenziale in collaborazione con l'ASST di Pavia, finalizzato a formare gli operatori sanitari, il personale addetto alla sicurezza ed



amministrativo a riconoscere, prevenire e gestire le situazioni di rischio, potenziale od imminente, di violenza a danno degli operatori stessi.

Nell'ambito della prevenzione e gestione delle infezioni, nel 2018 sono stati riproposti i seguenti corsi di formazione a distanza: "Lotta alla sepsi ospedaliera", con l'obiettivo di favorire il riconoscimento precoce della sepsi e del relativo trattamento, in ottemperanza a quanto descritto nel PDTA aziendale e "Prevenzione della diffusione di microrganismi multiresistenti", aperto a tutte le professioni sanitarie, con l'obiettivo di favorire l'applicazione, nel quotidiano, dei principi e delle procedure basate sulla buona pratica comportamentale per ridurre la trasmissione di patogeni. Nei casi di sepsi severa e di shock settico è stata inoltre effettuata un'analisi della casistica dalla documentazione sanitaria, finalizzata a verificare l'aderenza a quanto previsto dalla normativa regionale recepita nel PDTA aziendale. Nel corso del 2018 si è provveduto alla revisione del PDTA aziendale per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi nel paziente adulto e all'elaborazione del PDTA aziendale per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi in ostetricia.

Nel corso del 2018 è proseguita, inoltre, la redazione e 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 all'ottimizzazione nell'impiego delle risorse coinvolte, umane e materiali. Tra i nuovi Percorsi, nel corso dell'anno 2018 sono stati elaborati il PDTA per la Gestione del paziente con piede diabetico, il PDTA per la Gestione del paziente con patologia delle vie lacrimali ed il PDTA per il trattamento dell'Arresto cardiocircolatorio (ACC) refrattario mediante rianimazione cardiopolmonare extracorporea (ECPR), mentre è stato sottoposto a revisione il PDTA per l'identificazione e il trattamento iniziale della sepsi grave e dello shock settico nell'adulto.

Infine si è monitorata la qualità dell'assistenza percepita dall'utenza, sia attraverso le segnalazioni ricevute dall'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico sia attraverso la somministrazione dei questionari di Customer Satisfaction, arricchiti da quelli predisposti per il Pronto Soccorso e per la verifica delle pulizie affidate all'impresa esterna. La valutazione dei risultati raccolti ha permesso di orientare la Fondazione in un processo di miglioramento continuo, evidenziando i punti di forza/debolezza e



consentendo la programmazione di azioni correttive/migliorative per incrementare la qualità e la sicurezza delle prestazioni offerte.

I report relativi ai dati raccolti, anche per il 2018, continuano ad essere a disposizione degli operatori, con la pubblicazione nella Intranet, ed a disposizione del cittadino, con la pubblicazione nel sito web della Fondazione.

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, tale attività si è svolta anche nell'anno 2018, con l'obiettivo di favorire la comunicazione con il cittadino e ridurre situazioni di conflittualità all'interno della Fondazione.





**Prof. Giampaolo  
Merlini,**  
*Direttore Scientifico*

## Formazione

---

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

Il processo per la formazione e l'aggiornamento nella Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia si sviluppa attraverso fasi sequenziali che prevedono l'analisi dei bisogni e la costruzione del piano formativo ed arrivano alla gestione ed al monitoraggio degli eventi; è governato, anche dal punto di vista del budget dedicato, dalla Struttura Formazione e Sviluppo in staff alla Direzione Strategica. Con Decreto DG sanità n° 8584 del 25 luglio 2006, la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, attraverso la Struttura Formazione e Sviluppo, è stata accreditata "Provider ECM" del Sistema Regionale ECM-CPD (Continuous Professional Development - Sviluppo Professionale Continuo), accreditamento "standard" riconfermato nel 2010, nel 2014 e nel 2017. La Fondazione è pertanto accreditata a "progettare, effettuare, controllare l'esecuzione delle attività formative e la bontà organizzativa delle stesse anche attraverso la responsabilità dell'attribuzione dei crediti formativi ECM, verificando gli esiti della formazione" secondo la DGR n. 18576 del 5 agosto 2004.

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 contiene i progetti di formazione che concorrono a costituire gli obiettivi del Direttore Generale in quanto ritenuti strategici dalla DG Sanità di Regione Lombardia. 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 annuale. Anche quello del 2018 è stato 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 in allineamento con il Documento Valutazione Rischi, redatto ai sensi degli art. 28 e 29 D.Lgs 81/08 e ss.mm.ii..

Gli obiettivi prioritari della Direzione Generale nell'ambito della formazione 2018 sono stati:

- La sicurezza e salute del lavoro come misura di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali;
- La cultura della donazione di organi e tessuti insieme al Centro di Coordinamento di prelievi e trapianti d'organo;
- La diffusione intraospedaliera della gestione del trauma maggiore: riorganizzazione del percorso assistenziale in Fondazione e degli ultimi aggiornamenti scientifici;
- La diffusione del piano emergenza intraospedaliera massiccio afflusso feriti in Fondazione
- L'emergenza urgenza;
- Le infezioni emergenti ospedaliere e da germi sentinella, trattamento e assistenza al paziente infetto;



- L'integrazione e valorizzazione delle risorse umane con promozione dei percorsi di inserimento per il personale neoinserto e neoassunto;
- L'aumento delle conoscenze metodologiche di approccio alla ricerca clinica.

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





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

*Negoziazione degli  
obiettivi di budget*

## Raggiungimento obiettivi operativi di budget

Il budget rappresenta lo strumento operativo per attuare gli indirizzi definiti e per poter condividere le strategie aziendali attraverso la negoziazione di obiettivi specifici per ciascuna Struttura complessa della Fondazione. Integrando le priorità espresse dalla normativa nazionale e dagli atti di programmazione regionale con gli obiettivi strategici della Fondazione, per l'anno 2018 sono stati assegnati gli obiettivi specifici delle Strutture, di cui si riporta di seguito una sintesi del raggiungimento.

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

✓ **Negoziazione degli obiettivi:**

Il budget 2018 è stato negoziato con le singole Strutture nell'ambito di incontri dipartimentali che si sono svolti tra febbraio e marzo 2018.

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

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

In particolare, in merito alla razionalizzazione del consumo di beni sanitari, facendo seguito alle indicazioni regionali relative al contenimento della spesa, la Direzione Strategica ha indicato come budget 2018 dei consumi complessivi sanitari (escluso File F), a livello aziendale per uso ospedaliero, una riduzione del 5% rispetto al consuntivo 2017.

Al fine di agevolare il raggiungimento di questo obiettivo, già dal mese di febbraio 2018, i Direttori di Struttura dei Dipartimenti Sanitari sono stati chiamati dalla Direzione Strategica ad effettuare un'analisi dei propri consumi e a predisporre un elenco delle possibili azioni da intraprendere per il raggiungimento del predetto obiettivo. Le relazioni predisposte sono state discusse durante le riunioni di budget e hanno costituito il punto di partenza per l'assegnazione dell'obiettivo.



### Monitoraggio periodico degli obiettivi

Le schede di budget delle Strutture in staff alle Direzioni sono state predisposte nel mese di maggio 2018.

#### ✓ Monitoraggio periodico:

Nel corso del 2018 è continuato il processo di comunicazione interna sui temi economico-gestionali e di budget al fine di garantire l'efficacia della programmazione direzionale tramite l'organizzazione di riunioni periodiche con i referenti Budget.

Inoltre il Controllo di gestione, oltre alla consueta trasmissione mensile dei dati riguardanti l'andamento di attività e costi rispetto al budget, ha predisposto un report di valutazione infra-annuale inviato trimestralmente ai Direttori e ai Referenti di Struttura.

### Valutazione dei risultati

#### ✓ Valutazione dei risultati

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

Predisposizione dei dati di consuntivo e di valutazione 2018 da parte del Controllo di Gestione e comunicazione delle risultanze ai Direttori delle strutture attraverso l'invio del report di valutazione nel mese marzo 2019. In questa occasione è stato chiesto ai Direttori di inviare eventuali controdeduzioni rispetto agli obiettivi non raggiunti.

Analisi dei risultati e delle controdeduzioni pervenute dal Comitato di Valutazione il giorno 10 maggio: tale incontro ha portato, a seguito di un'analisi puntuale di ciascuna situazione, ad una decisione di accoglimento o rigetto delle osservazioni presentate, tenendo conto del contesto in cui le Strutture hanno operato nel corso dell'anno. I risultati della valutazione effettuata dal Comitato di Valutazione sono riportati nel documento "Prospetto Rettifiche Comitato Valutazione" archiviato dal Controllo di Gestione.

La valutazione rivista dal Comitato di Valutazione è stata inviata alle Strutture interessate il 22 maggio.

Per quanto attiene alle Strutture in staff alle Direzioni, la valutazione finale è stata inviata ai Direttori in data 29 maggio (a seguito della chiusura del processo



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

La tabella sottostante presenta la percentuale di raggiungimento degli obiettivi da parte delle Strutture assegnatarie:

OBIETTIVI 2018	N° di Strutture assegnatarie	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
Attività di ricovero	36	56%	36%	8%
Attività ambulatoriale	49	65%	29%	6%
Costo acquisto beni	53	55%	28%	17%
Costo File F	17	76%	24%	0%
Costo prestazioni per pazienti ricoverati richieste ai Laboratori su attività di ricovero	35	69%	9%	23%
Costo prestazioni per pazienti ricoverati richieste alle Radiologie su attività di ricovero	35	69%	9%	23%
Revisione del Regolamento ex Art. 53	2	100%	0%	0%
Adempimenti conseguenti all'applicazione del nuovo regolamento europeo in tema di privacy	3	100%	0%	0%
Progetto trasferimento Senologia	3	0%	100%	0%
Adempimenti relativi all'attuazione del processo di certificabilità dei bilanci	4	100%	0%	0%
Adesione al progetto di stewardship antibiotica	4	100%	0%	0%
Impact factor	4	100%	0%	0%
Verifica e aggiornamento dei processi aziendali della UO presenti nel PTCT 2018-2020	4	100%	0%	0%
Adempimenti conseguenti all'applicazione del nuovo regolamento europeo in tema di privacy	6	100%	0%	0%
Conduzione del progetto Lotta alla sepsi area adulti e ostetrica	7	100%	0%	0%
Raggiungimento del pareggio di bilancio nel rispetto delle conseguenti disposizioni regionali	7	100%	0%	0%
Adesione al progetto "Presenza in carico" con offerta di almeno 2 ore ambulatori/settimana per stesura PAI	13	85%	8%	8%

OBIETTIVI 2018	N° di Strutture assegnatarie	RAGGIUNTO	PARZIALMENTE RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO
Obiettivi Strategici della Direzione Generale	16	81%	19%	0%
Presenza in cartella Check list di sala operatoria	16	38%	63%	0%
Consegna in archivio della cartella clinica completa entro 15 giorni lavorativi dalla dimissione con compilazione dell'allegata check list aziendale di controllo	34	3%	68%	29%
Individuazione di indicatori di processo e/o esito con monitoraggio e relativa analisi dei dati raccolti	47	100%	0%	0%
Mappatura di un processo individuato dalla Struttura con analisi dei rischi e descrizione delle relative azioni contenitive	47	100%	0%	0%
Altri obiettivi assegnati ad una singola Struttura	55	96%	0%	4%
Totale obiettivi	497	73%	19%	9%

La tabella seguente riporta il punteggio raggiunto dalle Strutture sanitarie, prima e dopo la valutazione da parte del Comitato di Valutazione:

Strutture sanitarie	Totale Scheda	Rettifiche Comitato di valutazione	Totale Scheda rettificata
Anatomia Patologica	91,00	9	100,00
Anestesia e Rianimazione - Terapia del Dolore	60,00	10	70,00
Anestesia e Rianimazione I	95,00	-	95,00
Anestesia e Rianimazione II - Cardiopolmonare	81,00	14	95,00
Cardiochirurgia	91,90	-	91,90
Cardiologia	75,50	10	85,50
-CCH-Chirurgia Cardiopolmonare e Ipertensione Polmonare	76,96	13	90,00
Chirurgia Generale - Addominale	0,00	80	80,00
Chirurgia Generale - Toracica	29,50	41	70,00
Chirurgia Generale I	82,50	8	90,00
Chirurgia Generale II	76,00	4	80,00
Chirurgia Generale III - Senologica e dei Tessuti Molli	87,50	8	95,00
Chirurgia Pediatrica	88,30	5	93,30
Chirurgia Vascolare	93,00	-	93,00
Coordinamento Centro donazioni e trapianti (CCDT)	100,00	-	100,00
Cure Subacute	70,00	-	70,00
Dermatologia	72,00	-	72,00



Strutture sanitarie	Totale Scheda	Rettifiche Comitato di valutazione	Totale Scheda rettificata
Ematologia	60,50	25	85,50
Ematologia - Oncoematologia Pediatrica	77,00	13	90,00
Laboratorio Analisi Chimico Cliniche	91,00	9	100,00
Laboratorio Biochimica - Biotecnologie e Diagnostica Avanzata	100,00	-	100,00
Laboratorio Genetica - Trapiantologia e Malattie Cardiovascolari	95,50	5	100,00
Malattie Endocrine - Area Pediatrica	40,00	50	90,00
Malattie Infettive - Ecografia	70,00	25	95,00
Malattie Infettive I	85,00	10	95,00
Malattie Infettive II - Infettivologia ed Immunologia	90,00	10	100,00
Medicina Fisica e Riabilitazione	85,00	5	90,00
Medicina Generale I	87,50	3	90,00
Medicina Generale II	84,50	8	92,00
Medicina Generale III - Ecografia Interventistica	60,00	15	75,00
Medicina Nucleare	91,00	-	91,00
Microbiologia e Virologia	91,00	-	91,00
Nefrologia e Dialisi - trapianto	76,00	9	85,00
Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale	95,00	-	95,00
Neurochirurgia	67,00	13	80,00
Oculistica	82,00	8	90,00
Odontostomatologia	80,00	20	100,00
Oncologia Medica	74,00	11	85,00
Ortopedia e Traumatologia	74,00	6	80,00
Ostetricia e ginecologia	95,00	-	95,00
Ostetricia e Ginecologia - Procreazione medicalmente assistita (PMA)	68,50	2	70,00
Otorinolaringoiatria	84,80	10	94,80
Pediatria	85,00	5	90,00
Pneumologia	71,00	19	90,00
Pronto Soccorso	90,00	10	100,00
Radiologia	70,00	-	70,00
Radiologia - Neuroradiologia diagnostica ed interventistica	61,00	-	61,00
Radiologia Diagnostica per immagini - Senologica	60,00	40	100,00
Radioterapia oncologica	100,00	-	100,00
Reumatologia	79,50	5,5	85,00
Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale - SIMT	91,00	-	91,00
Stroke Unit	88,50	2	90,00
Unità Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC)	66,50	14	80,00
Urologia	65,50	15	80,50

