



PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 - 2022

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



	Premessa	1
	La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo	3
	L'organizzazione	5
	La Fondazione in cifre	8
	Lo sviluppo delle attività sanitarie	13
	Lo sviluppo dell'attività di Ricerca	22
	La formazione	33
	La qualità dell'Assistenza	35
	Il ciclo della Performance	43
	La misurazione della Performance	52
	La valutazione del Personale	56



*Dott. Alessandro
Venturi,
Presidente*

Premessa

Il Piano della Performance (adottato ai sensi del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n°150) ha lo scopo di rendere partecipe la comunità degli obiettivi che la Fondazione si è data per il triennio, 2020-2022, garantendo trasparenza e ampia diffusione verso i cittadini.

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

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

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

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

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

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



Il presente Piano della Performance comprende:

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

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

È consultabile al sito: www.sanmatteo.org





La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

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



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



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



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



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

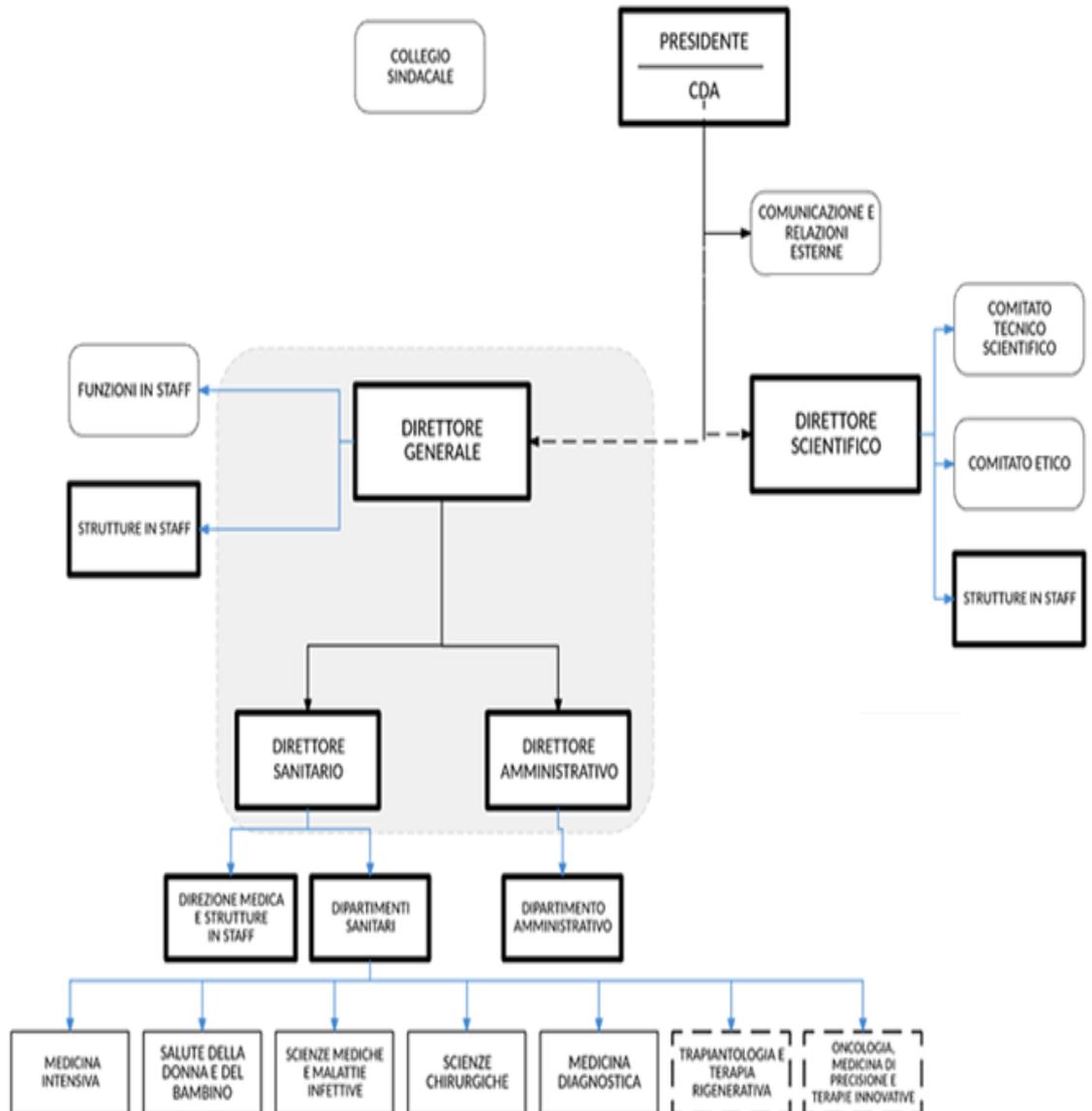




L'organizzazione

La Struttura Organizzativa dell'Azienda si articola in:

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



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

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

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

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

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



Statuto e codice etico

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

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





La Fondazione IRCCS in cifre

Attività clinica

35.944
pazienti
ricoverati

102.000 accessi
al Pronto
Soccorso

813 posti letto
attivi ordinari

536.000
prestazioni
erogate in PS

249.000
giornate di
degenza

2,05 milioni di
prestazioni
ambulatoriali

Fonte: Anno 2019



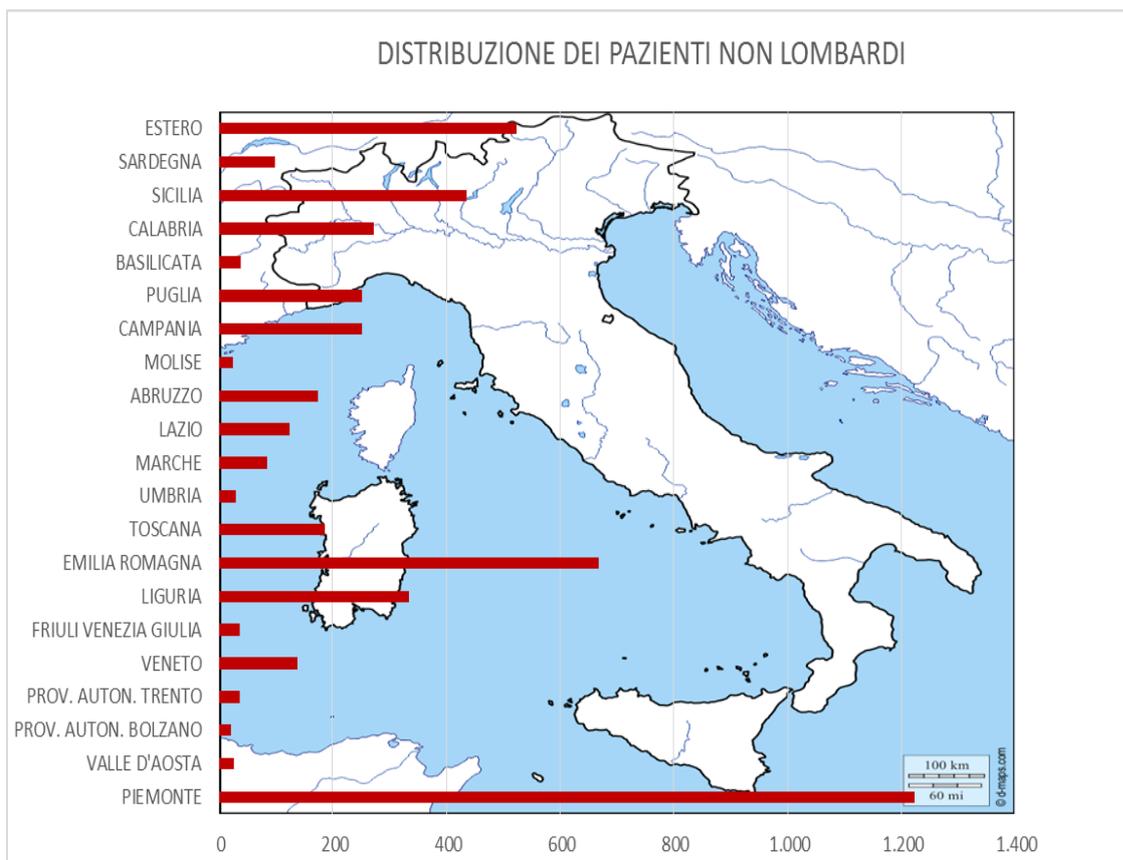
Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

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



Fonte: Anno 2019



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario

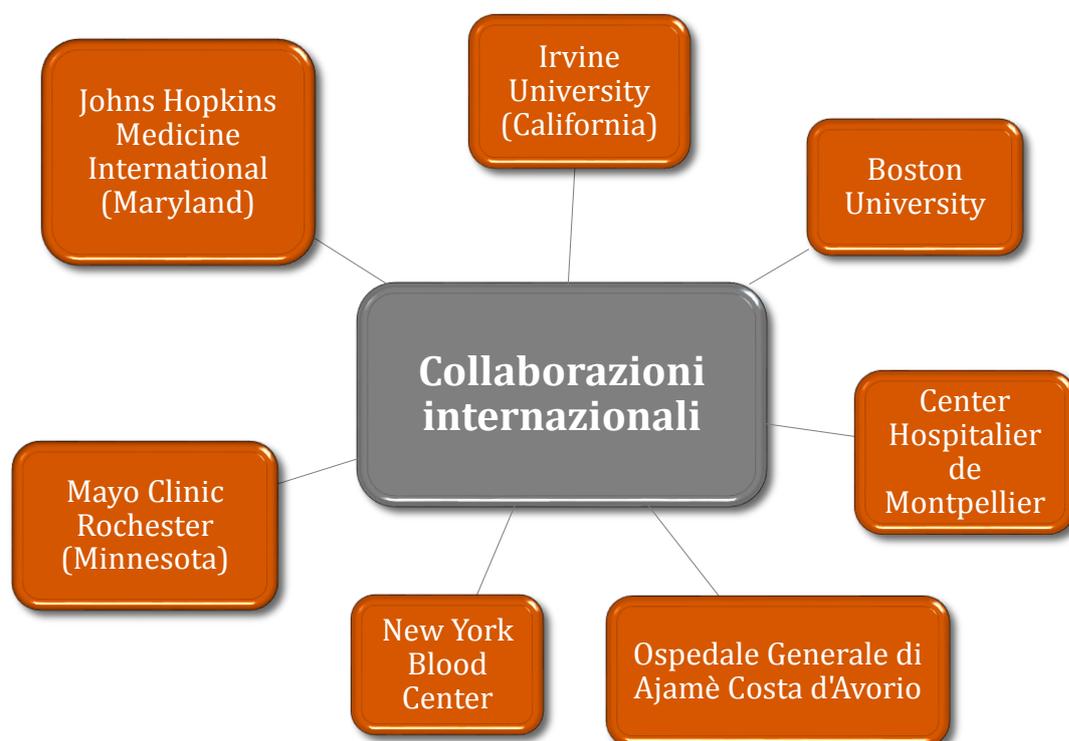


Regione
Lombardia

Attività di Ricerca e Didattica

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

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



Fonte: Anno 2018

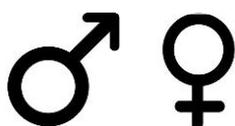


Risorse: Personale

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



Fonte: Anno 2019



I dati sulla composizione per genere di tutto il personale dipendente evidenziano a fine 2018 una netta maggioranza del personale femminile (69%) rispetto al personale maschile, in particolare tra il personale del comparto (72%). Sono donne il 56% dei Dirigenti della Fondazione.



Dati di produzione

Ricavi (al netto dei capitalizzati)

Prestazioni sanitarie.....299.129.858

Entrate diverse.....116.075.549

Totale.....415.205.407

Costi (al netto dei capitalizzati)

Personale.....162.880.388

Materiale e Servizi.....181.990.850

Altri costi.....70.334.169

Totale.....415.205.407

Ricavi

Prestazioni di ricovero e ambulatoriali

Altre prestazioni sanitarie

Entrate diverse

Costi

Materiali e servizi

Personale

Altri costi

Fonte: Anno 2019



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia



Dott. A. Triarico,
Direttore Sanitario
Aziendale

Sviluppo delle attività sanitarie

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

Per il triennio 2020-2022 sono previsti molti interventi di miglioramento sia strutturale che organizzativo che si rispecchieranno nel nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico in corso di definizione.

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



Trasferimento UOC Cardiocirurgia e UOC Rianimazione II- cardiopolmonare

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

L'attività clinica è rivolta al trattamento chirurgico di:

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



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

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

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

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

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

Questa nuova allocazione permetterà:



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

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



Progetto ILspa “Adeguamenti strutturali ed impiantistici finalizzati alla razionalizzazione del policlinico ad integrazione del nuovo DEA”

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

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

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



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

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

Il Nuovo LINAC VERSA HD, di nuova acquisizione, è una soluzione versatile per radioterapia di precisione stereotassica e non. Image guidance, collimatore 160 lamelle, lettino robotico 6D, trattamento ad alto dose-rate. Si prevede di trattare il primo paziente nel mese di gennaio 2020 (nella vecchia sede).

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

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



Elisuperficie

Il San Matteo rappresenta un HUB di riferimento provinciale e regionale per l'attività di emergenza-urgenza, tra i sei "centro trauma di alta specializzazione". Riceve pazienti in emergenza nelle ore diurne e notturne in particolare riceve tutte le tipologie di pazienti previsti delle Reti di Patologie Lombarde (STEMI, STROKE, Trauma Maggiore, ecc.).

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



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

La UOC di Pronto Soccorso della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo è EAS di Alta Specialità, con un bacino di utenza pari a circa 545.800 abitanti (Provincia di Pavia). Sono registrati circa 200 accessi /die, il 16% dei quali esita in ricovero. È centro Hub di riferimento per le patologie tempo-dipendenti, Centro di II livello per le emorragie digestive; Punto Nascita e centro di riferimento per la rete STEN. Il Policlinico è inoltre uno dei centri di riferimento per la terapia extracorporea ECMO (extracorporeal membrane oxygenation), sia per pazienti affetti da shock cardiogeno che da insufficienza respiratoria acuta grave refrattaria ai trattamenti convenzionali.

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

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

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

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

Attualmente le attività di trasporto a mezzo elicottero sono condizionate sia dall'autorizzazione all'atterraggio, esclusivamente diurno, sia dalla logistica, poiché l'area utilizzata è distante dal DEA quindi poco funzionale al trasporto di pazienti critici. Nelle missioni di soccorso primario in fase notturna, infatti, sussistono le limitazioni vincolate alla presenza di un'elisuperficie illuminata certificata ENAC, che per il territorio di competenza della SOREU della Pianura, ad oggi, sono rappresentate dall'Ospedale Civile di Cremona e di Lodi.

La realizzazione dell'elisuperficie consentirà di qualificare ancora di più il servizio di emergenza/urgenza per i cittadini, soprattutto a favore di coloro che vivono nelle



località più disagiate per orografia e difficoltà di accesso al soccorso sanitario, a partire da quelle collinari e montane, di competenza della SOREU della Pianura. In questo modo, di conseguenza, ci si propone di migliorare la sicurezza e la coesione territoriale della provincia di Pavia, nonché la sicurezza di tutta l'area di competenza della SOREU della Pianura (Province di Lodi, Cremona e Mantova).

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

L'intervento previsto dal progetto è finanziato dalla Regione Lombardia come dettagliato nella deliberazione di Giunta n. X/6548 datata 4 maggio 2017.

L'attivazione dell'elisuperficie potrà garantire h24 interventi primari, interventi secondari tempo-dipendenti, interventi secondari non tempo-dipendenti, interventi di trasporto inter-ospedaliero urgenti, potenziando altresì tutto l'ambito trapiantologico relativamente al trasporto di organi/tessuti, di équipes di prelievo, di pazienti candidati al trapianto per la Regione Lombardia. La data inizio lavori è fissata per giugno 2020. L'operatività è prevista entro l'inizio del 2021.

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



Ristrutturazione PS con attivazione Medicina d'Urgenza e ampliamento postazioni e OBI

Al fine di permettere un ottimale svolgimento delle attività di Pronto Soccorso, è necessario garantire un sistema collegato e integrato con l'interno e l'esterno dell'ospedale. Tale progetto si pone l'obiettivo di adeguare l'area dal punto di vista



strutturale ed organizzativo alle esigenze quotidiane dell'Unità Operativa. E' stata predisposta una revisione del layout logistico organizzativo, affinché la configurazione delle aree esterne al PS e dell'ingresso consentano la massima capacità di comprensione dello spazio, delle informazioni e delle attività in corso di svolgimento. I focus principali saranno: la creazione di un ambiente confortevole e accogliente, il supporto all'autonomia del paziente o dell'accompagnatore e la valorizzazione della relazione e della comunicazione tra membri dello staff, pazienti e accompagnatori; la flessibilità dello spazio sia nelle aree di attesa che di trattamento attraverso soluzioni modulari, accompagnate da predisposizioni tecnologiche ed impiantistiche.

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

Le ipotesi di miglioramento strutturale comprendono l'ampliamento e la modifica dell'Area Triage, Area Codici Gialli e OBI, Area codici Verdi e Codici Minori, Area Codici Rossi e Area Medicina d'Urgenza. Il periodo d'intervento sarà tra Ottobre 2020 e settembre 2021.



Nuovi ambulatori ex PS

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



**Avvio nuovi applicativi Hero che sostituiscono ADT e PS**

Sono stati avviati i tavoli di discussione, analisi e confronto per la sostituzione degli applicativi relativi alla gestione dei pazienti in Pronto Soccorso e in degenza. L'introduzione della piattaforma Hero, a regime, potrà consentire la fruizione di applicativi con maggiori funzioni, integrazione e semplicità di utilizzo, per migliorare l'efficienza dei processi informatici -operativi a servizio del personale sanitario.

**Nomine Direttori di Struttura**

Al fine di stabilizzare e completare l'organigramma nelle posizioni strategiche per la governance delle attività cliniche e sperimentali, sono stati espletati, i procedimenti concorsuali per la nomina dei Direttori delle UU.OO. Patologia Neonatale, Malattie Infettive I, Radiologia e Laboratorio Analisi Chimico Cliniche.

**Nuovo polo CUP ematologia**

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

**Riclassificazione per l'accreditamento dei Laboratori**

Alla luce della nuova normativa relativa ai requisiti minimi organizzativi e strutturali per l'attività di laboratorio, pubblicata da Regione Lombardia, gli SMEL 831 e 872 di Ematologia e Citogenetica e Genetica Molecolare sono stati oggetto di riclassificazione. La verifica da parte dell'Agenzia di Tutela della Salute ha avuto complessivamente un esito positivo e sono in corso d'opera gli ultimi adeguamenti organizzativi in linea con quanto richiesto dalla stessa Agenzia.

L'attività della U.O.C. Laboratorio Genetica, Trapiantologia e Malattie Cardiovascolari è fortemente concentrata sulla ricerca traslazionale, sullo sviluppo di programmi diagnostici clinico-patologico-molecolari innovativi per le malattie genetiche



cardiovascolari. La Struttura da sempre collabora con le diverse UU.OO.CC. di questo Ente sfruttando le competenze specifiche già esistenti nell'ambito delle malattie genetiche. L'apicalità è stata conferita a gennaio 2000 per l'Area di ricerca trapiantologica funzionalmente afferente alla Direzione Scientifica, lo SMEL 872 e l'ambulatorio a questa afferenti si occupano dell'attività istituzionale erogata nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale visto il mandato di questo IRCCS di effettuare ricerca traslazionale.

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

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





**Prof. Giampaolo
Merlini,**
Direttore Scientifico

*Le linee di Ricerca e i
relativi obiettivi*

Sviluppo dell'attività di Ricerca

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

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

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

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

Di seguito una descrizione delle otto linee di ricerca:

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

L'attività di questa linea sta progressivamente incorporando lo sviluppo di ricerca non solo relativa al pre-trapianto e al trapianto ma anche alle nuove esigenze cliniche della gestione dei pazienti long-term survivors (oltre 1000 pazienti con grafts solidi). Si articola in 1) progetti finalizzati ad espandere l'offerta di organi solidi trapiantabili (cuore, polmone e rene) mediante lo sviluppo e l'ottimizzazione di nuove tecnologie di preservazione bio-meccanicamente assistita degli organi da donatori a cuore non battente per il rene ed il polmone e perfusione ed ossigenazione ex situ dell'organo donato per il cuore; 2) progetti di ricerca clinica per l'ottimizzazione e la personalizzazione dei protocolli terapeutici delle malattie d'organo end-stage, volti a procrastinare l'inserimento in lista trapianto, in uno scenario clinico in cui i potenziali riceventi sono sempre più giovani ed affetti da malattie eredo-familiari e le terapie mediche ed interventistiche più avanzate consentono di ridurre significativamente l'inserimento in lista di pazienti con patologie multifattoriali degenerative; 3) studio dei meccanismi genetico-molecolari delle malattie trapiantabili per lo sviluppo di terapie target ed avvio di trials per sottogruppi di pazienti con malattie genetiche per le quali cominciano a rendersi disponibili farmaci con target specifico sui difetti genetici (per.es. cardiolaminopatie dilatative); 4) studio degli effetti della tossicità da



farmaci immunosoppressori cronicamente assunti dai pazienti sottoposti a trapianti di organi solidi (neoplasie e patologia degenerativa cronica farmaco-correlata).

Il problema globale del donor shortage ha stimolato lo sviluppo di tecnologie avanzate di perfusione e preservazione ex vivo dei graft post-espianto; la loro applicazione clinica consente di espandere il pool dei donatori senza compromettere le caratteristiche morfo-funzionali dei graft. In un sistema ideale di domanda/offerta a programmazione partecipata multidisciplinare la gestione clinica e l'innovazione delle terapie multifarmaco, interventistiche, chirurgiche ed ibride consentono di personalizzare tempi per l'inserimento in lista e di identificare con precisione i casi "non-alternatively treatable". Questa ricerca comporta la selezione dei candidati al trapianto su criteri "essenziali" e di certezza di non recupero funzionale. L'integrazione diagnostica di fenotipi e cause specifiche predice con certezza quali patologie d'organo end-stage siano prive di prospettive terapeutiche alternative: tra queste le malattie genetiche in fase terminale di cuore, polmone e rene.

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

2. TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI E MALATTIE CURABILI CON TRAPIANTO

L'attività di ricerca di questa linea si rivolge a: 1) studio della architettura clonale delle neoplasie mieloidi e basi genetico-molecolari somatiche delle patologie oncoematologiche nonché sulle cause germinali delle sindromi ereditarie con bone marrow failure; 2) identificazione di target cellulari e molecolari per terapie basate



sull'uso di farmaci che consentano di generare percorsi anche alternativi al trapianto e di ottimizzarne l'applicazione; 3) prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle infezioni opportunistiche e della GVHD nel trapianto; 4) applicazione delle cellule staminali alla cura di patologie non onco-ematologiche.

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

Il razionale si basa sulla necessità di definire i meccanismi di malattia per: 1) neoplasie linfoidi, sviluppando metodi diagnostici molecolari migliorando la definizione diagnostica e prognostica; 2) malattie mieloproliferative (sindromi mielodisplastiche, neoplasie mieloproliferative, e leucemie mieloidi acute), loro stratificazione prognostica ed innovazione diagnostica e terapeutica. L'attività di trapianto di cellule staminali emopoietiche include tutti i tipi di trapianto di cellule staminali (autologo, allogenico da donatore consanguineo, allogenico da donatore non consanguineo, aploidentico). In ambito oncoematologico pediatrico, il razionale si basa sulla necessità di identificare i meccanismi di malattia e le cause delle patologie trapiantabili, come per es. la prevenzione della ricorrenza di leucemia in bambini ad alto rischio con leucemia mieloide acuta in prima remissione.

3. MEDICINA RIGENERATIVA; DIAGNOSTICA E TERAPIA CELLULARE

Le attività della ricerca comprendono: 1) sviluppo della tecnologia CAR-T nel trattamento delle neoplasie ematologiche del bambino e dell'adulto 2) applicazione delle cellule staminali mesenchimali (MSC) in malattie genetiche, ematologiche, infiammatorie croniche, neoplastiche, ischemiche croniche, e dermatologiche; 3) generazione di induced pluripotent stem cells (iPSC) per lo studio delle malattie native genetiche e non e test farmacologici; 4) studio ex vivo della funzione midollare, in particolare la funzione megacariocitaria e piastrinogenesi ex vivo.

La terapia con Chimeric Antigen Receptor T-cells (cellule CAR-T) è una nuova classe di immunoterapia cellulare per il trattamento del cancro. Questa terapia cellulare



sfrutta l'abilità naturale delle cellule T di penetrare nei tessuti, attivarsi, amplificarsi ed eliminare le cellule bersaglio. La terapia con cellule CAR T si basa sulla manipolazione genica ex-vivo dei linfociti T propri del paziente per mezzo di vettori lentivirali o retrovirali o sistemi di trasferimento genico non virale, per esprimere CARs ingegnerizzati per uno specifico bersaglio tumorale. Queste cellule CAR-T riprogrammate sono quindi espanse, selezionate se necessario, e rinfuse nel paziente dopo un trattamento condizionante immunosoppressivo. Le potenzialità di questo approccio terapeutico in oncologia ed ematologia sono molto grandi e pertanto lo sviluppo di questa tecnologia riveste una grande rilevanza strategica. La Direzione Strategica ha messo in atto una serrata serie di azioni nel giugno-luglio 2019 per avviare un programma CAR-T presso il San Matteo, inserito nel piano nazionale del Ministero della Salute.

La caratterizzazione delle proprietà immunomodulanti, immunocompetenza e biosicurezza di MSC propagate in vitro è essenziale per la potenziale applicazione clinica di un "prodotto terapeutico cellulare" per l'allograft di cellule staminali emopoietiche o per medicina rigenerativa. La ricerca prevede anche la comparazione tra MSC adulte isolate dal midollo osseo vs. membrana amniotica placentare. La tecnologia iPSC è invece indirizzata allo sviluppo di iPSC cardiomiocitarie e vascolari quali modelli cellulari di malattia nativa utilizzabili anche per test farmacologici. Lo studio ex vivo della funzione megacariocitaria è finalizzato alla ricerca sulle malattie genetiche della linea piastrinopoietica e alla piastrinopoiesi ex vivo. Tra le ricerche innovative che vedono una tappa importante nella tecnologia delle iPSC, le patologie con degenerazione calcifica vascolare (per es. pseudoxantoma elastico) costituiscono un modello monogenico "con possibile espansione traslazionale" per le comuni malattie arteriose degenerative, data anche la disponibilità di terapie target sviluppate per le forme monogeniche. Il concetto emergente è che le malattie mono-fattoriali rare spesso massimizzano espressioni fenotipiche che, in varia misura e proporzione, sono presenti anche nelle comuni malattie multifattoriali.

4. IMMUNOLOGIA DEI TRAPIANTI. IMMUNODEPRESSIONE ED INFEZIONI

L'attività di questa linea comprende progetti dedicati a: 1) Innovazione diagnostica per le infezioni opportunistiche note dell'immunosoppresso e per patogeni emergenti; 2) Marcatori non specifici (T-CD4+) e patogeno- specifici (risposta T-cell antigene



specifici) di risposta immune per predire il rischio di specifiche infezioni con personalizzazione del trattamento; 3) Evoluzione della popolazione virale da pressione selettiva con antivirali; 4) Risposta anticorpale all'infezione da CMV nell'immunocompromesso; 5) Vaccini anti-CMV; 6) Innovazione diagnostica e terapeutica con antivirali per malattie linfoproliferative virus-associate.

Il pz trapiantato (organi solidi e cellule staminali ematopoietiche) è esposto ad elevato rischio di infezioni che nel peri-trapianto originano prevalentemente dal donatore, mentre nel post-trapianto sono correlate all'immunosoppressione. Virus (CMV, EBV, polyomavirus e ADV), batteri (*M. tuberculosis*), parassiti (*Toxoplasma gondii*) e miceti (*Candida* ed *Aspergillus*) sono cause importanti di morbidità e mortalità. Nel post-trapianto l'immunosoppressione modifica l'immunità T e B- cellulare ed influenza l'outcome delle infezioni.

Una diagnostica precoce e patogeno-specifica delle infezioni può orientare la terapia e guidarne il monitoraggio. Terapie induttive come le globuline antitimocitiche (ATG) inducono deplezione T e si associano ad aumentato rischio di CMV; anticorpi monoclonali come anti-CD25 o -CD52 riducono le cellule effettrici e T-regolatorie CD4, essenziali per graft survival e controllo della GVHD. A queste terapie si affiancano gli immunosoppressori inibitori di calcineurina e mofetilmicofenolato, steroidi, sirolimus, everolimus e azatioprina, elevando il rischio di infezioni opportunistiche. Servono sia test ad elevata sensibilità e specificità per i patogeni, sia test capaci di descrivere la ricostituzione immune e lo scenario immunologico generale e patogeno-specifico.

Sono collocate in questa linea anche le ricerche relative alle infezioni già "vaccinabili", quelle per le quali lo sviluppo di vaccini è in corso, e le patologie linfoproliferative virus indotte. Un nuovo programma di ricerca multidisciplinare, anche sostenuto dalle Direzioni Generale e Sanitaria, riguarda il piano di vaccinazioni per i pazienti inseriti in lista trapianto.

5. MALATTIE CRONICHE SU BASE IMMUNITARIA E IMMUNOINFETTIVA. IMMUNOTERAPIA

Le malattie internistiche a patogenesi immunitaria sono in crescente aumento. Il recente sviluppo di terapie biologiche, basate sulla immunoterapia e farmaci ad azione diretta sui meccanismi biologici di malattie offre straordinarie opportunità di



trattamento delle patologie autoimmuni la cui efficacia e tollerabilità deve essere necessariamente valutata in sperimentazioni cliniche. L'immunoterapia, intesa sia come immunosoppressione che come immunostimolazione, rappresenta pertanto la nuova frontiera del trattamento e apre ad ulteriori applicazioni terapeutiche nell'ambito di malattie ad elevata complessità. In questo ambito la Fondazione ha in programma di applicare nuovi approcci di immunoterapia cellulare in modo particolare alle neoplasie emerse nel contesto di infezioni virali croniche. Fra queste, in particolare, il carcinoma epatocellulare e il colangiocarcinoma e tumori testa e collo che si sviluppano in un background infettivo, quali epatite B e C, infestazioni parassitarie e papillomavirus, rispettivamente. Aree di sviluppo comprendono anche la produzione di cellule CAR NK (chimaeric antigen receptor NK cells) che, contrariamente, alle CAR T cells non innescano graft vs host disease. Possibilità interessanti di terapia con CAR NK è di sviluppare doppi transfettanti muniti di homing receptors e suscettibili di essere diretti laddove necessario, specie per quanto riguarda tumori solidi e metastasi.

6. MALATTIE SU BASE GENETICAMENTE DETERMINATA ED ALTERATA CONFORMAZIONE PROTEICA

Grandi avanzamenti sono stati compiuti negli ultimi anni nella comprensione delle basi genetiche di malattie complesse e nella diagnosi e cura delle malattie da alterata conformazione proteica. Una diagnosi e tipizzazione molecolare precoce e un tempestivo trattamento sono essenziali per ottenere il massimo beneficio. Le terapie attualmente disponibili sono efficaci solo in un sottogruppo dei pazienti e per alcune forme mancano tuttora terapie eziologiche. È quindi indispensabile individuare nuovi e più efficaci approcci diagnostico-terapeutici, perseguendo i principi della medicina di precisione con un approccio personalizzato al paziente. In questo contesto si rende necessaria la combinazione di ricerca sperimentale e clinica in un contesto multidisciplinare quale quello rappresentato dagli IRCCS politeamici.

I meccanismi molecolari alla base del danno d'organo nelle malattie da misfolding proteico sono in gran parte oscuri, anche alla luce della paucità di modelli di malattia. Pertanto, si rende necessario lo sviluppo di nuovi modelli preclinici per lo studio dei meccanismi fisiopatologici e l'identificazione di nuovi biomarcatori e target terapeutici. In una percentuale significativa di casi la diagnosi avviene in presenza di



quadri di malattia avanzata e difficilmente trattabile. Inoltre, i fattori responsabili della resistenza alla terapia sono per lo più ignoti. È quindi urgente definire nuovi criteri per la diagnosi, tipizzazione e stratificazione prognostica, nonché per la guida alla scelta terapeutica e per il monitoraggio della risposta alla terapia. Il San Matteo ha strumentazioni e know-how adeguati per affrontare con successo queste sfide.

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

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

La Fondazione investe da sempre importanti risorse nell'innovazione tecnologica perché considerata essenziale per raggiungere gli obiettivi di eccellenza nella diagnosi e nella cura di malattie ad alta complessità biomedica. Importanti investimenti sono stati recentemente compiuti per l'imaging molecolare. Sono in corso progetti di medicina rigenerativa e ingegneria tissutale e lo sviluppo di "scaffolds" per la creazione di organi artificiali. Tale approccio particolarmente innovativo si presta inoltre alla fedele ricostruzione del microambiente tumorale. È noto infatti che il microambiente influenza in modo significativo la risposta immunitaria alle cellule neoplastiche, inibendo la funzione delle cellule coinvolte e creando condizioni permissive alla crescita di cellule neoplastiche. Sono attualmente in corso studi volti ad approfondire questi meccanismi per sviluppare nuovi approcci terapeutici.

In considerazione di quanto premesso, è evidente che la Fondazione possiede il know-how e gli strumenti necessari allo sviluppo di nuove metodiche e strumenti



diagnostici, più efficaci ed efficienti e in generale meno invasivi affiancati dalla ricerca e dalla validazione di nuovi devices e procedure terapeutiche, dallo sviluppo di organi artificiali, ai nanomateriali e dall'impiego sempre più esteso dell'adroterapia in campo oncologico.

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

Questa linea è focalizzata sulla ricerca clinica. La ricerca clinica contribuisce al miglioramento delle prospettive terapeutiche nelle diverse patologie sia in termini di terapie più efficaci /o meglio tollerate, sia in termini di sviluppo di strategie di trattamento che stabiliscano il “place in therapy” delle opzioni di cura disponibili. Inoltre, un'attività di ricerca clinica ad alto livello è associata ad una migliore qualità dell'assistenza, perché fare ricerca clinica costringe ad un confronto continuo con le strutture sanitarie che a livello internazionale operano ai più alti livelli. L'identificazione di indicatori clinici e molecolari a valenza prognostica, è necessaria per migliorare l'efficacia terapeutica e ridurre i costi degli eventi avversi. Lo sviluppo di farmaci innovativi migliora l'efficienza delle cure. La disponibilità nel San Matteo di laboratori di ricerca dotati di know-how e strumentazione allo stato dell'arte nel campo della genomica, proteomica, immunologia e biologia cellulare e molecolare, coniugata alla ricerca clinica su popolazioni di pazienti con malattie ad alta complessità ha consentito lo sviluppo di metodi diagnostici innovativi. Ciò ha permesso di identificare nuovi biomarcatori per la diagnosi e la definizione della prognosi e lo sviluppo di nuovi farmaci biologici, mirati sui meccanismi molecolari delle malattie, nel contesto di un crescente bisogno di medicina di precisione. Le conoscenze acquisite dai ricercatori della Fondazione in patologie altamente complesse e rare costituisce elemento fondante per il coinvolgimento degli stessi come coordinatori di “clinical practice guidelines” internazionali per ottimizzare la diagnosi e la cura delle patologie ad alta complessità.

Particolare attenzione sarà dedicata allo studio della complessità clinica dei pazienti che richiede che il paziente sia considerato nella sua interezza tenendo conto delle numerose comorbidità, del contesto sociale in cui vive, dell'età, ma soprattutto della fragilità, tutti fattori che possono notevolmente influenzare l'outcome delle terapie



applicate ed il recupero del paziente ad una normale vita di relazione. Per questo motivo, con una visione proiettata nel futuro, ricercatori della Fondazione hanno sviluppato modelli matematici da applicare a studi osservazionali prospettici per valutare la complessità clinica e disegnare opportunamente trials ed erogare raccomandazioni e linee guida pratiche che consentano una moderna gestione del paziente complesso.

Collaborazioni scientifiche:



I ricercatori del San Matteo hanno sempre alimentato e consolidato contatti con i principali centri di ricerca nazionali e internazionali, come riportato nella figura. Dallo scorso anno è attivo un accordo bilaterale con l'Ospedale Universitario di Heidelberg per lo scambio di ricercatori. Un nostro giovane ricercatore sta svolgendo ora attività di ricerca presso l'Istituto di Medicina Interna di Heidelberg dove si fermerà per almeno 12 mesi. L'obiettivo per il prossimo triennio è di implementare ulteriormente l'internazionalizzazione del San Matteo, anche attraverso progetti di ricerca europei, con particolare attenzione alle aree di sviluppo di ricerca e cliniche di rilevanza strategica.



**Riorganizzazione del personale precario della ricerca:**

Con la L 205/2017 (Legge di Bilancio 2018) è stato istituito presso gli IRCCS “un ruolo non dirigenziale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria” (c.d. “Piramide”). Il San Matteo è stato il primo IRCCS pubblico ad arruolare il 16 dicembre scorso 73 ricercatori e personale di supporto alla ricerca della piramide, grazie allo sforzo congiunto del personale della direzione amministrativa, della direzione generale e della direzione scientifica. Grazie ad un emendamento della legge, sarà possibile arruolare altri 22 ricercatori nell'immediato futuro. Ora sono in corso lavori congiunti fra i vari IRCCS per definire anche gli aspetti della premialità, che dovrebbe gratificare i ricercatori più attivi. La Direzione Scientifica continuerà a lavorare con il Ministero della Salute per migliorare le condizioni dei ricercatori, in particolare per abbreviare il percorso all'interno della piramide per giungere più rapidamente alla stabilizzazione dei più meritevoli.

**Attivazione dell'Ufficio per il Trasferimento Tecnologico:**

L'obiettivo del trasferimento tecnologico è di promuovere il processo di innovazione e la crescita economica, con il fine ultimo di migliorare la cura del paziente. Nel corso del 2018 è stata formalizzata la consulenza della Dr.ssa Laura Spinardi per la gestione del TTO. In questi ultimi mesi è stato elaborato un progetto per la costituzione di un Ufficio di Trasferimento Tecnologico congiunto tra i quattro IRCCS pubblici lombardi come strumento sinergico per tutelare e valorizzare l'innovazione della ricerca traslazionale e per favorire la creazione di canali collaborativi con le imprese e gli altri soggetti operanti nel settore delle scienze della vita. Il progetto è stato approvato dalla Regione Lombardia nel luglio 2019 e finanziato con 2 milioni di euro. Sono ora in corso attività congiunte fra i quattro IRCCS pubblici lombardi per rendere operativa la collaborazione. Numerosi ricercatori del San Matteo si sono già rivolti all'ufficio di trasferimento tecnologico per proteggere la proprietà intellettuale e valutare la possibilità di avviare il percorso brevettuale.

**Attivazione del Grant Office:**

Nel corso del 2019 è stato attivato il Grant Office con l'acquisizione di due unità che completano l'organico previsto. L'obiettivo del prossimo triennio è di aumentare



significativamente la nostra partecipazione ai programmi europei e di migliorare il nostro rate di successo nell'ambito della ricerca finalizzata del ministero della salute.



Clinical trial center

Nel giugno 2017 il Direttore Scientifico ha presentato un articolato progetto per istituire il Clinical Trial Center, poi approvato dal CdA. La sperimentazione clinica è un'attività di vitale importanza per l'IRCCS Policlinico San Matteo, rivestendo un rilevante ruolo scientifico, sociale ed economico-finanziario. Attrarre risorse dedicate allo sviluppo di farmaci, dispositivi medici e procedure medico-chirurgiche, tramite nuove sperimentazioni cliniche all'interno dell'IRCCS Policlinico San Matteo consente:

1. Al Servizio Sanitario Nazionale, di poter offrire ai pazienti l'accesso a farmaci e dispositivi innovativi, non ancora presenti sul mercato;
2. Agli operatori sanitari, di acquisire le metodologie delle sperimentazioni cliniche e approfondire le conoscenze su farmaci e dispositivi innovativi e di integrarle nella pratica clinica, prima dell'immissione in commercio;
3. Alle aziende sanitarie coinvolte, di evitare i costi di assistenza e terapia grazie alla partecipazione dei pazienti agli studi clinici;
4. Ai clinici e al personale clinico in generale di avanzare nelle conoscenze scientifiche e maturare profili di spicco nel panorama della ricerca clinica nazionale ed internazionale, volano per successivi sperimentazioni e per l'accesso a grant internazionali.

Per questi motivi si ritiene di prioritaria importanza procedere finalmente alla realizzazione del progetto attraverso l'acquisizione di un dirigente responsabile di provata competenza e capacità che governi l'avvio della struttura.





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

Formazione

La formazione è un'attività che coinvolge gli individui collocati in un'organizzazione sanitaria, contribuendo al loro sviluppo professionale, all'acquisizione di nuove conoscenze e capacità personali da applicare per raggiungere e gestire maggiori spazi di autonomia utili a favorire la cultura aziendale e, con questo, sviluppare il senso di appartenenza alla Fondazione.

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

Ai sensi del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n° 502 e s.m.i., "la formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente". L'art. 3, commi 5, e 5 bis, d.l.n. 138/2011, convertito in legge n. 148/2011, modificato ed integrato dalla legge n. 214/2011 e dal D.L. 13.9.2012, n.158 sancisce che la formazione professionale è obbligatoria per tutti gli operatori sanitari.

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

La gestione della formazione in Fondazione è assegnata alla U.O. Formazione e Sviluppo (UOFS) che ha le competenze per effettuare il governo delle attività formative.

La Fondazione è Provider Regionale ECM-CPD registrato presso Co.Ge.A.P.S. con il codice 3029.

Il piano o *programma di formazione aziendale* (PFA) rappresenta il complesso delle azioni di formazione che verranno realizzate in un determinato periodo di tempo e in un



determinato contesto organizzativo. Il Piano Formativo Aziendale (PFA) costituisce il cuore del sistema di governo della formazione ed è 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. Viene elaborato attraverso l'acquisizione delle linee di indirizzo strategiche aziendali e degli obiettivi definiti dal Direttore Generale e tiene conto delle proposte provenienti dai Direttori di Dipartimento, Direttori di Unità Operative e Coordinatori.

I macro-obiettivi del PFA sono quindi legati:

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





Dott. Carlo Nicora,
Direttore Generale

Qualità dell'assistenza

Anche per l'anno 2020, la Fondazione manterrà attivo un Sistema di Gestione della Qualità Aziendale, certificato secondo la Norma UNI EN ISO 9001:2015, come strumento finalizzato a monitorare, supportare e misurare i processi dell'organizzazione, per un costante e continuo miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure erogate.

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

Nella consapevolezza che la sicurezza dei malati è uno dei fattori determinanti la qualità dell'assistenza, anche nel corso dell'anno 2020 la Fondazione si impegnerà in attività finalizzate al monitoraggio e alla gestione del rischio clinico, in ottemperanza a quanto richiesto dalle "Linee Guida attività di Risk Management – Anno 2020.

Anche per il 2020 è previsto lo sviluppo e la diffusione di nuovi Percorsi Diagnostico Terapeutici ed Assistenziali, per le principali patologie trattate presso Fondazione, con l'obiettivo di uniformare i percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali e migliorare l'efficacia terapeutica e l'outcome clinico, garantendo all'utente la sicurezza e qualità delle cure, concorrendo anche all'ottimizzazione di risorse, umane e materiali.



Implementazione delle 19 Raccomandazioni del Ministero della Salute

In merito a questa tematica i documenti aziendali pubblicati recepiscono oltre l'80% delle Raccomandazioni ministeriali, in conformità a quanto richiesto da Regione Lombardia. Tali documenti nel corso del 2020 saranno oggetto di rivalutazione critica, allo scopo di apportare eventuali e/o ulteriori azioni migliorative o modifiche organizzative. Nel corso del 2020, inoltre, si procederà all'implementazione della Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.



Progetti operativi per il triennio 2020-2022

I progetti operativi per il triennio 2020-2022 ineriranno principalmente l'ambito della prevenzione e gestione del rischio in base ad indici di priorità calcolati su indicatori delle



attività provenienti dai flussi informativi, in modo da individuare le aree maggiormente critiche per ciascuna realtà operativa ed attuare analisi del rischio e azioni preventive o correttive ad hoc. Per l'anno 2020 sarà inoltre formulato un progetto interaziendale specifico connesso al Patient Blood Management e proseguirà il progetto (biennale) per la prevenzione di errori di terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli. Per l'ambito della prevenzione delle infezioni/sepsi invece proseguirà l'attività di analisi del contesto e di condivisione del percorso diagnostico ed assistenziale per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi in ambito pediatrico.

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

- Area Travaglio/Parto.
- Infezioni/sepsi.
- Sicurezza in sala operatoria.
- Rischio farmaci:
 - o la ricognizione e riconciliazione terapeutica tra i diversi setting di cura;
 - o la prevenzione di errori di terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.
- Rischio in Pronto Soccorso
- Violenza a danno degli operatori.
- Rischio in ambito di impiego delle radiazioni.
- Attività di monitoraggio e progetto assicurativo regionale
- Trasparenza nei confronti del cittadino
- Partecipazione ai Network/Eventi Formativi
- Tavoli di Lavoro



Per l'Area Travaglio/Parto

Nel corso dell'anno 2020, la Fondazione intende:



- proseguire la registrazione e la segnalazione dei trigger, “materni” e “fetali/neonatali”, nel sistema CeDAP provvedendo ad effettuare audit dedicati ai trigger più rilevanti, secondo quanto previsto dalle indicazioni regionali;
- proseguire l’invio delle segnalazioni all’ISS-Ministero della Salute relativi a:
 - near miss ostetrici in Italia: la sepsi, l’eclampsia, l’embolia di liquido amniotico e l’emoperitoneo spontaneo in gravidanza
 - principali cause di morbidità/mortalità materna e perinatale: la sepsi, l’eclampsia, l’embolia di liquido amniotico, distacco di placenta, rottura d’utero, emoperitoneo spontaneo, embolia da liquido amniotico e tromboembolia.
 - sorveglianza della mortalità materna: segnalazione e disponibilità per indagine confidenziale da parte di un Comitato Regionale
- proseguire l’utilizzo della Scheda Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS) in reparto e in Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico, quale parte integrante della documentazione clinica, in sostituzione della precedente scheda parametri, al fine di riconoscere tempestivamente la paziente ostetrica con quadro clinico critico.



Per l’Area Infezioni – SEPSI

Nel corso dell’anno 2020, la Fondazione intende:

- proseguire gli incontri del Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) e l’attuazione del piano operativo 2020;
- supportare l’attività del Gruppo Operativo CIO durante eventuali focolai epidemici di origine nosocomiale;
- recepire i report relativi alle attività di sorveglianza attiva dei casi di colonizzazione/infezione da microrganismi sentinella;
- diffondere nel personale medico, infermieristico ed ostetrico della Fondazione le conoscenze per promuovere la cultura alla tematica e aumentare il riconoscimento dei casi e l’intervento diagnostico e terapeutico tempestivi secondo buona pratica clinica.



- svolgere attività formativa nell'ambito prevenzione delle infezioni rivolta sia ai dirigenti sanitari medici che ai professionisti sanitari appartenenti al comparto.
- proseguire l'attività di analisi del contesto e di condivisione del percorso diagnostico ed assistenziale per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi in ambito pediatrico.
- promuovere l'adesione ai PDTA dedicati (adulto e sepsi in ostetricia) all'interno della Fondazione;
- integrare all'interno della documentazione sanitaria attualmente in uso la scheda di valutazione MEWS al fine di facilitare l'identificazione dei pazienti a rischio sepsi da parte dei sanitari;
- valutare retrospettivamente, attraverso la conduzione di audit sulle cartelle cliniche, con coinvolgimento dei clinici, i casi di sepsi severa e di shock settico sepsi caricati sul Portale di Governo Regionale per il monitoraggio dell'adesione a quanto previsto dalla normativa regionale, recepita nel PDTA aziendale.



Per l'Area Sicurezza del malato in Sala Operatoria

Nel corso dell'anno 2020, la Fondazione intende, in continuità con l'attività svolta negli anni precedenti da parte di Qualità e RM, DMP e SITRA, svolgere sopralluoghi presso tutti i Blocchi Operatori della Fondazione, con la preordinata lista di controllo ed estendere la check list 2.0 anche alle procedure svolte negli ambiti di emodinamica, elettrofisiologia, radiologia interventistica e gastroenterologia, al fine sia di verificare l'aderenza dei comportamenti a quanto previsto dalle Raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza in sala operatoria, sia di mantenere alta l'attenzione degli operatori nei confronti di tale tematica.



Per l'Area dedicata alla prevenzione del Rischio nell'utilizzo dei farmaci

Nel corso dell'anno 2020, la Fondazione intende:

- recepire la recente raccomandazione ministeriale n.18 "Prevenzione degli errori in terapia conseguenti l'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli" completando il progetto biennale (2019-2020) che prevede:
 - la ricognizione delle abbreviazioni/acronimi/sigle/simboli attualmente in uso nella gestione della terapia farmacologica;



- la definizione, a livello aziendale, di abbreviazioni/acronimi/sigle/simboli consentiti e non consentiti nella gestione della terapia farmacologica, con relative modalità di utilizzo;
- svolgere attività formativa nell'ambito del Rischio Clinico nella terapia farmacologica al fine di incrementare la consapevolezza dei professionisti degli errori prevenibili, attraverso iniziative di formazione atte ad aumentare l'appropriatezza prescrittiva e ridurre le interazioni nelle politerapie, con particolare attenzione agli over 65;
- monitorare l'implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 17: "Riconciliazione della terapia farmacologica", attraverso l'individuazione di indicatori di processo;
- implementare la nuova Raccomandazione Ministeriale n. 19: "Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide".



Per l'area relativa al rischio in Pronto Soccorso

Nell'ottica dell'applicazione di strumenti di Risk Assessment la Fondazione intende effettuare presso l'UOC Pronto Soccorso un controllo della documentazione clinica e un'analisi di alcuni indicatori di processo e/o relativi a specifici percorsi assistenziali (es. trauma grave, trattamento precoce del dolore) al fine di individuare elementi di miglioramento ed eventuali azioni correttive per ridurre il rischio clinico, anche in considerazione dell'imminente applicazione dei nuovi codici triage/dei criteri di accesso all'OBI.



Per l'Area relativa alla Violenza a danno degli operatori

In recepimento della raccomandazione n.8, nel corso del 2020 sarà effettuata la formazione residenziale "Conflittualità operatore sanitario-paziente/utente: analisi di casi, la parola agli esperti", aperto sia agli operatori del Policlinico San Matteo sia dell'ASST di Pavia. Tale corso ha l'obiettivo di fornire agli operatori gli strumenti pratici per prevenire e gestire gli atti di violenza a loro danno. Il corso si propone di riesaminare gli eventi realmente occorsi per comprendere e analizzare i potenziali rischi residui, allo scopo di ridurli e/o circoscriverli per migliorare ulteriormente la sicurezza degli operatori, attraverso il confronto con psicologo, psichiatra e medico legale.



Per l'Area dei Rischi in ambito di impiego delle radiazioni

Al fine di migliorare la sicurezza del paziente sottoposto a radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, la Fondazione intende proseguire la collaborazione nei gruppi di lavoro dedicati e diffondere i differenti documenti redatti dai sottogruppi di lavoro regionale, con l'obiettivo di definire modelli organizzativi/buone pratiche per ridurre i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni, in recepimento della direttiva europea 2013/53/EURATOM del Consiglio Europeo. Verranno successivamente predisposte valutazioni dell'applicazione e dell'efficacia delle indicazioni contenute nei sopracitati documenti.



Attività di monitoraggio e progetto assicurativo regionale.

Altre attività relative alla qualità e sicurezza delle cure riguardano i monitoraggi, la trasparenza dei dati e la partecipazione agli eventi formativi organizzati da Regione Lombardia. In riferimento agli ambiti suddetti la Fondazione per il 2020 intende proseguire i seguenti monitoraggi, presso le differenti UOC competenti:

- monitoraggio e gestione degli Eventi Sentinella, anche aggiornando il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità;
- aggiornamento dei Trigger materni e fetali attraverso flusso CedaP;
- inserimento delle Buone Pratiche nel secondo semestre di ogni anno sul sito di Agenas;
- aggiornamento puntuale del Data Base regionale dedicato alla raccolta dei dati inerenti i sinistri/le richieste di risarcimento, le cadute e gli infortuni occorsi in Fondazione. Tale attività è possibile attraverso la collaborazione con la UOC Avvocatura Legale e Contenzioso rispettivamente per la sezione relativa ai sinistri e con la UOC Prevenzione e Protezione per la sezione relativa agli infortuni;
- adesione a "GEDISS", strumento per la gestione digitalizzata dei sinistri;
- coinvolgimento all'interno del Comitato Buon Uso del Sangue interaziendale e promozione e verifica delle attività finalizzate alla prevenzione delle reazioni trasfusionali da incompatibilità ABO;



- partecipazione alle attività dei raggruppamenti legali/medico legali regionali con invio di relazione semestrale delle attività svolte e discussione de casi critici per complessità clinica o procedurale.



Trasparenza nei confronti del cittadino

Per l'ambito relativo alla Trasparenza dei Dati nel corso del 2020 si provvederà, così come richiesto dalla Legge 24/2017, alla pubblicazione sul sito della Fondazione dei seguenti documenti:

- relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della Struttura;
- importo dei risarcimenti erogati relativamente alle richieste in ambito di Risk Management, con riferimento all'ultimo quinquennio.



Partecipazione ai Network/Eventi Formativi

Nel 2020 proseguirà la partecipazione agli eventi organizzati da Regione Lombardia in tema di gestione del rischio e contenzioso.



Tavoli di Lavoro

Partecipare ai seguenti gruppi di lavoro in continuità con l'anno 2019:

- gruppo di lavoro regionale per la programmazione delle attività di Risk management nelle strutture sanitarie lombarde per la definizione delle linee operative annuali, verifica dei piani di Risk Management aziendali per la gestione del rischio.
- gruppo di lavoro regionale per la verifica dell'implementazione delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti effettuando visite presso le strutture sanitarie (pubbliche e private) per la verifica dell'applicazione delle raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza dei pazienti.

Proseguirà il monitoraggio della qualità dell'assistenza percepita dall'utenza, attraverso le segnalazioni ricevute dall'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico e la compilazione dei questionari di Customer Satisfaction online per le prestazioni sanitarie e cartacei per la verifica delle pulizie affidate all'impresa esterna. La valutazione dei risultati raccolti permette di orientare la Fondazione in un processo di miglioramento continuo, evidenziando eventuali punti di forza/debolezza e programmando azioni correttive/migliorative per incrementare la qualità e la sicurezza delle prestazioni



offerte. I report relativi ai dati raccolti, anche per il 2020, continueranno ad essere a disposizione degli operatori con la pubblicazione nella Intranet, ed a disposizione del cittadino con la pubblicazione nel sito web della Fondazione

Nella consapevolezza dell'importanza che l'attività di Ascolto e Mediazione trasformativa riveste ai fini del ripristino del rapporto di fiducia tra l'utente e la Fondazione, e dunque, anche di riduzione del contenzioso, anche nell'anno 2020 si proseguirà con tale attività, con l'obiettivo di favorire la comunicazione con il cittadino e ridurre situazioni di conflittualità all'interno della Fondazione, avvalendosi del supporto di mediatori di ATS ed ASST in attesa della formazione di nuovi mediatori all'interno della Fondazione.





Dott. V. Petronella,
*Direttore
Amministrativo*

Il ciclo della Performance

Il modello di misurazione e valutazione delle performance ipotizzato da Regione Lombardia con riguardo alle aziende pubbliche afferenti al Sistema Sanitario Regionale si ispira ai seguenti principi di fondo:

a) essere collegato agli strumenti istituzionali (regionali e comunali) di programmazione annuale e pluriennale.

In tal senso il piano delle performance delle aziende pubbliche sanitarie deve, fatta salva l'autonomia aziendale, recepire per quanto di interesse gli indirizzi della programmazione regionale che rappresentano il primo punto di riferimento per la formulazione delle scelte strategiche aziendali.

b) recuperare e valorizzare la dimensione strategica dell'Azienda Sanitaria, Ospedaliera o territoriale, mediante la proposizione di un percorso di lavoro che la Direzione intende mettere in campo nel medio lungo periodo e rispetto al quale orientare le scelte di programmazione di breve periodo

c) evitare qualsiasi incremento e duplicazione di attività programatorie.

In tal senso le attività inerenti la formulazione, la rappresentazione e la comunicazione degli strumenti innovativi di programmazione (con particolare riferimento al piano delle performance) devono trovare un organico inquadramento negli esistenti sistemi e strumenti di programmazione annuali e pluriennali delle aziende pubbliche di servizi sanitari.

d) valorizzare e riqualificare i sistemi di budgeting aziendali.

I sistemi di budget esistenti presso le aziende pubbliche di servizi sanitari, purché coerenti con la loro funzione di declinazione a livello di struttura degli obiettivi annuali aziendali, devono essere collegati con il piano delle performance evidenziando in un'ottica multidimensionale la traduzione degli indirizzi strategici aziendali in obiettivi a livello di struttura.

e) garantire adeguata chiarezza e trasparenza delle performance.

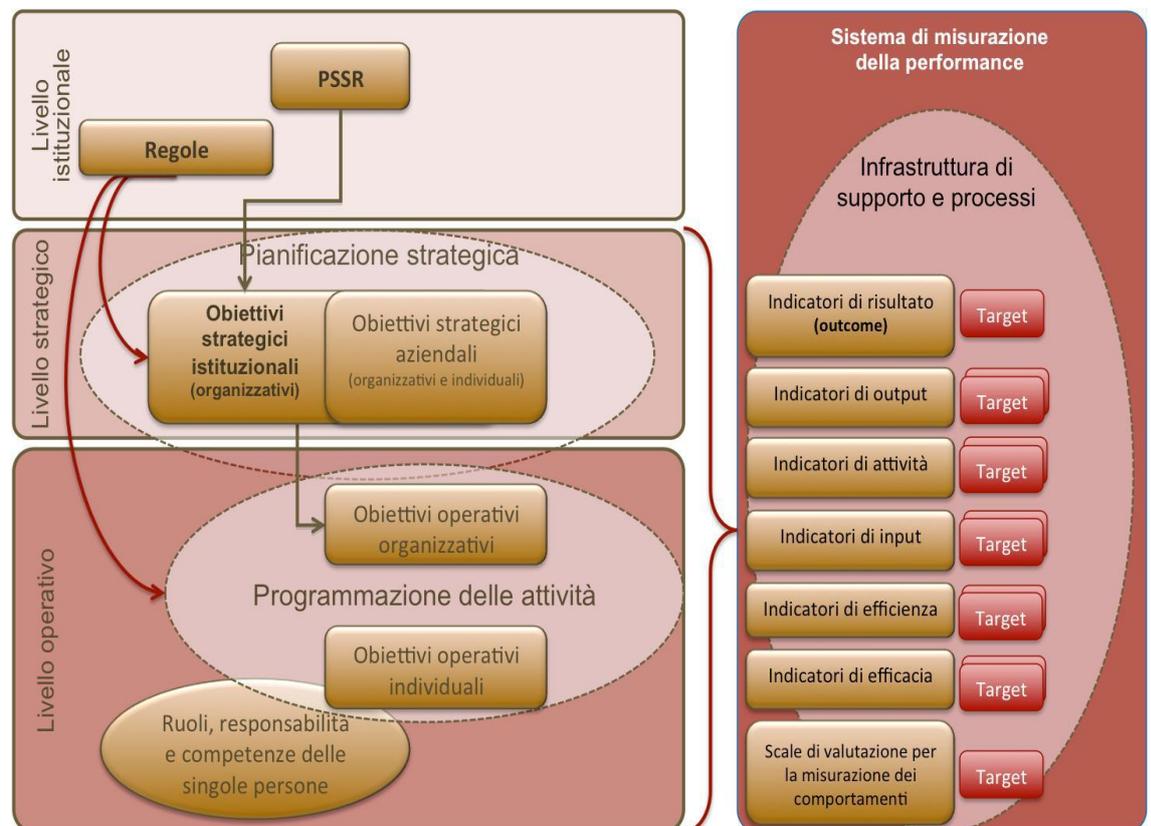


Le performance organizzative devono essere misurate e redatte secondo modalità e schemi tali da garantire un loro adeguato livello di comprensione anche a soggetti e stakeholder non appartenenti al mondo della sanità e, di conseguenza, meno familiari con misure e terminologie “di settore”. Al fine di garantire una migliore e maggiore interazione tra istituzioni ed aziende del settore sanitario, cittadini ed altre istituzioni è rilevante attivare adeguati modelli di comunicazione dei risultati e delle performance.

f) consentire l’effettuazione di confronti nell’ambito delle aziende del sistema sanitario regionale (benchmark). A tal fine le metodologie, i sistemi e gli strumenti impiegati dalle singole aziende dovranno qualificarsi per un adeguato livello di omogeneità dei parametri e degli indicatori utilizzati nonché delle modalità di rilevazione dei dati.

La figura sottostante vuole, almeno parzialmente, evidenziare sinteticamente i principi ispiratori sopra descritti.

Logiche generali del Modello di misurazione e valutazione delle Performance

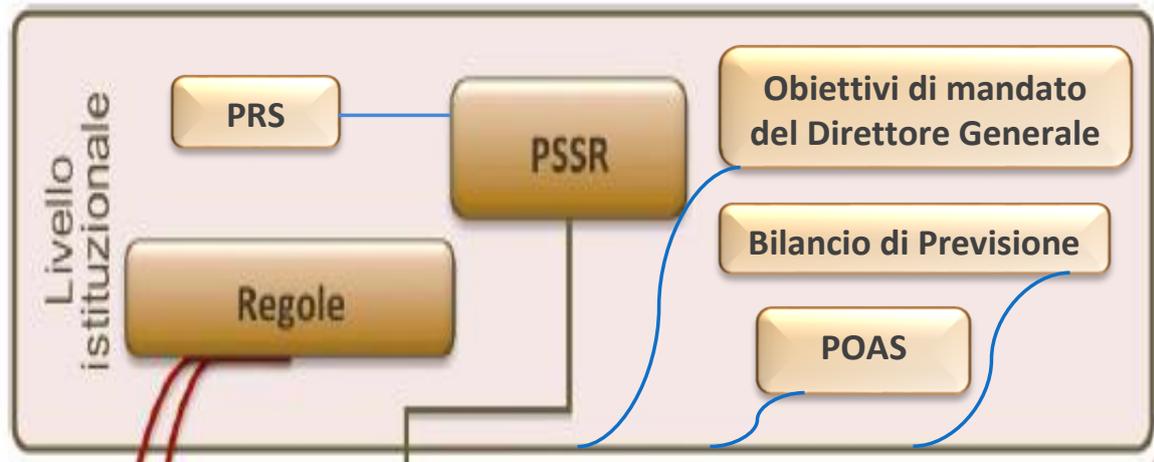


Livelli di analisi

Il modello e gli strumenti di misurazione e rendicontazione delle performance organizzative si articolano su tre livelli:

a) *Livello istituzionale*

a) un livello istituzionale di ordine strategico che si qualifica per definire gli indirizzi di fondo pluriennali (Piano Socio Sanitario Regionale) e annuali (Delibera delle regole) cui le aziende pubbliche di servizi sanitari sono tenute, per quanto di loro competenza, ad attenersi



In questa parte l'Azienda indica le strategie che intende attuare (arco temporale 2020-2022), vale a dire i programmi che intende realizzare (semplificazione procedimenti amministrativi, nuovo ospedale ecc.), coincidenti con gli obiettivi di mandato. Si individuano le condizioni nelle quali si svolgerà l'attività e si produrranno i risultati nel tempo.

Le dimensioni della performance con specifico riferimento al livello strategico sono:

- **Economicità** (equilibrio finanziario, economico e patrimoniale, indebitamento)
- **Efficacia esterna** (impatto sui bisogni). L'efficacia esterna riguarda il rapporto che intercorre tra l'azienda e l'ambiente esterno. Rappresenta la capacità dell'azienda di soddisfare i bisogni della collettività a cui è chiamata a far fronte attraverso la sua attività caratteristica. L'Azienda Sanitaria identifica gli impatti che produce nell'ambiente esterno ed in particolare in termini di risposta ai bisogni. Ex ante sono identificati gli impatti che l'attività si propone di produrre sull'ambiente di riferimento e sui bisogni della collettività. Ex post vengono forniti elementi utili a valutare se gli impatti previsti si sono realmente prodotti.

Tale dimensione misura gli esiti clinici (outcome) delle cure, nonché la loro appropriatezza, in linea con gli orientamenti del PSSR e delle delibere di applicazione, ma con riguardo alle specialità e quindi ai processi specifici che vengono generati dalle singole aree di cura.

- **Efficacia organizzativa** (modello organizzativo, formazione, sviluppo delle competenze, benessere organizzativo, pari opportunità).

- **Efficacia interna** che misura la capacità di un'azienda o di un'unità operativa di raggiungere gli obiettivi definiti e le proprie finalità. L'efficacia interna è sinonimo di efficacia gestionale, cioè della capacità di raggiungere obiettivi definiti in sede di programmazione e che possono riguardare dall'acquisto dei fattori produttivi alla quantità di output prodotta.

Livello istituzionale: dimensioni di analisi e esempi di indicatori



b) *Livello strategico*

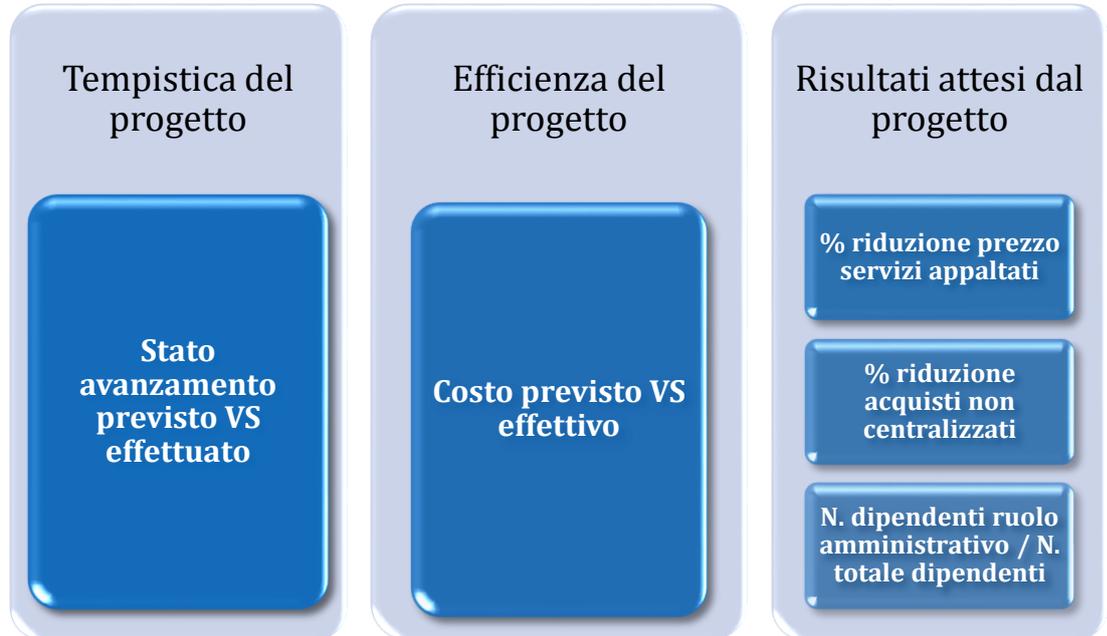
b) un livello strategico aziendale qualificato per declinare a livello di singola realtà gli indirizzi strategici regionali.



Questa parte si riferisce ai progetti aziendali in atto nelle singole Aziende Sanitarie in linea con gli indirizzi strategici del Piano Socio Sanitario Regionale e delle Regole di sistema annuali (Reti di Patologia, Ospedale per Intensità di Cure, Donazione e Trapianto, Piano Oncologico, Sistema informativo Socio-Sanitario, etc.). Tale dimensione misura la capacità dell'azienda di essere non solo struttura efficiente ed efficace come entità autonoma, ma anche in qualità di soggetto facente parte del sistema sanitario regionale.

Le dimensioni oggetto di misurazione sono direttamente legate allo stato di avanzamento dei progetti strategici nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti e del livello previsto di assorbimento delle risorse.

Livello strategico: dimensioni di analisi e esempi di indicatori



c) Livello operativo

c) un livello operativo dove trovano collocazione gli strumenti di programmazione (budget, obiettivi e programmi aziendali).



Il quadro di riferimento è determinato dalle Regole di sistema, dagli obiettivi di mandato del Direttore Generale, dai documenti di programmazione economica e dal Contratto stipulato con L'ATS. Integrando le priorità di azione in essi definiti con gli obiettivi

strategici della Fondazione, la Direzione Strategica definisce gli obiettivi nel periodo di programmazione. Per le strategie già in atto l'Azienda ne indica il livello di realizzazione e la data di chiusura.

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

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

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

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

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

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

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

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

Con riferimento al livello operativo le dimensioni da monitorare sono:

- **Efficienza:** rappresenta la capacità di massimizzare il rapporto tra fattori produttivi impiegati nell'attività e risultati ottenuti, a parità di altre condizioni.

- **Qualità dei processi e dell'organizzazione:** per qualità dei processi e dell'organizzazione si fa riferimento alla dimensione più interna all'azienda e legata all'organizzazione nella gestione dei processi produttivi e di erogazione dei servizi, dal punto di vista della corretta gestione clinico organizzativa dei processi sanitari. In questo senso possono essere d'aiuto i meccanismi di valutazione utilizzati dalla Joint



Commission International, da cui è possibile estrapolare alcuni indicatori di qualità che rappresentano il livello di raggiungimento degli standard oggetto di valutazione.

- **Qualità dell'assistenza:** la qualità dell'assistenza è una dimensione che esplicita il rapporto tra organizzazione e assistito e pone il focus della misurazione sulla qualità della prestazione fornita al paziente. Essa si basa sull'analisi multilevel delle Schede di dimissione ospedaliera.

- **Appropriatezza:** l'appropriatezza è qui intesa come appropriatezza organizzativa e non clinica. Si parla di appropriatezza organizzativa quando una prestazione o un servizio vengono erogati in condizioni che consentono di utilizzare una quantità "appropriata" di risorse. In questo senso si intendono misurare fenomeni quali la selezione della casistica, comportamenti opportunistici finalizzati ad esempio a scegliere specifiche codifiche delle prestazioni erogate.

- **Accessibilità e soddisfazione dell'utenza:** se l'accessibilità rappresenta la possibilità di equità di accesso alle prestazioni e ai servizi da parte degli utenti, a parità di altre condizioni, è evidente come tale dimensione sia strettamente correlata alla fruizione dei risultati dell'attività dell'azienda da parte dell'utente. Dall'altro lato la soddisfazione dell'utenza esplicita il rapporto tra organizzazione ed assistito e pone il focus della misurazione sulla qualità percepita dal paziente al quale viene erogata una prestazione. La qualità dell'assistenza può essere intesa quindi come la globalità degli aspetti e delle caratteristiche di servizio da cui dipendono le sue capacità di soddisfare completamente un dato bisogno.



Livello operativo: dimensioni di analisi e esempi di indicatori





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

La misurazione della Performance

La misurazione della performance avviene attraverso specifici indicatori di risultato. La tabella che segue riporta l'elenco degli indicatori che saranno utilizzati per la misurazione dei risultati conseguiti in accordo all'applicazione del Piano delle Performance. Per ciascun indicatore è riportato l'obiettivo strategico di riferimento e la dimensione di analisi.

Gli obiettivi strategici di riferimento sono tratti dalle determinazioni regionali in ordine alla gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario per l'esercizio 2020 (DGR XI/2672 del 16/12/2019).

Ad ogni annualità l'Azienda si impegna ad identificare, nella Relazione sulla performance riferita all'annualità precedente, un risultato per ciascun indicatore, tenuto conto delle variabili di contesto specifiche dell'anno stesso.



Obiettivo	Indicatore	Dimensione	Risultato atteso
Valorizzazione attività di ricovero	Valore DRG Lombardi – Valore DRG fuori Regione	Efficienza	Mantenimento/Incremento
Valorizzazione attività ambulatoriale	Valore prestazioni MAC/BIC - Valore attività ambulatoriale	Efficienza	Mantenimento
Monitoraggio indicatori di performance dell'attività di degenza	Indicatori specifici per struttura	Efficienza	Mantenimento/Miglioramento
Costo materiale sanitario	Costo farmaci ospedalieri - Costo DM	Efficienza	Rispetto delle indicazioni regionali
Farmaci File F	Costo farmaci File F	Efficienza	Mantenimento
Efficienza produttiva	Indici di costo oggetto di monitoraggio regionale: Costi farmaci per 1000 euro di produzione - Costi DM per 1000 euro di produzione	Efficienza	Miglioramento
Adesione piena e puntuale al sistema di acquisti centralizzati	% azioni attuate/programmate	Efficienza	100%
Predisposizione e attuazione di progetti di revisione organizzativa in applicazione del POAS e del sistema regionale	% azioni attuate/programmate	Qualità dei processi e dell'organizzazione	100%



Obiettivo	Indicatore	Dimensione	Risultato atteso
Applicazione del Piano Qualità e Gestione del Rischio Aziendale	% azioni attuate/programmate	Qualità dei processi e dell'organizzazione	100%
Adeguamenti strutturali e logistici finalizzati alla razionalizzazione del policlinico ad integrazione del nuovo DEA	% azioni attuate/programmate	Qualità dei processi e dell'organizzazione	100%
Certificabilità dei bilanci degli enti del SSR di cui alla l. r. n. 23/2015	% azioni attuate/programmate	Qualità dei processi e dell'organizzazione	100%
Rispetto dei tempi di pagamento	Allineamento dei tempi di pagamento alle tempistiche previste dalla legge	Qualità dei processi e dell'organizzazione	100%
Governo dei Sistemi Informativi degli Enti Sanitari	% azioni attuate/programmate	Qualità dei processi e dell'organizzazione	Rispetto delle indicazioni regionali
Consolidamento del processo di dematerializzazione delle ricette	% prescrizioni elettroniche effettuate	Qualità dei processi e dell'organizzazione	Rispetto delle indicazioni regionali
Monitoraggio indicatori Programma Nazionale Esiti	Indicatori specifici per struttura	Qualità dell'assistenza	Mantenimento/Miglioramento



Obiettivo	Indicatore	Dimensione	Risultato atteso
Attività di Ricerca	Indicatori specifici per struttura	Qualità dell'assistenza	Mantenimento/Miglioramento
Appropriatezza delle prestazioni	Indicatori di appropriatezza	Appropriatezza	Mantenimento/Miglioramento
Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	% prestazioni erogate entro i tempi previsti	Accessibilità e soddisfazione dell'utenza	Miglioramento
Presenza in carico del paziente cronico	% azioni attuate/programmate	Accessibilità e soddisfazione dell'utenza	100%





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

Gli ambiti della valutazione

La valutazione del Personale

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

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

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

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



La valutazione annuale

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

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

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

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

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

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

La valutazione al termine dell'incarico

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



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

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

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

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

Il conferimento dei privilegi

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

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

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



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

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

