



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



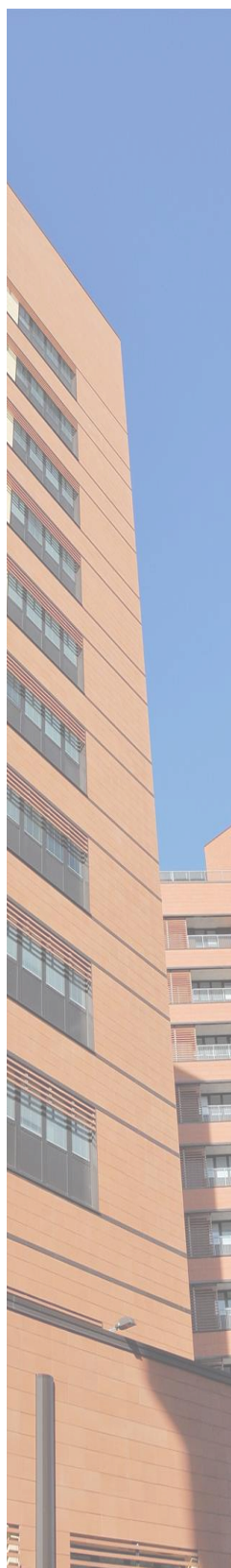
Regione
Lombardia



La presente Relazione è lo strumento che conclude il ciclo di gestione della performance 2024 ed evidenzia i risultati rispetto agli obiettivi indicati nel Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) 2024 - 2026

RELAZIONE PERFORMANCE

Anno 2024



	Premessa	1
	La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo	2
	Il ciclo della performance e il monitoraggio PIAO	27
	Gli obiettivi strategici e istituzionali della Fondazione	29
	Equilibrio economico finanziario	49
	Andamento dell'attività sanitaria	68
	Andamento dell'attività di ricerca	124
	Qualità dell'assistenza	149
 	Trasparenza, accessibilità, accoglienza e rapporti con l'utenza	167
 	Innovazione, ammodernamento e potenziamento tecnologico	185
	Riqualificazione edilizia ed impiantistica e logistica ospedaliera	207
	Formazione	213
	Raggiungimento obiettivi operativi di budget	227
	Performance individuale	252
	Ringraziamenti	258



Prof. A. Venturi,
Presidente

Premessa

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

La presente Relazione è lo strumento che conclude il ciclo di gestione della performance 2024 ed evidenzia i risultati rispetto agli obiettivi inseriti nel PIAO 2024-2026, approvato con Ordinanza Presidenziale n. 6 del 31/01/2024 e successivamente ratificata con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 6 del 14/02/2024.

L'art. 6 del D.L. 2021, n. 80, convertito dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, ha introdotto nel nostro ordinamento il "Piano integrato di attività e organizzazione" (PIAO), il quale ricomprende al suo interno, assorbendoli, una serie di Piani e Documenti (individuati dal D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81) tra cui anche il Piano della Performance quale documento programmatico triennale originariamente previsto dal D.Lgs. n. 150/2009 per l'individuazione degli indirizzi e degli obiettivi strategici per le amministrazioni pubbliche.

La presente Relazione funge quindi da strumento di monitoraggio delle sottosezioni Valore pubblico e Performance del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), come da art. 5 del Decreto Ministeriale 30 giugno 2022, n. 132 (Decreto che definisce i contenuti del PIAO).

La Relazione è consultabile sul sito istituzionale della Fondazione, nella sezione "Amministrazione Trasparente", come previsto dalla normativa (art. 10, c. 8, lett. b) del D.lgs. 33/2013 e s.m.i.).





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 in convenzione con l'Università degli Studi di Pavia.



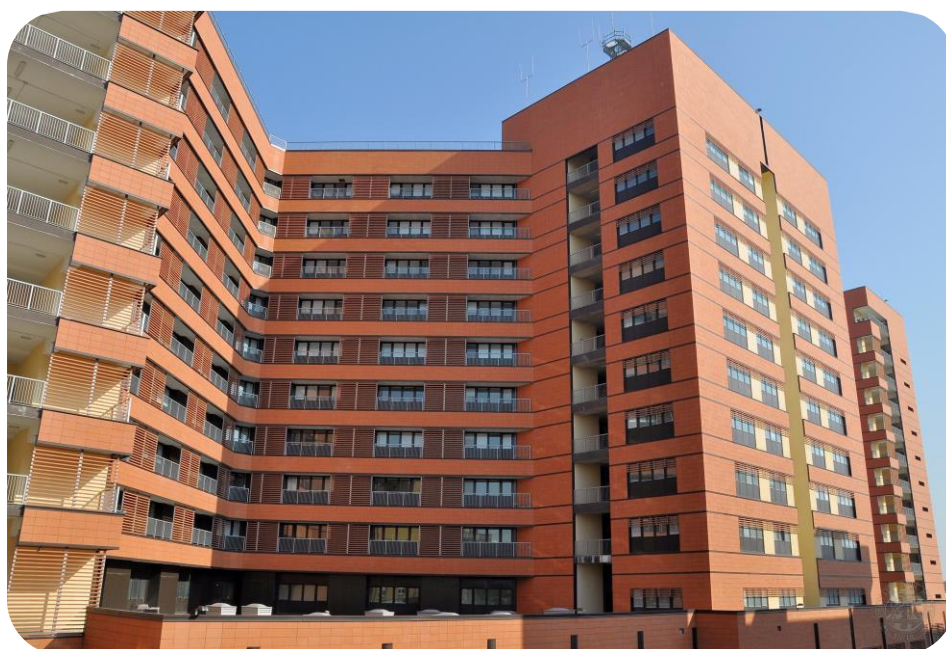
E' stato classificato Ospedale Generale Regionale nel 1972, mentre è stato riconosciuto come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per la prima volta nel 1982 (venendo sempre successivamente riconfermato in tale ruolo). La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo è stata costituita con Decreto del Ministero della Salute del 28/04/2006.



Il Policlinico ha progressivamente abbandonato l'assetto organizzativo-gestionale basato sulla 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.



Mission, Vision e Valori della Fondazione

La Mission e le finalità

La **missione** della Fondazione è di perseguire, secondo standard di eccellenza, la ricerca (prevalentemente clinica e traslazionale) nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, insieme a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

La Fondazione si caratterizza per la propria realtà polispecialistica e per la forte vocazione all'integrazione di ricerca scientifica, assistenza e didattica tanto nelle Strutture di diagnosi e cura quanto nei Laboratori, in un contesto di coordinamento funzionale e/o strutturale.

Provvede quindi:

- **al ricovero ed alla cura** di pazienti affetti da patologie acute e croniche e a soddisfare i bisogni della popolazione, mediante l'erogazione di prestazioni e servizi di diagnosi, cura e riabilitazione, in relazione alle risorse assegnate ed alla dotazione tecnologica disponibile, integrate con le attività di ricerca biomedica e clinica;
- **alla ricerca corrente** definita dal riconoscimento IRCCS quale attività di ricerca scientifica diretta a sviluppare la conoscenza nell'ambito della biomedicina e della sanità pubblica, nonché **alla ricerca finalizzata** quale attività di ricerca scientifica attuata attraverso specifici progetti e diretta al raggiungimento dei particolari e prioritari obiettivi, biomedici e sanitari, individuati dal Piano Sanitario Nazionale.

La Fondazione programma l'attività di ricerca coerentemente con il programma di ricerca sanitaria e con gli atti di programmazione regionale in materia, privilegiando i progetti eseguiti in rete e quelli sui quali possono aggregarsi più enti anche al fine di evitare duplicazioni di attività e dispersione dei finanziamenti.

Svolge parte attiva, in stretta relazione con il Ministro della Salute e tramite gli organismi istituzionali, alla definizione degli orientamenti, alla valutazione delle attività sanitarie,



alla promozione delle sperimentazioni al fine di contribuire efficacemente all'applicazione delle cure e degli interventi complessi, così come pone le proprie strutture ed organismi a contribuire, in coerenza con la propria qualificazione, per ogni occorrenza del Servizio Sanitario Regionale.

Sviluppa inoltre, quale compito istituzionale, la promozione e la partecipazione attiva e diretta alle attività di didattica, di formazione, di qualificazione professionale e scientifica, di addestramento del personale medico e non medico e di tutti i ruoli previsti dal Servizio Sanitario Nazionale.

La Fondazione svolge, in particolare, attività di alta formazione nell'ambito delle discipline ed attività di riferimento. Promuove e/o collabora ad iniziative di scambio culturale e scientifico con Strutture, pubbliche e private, nonché con altri Paesi della Comunità mondiale, tramite l'organizzazione e la partecipazione ad incontri scientifici, convegni e stages sia all'estero sia presso l'Istituto.

Attua, in particolare, misure idonee di collegamento e sinergia con altre Strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, pubbliche e private, con le Università, con Istituti di riabilitazione e con analoghe Strutture a decrescente intensità di cura.

La Vision e i valori

La **visione** è rivolta a pianificare un sistema di organizzazione e funzionamento aziendale capace di supportare le caratteristiche di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità delle prestazioni fornite, con orientamento al miglioramento continuo della qualità.

La Fondazione intende essere un luogo dove l'esercizio della cura, fatta di scienza e coscienza al servizio del malato, sia in stretta sinergia con lo sviluppo della cultura scientifica e dell'innovazione tecnologica; un luogo che sia espressione di una comunità che, pur mantenendo i propri valori, vuole proiettarsi nel futuro come protagonista del cambiamento; un luogo dove l'applicazione e la trasmissione delle conoscenze scientifiche ed il loro sviluppo siano al servizio della vita, della dignità e della libertà dei cittadini.



La Fondazione intende utilizzare tutte le leve che permettano di sviluppare motivazione negli operatori, promuovendo e valorizzando le relazioni interne con forme strutturate di partecipazione organizzativa (lavoro in equipe), coinvolgendo le diverse espressioni professionali nei processi di sviluppo e miglioramento dell'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi.

Nei processi di erogazione delle attività sanitarie, tecniche e amministrative la Fondazione si ispira ai seguenti principi e valori:



In base al POAS 2022-2024 (approvato con D.G.R. n. XI/6813 del 02/08/2022 e successive modifiche ed aggiornamenti avvenuti nel 2023 e 2024) la Struttura Organizzativa prevista della Fondazione si articola in (come da revisione 2024 - dgr n. 3726 del 31/12/2024):

✓ Strutture e funzioni afferenti alla Direzione Generale, Direzione Sanitaria, Direzione Amministrativa e Direzione Scientifica;

✓ 19 Dipartimenti suddivisi nelle seguenti tipologie: 11 gestionali, 7 funzionali interaziendali;

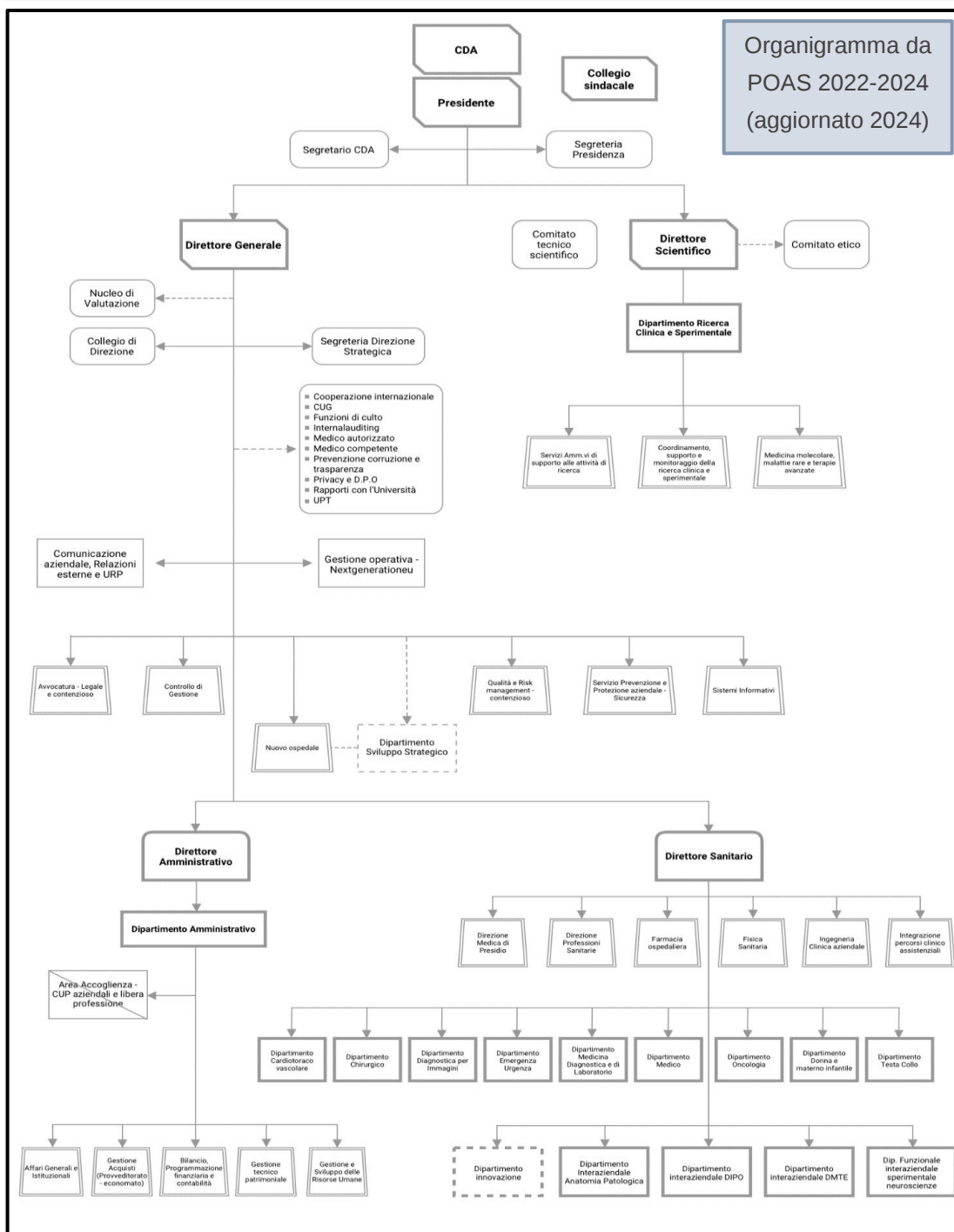
✓ 70 Strutture Complesse (SC);

✓ 50 Strutture Semplici (SS);

✓ 15 Strutture Semplici Dipartimentali (SSD).

N.B.: il numero e tipologia delle strutture è suscettibile di variazioni previa autorizzazione regionale.

Organizzazione



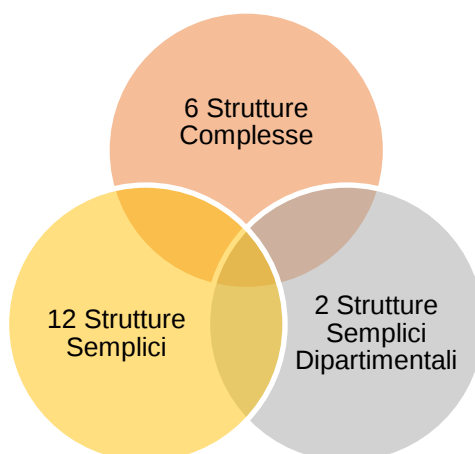
Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

Nel corso del 2024, sulla base delle previsioni del POAS e sulla base delle mutevoli esigenze organizzative in corso d'anno, al fine di garantire il più funzionale assetto organizzativo alla mission della Fondazione, sono state attivate (create ex-novo o assegnata la titolarità in quanto vacante) 20 Strutture, tra SC, SSD e SS come di seguito evidenziato:

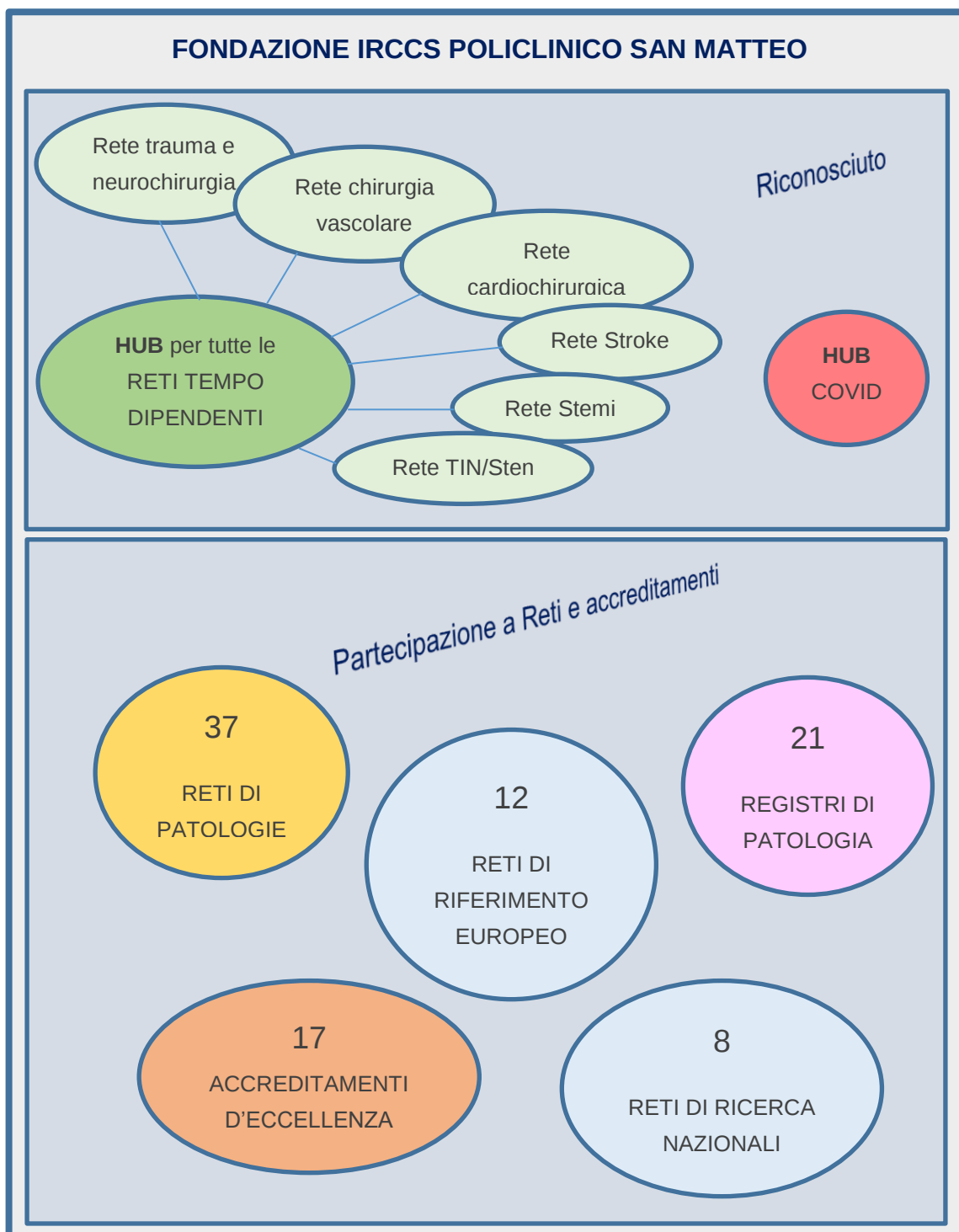


Tipo Struttura	Denominazione Struttura	Data di attivazione	Provvedimento
SC	Ematologia Molecolare e Medicina di Precisione	16/12/2024	Decreto DG n. 1654 del 19/12/2024
SC	Nefrologia e Dialisi - Abilitazione al Trapianto	16/01/2024	Decreto DG n. 1737 del 29/12/2023
SC	Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva	01/10/2024	Decreto DG n. 1255 del 01/10/2024
SC	Cardiologia 1	01/03/2024	Decreto DG n. 1667 del 27/12/2023
SC	Servizi Amministrativi di supporto alle Attività di Ricerca	01/05/2024	Decreto DG n. 508 del 30/04/2024
SC	Direzione Medica di Presidio	01/01/2024	Decreto DG n. 1592 del 13/12/2023
SSD	Grant Office, TTO e Servizio di Documentazione Scientifica	16/05/2024	Decreto DG n. 600 del 20/05/2024
SSD	Radiologia Interventistica	01/04/2024	Decreto DG n. 389 del 29/03/2024
SS	Centro Lavorazione e Validazione (CLV)	16/08/2024	Decreto DG n. 1062 del 08/08/2024
SS	Chirurgia Vascolare d'urgenza	01/04/2024	Decreto DG n. 414 del 08/04/2024
SS	Unità Terapia Intensiva Cardiologica - UTIC	16/11/2024	Decreto DG n. 1472 del 18/11/2024
SS	Chirurgia Bariatrica ed Esofago – Gastrica Funzionale	01/11/2024	Decreto DG n. 1400 del 31/10/2024
SS	Assistenza Respiratoria Avanzata - ARA	16/04/2024	Decreto DG n. 455 del 12/04/2024
SS	Terapia Intensiva Neonatale	01/10/2024	Decreto DG n. 1272 del 04/10/2024
SS	Trapianto Midollo	01/06/2024	Decreto DG n. 584 del 17/05/2024
SS	Interventistica Neurovascolare	01/01/2024	Decreto DG n. 1728 del 29/12/2023
SS	Medicina Alta Intensità	16/01/2024	Decreto DG n. 15 del 16/01/2024
SS	Emodinamica	16/04/2024	Decreto DG n. 455 del 12/04/2024
SS	TIPO - Terapia Intensiva post-operatoria	16/04/2024	Decreto DG n. 455 del 12/04/2024
SS	Gastroenterologia clinica ed Ecografia interventistica	01/03/2024	Decreto DG n. 224 del 01/03/2024

La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo nel 2022 è stata riconosciuta nel ruolo di HUB Covid e HUB per tutte le Reti Tempo Dipendenti.

Partecipa a numerose Reti nazionali ed internazionali ed ha ottenuto molteplici accreditamenti istituzionali e d'eccellenza.

Reti e accreditamenti



ACCREDITAMENTI DI ECCELLENZA

- ESMO
- UK NEQUAS
- IBMDR
- AIFA
- CNT
- CRT
- CNS
- European Federation for Immunogenetics Lab HLA (EFI)
- GITMO
- ISO 9001:2015
- EUSOMA
- CIPOMO
- JACIE
- KEDRION
- Kite Gilead
- Novartis
- GIVITI



RETI DI RICERCA NAZIONALI

- Rete Aging
- Rete delle neuroscienze e della riabilitazione (RIN)
- Rete apparato muscolo scheletrico (RAMS)
- Rete dermatologica (SKIN)
- BLIBLIOSAN
- Rete Cardiologica
- Alleanza contro il cancro (ACC)
- Associazione Italiana Ematologia Oncologia Pediatrica (AIEOP)

RETI DI RIFERIMENTO EUROPEO

- Rete oncologica europea (Digicore)
- ERN LUNG
- ERN GUARD-HEART (Low prevalence complex diseases of the heart)
- ERN PaedCan - Rete di riferimento europea sui tumori pediatrici (ematooncologia)
- ERN RITA (Immunodeficiency, Autoinflammatory, Autoimmune)
- VASCERN (Rare vascular diseases)
- ERN ReCONNET - Rete di riferimento europea sulle malattie muscoloscheletriche e del tessuto connettivo
- ERN EuroBloodNet - Rete di riferimento europea sulle malattie ematologiche
- Rete Europea Breast Centres Network delle Breast Unit certificate ITALCERT certification scheme, in partnership con BCCCert
- EU ERN (per malattie aneurismatiche, Vascern, e cardiomiopatie (Enguard)).
- Rete oncologica europea (OECl)
- European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT)



RETI DI PATOLOGIA

- Rete Ematologica Lombarda
- Rete Nefrologica Lombarda
- Rete Cardiologica Lombarda
- Rete Lombarda Nutrizione Clinica
- Rete Oncologica Lombarda
- Rete Regionale per le Malattie Rare
- Rete Regionale dei Centri di Senologia - Brest Unit
- Sistema Trasfusionale Regionale - Centro di Lavorazione e Validazione (CLV)
- ReLab - Centro per l'implementazione dell'analisi genomica e lo sviluppo di sistemi diagnostici innovativi nelle neoplasie ematologiche
- Rete Lombarda per la Procreazione Medicalmente Assistita
- Rete Regionale Lombarda, per la gestione del trauma complesso della mano e degli arti superiori
- Rete Regionale di Laboratorio Clinici per la sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza GO-RL-INFLU
- Rete Regionale Shock Cardiogeno
- Rete regionale lombarda dei Centri di senologia
- Centro di riferimento e presidio della rete regionale per le Malattie Rare per la mastocitosi sistemica (codice esenzione RD0081)
- Rete Pneumologica Lombarda
- Rete Epatogastroenterologica Lombarda
- Dipartimento Interaziendale Provinciale Oncologico (DIPO)

(segue)



RETI DI PATOLOGIA

(segue)

- Dipartimento di Medicina Trasfusionale e di Ematologia (DMTE)
- Rete della Radioterapia
- Rete delle Cure Palliative
- Rete Nazionale Trapianti - Centro Trapianti d'organo
- Breast Centres Network - Brest Unit
- Gruppo Italiano per la valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva (GiViTI)
- Centro Hub per Pazienti con ARDS ed insufficienza respiratoria acuta grave
- Patologia STROKE e ANGIOGRAFIA BODY
- Rete delle alte specialità
- Rete Nazionale RESPIRA
- Rete nazionale di SenoNetwork
- Rete IRCCS delle Neuroscienze e della Neuroriabilitazione
- GAVeCeLT – Rete Italiana Accessi vascolari centrali a lunga durata
- Rete Italiana PICC
- Rete Sindrome Antisintetetica
- American and European Network of Antisynthetase syndrome (AENEAS) collaborative group
- Rete Regionale del trauma
- Centri Melanoma
- Rete Regionale per il trattamento delle emorragie digestive



REGISTRI DI PATOLOGIA

- LORHEN” (Lombardy Rheumatology Network)
- European Scleroderma trials and Research (EUSTAR) group
- Systemic Sclerosis Progression investigation (SPRING) registry
- Lupus Italian Registry (LIRE)
- Registro regionale sull’ipertensione polmonare
- Registro Nazionale Italiano Donatori di Midollo Osseo
- Registro “STEMI”
- Registri AIEOP
- Registro nazionale IBMDR
- Registro Malattie Rare
- MargheritaTre
- PROSAFE (PROmoting patient SAFETy and quality improvement in critical care)
- TUONO (Thoracic UltrasONography)
- MUSE
- AbioKin (Antibiotics Kinetics)
- Registro GiViTi
- ALT-SHOCK: Italian Network of Acute Cardiac Care
- EPOCS: Epidemiology, clinical Phenotype and related Outcome of Cardiogenic Shock in Acute Cardiac Care Units (European Society of Cardiology)
- Partecipa al registro EuroECMO–COVID ed ad ELSO Registry
- European CMV Registry
- Registry of The European Competence Network on Mastocytosis



La Fondazione
IRCCS Policlinico
San Matteo ricopre
un ruolo di assoluta
rilevanza nel
contesto sanitario.

Alcuni dati di sintesi
forniscono la
fotografia per
l'anno di
riferimento.

Volumi di attività 2024

841 posti letto
attivi ⁽¹⁾

34.753
pazienti
ricoverati

246.981
giornate di
degenza



2,06 mln di
prestazioni
ambulatoriali
(escluso PS esterni) ⁽³⁾



90.274 accessi
al Pronto
Soccorso ⁽⁴⁾

1.079.783
prestazioni
erogate in

Pronto Soccorso

679.803
esterni ⁽²⁾

399.980
interni ⁽²⁾

⁽¹⁾ Posti letto attivi (ordinari + day hospital) rilevati al 31/12/2024.

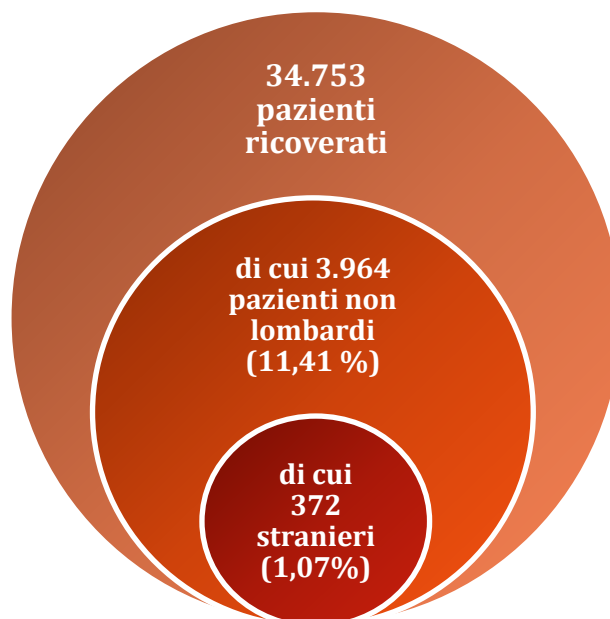
⁽²⁾ Esterni = prestazioni erogate a pazienti in seguito dimessi; Interni = prestazioni erogate a pazienti in seguito ricoverati.

⁽³⁾ esclusa la Libera Professione.

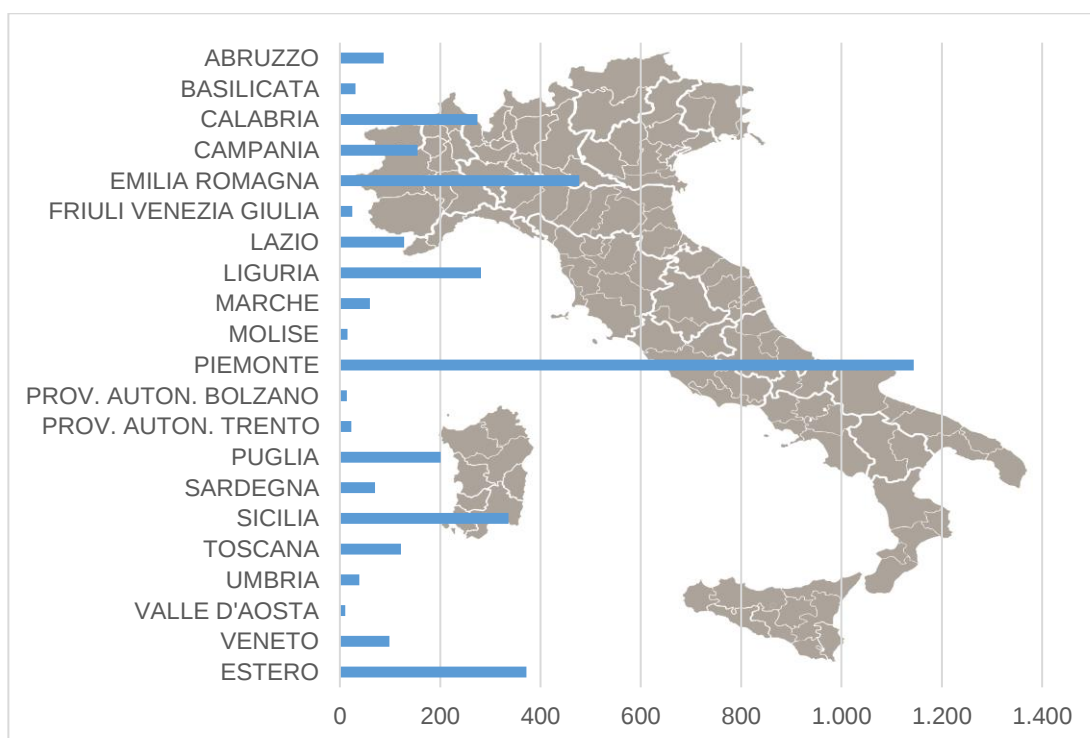
⁽⁴⁾ accessi complessivi, compresi gli abbandoni per rinuncia alla visita o prima di concludere le visite previste.



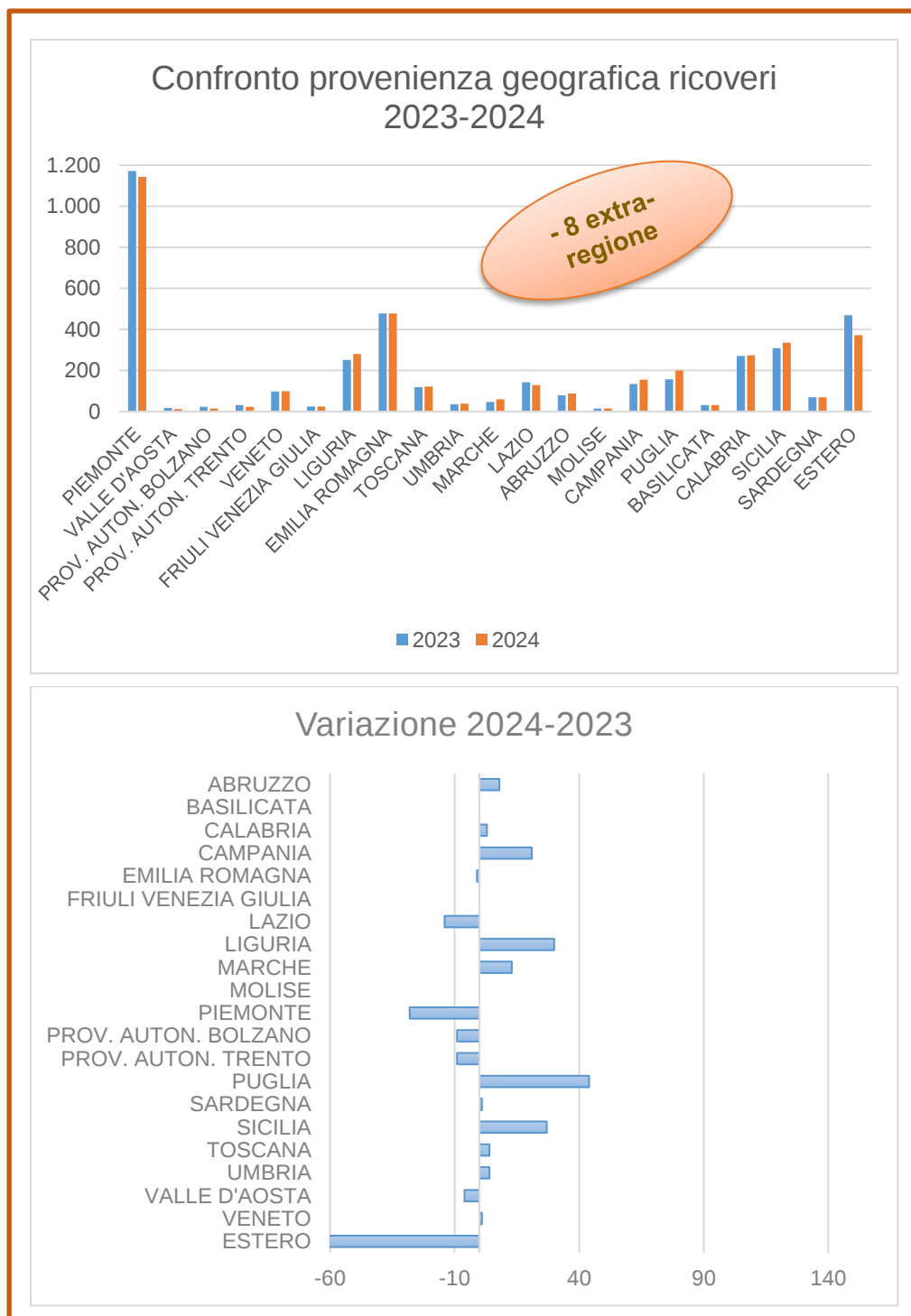
La capacità di attrarre pazienti di altre Regioni riflette il carattere di eccellenza che caratterizza la Fondazione e può essere considerata misura obiettiva della qualità delle prestazioni e servizi erogati.



Distribuzione dei pazienti extra regione



Rispetto all'anno precedente, nel 2024 si registra un lieve decremento di ricoveri con provenienza geografica extra-regionale.



Personale

3.669 operatori tra medici, infermieri, tecnici e amministrativi rispondono quotidianamente con competenza ai bisogni dell'utenza e si dedicano alla ricerca (dati 2024).

[Nota: dati estratti sulla base del criterio teste equivalenti]



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

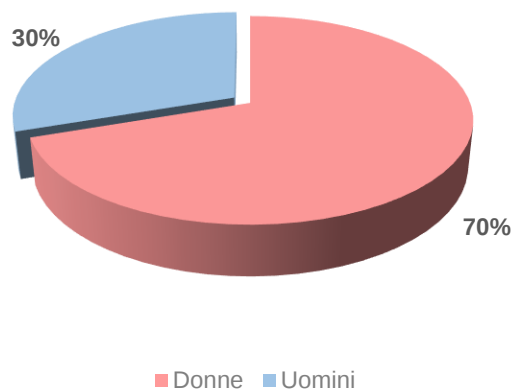
Sistema Socio Sanitario



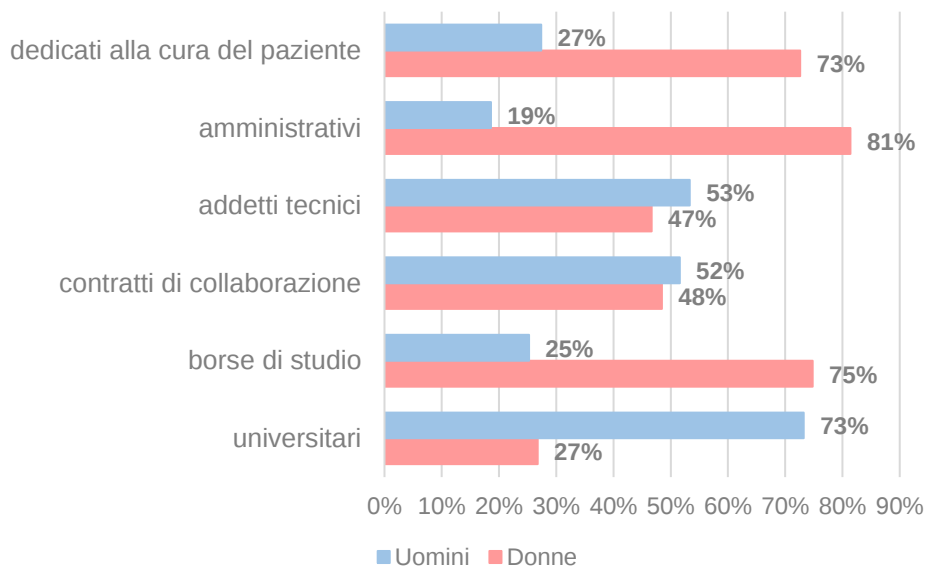
Regione
Lombardia

Gli operatori complessivi vedono una netta prevalenza di donne rispetto agli uomini (dati 2024).

Operatori complessivi (2024) - Ripartizione per sesso



Categorie operatori 2024 - Ripartizione per sesso

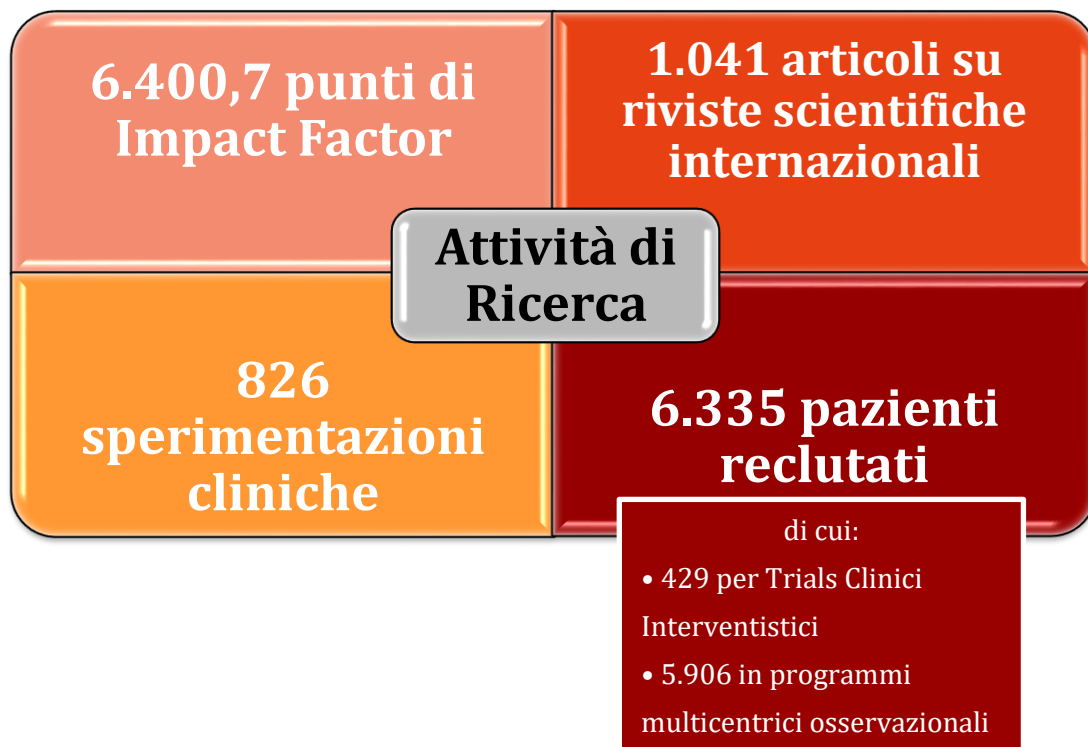


Attività di Ricerca 2024

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.

Alcuni numeri di sintesi evidenziano l'impatto che hanno avuto le attività di Ricerca sul 2024.

Collaborazioni scientifiche internazionali dei ricercatori del San Matteo al 31/12/2024



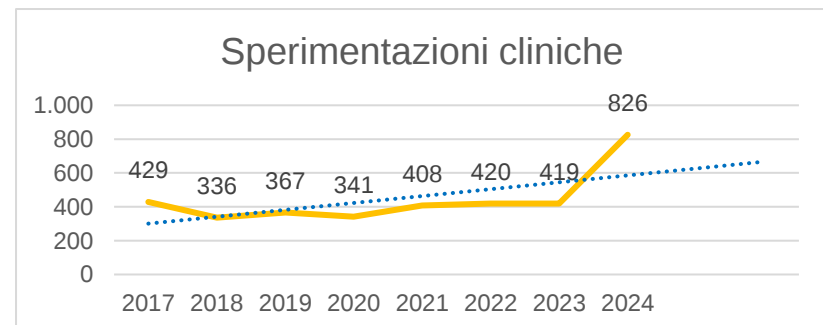
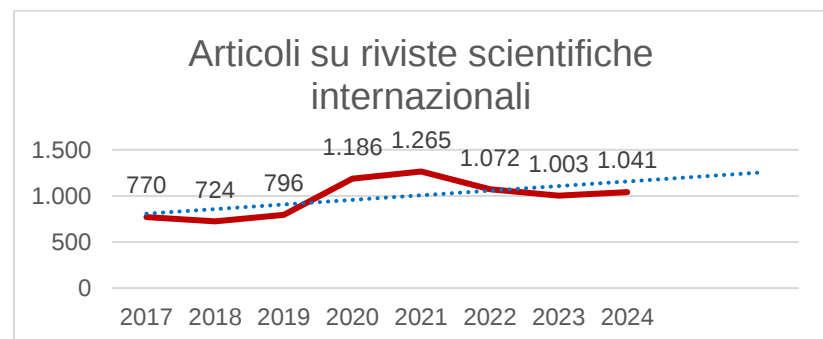
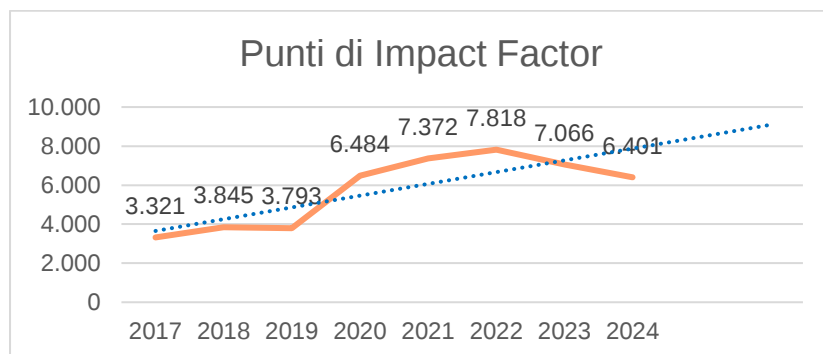
Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

*Andamento di
alcuni indicatori
caratterizzanti
l'attività di ricerca
svolta presso la
Fondazione (anni
2017-2024).*



Associazioni di volontariato

All'interno del San Matteo operano varie associazioni di volontariato i cui obiettivi riguardano diversi ambiti di intervento: sollievo ai pazienti e ai degenti, sostegno ai loro familiari, promozione della ricerca scientifica e studio di patologie rare, ecc.

La collaborazione degli enti non profit con la Fondazione concorre a migliorare aspetti qualitativi legati a prestazioni e servizi erogati.



La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo considera le Associazioni di volontariato, portatrici di interessi diffusi, una risorsa insostituibile in termini di supporto relazionale, informativo e di integrazione con l'attività dell'Istituto, impegnandosi a regolare i rapporti con le stesse mediante convenzioni e specifici accordi tesi a realizzare un sistema di solidarietà sociale nel rispetto dei principi di trasparenza e non discriminazione.

Annualmente, la Fondazione procede ad adeguare il sistema aziendale di gestione dei rapporti di collaborazione con le organizzazioni di volontariato.

Con Decreto del Direttore Generale n. 1651 del 22/12/2023 era stata autorizzata la proroga dei rapporti con le Organizzazioni di volontariato per l'anno 2024.

Con Decreto del Direttore Generale n. 1653 del 19/12/2024 è stata autorizzata la proroga dei rapporti con le Organizzazioni di volontariato per l'intero 2025. La seguente tabella elenca le Associazioni di volontariato per le quali è stata prorogata la convenzione per il 2024.

La tabella elenca le associazioni di volontariato convenzionate prorate operanti in Fondazione nel 2024 (Decreto DG n. 1651 del 22/12/2023).

Associazioni di volontariato convenzionate		
Denominazione associazione	Inizio rapporto di collaborazione convenzionato	Finalità
C.A.V. – CENTRO PAVESE DI ACCOGLIENZA ALLA VITA ODV	Dal 2001	L'Associazione supporta le donne e le coppie che si trovano di fronte a una gravidanza indesiderata o difficile.
A.I.N.S. – ASSOCIAZIONE ITALIANA NURSING SOCIALE ODV	Dal 2013	L'Associazione ha finalità di solidarietà, socialità, attenzione verso gli esclusi in Italia e all'estero.
C.O.P.E.V. – ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA PREVENZIONE E CURA DELL'EPATITE VIRALE "BEATRICE VITIELLO"	Dal 2010	L'Associazione promuove e svolge studi e ricerche sulla prevenzione e la cura dell'epatite e sulla relativa situazione epidemiologica.
NASO A NASO ODV	Dal 2014	L'associazione svolge attività di supporto nel campo della Chirurgia Pediatrica.
PER FAR MAGIA VIP ODV	Dal 2015	L'Associazione fornisce aiuto alla persona ammalata e/o ai genitori promuovendo e sostenendo attività di carattere assistenziale, morale mediante un servizio qualificato. Clown terapia.
ASSOCIAZIONE AIUTAMI A CRESCERE	Dal 2007	Sostegno e supporto alle famiglie dei nati prematuri.
A.M.O.S. – AMICI DELL'ONCOLOGIA DEL SAN MATTEO	Dal 2012	L'associazione offre aiuto e sostegno fisico, psicologico e sociale, ai pazienti con neoplasie solide afferenti la U.O.C. Oncologia.
ASSOCIAZIONE BIBLIONS BIBLIOTECA PER IL BAMBINO E L'ADULTO OSPEDALIZZATO	Dal 2014	Scopo dell'Associazione è contribuire a migliorare la condizione psicofisica del malato attraverso la lettura.



Associazioni di volontariato convenzionate		
Denominazione associazione	Inizio rapporto di collaborazione convenzionato	Finalità
PAVIA DONNA ADOS – ASSOCIAZIONE DONNE OPERATE AL SENO	Dal 2008	L'Associazione intende offrire sostegno alle donne colpite da tumore al seno.
ASSOCIAZIONE A.B.I.O. PAVIA ODV	Dal 2007	L'Associazione fornisce supporto al bambino ammalato e alla sua famiglia attraverso attività socializzanti o riabilitative, giochi e attività didattiche per il miglioramento della qualità degli utenti.
CLOWN DI CORSIA VOGHERA ODV	Dal 2018	Finalità dell'Associazione è svolgere l'opera di clownterapia a beneficio dei piccoli pazienti e delle famiglie principalmente ricoverate presso la UOC Oncoematologia Pediatrica.
CITTADINANZA ATTIVA PAVIA	Dal 1997	Il Responsabile della Sede di Pavia svolge attività telefonica e informativa.
A.G.D. – ASSOCIAZIONE GIOVANI CON DIABETE – APS	Dal 1997	Sostegno psicologico a bambini e giovani e alle loro famiglie con diabete.
A.I.L.A.R. – ASSOCIAZIONE ITALIANA LARINGECTOMIZZATI ODV	Dal 1997	Riabilitazione fonatoria e sensoriale dei laringectomizzati ad opera di volontari, anch'essi laringectomizzati e opportunamente formati e addestrati.
A.I.D.O. – ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA DONAZIONE DI ORGANI, TESSUTI E CELLULE ODV Sede Provinciale di Pavia	Dal 1997	L'Associazione fornisce aiuto alla persona ammalata e ai genitori.
A.G.A.L. – ASSOCIAZIONE GENITORI E AMICI DEL BAMBINO LEUCEMICO ODV	Dal 1997	L'Associazione fornisce aiuto e supporto psicologico ai bambini leucemici.



Associazioni di volontariato convenzionate		
Denominazione associazione	Inizio rapporto di collaborazione convenzionato	Finalità
ASSOCIAZIONE MAGICA ONLUS	Dal 2015	L'Associazione fornisce assistenza sanitaria, socio sanitaria e di ricerca scientifica, a beneficio dei pazienti e delle famiglie con malattie genetiche cardiovascolari afferenti al Centro per le malattie Genetiche e cardiovascolari della Fondazione.



Donazioni

La Fondazione riceve annualmente donazioni da parte di persone fisiche, imprese, associazioni ed enti (talvolta anche provenienti da eventi). Le donazioni riguardano sia somme di denaro (contributi all'assistenza e alla ricerca) che beni mobili (principalmente apparecchiature e dispositivi sanitari).



Donazioni accettate con Delibera CdA nel 2024						
N. donazioni effettuate	N. donazioni suddivise per tipologia donante				Oggetto donazione	Valore complessivo delle donazioni (Euro)
	Persone fisiche	Associazioni	Imprese	Eventi		
57	39	5	7	6	Contributo assistenza	87.669,34 €
78	62	9	7	0	Contributo ricerca	228.132,65 €
20	3	16	1	0	Beni mobili	210.727,05 €

Totale	Totale	Totale	Totale	Totale
155	104	30	15	6

Totale
526.529,04 €



Dott.ssa T. Foini
Direttore Amministrativo

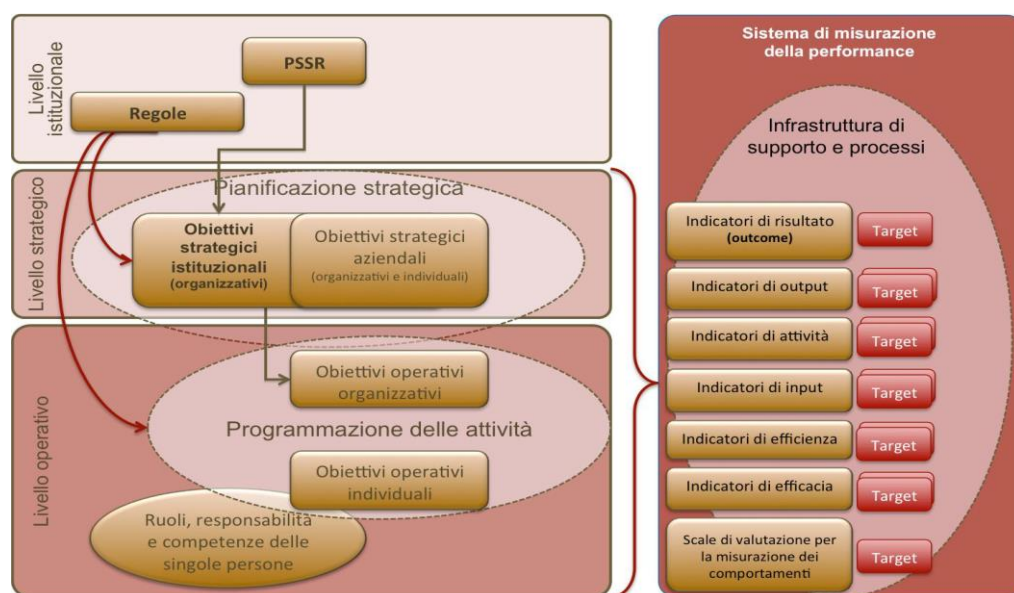
Il ciclo della Performance e il monitoraggio PIAO

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

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance deve essere collegato a precisi ambiti di valutazione, così come individuati dal D.Lgs. 150/2009, che contengono le aree di attività secondo una gerarchia che parte dall'ambito prioritario, corrispondente alla *mission* dell'organizzazione (la soddisfazione dei bisogni di salute), cui seguono altri ambiti strumentali al principale (organizzazione, processi, qualità, output, input, ecc.).

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

Logiche generali del Modello di misurazione e valutazione delle Performance



L'art. 6 del D.L. 2021, n. 80, convertito dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, ha introdotto nel nostro ordinamento il "Piano integrato di attività e organizzazione" (PIAO), il quale ricomprende al suo interno, assorbendoli, una serie di Piani e Documenti (individuati dal D.P.R. 81/2022) tra cui anche il Piano della Performance.

Il PIAO definisce gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione.

Il suo monitoraggio avviene sulla base di quanto disposto dal DM 24 giugno 2022 ed in particolare per le sottosezioni Valore Pubblico e Performance avviene attraverso la Relazione annuale sulla Performance.

Il concetto di Valore Pubblico per la Fondazione va ricercato nella sua capacità di tutela della salute dei pazienti, e di riflesso della comunità, attraverso l'attuazione di scelte strategiche, l'implementazione di processi ed il miglioramento organizzativo da perseguire in termini di efficacia, efficienza, qualità, sicurezza e accessibilità.

Al fine di generare quotidianamente Valore Pubblico attraverso l'operato del proprio personale, la Fondazione si è posta, in via prioritaria, obiettivi impattanti sullo sviluppo delle attività sanitarie, sull'evoluzione delle attività di ricerca, sulla qualità dell'assistenza erogata, sul mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario, sulla trasparenza amministrativa ed accessibilità alle prestazioni ed ai servizi erogati, sull'innovazione tecnologica ed adeguamento strutturale, sull'accrescimento delle competenze individuali.

I capitoli successivi relazionano sulle attività svolte da soggetti e Strutture all'interno della Fondazione mettendo in luce gli aspetti di performance organizzativa orientata al conseguimento degli obiettivi, i risultati raggiunti nella gestione sanitaria operativa e caratteristica dell'Ente nonché nell'ambito della ricerca, lo stato delle varie progettualità (infrastrutturali, organizzative, sanitarie, di ricerca), la gestione della qualità dell'assistenza e della sicurezza delle cure.





Dott. V. Petronella
Direttore Generale

Gli obiettivi strategici e istituzionali della Fondazione

Di seguito si riportano gli obiettivi strategici della Fondazione per l'anno 2024 derivati dalla normativa nazionale e dagli atti di programmazione regionale.

Obiettivi assegnati dal CdA **OBIETTIVI ASSEGNATI DAL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE**

Con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 6/C.d.A./46 del 23/07/2024 sono stati assegnati al Direttore Generale gli obiettivi per l'anno 2024, come da tabella seguente, estesi dallo stesso alla Direzione Strategica.

N.	Obiettivo	Indicatore	Misurazione	Peso
1	Piano Organizzativo strategico (POAS) della Fondazione - aggiornamento	Predisposizione e approvazione del Piano secondo le indicazioni regionali (circolare regionale prot. G1.2024.0024531 del 21/06/2024) e sua applicazione	Assunzione dei provvedimenti e/o atti conseguenti	10
2	Realizzazione di nuova Banca Occhi presso Pad. Reparti Speciali	Avvio dei lavori	Assunzione dei provvedimenti e/o atti conseguenti	5
3	Spostamento DH Oncologico	Avvio dei lavori	Assunzione dei provvedimenti e/o atti conseguenti	5
4	Progetto BLS3 annesso alla Cell Factory (pad. 27)	Avvio dei lavori	Assunzione dei provvedimenti e/o atti conseguenti	10
5	Accreditamento d'eccellenza OECl Cancer Center	Avanzamento degli adempimenti relativi ai requisiti per l'accreditamento	Assunzione dei provvedimenti e/o atti conseguenti	10



N.	Obiettivo	Indicatore	Misurazione	Peso
6	Pancreas Unit	Adempimenti DGR 1802 del 29/01/2024, DGR XI/6241 04/04/2022	Assunzione dei provvedimenti e/o atti conseguenti, relazione del Coordinatore relativa all'attività svolta	5
7	Volumi di attività clinica / contenimento tempi di attesa	Adempimenti DGR n. XII/2224 del 22/04/2024, DGR n. XII/1827 del 31 gennaio 2024 e circolare prot. G1.2024.0007972 del 6 marzo 2024 e prot. G1.2024.00009096 del 13 marzo 2024	Assunzione dei provvedimenti e/o atti conseguenti e invio rendicontazione richiesta da Regione Lombardia	10
8	Progetto di firma remota dei referti	Adempimenti DGR XII/379 del 29/05/2023 e circolare prot. G1.2024.00003246 nell'ambito dell'investimento M6C2 1.3.1 "Adozione ed utilizzo FSE da parte delle Regioni/Province Autonome"	Assunzione dei provvedimenti e/o atti conseguenti e invio rendicontazione richiesta da Regione Lombardia	5
9	Progetto Lean Management	Realizzazione di uno specifico percorso formativo e di tutoring a supporto dell'efficientamento organizzativo secondo le modalità del Lean Management	Assunzione dei provvedimenti e/o atti conseguenti ed erogazione corsi	10
10	Accreditamento e riclassificazione OBI	Riclassificazione dell'assetto organizzativo e funzionale delle attività OBI - come da DGR XII/787, circolare regionale G1.2024.0017499 e nota ATS prot. 50610/2024 del 24/06/2024	Assunzione dei provvedimenti e/o atti conseguenti, riclassificazione entro il 31/12/2024	5
11	Attuazione dell'articolo 8 della convenzione quadro tra la Fondazione IRCCS e l'Università degli Studi di Pavia in materia di	Confronto istituzionale finalizzato al rigoroso rispetto della procedura di programmazione	Evidenza delle risultanze del confronto in sede di Organo di Programmazione Congiunta (OPC)	10



N.	Obiettivo	Indicatore	Misurazione	Peso
	programmazione congiunta delle risorse umane			
12	Trasparenza delle iniziative PNRR	Ricognizione e aggiornamento costante	Pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente"	10
13	Campagna di misurazione del gas radon	Avvio della campagna secondo il D. Lgs. 101/2020, al fine di valutare nei luoghi seminterrati e/o sotterranei della Fondazione il livello di concentrazione del gas previsto per i lavoratori dalla norma vigente.	Assunzione dei provvedimenti e/o atti conseguenti	5

Relazione sul raggiungimento di ciascun obiettivo

Si relaziona nelle pagine seguenti in merito allo stato avanzamento di ciascun obiettivo al 31/12/2024.

Obiettivo 1

N.	Obiettivo	Indicatore	Misurazione	Peso	% ragg.
1	Piano Organizzativo strategico (POAS) della Fondazione - aggiornamento	Predisposizione e approvazione del Piano secondo le indicazioni regionali (circolare regionale prot. G1.2024.0024531 del 21/06/2024) e sua applicazione	Assunzione dei provvedimenti e/o atti conseguenti	10	100%

STATO AVANZAMENTO OBIETTIVO

Il Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS) è lo strumento di programmazione con cui la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, di seguito indicata anche solo come "Fondazione IRCCS" o "Istituto", definisce l'assetto organizzativo funzionale al perseguimento delle strategie aziendali e degli obiettivi di cura e di ricerca nel contesto del servizio sanitario nazionale e regionale, così adeguando la propria fisionomia anche rispetto ai mutati scenari normativi e disponendosi nella condizione di potere affrontare



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

eventuali ulteriori innovazioni ordinamentali.

L'attuale organizzazione strategica della Fondazione IRCCS scaturisce dai seguenti provvedimenti regionali di adozione e successiva approvazione delle modifiche del POAS 2022-2024:

- la DGR della Regione Lombardia n. XI/6813 del 2 agosto 2022, con la quale la Giunta Regionale della Regione Lombardia ha approvato il "POAS 2022-2024" della Fondazione IRCCS;
- la DGR della Regione Lombardia n. XII/1565 del 18 dicembre 2023, recante *"Modifiche al Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022- 2024 della Fondazione Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Policlinico San Matteo di Pavia, approvato con DGR n. XI/6813 del 02.08.2022, ai sensi e per gli effetti dell'art. 17, c. 4 della legge regionale n. 33 del 30.12.2009 e s.m.i."*.

Nel frattempo, pure alla luce di quanto emerso in sede di puntuale attuazione del POAS in essere, sono emerse esigenze tali da giustificare la necessità di ulteriori integrazioni e modifiche al medesimo piano – imprescindibili per ottimizzare il processo riorganizzativo dell'IRCCS – al fine di corrispondere in particolare ad alcuni indirizzi a valenza strategica regionale, rafforzare e migliorare i percorsi sanitari ed implementare talune aree cliniche di interesse anche sovra territoriale, sottolineando l'importanza organizzativa di queste funzioni.

Con nota prot. G1.2024.0024531 del 21 giugno 2024, la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, ha comunicato agli Enti Sanitari la possibilità di presentare richiesta di variazione POAS 2022-2024.

Questa Fondazione IRCCS, dopo confronto con i diversi soggetti interessati, ha provveduto pertanto a predisporre la proposta di revisione del POAS.

PROVVEDIMENTI ADOTTATI

Entro il termine stabilito da Regione Lombardia con la predetta nota regionale, successivamente prorogato con nota prot. G1.2024.0031393 del 06 agosto 2024, questa Fondazione IRCCS ha provveduto ad assolvere a tutti gli adempimenti necessari e prodromici alla richiesta di approvazione dell'aggiornamento con ulteriori modifiche del



POAS 2022 -2024, attualmente vigente.

In particolare, la Fondazione IRCCS ha provveduto ad effettuare le seguenti informative:

- alle OO.SS. Aziendali della Dirigenza Medica e Sanitaria, della Dirigenza P.T.A. e del Comparto nel corso delle riunioni del 23 settembre 2024;
- al Collegio di Direzione in data 25 settembre 2024.

La medesima Fondazione IRCCS ha altresì:

- acquisito nota del Rettore dell'Università degli Studi di Pavia in data 25 settembre 2024 prot. n. 0173176, acquisita al Protocollo della Fondazione IRCCS al n. 0050593/24, con la quale viene preso atto con favore delle proposte di modifica al POAS;
- informato delle proposte di modifica, anche il Nucleo di Valutazione dell'Istituto, in data 25 settembre 2024.

Infine, con la deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 6/C.d.A./53 del 26 settembre 2024 si è provveduto ad adottare le modifiche al vigente POAS 2022 – 2024.

La predetta deliberazione è stata successivamente trasmessa a Regione Lombardia attraverso l'utilizzo dell'apposita piattaforma denominata "POASWEB" unitamente ai seguenti documenti:

- documento descrittivo;
- parere del Collegio di Direzione;
- documentazione attestante l'avvenuta informativa preventiva;
- documentazione attestante l'acquisizione del parere del Rettore;
- organigramma relativo alla proposta del nuovo Piano di Organizzazione;
- cronoprogramma di attuazione;
- organigramma vigente;
- relazione aggiornamento.

La proposta di modifica del POAS della Fondazione IRCCS è stata approvata dalla Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia con Deliberazione n. XII / 3726 in data 30/12/2024, cui è seguita la presa d'atto n. 6/D.G./8 del 13/01/2025.



Obiettivo 2

N.	Obiettivo	Indicatore	Misurazione	Peso	% ragg.
2	Realizzazione di nuova Banca Occhi presso Pad. Reparti Speciali	Avvio dei lavori	Assunzione dei provvedimenti e/o atti conseguenti	5	100%

STATO AVANZAMENTO OBIETTIVO

I lavori di realizzazione della Nuova Banca Occhi sono stati avviati in data 4/03/2024 ed attualmente sono sospesi in attesa della redazione di una perizia di variante atta ad apportare migliorie al progetto.

PROVVEDIMENTI ADOTTATI

- Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./1656 del 22/12/2023 - Presa d'atto indagine di mercato e autorizzazione procedura negoziata senza bando (CIG A02BA57A9C) lavori di realizzazione della nuova banca degli occhi presso il pad. 32 della Fondazione (CUP B14E22001020002).
- Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./59 del 26/01/2024 - Presa d'atto dell'esito della procedura negoziata ed autorizzazione alla stipula del contratto (CIG A02BA57A9C) lavori di realizzazione della nuova banca degli occhi presso il pad. 32 della Fondazione (CUP B14E22001020002).



Obiettivo 3

N.	Obiettivo	Indicatore	Misurazione	Peso	% ragg.
3	Spostamento DH Oncologico	Avvio dei lavori	Assunzione dei provvedimenti e/o atti conseguenti	3	100%

STATO AVANZAMENTO OBIETTIVO

I Lavori sono stati affidati con Decreto N. 5/D.G./1329 del 17/10/2024 e sono stati successivamente avviati.

PROVVEDIMENTI ADOTTATI

- Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./1107 del 23/08/2024 - Lavori di adeguamento finalizzati alla riorganizzazione del D.H. Oncologia ed Ematologia - Padiglioni 29 e 32 (CUP B12C24000430002) - Provvedimento di autorizzazione all'espletamento della procedura negoziata senza bando (CIG B2BF37724B).
- Decreto Del Direttore Generale N. 5/D.G./1329 Del 17/10/2024 - Lavori di adeguamento finalizzati alla riorganizzazione del D.H. Oncologia ed Ematologia - Padiglioni 29 E 32 (Cup B12c24000430002) - Presa d'atto delle risultanze della procedura negoziata senza bando (Cig B2bf37724b) e autorizzazione alla stipula del contratto.

Obiettivo 4

N.	Obiettivo	Indicatore	Misurazione	Peso	% ragg.
4	Progetto BLS3 annesso alla Cell Factory (pad. 27)	Avvio dei lavori	Assunzione dei provvedimenti e/o atti conseguenti	10	100%

STATO AVANZAMENTO OBIETTIVO

I Lavori sono stati affidati con Decreto del DIRETTORE GENERALE N. 5/D.G./1577 del 06/12/2024.



PROVVEDIMENTI ADOTTATI

- Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./1049 del 02/08/2024 - Lavori di revisione ed adeguamento laboratori BSL 3 - Officina Farmaceutica Cell Factory presso il pad. 27 piano 3 della Fondazione IRCCS (CUP B13D23001060005) - Autorizzazione alla pubblicazione dell'indagine di mercato finalizzata all'individuazione degli operatori economici da invitare alla procedura di affidamento dell'appalto dei lavori.
- Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./1311 del 14/10/2024 - Presa d'atto indagine di mercato e autorizzazione all'espletamento della procedura negoziata senza bando (CIG B34B38D61A) - Lavori di revisione ed adeguamento laboratori BSL 3 - Officina Farmaceutica Cell Factory presso il pad. 27 piano 3 della Fondazione I.R.C.C.S. (CUP B13D23001060005).
- Decreto Del Direttore Generale N. 5/D.G./1577 Del 06/12/2024 - Presa D'atto delle risultanze della procedura negoziata senza bando (Cigb34b38d61a) - Lavori di revisione ed adeguamento Laboratori Bsl 3 – Officina Farmaceutica Cell Factory presso il Pad. 27 Piano 3 della Fondazione IRCCS. (Cup B13d23001060005) - e autorizzazione alla stipula del contratto – Balocchi Impianti S.R.L.

Obiettivo 5

N.	Obiettivo	Indicatore	Misurazione	Peso	% ragg.
5	Accreditamento d'eccellenza OECl Cancer Center	Avanzamento degli adempimenti relativi ai requisiti per l'accreditamento	Assunzione dei provvedimenti e/o atti conseguenti	5	100%

STATO AVANZAMENTO OBIETTIVO

Come illustrato nel Board di Governo del Cancer Center del 30/09/2024, la fase di autovalutazione (STEP 4: "self-assessment") terminerà il 01/10/2025 e la visita OECl è prevista a inizio 2026. L'adempimento agli item (YES/MOSTLY) previsti dal manuale per l'accreditamento è progressivamente migliorato dal 79% di inizio 2024 al 88% alla data odierna.



In particolare, relativamente ai 9 capitoli tematici valutati nel processo di accreditamento, si riportano di seguito le percentuali di ottemperanza agli standard richiesti (YES/MOSTLY): 64% governance, 83% organizzazione del sistema Qualità, 90% coinvolgimento ed empowerment del paziente, 89% multidisciplinarietà, 100% prevenzione e diagnosi precoce, 89% diagnosi, 95% trattamento, 81% ricerca, 84% istruzione e formazione.

Il processo di accreditamento è supportato dagli incontri periodici del Tavolo di Lavoro e rendicontato in occasione degli incontri trimestrali del Board di Governo.

PROVVEDIMENTI ADOTTATI

Stesura di PDTRA e di Istruzioni Operative, mappatura e formazione dei gruppi multidisciplinari, progettazione e implementazione del sistema Qualità mediante indicatori patologia-specifici, avvio dell'attività di coinvolgimento delle associazioni dei pazienti tramite Patient Advisory Board, collaborazione e integrazione con i servizi e le strutture del territorio, partecipazione attiva e reciproca alle attività legate all'Università.

Obiettivo 6

N.	Obiettivo	Indicatore	Misurazione	Peso	% ragg.
6	Pancreas Unit	Adempimenti DGR 1802 del 29/01/2024, DGR XI/6241 04/04/2022	Assunzione dei provvedimenti e/o atti conseguenti, relazione del Coordinatore relativa all'attività svolta	5	100%

STATO AVANZAMENTO OBIETTIVO

Le Pancreas Unit permetteranno al paziente di seguire un percorso diagnostico terapeutico-assistenziale predefinito e integrato, erogato da Centri con adeguate tecnologie, personale con specifiche competenze e con elevati volumi di trattamento.

La complessità della diagnosi e cura dei tumori pancreatici richiede competenze specifiche e servizi clinici non disponibili in tutti gli ospedali lombardi, da cui la necessità di costruire la rete regionale delle "Pancreas Unit" secondo il modello organizzativo Hub



e Spoke.

Anche la Fondazione IRCCS partecipa a tale rete ed è stata identificata quale Centro Hub per la diagnosi e cura dei tumori del pancreas dalla DG Welfare.

In data 19/04/2024 è stata istituita la Pancreas Unit aziendale e ne è stato nominato coordinatore responsabile il Dr. LC.

In data 21/10/2024 il coordinatore responsabile della Pancreas Unit e il Direttore Sanitario f.f., hanno partecipato all'incontro dei referenti regionali dei 14 Centri Hub dedicato alla presentazione del "PDTA-R prevenzione e gestione tumore del pancreas e della regione periampollare" (Decreto DG Welfare n. 11595 del 26/07/2024), predisposto dalla Commissione Tecnica Pancreas Unit della Rete Oncologica Lombarda (convocazione Prot G1.2024.0035615 del 20_09_2024).

In data 23/10/2024 si è svolto il primo incontro del gruppo di lavoro aziendale per la Pancreas Unit.

PROVVEDIMENTI ADOTTATI

- Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./482 del 19/04/2024 - Istituzione della Pancreas Unit aziendale e nomina del coordinatore responsabile.
- Decreto n. 11595 del 26/07/2024 - Rete regionale delle Pancreas Unit: approvazione del PDTA-R per la prevenzione e gestione del tumore del pancreas e della regione periampollare.
- Identificazione come Centro Hub della Rete regionale delle "Pancreas Unit" - Sub Allegato 4 della DGR n. XII/2966 del 05/08/2024 (aggiornamento della DGR n. XII/1802 del 29/01/2024).



Obiettivo 7

N.	Obiettivo	Indicatore	Misurazione	Peso	% ragg.
7	Volumi di attività clinica / contenimento tempi di attesa	Adempimenti DGR n. XII/2224 del 22/04/2024, DGR n. XII/1827 del 31 gennaio 2024 e circolare prot. G1.2024.0007972 del 6 marzo 2024 e prot. G1.2024.00009096 del 13 marzo 2024	Assunzione dei provvedimenti e/o atti conseguenti e invio rendicontazione richiesta da Regione Lombardia	10	100%

STATO AVANZAMENTO OBIETTIVO

In riferimento alla necessità di garantire l'erogazione delle prestazioni più critiche a livello aziendale e territoriale, in data 05/02/2024 è stata trasmessa alla Direzione Sanitaria relazione in merito alla richiesta di avvio dell'attività in abbattimento liste di attesa. In data 07/02/2024 è stato acquisito nulla osta del Direttore Sanitario.

Ricevuto nulla osta e condiviso lo stesso con le strutture in staff alla Direzione Strategica, in data 09/02/2024 è stata inviata comunicazione ai Direttori di tutte le unità operative dell'avvio del piano ALA (e-mail Prot. 0008533/24) per le prestazioni critiche previste dal PNGLA in seguito alla quale si è proceduto all'attivazione di agende ambulatoriali e sedute operatorie incentivate fuori orario di servizio.

In conseguenza alle successive indicazioni regionali pervenute, in accordo con ATS di Pavia, è stato elaborato un piano di erogazione delle prestazioni previste dal PNGLA e sono state di conseguenza implementate ulteriori agende per la prenotazione e sedute operatorie. Le prestazioni erogate sono identificate nei flussi regionali come da indicazioni.

Il monitoraggio degli obiettivi avviene attraverso il portale regionale Tableau e prevede i seguenti ambiti:

- Prenotazioni da canale esterno: obiettivo 60% - livello raggiunto 30,7%;
- Appuntamenti messi a disposizione dagli erogatori pubblici:
 - obiettivo aprile-dicembre 102.833 appuntamenti – % raggiungimento 95,2%;



- ambiti critici: mammografie, ecografie mammarie, esame audiometrico tonale, polipectomia, eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica o farmacologica, elettromiografia, fotografia del fundus. Si tratta almeno in parte di prestazioni riservate a percorsi interni di cura, prestazioni erogate contestualmente ad altre già prenotate oppure prestazioni erogate nell'ambito dello screening per le quali non è prevista la prenotazione in agenda, bensì la registrazione in fase di erogazione.
- Volumi erogati:
 - obiettivo complessivo aprile-dicembre 100.600 prestazioni - % raggiungimento 116,9%;
 - distribuzione raggiungimento nei tre raggruppamenti:
 - Altra diagnostica PNGLA 111,1%;
 - Prime visite 127%;
 - TAC/RM 129,5%.

PROVVEDIMENTI ADOTTATI

- Trasmissione relazione: "Provvedimenti in tema di abbattimento liste di attesa 2024 – Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia", inviata ad ATS Pavia in data 29/03/2024 (Prot. 0018447/24), in riscontro alla nota Prot. 16163/2024 del 19/03/2024: "Indicazioni operative a supporto della programmazione delle prestazioni ambulatoriali oggetto del PNGLA per l'anno 2024".
- DGR n. XII/2224 del 22/04/2024 - Ulteriori determinazioni in ordine al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale previste nel PNGLA e per i ricoveri.
- DGR n. XII/2756 del 15/07/2024 - Approvazione del Piano Operativo Regionale anno 2024 per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale previste nel PNGLA.



Obiettivo 8

N.	Obiettivo	Indicatore	Misurazione	Peso	% ragg.
8	Progetto di firma remota dei referti	Adempimenti DGR XII/379 del 29/05/2023 e circolare prot. G1.2024.00003246 nell'ambito dell'investimento M6C2 1.3.1 "Adozione ed utilizzo FSE da parte delle Regioni/Province Autonome"	Assunzione dei provvedimenti e/o atti conseguenti e invio rendicontazione richiesta da Regione Lombardia	5	100%

STATO AVANZAMENTO OBIETTIVO

L'attività propedeutica per l'attivazione della nuova modalità di firma è consistita nella distribuzione capillare del dispositivo di firma remota con conseguente attivazione per ogni utente sul portale di Aruba.

I dispositivi di firma, ad oggi, sono stati consegnati a tutto il personale medico radiologico, di laboratorio analisi, di pronto soccorso, di degenza e ambulatoriale, ostetrico e dietista. Il numero di utenti abilitati corrisponde a circa 1.100.

Parallelamente è stata coordinata l'attività di adeguamento applicativo con i vari fornitori dei software refertanti coinvolti nell'adeguamento tecnologico.

In Radiologia la firma remota è stata attivata a luglio 2023 in maniera massiva; per il LUV l'attivazione della firma remota è stata massiva ed è avvenuta agli inizi di febbraio 2024.

Per gli Ambulatori la firma remota è stata attivata a partire da febbraio 2024 utilizzando come ambulatorio pilota la dermatologia per poi diffonderlo gradualmente a tutti gli ambulatori di tutte le unità organizzative e terminare con lo switch definitivo a maggio 2024.

Nei reparti di degenza la firma remota delle lettere di dimissioni è stata attivata a fine agosto 2024 nel reparto pilota di Chirurgia Vascolare. Progressivamente si è proceduto ad attivare tutti i reparti di degenza con la frequenza di 3/4 reparti a settimana e si è raggiunta la totalità dei reparti nel mese di dicembre 2024.

Per quanto riguarda il Pronto Soccorso PS sono stati effettuati con il supporto di ARIA i



test di validazione del nuovo applicativo di firma dei verbali ed è stata programmata con il fornitore la fase di affiancamento agli utenti e l'avvio in produzione nei primi mesi del 2025.

Parallelamente al completamento delle attività di adeguamento è iniziata la fase di raccolta della documentazione necessaria alla rendicontazione richiesta da Regione.

PROVVEDIMENTI ADOTTATI

- Decreto n. 5/D.G./484 del 19/04/2024 relativo al recepimento del finanziamento regionale.

Obiettivo 9

N.	Obiettivo	Indicatore	Misurazione	Peso	% ragg.
9	Progetto Lean Management	Realizzazione di uno specifico percorso formativo e di tutoring a supporto dell'efficientamento organizzativo secondo le modalità del Lean Management	Assunzione dei provvedimenti e/o atti conseguenti ed erogazione corsi	10	100%

STATO AVANZAMENTO OBIETTIVO

La Direzione Strategica per il 2024 ha investito nella realizzazione di uno specifico percorso formativo e di tutoring a supporto dell'efficientamento organizzativo secondo le modalità del Lean Management all'interno della Fondazione IRCCS.

Il progetto ha avuto principale obiettivo quello di massimizzare il valore erogato verso paziente attraverso la valorizzazione dei professionisti che lavorano nel sistema sanitario e che devono assicurare ai cittadini il corretto equilibrio tra prestazioni tempestive e di qualità, razionalizzazione delle risorse, contenimento dei costi e progressiva ottimizzazione delle procedure.

È stato erogato il corso strutturato in due fasi:

- 6 e 7 maggio: 1° Fase - Modulo B.1 - Percorso formativo Lean Healthcare - Certificazione base. Rivolto al Gruppo allargato costituito da 27 dipendenti



affendenti a diverse unità operative della Fondazione di ambito sanitario, tecnico e amministrativo.

- Da maggio a ottobre (10 giornate): *2° Fase - Modulo B.2 Kaizen Event: Ottimizzazione del flusso dei Pazienti chirurgici di Ortopedia e Traumatologia* – rivolto al Gruppo ristretto progettuale costituito da 16 dipendenti afferenti a diverse unità operative coinvolte nel percorso. Al termine del percorso è stata presentata la progettualità al gruppo allargato e alla Direzione Strategica.

Nel mese di ottobre è stata effettuata una riunione operativa con declinazione e condivisione del piano operativo.

PROVVEDIMENTI ADOTTATI

- Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./271 del 08/03/2024 - Realizzazione di un percorso formativo e di tutoring secondo modalità Lean Management - Aggiudicazione (ID 179535951).

Obiettivo 10

N.	Obiettivo	Indicatore	Misurazione	Peso	% ragg.
10	Accreditamento e riclassificazione OBI	Riclassificazione dell'assetto organizzativo e funzionale delle attività OBI - come da DGR XII/787, circolare regionale G1.2024.0017499 e nota ATS prot. 50610/2024 del 24/06/2024	Assunzione dei provvedimenti e/o atti conseguenti, riclassificazione entro il 31/12/2024	5	100%

STATO AVANZAMENTO OBIETTIVO

In data 16/07/2024 è stata inviata all'ATS Pavia istanza di riclassificazione dei posti tecnici OBI delle diverse sedi di Pronto Soccorso della Fondazione ai sensi della DGR XII/787 del 31/07/2023.

In data 07/08/2024 si è svolto il sopralluogo da parte dei funzionari dell'ATS di Pavia per la verifica dei requisiti presso il Pronto Soccorso Generale, Pediatrico e Ostetrico-Ginecologico. Con Verbale di Sopralluogo n°56/2024/AA sono state richieste le dovute



integrazioni documentali, trasmesse in data 06/09/2024 Prot. 0047732/24.

In riscontro alla documentazione inviata, è stata trasmessa a DGW la presa d'atto dell'ATS di Pavia prot. n. 73613 del 09/10/2024, prot. DGW n. G1.2024.0038143, ad oggetto "Ente 'Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo' _Riconoscimento posti tecnici Osservazione Breve Intensiva (OBI)".

PROVVEDIMENTI ADOTTATI

- Protocollo 54313/2024 del 11/10/2024 - DGR N. XII/787/23 - RICONOSCIMENTO POSTI TECNICI OBI
- Nota DGW G1.2024.0038341 "Ente "Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo", viale Camillo Golgi n. 19, Pavia. Struttura di Ricovero e Cura IRCCS Policlinico 'San Matteo', viale Golgi n. 19, Pavia (PV). DGR n. XII/787/23 - riconoscimento posti tecnici OBI" nella quale si prende atto del riconoscimento dei posti tecnici di OBI nell'ambito della UO "Centro di EAS, in particolare:
 - 15 p.t. Osservazione Breve Intensiva (Generale);
 - 3 p.t. Osservazione Breve Intensiva Pediatrica;
 - 2 p.t. Osservazione Breve Intensiva Ostetrica.

Obiettivo 11

N.	Obiettivo	Indicatore	Misurazione	Peso	% ragg.
11	Attuazione dell'articolo 8 della convenzione quadro tra la Fondazione IRCCS e l'Università degli Studi di Pavia in materia di programmazione congiunta delle risorse umane	Confronto istituzionale finalizzato al rigoroso rispetto della procedura di programmazione	Evidenza delle risultanze del confronto in sede di Organo di Programmazione Congiunta (OPC)	10	100%

STATO AVANZAMENTO OBIETTIVO

L'Organo di Programmazione Congiunta (OPC) si è riunito nelle seguenti date:

- 16 gennaio 2024



- 19 giugno 2024
- 11 settembre 2024
- 8 ottobre 2024.

In tutte le sedute, l'OPC ha discusso in ordine al convenzionamento assistenziale dei docenti universitari in materie cliniche, analizzando le singole posizioni e programmando d'intesa la presa di servizio presso le strutture della Fondazione IRCCS.

Nel corso del 2024 hanno preso servizio 11 docenti universitari tra Ordinari, Associati, Ricercatori, per le seguenti Strutture di afferenza della Fondazione IRCCS:

- Gastroenterologia – Endoscopia Digestiva;
- Otorinolaringoiatria;
- Direzione Sanitaria Aziendale;
- Oncologia;
- Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza;
- Pneumologia;
- AR3 Anestesia e terapia intensiva postchirurgica;
- Chirurgia Generale 2;
- Pneumologia;
- Nefrologia e Dialisi Abilitazione al Trapianto;
- Oculistica.

È stata, altresì, concertata con l'Ateneo l'attribuzione della responsabilità di un programma ex articolo 5, comma 4, del d.lgs n. 517/1999 al Prof. CM, già Professore Ordinario convenzionato ai fini assistenziali in posizione apicale presso la SC Reumatologia.



Obiettivo 12

N.	Obiettivo	Indicatore	Misurazione	Peso	% ragg.
12	Trasparenza delle iniziative PNRR	Ricognizione e aggiornamento costante	Pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente"	10	100%

STATO AVANZAMENTO OBIETTIVO

Con Delibera di Giunta Regionale n. XI/6426 del 23/05/2022 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR - Missione 6 Component 1 e Component 2 e PNC – Approvazione del Piano Operativo Regionale (POR) e contestuale individuazione degli interventi, con ripartizione delle corrispondenti quote di finanziamento PNRR/PNC - Individuazione dei Soggetti Attuatori Esterni” è stato approvato in Lombardia il Piano Operativo Regionale (POR) che definisce puntualmente tutte le linee di investimento della Missione 6 Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Il POR è stato oggetto di ultima rimodulazione con delibera di Giunta Regionale n. XII/2990 del 09/09/2024 e contiene indicazioni su Target e scadenze da raggiungere.

La Fondazione IRCCS è stata riconosciuta come soggetto sub-attuatore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e a tal scopo ha attivato progetti finanziati in ambito della Missione 6 e per la Ricerca anche riguardanti le Missioni 1 e 4 oltre che il Piano Nazionale Complementare.

Sul sito della Fondazione IRCCS, alla pagina: <https://www.sanmatteo.org/site/home/il-san-matteo/progetti-pnrr.html>, è stata creata la sezione “Progetti PNRR”, al cui interno sono riportate le informazioni relative alle componenti:

- Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza territoriale;
- Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione);
- Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature).



Obiettivo 13

N.	Obiettivo	Indicatore	Misurazione	Peso	% ragg.
13	Campagna di misurazione del gas radon	Avvio della campagna secondo il D. Lgs. 101/2020, al fine di valutare nei luoghi seminterrati e/o sotterranei della Fondazione il livello di concentrazione del gas previsto per i lavoratori dalla norma vigente.	Assunzione dei provvedimenti e/o atti conseguenti	5	100%

STATO AVANZAMENTO OBIETTIVO

La Fondazione IRCCS ha avviato, entro il 31/12/2024, la campagna di misurazione dei livelli di contaminazione di gas radon negli ambienti della Fondazione rientranti nell'applicazione del Piano Nazionale Radon (PNR) e normativa correlata.

In particolare, sono stati identificati tutti i locali a rischio specifico in applicazione del PNR (validando le correlate tavole planimetriche dei vari padiglioni), sono stati acquistati i dosimetri necessari per svolgere le misure e infine sono stati posizionati i primi 50 dosimetri registrando tutti i dati identificativi del dosimento e del sito di applicazione col corredo di documentazione fotografica.

In applicazione del PNR, dopo il primo semestre di rilevazioni i dosimetri saranno sostituiti con altrettanti dispositivi al fine di conseguire l'attesa continuità di rilievi di gas areo-disperso sulle quattro stagioni di una annualità (a tal fine è stato anche acquisito un servizio di laboratorio accreditato ACCREDIA per la lettura e il conteggio delle tracce radioattive).

Il progetto e la campagna di misure sono supervisionati personalmente dai Direttori delle SS.CC. "Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale - Sicurezza" e "Fisica Sanitaria".

Il progetto e gli esiti andranno a completare il Documento di valutazione dei rischi aziendale a norma di legge e costituiranno oggetto di presentazione alla riunione annuale della sicurezza ex art. 35 del D.lgs. 81/08 s.m.i..



Si riporta di seguito una rappresentazione sintetica del raggiungimento degli obiettivi strategici e istituzionali della Fondazione IRCCS:

<i>OBIETTIVI STRATEGICI ISTITUZIONALI</i>	<i>DIMENSIONE DI ANALISI</i>	<i>% raggiungimento</i>
● Progetto BLS3 annesso alla Cell Factory (pad. 27) ● Pancreas Unit ● Volumi di attività clinica / contenimento tempi di attesa ● Trasparenza delle iniziative PNRR	EFFICACIA ESTERNA	100%
● Piano Organizzativo strategico (POAS) della Fondazione - aggiornamento ● Realizzazione di nuova Banca Occhi presso Pad. Reparti Speciali ● Spostamento DH Oncologico ● Accredimento d'eccellenza OECD Cancer Center ● Progetto di firma remota dei referti ● Progetto Lean Management ● Accredimento e riclassificazione OBI ● Attuazione dell'articolo 8 della convenzione quadro tra la Fondazione IRCCS e l'Università degli Studi di Pavia in materia di programmazione congiunta delle risorse umane ● Campagna di misurazione del gas radon	EFFICACIA ORGANIZZATIVA	100%



Dott. G. Calogero
Direttore SC Bilancio,
Programmazione
Finanziaria e
Contabilità

Equilibrio economico finanziario

Il bilancio d'esercizio 2024 espone un risultato in pareggio.

La tabella seguente espone il livello dei ricavi, relativo al sezionale assistenza, dell'anno 2024 rispetto al 2023.

	BES 2023	BES 2024	Differenza
DRG	166.044.584	175.942.695	9.898.111
Funzioni non tariffate	22.163.060	19.831.545	-2.331.515
Ambulatoriale	52.811.620	60.342.244	7.530.624
Screening	633.849	676.909	43.060
Entrate proprie	19.083.200	17.442.967	-1.640.233
Libera professione	7.869.313	9.160.157	1.290.844
File F	71.072.376	76.366.416	5.294.040
Utilizzi contributi esercizi precedenti	8.040.470	3.397.536	-4.642.934
Altri contributi da Regione	42.640.465	38.969.609	-3.670.856
Contributo PSSR	32.203.321	45.000.400	12.797.079
Altri contributi	4.099.774	7.396.801	3.297.027
Proventi finanziari e straordinari	2.491.669	5.446.168	2.954.499
Prestazioni sanitarie	12.631.538	12.869.775	238.237
Rettifiche altri contributi da Regione	0	5.361	5.361
Rettifiche altri contributi	667.480	4.033.070	3.365.590
Totale	441.117.759	468.804.791	27.687.032

I dati di produzione DRG 2024, pari a €176 milioni, coincidono con l'assegnazione ricevuta con decreto regionale. L'aumento registrato rispetto al 2023, pari a +€9,9 milioni, è riconducibile all'aumento dei ricoveri verso pazienti della regione per +€8,8 milioni, verso pazienti fuori regione e comunitari per +€789 migliaia, oltre che per le maggiorazioni tariffarie per +€255 migliaia. Il contratto definito con l'ATS di Pavia (€156.000.343 incluso fuori regione e stranieri) è stato oggetto di revisione nel mese di dicembre concordando un aumento €8,9 milioni. Rispetto a tale limite, si conferma un pieno raggiungimento a fine anno, raggiungendo un livello di produzione del 100,4%.



In termini numerici, nel 2024 si registra un aumento del numero dei ricoveri del +4,6% (+1.307 casi) rispetto al 2023.

I principali aumenti si registrano per Cardiologia (+299 ricoveri, +€2,7 milioni, di cui 1,31 Mil€ per aumento TAVI, aumento di impianti in elettrofisiologia per circa 650mila euro, aumento di procedure di emodinamica per circa 550mila€), Chirurgia vascolare (+129 ricoveri, +€794 migliaia, di cui 540mila€ per aumento di impianti endovascolari di graft nell'aorta addominale e nell'aorta toracica, e circa 260mila€ per interventi periferici), Oculistica (+278 ricoveri, +€599 migliaia), in cui la riapertura ha interessato un aumento delle procedure chirurgiche di DH, incremento di 300mila€ per interventi sulla retina e altri 300mila€ di interventi intra ed extraoculari, Pneumologia (+58 ricoveri, +€596 migliaia), dove si registra il recupero di un'attività precovid degli interventi endovascolari sull'arteria polmonare con un aumento di 240mila€, oltre ad un incremento dei volumi (polmoniti da PS) per riduzione della degenza media, Neurochirurgia (+141 ricoveri, +€588 migliaia, di cui circa 300mila€ per incremento della chirurgia del Parkinson e circa 200mila euro per aumento di craniotomie in particolare per MAV), Gastroenterologia (+161 ricoveri, +€ 556 migliaia, in relazione all'aumento delle procedure di Endoscopia operativa di mucosectomie endoscopiche e procedure sulle vie biliari), Urologia (+106 ricoveri, +€377 migliaia, per incremento delle procedure chirurgiche sul rene in Robotica).

Le funzioni non tariffate, pari a €19.831 migliaia sul BES 2024, registrano una riduzione di €2.331 migliaia rispetto al 2023. L'assegnazione include prevalentemente il riconoscimento per il funzionamento della rete di emergenza urgenza (pronto soccorso), la gestione dei PL per gli anziani in acuzie e la funzione di ricerca.

L'attività ambulatoriale, incluso screening, pari a €61.019 migliaia, coincide con l'assegnazione ricevuta con decreto regionale. L'aumento registrato rispetto al 2023, pari a +€7.574 migliaia, è riconducibile ad attività per lombardi per +€6.978, verso pazienti fuori regione e stranieri +€596 migliaia. Il contratto definito con l'ATS di Pavia (€ 60.000.074) è stato oggetto di revisione nel mese di dicembre concordando un aumento €10,879 milioni. Rispetto a tale limite, si conferma un pieno raggiungimento a fine anno, raggiungendo un livello di produzione del 101,7%.



In termini di produzione lorda si registra un aumento di 3.089.341€ +4,8% (nel 2023 ci si attestava al 114% del contratto), di cui il PS aumenta di 428.821€ +4,9%. Tali incrementi sono legati principalmente all'installazione delle nuove apparecchiature radiologiche, questo ha favorito l'aumento di esami nelle due radiologie per circa 1,12 milioni di euro circa, alla riapertura delle attività di oculistica, che ha permesso un recupero di 893mila€ di maggiori prestazioni (cataratte), all'Ematologia, dove si registra un incremento di 635mila€ guidato da un aumento di circa 1.700 chemioterapie. Infine in Radioterapia un forte incremento delle prestazioni IGRT portano ad un aumento di 580mila euro.

Le Entrate proprie sono pari ad €17.443 migliaia nel BES 2023, con una riduzione rispetto al 2023, pari a -€1.640 migliaia, è legata agli incassi "una tantum" dei rimborsi assicurativi che hanno caratterizzato il 2023 (+€604 migliaia) e alle tempistiche di fatturazione, nonché alla destinazione di tali proventi alla gestione patrimoniale, come previsto dallo Statuto della Fondazione (-€1.177 migliaia). Tali riduzioni sono in parte compensate da cessione di sangue ed emocomponenti (+€75 migliaia) e ticket su prestazioni di specialistica ambulatoriale (+€391 migliaia) per maggiore attività e per l'avvio dell'attività di sollecito tramite Agenzia delle Entrate Riscossione per ticket non pagati.

I ricavi per l'attività di libera professione, pari a €9.160 migliaia sul BES 2024, registrano un aumento di +1.291 migliaia rispetto al BES 2023. L'analisi delle voci che compongono il bilancio della libera professione evidenzia un aumento dell'attività di ricovero di +€128 migliaia, dell'attività ambulatoriale di +€317 migliaia e dell'attività di consulenza svolta fuori orario di servizio in regime di convenzione con altre aziende sanitarie di +€846 migliaia. Rispetto all'andamento dei ricavi, i costi risultano complessivamente coerenti, garantendo un margine positivo del bilancio della LP.

Le somministrazioni di farmaci in File F, pari a €76.366 migliaia sul BES 2024, hanno registrato un aumento di €5.294 migliaia. Rispetto alla produzione 2023, lo scostamento, collegato sia all'aumento dei pazienti trattati che a nuove indicazioni terapeutiche, è ascrivibile prevalentemente ad Oncologia (+€3.590 migliaia) ed Ematologia (+638 migliaia a fronte di riduzione di pazienti trattati, -77, per il forte impatto di farmaci per la terapia della LAM in vari setting e tipologie di pazienti) e a Terapie innovative con CART (Yescarta +€ 1.129 migliaia e Kymriah +€393 migliaia).



I consumi di File F includono anche quelli derivanti dai farmaci innovativi acquistati per le strutture private, pari a €2 milioni; tali acquisti sono stati effettuati in attuazione alle indicazioni regionali rese con nota G1.2019.0023431 del 20/06/2019.

La voce "Utilizzi contributi esercizi precedenti", è pari a €3.398 migliaia, e, per la quota di utilizzi regionali, riguarda prevalentemente l'utilizzo delle risorse finalizzate al reclutamento di personale gravante su beni e servizi in relazione al Piano Pandemico Influenzale. La voce include anche le risorse a gestione diretta, pari a €2.130 migliaia, riconducibili prevalentemente all'attività di sperimentazione farmaci finanziata con risorse incassate negli anni precedenti.

Utilizzo contributi vincolati di esercizi precedenti	Anno 2023	Anno 2024	Differenza
Da Regione	5.343	1.268	-4.075
Assunzioni Personale Dipendente PANFLU' (2021/2023)		1.216	1.216
Prestazioni irccs rese a pazienti in mobilità attiva l.178/2020 art.1 c.496		52	52
Terapia intensiva dl 34/2020	4.734		-4.734
Premi interinali somministrazione lavoro	43		-43
Recupero per liste d'attesa -dgr xi/6277/2022	566		-566
Da altri - pubblici	268	98	-169
Da altri - privati	2.430	2.031	-399
Totale	8.040	3.398	-4.643

I contributi regionali, al netto delle rettifiche, ammontano a €38.970 migliaia sul BES 2024 e subiscono una riduzione di -€3.671 migliaia, come indicato di seguito.

	Anno 2023	Anno 2024	Differenza
Rinnovi contrattuali	1.785	5.187	3.402
Storicizzazione costi anni precedenti	18.213	18.213	0
Terapie Intensive - Risorse Art 2 DL34/2020 (L. 77/2020)		4.734	4.734
Quote INAIL	62	34	-28
Acquisto vaccini Piano Naz Prev Vaccinale		10	10
Fondo per prestazioni di alta specialità degli IRCCS per pazienti extraregionali		897	897
Incremento tariffa oraria infermieri	132	563	431



Incremento tariffa oraria medici	331	878	547
Fondi contrattuali dirigenza medica	547	661	114
Stabilizzazione del personale del SSN	771	771	0
RAR (compreso oneri ed Irap)	1.739	1.740	1
Accantonamento franchigie/SIR	3.289	2.682	-607
Farmaci Rsv (Virus Respiratorio Sinciziale)		154	154
Ricoveri Cittadini Extracomunitari Coopint		2	2
Sorveglianza Delle Sindromi Respiratorie		137	137
Corsi AIDS	170	168	-2
Sorveglianza e profilassi malattie infettive		144	144
Fleet management	769	1.006	237
Progetto Ccm 2023 Infezioni Neonatali Gravi Da Enterovirus In Italia		497	497
PanFlu 2021-2023 – Personale	1.179		-1.179
Esacri	491	492	1
PanFlu 2021-2023 - Tamponi e prevenzione	53		-53
Recupero liste di attesa su B&S	305		-305
Spesa personale piano territoriale e ospedaliero	5.483		-5.483
Maggiori costi per le fonti energetiche	7.321		-7.321
Altri contributi da Regione	42.640	38.970	-3.670
Rettifiche per investimenti		-5	-5
Altri contributi da Regione al netto rettifiche	42.640	38.964	-3.676

Il contributo PSSR, pari a €45 milioni sul BES 2024, presenta un aumento di €13 milioni, legato alla dinamica dei costi per beni e servizi.

La voce “Altri contributi” (al lordo di rettifiche) per €7.397 migliaia accoglie i contributi assegnati nell’anno, relativi prevalentemente all’attività di sperimentazione clinica, anche no-profit (€4.014 migliaia), ai redditi da patrimonio (€2.042 migliaia), ai contributi AIFA (€118 migliaia), a royalties riguardanti il test sierologico LIAISON SARS-COV-2 S1/2 (€896 migliaia) e al contributo per Iperafflusso da ATS Pavia (€149 migliaia), tutti rilevati sulla base della necessaria documentazione giustificativa (atti ufficiali/ fatture emesse).

I proventi straordinari, pari ad €5.446 migliaia, include il contributo assegnato dal Ministero della Salute quale riparto delle risorse, ai sensi dell'articolo 18 comma 1 DL 16/10/2017 n.148, per le attività di trapianto allogenico (€ 3.749 migliaia), le risorse regionali assegnate per l’abbattimento delle liste di attesa per € 1.156 migliaia, la



fatturazione di prestazioni sanitarie relative all'anno precedente verso aziende intercompany per €11 migliaia e verso aziende private o pubbliche fuori regione per €38 migliaia oltre che i proventi straordinari per €314 migliaia, legati allo stralcio di partite debitorie pregresse approvato con decreto DG n. 220/2025, per il quale è stato acquisito parere positivo da parte del Collegio Sindacale.

Le prestazioni sanitarie, pari a €12.870 migliaia sul BES 2024, registrano un aumento di €238 migliaia, riconducibile all'aumento delle prestazioni in doppio canale (File F tip. 6) per +€133 migliaia, ai subacuti per +€72 migliaia, e alle cure palliative per +€37 migliaia.

	BES 2023	BES 2024	Differenza
Personale	173.801.339	173.867.618	66.279
IRAP personale dipendente	11.631.672	12.029.083	397.411
Libera professione	6.023.014	6.934.648	911.634
Beni e Servizi	221.356.492	239.908.220	18.551.728
Ammortamenti	6.586.824	6.088.136	-498.688
Altri costi	10.647.693	10.468.303	-179.390
Accantonamenti dell'esercizio	9.579.739	16.331.456	6.751.717
Oneri finanziari e straordinari	1.490.986	3.177.327	1.686.341
Totale	441.117.759	468.804.791	27.687.032

Il costo del personale (escluso IRAP), pari a €173.868 migliaia, risulta coerente con l'assegnazione delle risorse ricevuta con decreto regionale. La voce registra un sostanziale allineamento rispetto al 2023 (+€66 migliaia) riconducibile a:

- Budget "ordinario" (+€2.676 migliaia rispetto al BES 2023): la chiusura evidenzia un aumento del costo del personale del comparto di +€ 2.350 migliaia e sulla dirigenza sanitaria per +€400 migliaia. Infatti, nel corso del 2024 la Fondazione ha proceduto all'assunzione di personale del comparto autorizzato nel PTFP 2024 - 2026 e del personale medico nell'ambito del complessivo budget disponibile.
- Applicazioni "normative" (-€2.609 migliaia rispetto al BES 2023): tale riduzione deriva da



- Spesa emergente di +€3.100, che include gli effetti dei rinnovi del CCNL e le integrazioni dei fondi del personale, definita coerentemente alle indicazioni regionali.
- Disapplicazioni della normativa vigente, in particolare in riferimento ai contributi una tantum e alle disposizioni previste dall'articolo 3 della Legge n. 145 del 2023
- Modifiche alle assegnazioni effettuate da Regione Lombardia, a seguito di una rideterminazione delle risorse aggiuntive regionali (RAR).
- Variazione del fondo integrativo Perseo.

Di seguito si evidenzia il dettaglio di aumenti e riduzioni:

ASSISTENZA	BES 2023	BPE 2024	BES 2024	BES 2024 vs BPE 2024	BES 2024 vs BES 2023
Personale del Comparto	98.885.841	99.073.884	101.235.641	2.161.757	2.349.800
Dirigenti Sanità	54.687.970	54.802.360	55.098.459	296.099	410.489
Dirigenti PTA	1.462.368	1.489.866	1.377.888	-111.978	-84.480
Personale ex esacri	459.730	505.622	459.730	-45.892	0
Totale 1	155.495.909	155.871.732	158.171.718	2.299.986	2.675.809
<i>Ulteriori voci di spesa:</i>					
CCNL comparto	7.254.869	7.254.330	7.358.186	103.856	103.317
CCNL Dirigenza Sanità	1.391.049	1.391.049	4.338.899	2.947.850	2.947.850
CCNL Dirigenza PTA			60.838	60.838	60.838
Una Tantum comparto	1.249.969			0	-1.249.969
Una Tantum dirigenza Sanità	456.067			0	-456.067
Unatantum Dirigenza PTA	12.498			0	-12.498
Perseo Comparto	124.925	89.222	142.859	53.637	17.934
Perseo Dirigenza Sanità	65.639	72.937	84.686	11.749	19.047
Perseo Dirigenza PTA	5.235	5.356	5.047	-309	-188
RAR comparto	2.672.734		2.689.713	2.689.713	16.979
Rar Dirigenza Sanità	773.419		755.332	755.332	-18.087
RAR Dirigenza PTA	20.406		18.358	18.358	-2.048
Appl. Art. 3 L145/2023 Comparto	2.999.450		91.746	91.746	-2.907.704
Appl. Art. 3 L145/2023 Dirigen. Sanità	990.475		94.376	94.376	-896.099
Appl. Art. 3 L145/2023 Dirigenza PTA	27.174		0	0	-27.174
Indennità di Preavviso Comparto	65.902		55.860	55.860	-10.042
Indennità di Preavviso Dir. Sanità	195.619		0	0	-195.619
Totale 2	18.305.430	8.812.894	15.695.900	6.883.006	-2.609.530
TOTALE con Oneri no IRAP	173.801.339	164.684.626	173.867.618	9.182.992	66.279

L'aumento della spesa su assistenza per l'anno 2024 trova giustificazione principalmente nel reclutamento di personale aggiuntivo, come autorizzato dalla Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia con la nota protocollo n. G1.2024.0023933 del 19 giugno 2024. L'incremento è stato successivamente confermato dalla Delibera di Giunta Regionale (d.G.R.) n. XII/2702 dell'8 luglio 2024, che ha approvato il Piano dei Fabbisogni di Personale per il triennio 2024-2026 della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo.



In particolare, la suddetta delibera ha determinato un aumento della dotazione organica della Fondazione, con l'assunzione di 147 unità, suddivise in 35 Dirigenti e 112 unità per il personale del Comparto Le assunzioni, finalizzate a garantire il corretto funzionamento di settori strategici e di primaria importanza per la Fondazione, sono state autorizzate in conformità con il Piano di fabbisogno del personale e le necessità organizzative della Fondazione IRCCS.

La voce "beni e servizi", pari a €239.908 migliaia sul BES 2024, subisce un aumento di +€18.552 migliaia rispetto al BES 2023 che, al netto dei costi finanziati da specifici contributi non previsti in BPE, equivale ad un aumento di €18.794 migliaia. La voce, al netto dei costi finanziati da contributi di terzi, presenta quindi il seguente andamento.

	BES 2023	BES 2024	Differenza
Beni sanitari (BS)	23.227	25.671	2.444
Dispositivi medici (DM)	49.794	53.894	4.100
Altri beni e servizi (ABS)	57.938	64.139	6.202
Collaborazioni, comandi, interinali (COLL)	4.016	4.603	587
Subtotale beni e servizi	134.975	148.307	13.332
File F e doppio canale	80.281	85.748	5.467
Assicurazione	3.271	3.271	0
Beni e servizi	218.527	237.326	18.799

Il dettaglio della voce "beni e servizi" vede quanto segue.

- Beni sanitari (€25.671 migliaia): nell'esercizio 2024 si è registrato un aumento dei beni sanitari di +€2.444 migliaia, legato all'incremento dell'attività di ricovero ed ambulatoriale. I farmaci ospedalieri aumentano di €1.690 migliaia, gli Emoderivati +€473 migliaia, gli altri beni sanitari +€213 migliaia, Sangue ed emocomponenti +€69 migliaia. In particolare per i farmaci hanno inciso, oltre all'aumento di attività, anche particolari casistiche di ricoveri che hanno comportato aumento di circa +€300 migliaia per Immunoglobuline in pazienti ricoverati/off-label, di circa +€250 migliaia per utilizzo di Defitelio (defibrotide) nel trattamento della malattia veno-occlusiva epatica grave (VOD) nel trapianto di cellule staminali emopoietiche (TCSE), di circa +€110 migliaia per utilizzo di Beyfortus per immunizzazione ANTI-RSV nei neonati, come da disposizioni di Regione Lombardia;



● Dispositivi medici (€53.894 migliaia), registrano un aumento di +€4.100 migliaia rispetto al BES 2023, riconducibile sia ad aumento attività di ricovero sia all'incidenza crescente di materiali ad alto costo. Gli aumenti legati all'aumento di attività di ricovero riguardano in particolare la Cardiologia (con l'aumento di 299 ricoveri sul 2023 e riduzione della degenza media), Chirurgia Vascolare (+ 20% dei volumi attività), chirurgia oculistica e Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva. L'incidenza dei materiali ad alto costo è imputabile al forte aumento degli impianti TAVI (valvola aortica transcatetere) in cardiologia per circa +€1.000 migliaia, protesi in chirurgia vascolare per circa +€300 migliaia, aumento del trattamento degli aneurismi toracici e addominali che per l'introduzione di un intervento simultaneo di aneurisma toraco-addominale con protesi ad alto costo unitario. Il conseguente aumento dei consumi è stato registrato sui dispositivi per apparato cardiocircolatorio (cnd. C) per +€1.302 migliaia (mitraclip in cardiologia interventistica e neuroradiologia), i dispositivi "tipo 2 kit" per +€2.303 migliaia, le endoprotesi (cnd J) per +€1.025 migliaia (prevalentemente DM per la deep brain stimulation). Si evidenziano invece riduzioni sullo strumentario chirurgico (cnd K,L) per -€402 migliaia e sui dispositivi di protezione (cnd T) per -€478 migliaia.

● Altri beni e servizi (€64.139 migliaia): la voce registra un aumento di spesa di +€6.202 rispetto all'anno precedente. Gli aumenti rispetto al BES 2023, sono equamente distribuiti fra noleggi, manutenzioni, servizi non sanitari e sanitari.

Fra i costi per manutenzioni i principali aumenti sono riferiti a manutenzioni di attrezzature sanitarie (+€923 migliaia), per attivazione di contratti per nuove attrezzature (Tac e angiografo, robot Versius) e adeguamento canoni global service al parco macchine, e a manutenzioni di natura informatica (+€604 migliaia) per scadenza del periodo di garanzia di applicativi importanti (Dedalus e terapia informatizzata Deenova), adeguamenti di applicativi dovuti a iniziative regionali e/o nazionali, anche per necessità legate alla rendicontazione PNNR (solo in parte coperte da contributi), ad aggiornamenti su centrale telefonica e nuovo sistema di gestione studi multidisciplinari, nonché ai costi crescenti del Fleet management per pro-cesso di rinnovamento delle postazioni di lavoro (pc).

Gli aumenti di costo per Noleggi (per complessivi € 1.510, di cui 1.313 sanitari), è legato in prevalenza al noleggio TAC mobile per PS (€139 migliaia), di 4 termocircolatori



Spectrum (€283 migliaia), di sistemi diagnostici per la determinazione di anticorpi delle diverse classi immunoglobuliniche specifiche (+€113 migliaia), al noleggio di un sistema per chirurgia robotica laparoscopica (+€366 migliaia), del sistema robotico Versius per trasferimento da ASST Santi Paolo e Carlo (+€95 migliaia), all'adesione accordo quadro Consip per angiografi fissi - lotto 2 - angiografi cardiologici (+€35 migliaia), nonché alla fornitura, in leasing operativo, di n.4 ambulanze + n.1 di back-up partita a novembre 2023 (+€ 83 migliaia).

L'aumento di costi per servizi non sanitari, per complessivi € 1.564 migliaia, è legato al servizio di ristorazione degenti e dipendenti per complessivi €657 migliaia (per attivazione della nuova gara e aumento occupazione posti letto), costi per pulizie per ampliamento o riqualifica metrature servite (+€ 221 migliaia), riscaldamento (€245 migliaia), aumento costo vigilanza antincendio (circa €300 migliaia) e all'avvio del servizio di conduzione della centrale termica necessaria per sopperire alle carenze di professionalità interne (+€474 migliaia).

L'aumento per Servizi sanitari, per complessivi €1.202 migliaia, è legato a prestazioni di genetica molecolare e citogenetica e altre consulenze richieste a IRCCS Mondino e a prestazioni di sorveglianza sanitaria.

- Collaborazioni (€4.603 migliaia): la voce espone un aumento di +€587 migliaia rispetto al BES 2023, riconducibile in prevalenza alle consulenze sanitarie (+€1.222) parzialmente compensato da riduzione di collaborazioni coordinate e continuative (-€382 migliaia), personale interinale sanitario (-€125 migliaia) e personale religioso (-€114 migliaia).
- File F e doppio canale (€85.748 migliaia): registra un aumento di +€5.647 migliaia rispetto al BES 2023, riconducibile per +€5.333 mila al file F "tradizionale" e per +€134 mila ai farmaci in doppio canale (tip. 6).
- Assicurazione (€3.271 migliaia): la voce, relativa al premio assicurativo, non registra variazioni.

La voce "Ammortamenti", pari a €6.088 migliaia sul BES 2024, risulta in riduzione di -€499 migliaia rispetto al BES 2023 ed è legato al termine della vita utile di alcuni cespiti



non sterilizzati. Gli ammortamenti sono coerenti con i dati emergenti dal registro dei beni ammortizzabili.

La voce “Altri costi”, pari a €10.468 migliaia, risulta in riduzione di -€179 migliaia rispetto al BES 2023, per minori costi per indennità, rimborso spese e oneri sociali per direttore sanitario e riduzione delle imposte Ires a fronte dei minori incassi rispetto al 2023, anno in cui sono stati saldati gli arretrati dei canoni per i distributori automatici alimenti e bevande.

Gli accantonamenti di periodo, pari a €16.331 migliaia, includono l'accantonamento per franchigia assicurativa per €2.682 migliaia, l'accantonamento a quote inutilizzate di contributo per €7.124 migliaia, l'accantonamento ai sensi del decreto Balduzzi per €421 migliaia e perequativa per €638 migliaia, rinnovi contrattuali per €5.187 migliaia e funzioni tecniche per €279 migliaia.

Gli oneri finanziari e straordinari, pari a €3.177 migliaia sul BES 2024, sono riconducibili agli interessi passivi su mutui per €716 migliaia, oneri tributari da esercizi precedenti per €3 migliaia ed a sopravvenienze passive per €2.459 migliaia. In particolare, le sopravvenienze passive includono gli arretrati contrattuali al personale universitario (c.d. De Maria) per €813 migliaia, la fatturazione di prestazioni sanitarie diverse dal Mondino per €553 migliaia, la fatturazione di trasporti sanitari per €46 migliaia, di arretrati di prestazioni sanitarie da privati e da aziende fuori Regione, adeguamento canoni manutenzioni attrezzature sanitarie global service relativi ad anni precedenti, noleggio attrezzature sanitarie.

Sezionale ricerca

Il bilancio del sezionale della ricerca espone un risultato in pareggio. La tabella seguente presenta il livello dei ricavi dell'anno 2024 rispetto al 2023.

		BES 2023	BES 2024	Differenza
AOIR10	Utilizzi contributi esercizi precedenti	14.541.133	13.685.705	-855.428
AOIR12	Altri contributi	25.707.947	33.404.366	7.696.419
AOIR13	Proventi finanziari e straordinari	0	0	0
	Totale	40.249.080	47.090.071	6.840.991



La voce “Utilizzi contributi esercizi precedenti”, utilizzata per permettere la correlazione del ricavo nel momento in cui si rileva il costo per competenza economica, ammonta a €13,6 milioni, risultando in modesta diminuzione rispetto all’anno precedente coerentemente alla prosecuzione dei progetti in essere.

La voce “altri contributi” ammonta ad €33.404 migliaia sul BES 2024, riconducibile alle assegnazioni di ricerca, risulta in aumento con l’anno precedente. La voce include sia l’assegnazione di ricerca corrente per circa €3,9 milioni (-€842 mila rispetto al 2023), sia le assegnazioni dei contributi di ricerca finalizzata per €29,9 milioni. Tra questi si segnala:

- i contributi assegnati dal Ministero della Salute per €15,5 milioni, che includono il contributo “BIBLIOSAN” (€7,5 milioni) necessario al funzionamento del sistema in rete delle biblioteche degli enti di ricerca biomedici italiani voluto dal Ministero della Salute, che dispone di oltre 6.000 riviste scientifiche on-line, per il quale la Fondazione è IRCCS coordinatore, e a contributi di ricerca finalizzata finanziati con fondi PNRR o PNC, relativi ai progetti “TREATMENT OF ISCHEMIC CARDIOMYOPATHY WITH NOVEL ANTI-REMODELING PROTEINS AND CLINICAL GRADE EXOSOMES DERIVED FROM AMNIOTIC MESENCHYMAL STROMAL CELLS” (Prof. Gneccchi) per €1.000.000, al progetto “PRE-CLINICAL DEVELOPMENT AND PATENTING OF A CELLULAR PRODUCT BASED ON LEUKEMIA MULTIAANTIGEN-SPECIFIC T CELLS TO FORM A REPOSITORY OF THIRD-PARTY ALLOGENEIC ADVANCED THERAPY MEDICINAL PRODUCTS FOR FUTURE USE IN THE PREVENTION OF ACUTE MYELOID LEUKEMIA RELAPSE AFTER ALLOGENEIC STEM CELL TRANSPLANTATION” (Prof. Comoli) per €1.000.000 e al progetto “QUALITY MATTERS FOR PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME: DESIGN OF A NOVEL CLINICAL AUDIT FEEDBACK INITIATIVE TO PROMOTE EQUITY, TRANSPARENCY, AND TIMELY DELIVERY OF HIGH-QUALITY CARE” (Prof. Leonardi) per €934.300. Tra i contributi ministeriali è stato registrato il finanziamento per la Piramide della Ricerca, pari a €4,3 milioni.

Tra gli altri contributi, sono presenti assegnazioni da altri enti pubblici per €11.594 migliaia, di cui €2 milioni legati al BIBLIOSAN (assegnati da INAIL, AIFA, ISS, IZS) ed €9.560 migliaia legati a progetti di ricerca finalizzata; tra questi, si evidenzia un finanziamento assegnato dalla Commissione Europea per lo svolgimento del progetto di ricerca dal titolo “COUNTER-ACTING THE PANDEMIC POTENTIAL OF FLAVIVIRUSES:



ADDRESSING VIRUS-HOST INTERACTIONS AND DEFENSE STRATEGIES TO DESIGN NEW THERAPEUTICS AGAINST WNV AND DENV” (Prof. Baldanti) per €7.995.923 ed il contributo 5x1000 per €0,4 milioni.

Infine, nel 2024 sono stati ricevuti contributi da soggetti privati per €2.630 migliaia, che includono donazioni da vari soggetti per € 54.322.

	BES 2023	BES 2024	Differenza
Personale	5.182.459	5.975.770	793.311
IRAP personale dipendente	346.376	407.536	61.160
Beni e Servizi	15.155.638	16.714.518	1.558.880
Altri costi	317.559	958.229	640.670
Accantonamenti dell'esercizio	19.219.460	23.197.201	3.977.741
Oneri finanziari e straordinari	27.588	10.093	-17.495
Totale	40.249.080	47.263.347	7.014.267

Le voci legate al costo del personale (oltre IRAP), pari a €5.975 migliaia, subiscono un aumento di +€793 migliaia rispetto al BPE 2023. La voce include costi per personale dipendente a tempo indeterminato per €1.265 migliaia e costi per personale a tempo determinato (c.d. Piramide) per €4.710 migliaia.

In merito alla “Piramide della ricerca”, prevista dalla Legge n. 205 del 27/12/2017 (art.1, commi dal 423 al 434), già nel 2020 la Fondazione ha espletato la procedura speciale di reclutamento del personale della ricerca, arruolando 88 unità di personale a tempo determinato nella qualifica di ricercatore sanitario (48 unità) e di collaboratore professionale di ricerca sanitaria (40 unità). Successivamente, la Fondazione ha proseguito l'arruolamento del personale in coerenza al proprio PTFP e, al 31/12/2024, risultano presenti complessivamente 109 unità di personale, di cui 58 ricercatori sanitari e 51 collaboratori professionali di ricerca sanitaria.

La voce “beni e servizi”, pari a €16.714 migliaia, risulta in aumento rispetto al BES 2023, registrando un incremento di costi per €1.558 migliaia.

La voce “Altri costi”, pari a €958 migliaia, registra un aumento di +€640 mila rispetto al BES 2023, riconducibile essenzialmente agli oneri sociali.



Gli accantonamenti dell'esercizio, pari a €23.197 migliaia, sono stati appostati al fine di correlare, per competenza economica, i costi che si manifesteranno nei futuri esercizi con i relativi contributi assegnati nell'anno corrente. Tali accantonamenti solo riconducibili a:

- accantonamento per contributi assegnati dal Ministero per €8.964 migliaia;
- accantonamento per contributi assegnati da enti pubblici è €11.579 migliaia;
- accantonamento per contributi assegnati da Regione pari per €90.000;
- accantonamento per contributi e donazioni effettuati da privati per €2.564 migliaia.

Gli oneri finanziari e straordinari, pari a €10 migliaia, sono riconducibili alle perdite su cambi, a fronte dei pagamenti in valuta effettuati nell'esercizio.

Sezionale 118 Emergenza Urgenza

La tabella seguente espone il livello dei ricavi e dei costi relativo al sezionale 118 dell'anno 2024 rispetto al 2023.

	BES 2023	BES 2024	Differenza
Altri contributi	4.779.771	4.815.812	36.041
Proventi finanziari e straordinari	79.115	168.210	89.095
Rettifiche altri contributi da Regione	0	304	304
Totale Ricavi	4.858.886	4.983.718	124.832
Personale	2.826.114	2.954.557	128.443
IRAP personale dipendente	189.160	212.671	23.511
Beni e Servizi	403.279	349.505	-53.774
Altri costi	1.440.333	1.466.985	26.652
Oneri finanziari e straordinari	0	0	0
Totale Costi	4.858.886	4.983.718	124.832

Il bilancio del sezionale 118 evidenzia un aumento del contributo assegnato paria a +€36 migliaia, collegato all'aumento di costi del personale per +€179 migliaia (considerando complessivamente Personale, IRAP e Altri costi, in cui dal 2023 si rileva il costo per turni fuori orario di servizio sui mezzi di soccorso – “Sistema Premiante”), parzialmente



compensato dalla riduzione di costi per beni e servizi (-€54 migliaia) e dall'aumento del saldo positivo della gestione straordinaria (+€89 migliaia). In particolare:

- costi del personale (escluso IRAP): la voce, pari a €2.955 migliaia sul BES 2024, registra uno scostamento di +€128 migliaia, legato a incremento del personale del comparto, maggior uso dei fondi contrattuali e applicazione CCNL Dirigenza;
- beni e servizi: la voce, pari a €349 migliaia sul BES 2024, in riduzione rispetto al costo 2023 (-€54 migliaia), legato alla riduzione di costi per servizi sanitari (-€41 per consulenze sanitarie e servizi da personale universitario), formazione non externalizzata da privato (-€19 migliaia) e altri servizi non sanitari (-€3 migliaia) e noleggi (-€3 migliaia) parzialmente compensata da aumento di costi di beni (+€6), manutenzioni (+€5 migliaia)
- altri costi: la voce, pari a €1.363 migliaia (in aumento di €26 migliaia rispetto al 2023), comprende il costo per turni fuori orario di servizio sui mezzi di soccorso – “Sistema Premiante” e relativa IRAP;

Per quanto riguarda le sopravvenienze attive e passive: le sopravvenienze attive sono pari a € 168 migliaia, in aumento per € 89 migliaia, rispetto al BES 2023, sono relative alla chiusura di fatture da ricevere per trasporti sanitari, a fronte delle verifiche congiunte effettuate con AREU e le croci stesse.

La gestione finanziaria

La gestione finanziaria dell'anno 2024 è caratterizzata da una riduzione della liquidità di €27,655 milioni, dopo aver rimborsato mutui passivi per €4,8 milioni ed aver effettuato investimenti per €18 milioni.

La variazione rilevata nelle disponibilità liquide è legata prevalentemente alla erogazione degli acconti ricevuti per cassa da ATS di Pavia sulla produzione sanitaria, che non è risultata coerente con la rimodulazione del contratto che è avvenuta a fine anno.

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



Indicatore – ITP	
Anno 2014	27,26
Anno 2015	17,65
Anno 2016	8,18
Anno 2017	14,48
Anno 2018	-5,38
Anno 2019	-7,31
Anno 2020	-13,28
Anno 2021	-16
Anno 2022	-16,06
Anno 2023	-30,32
I Trimestre 2024	-38,16
II Trimestre 2024	-36,04
III Trimestre 2024	-36,42
IV Trimestre 2024	-36,33
Totale anno 2024	-36,8

Le rilevazioni dell'indicatore presentano un trend favorevole, conseguendo per tutti i trimestri un valore di segno negativo. Il miglioramento registrato si è confermato fino ad oggi, registrando un ITP in costante miglioramento.

In merito allo stock di debito commerciale, nel 2024 si sono registrati pagamenti commerciali per €222 milioni, rilevando un aumento del 3% (+€6,7 milioni) rispetto all'anno 2023. I tempi di pagamento dei singoli trimestri hanno registrato un trend sempre favorevole, in virtù di un'attività di monitoraggio delle fatture ricevute di competenza dell'anno.

L'efficacia delle azioni poste in essere sta permettendo di raggiungere buone performance anche nell'anno 2025, sia in termini di stock del debito pagato che di tempestività dei pagamenti. Infatti, al 31 marzo 2025 sono stati effettuati pagamenti per un valore di €68,1 milioni, in aumento rispetto al primo trimestre 2024, confermando sempre il segno negativo nei tempi di pagamento, che raggiungono i -32 giorni.

Considerato il tendenziale miglioramento dell'ITP negli ultimi anni, la Direzione Strategica della Fondazione conferma l'impegno ad un'ulteriore riduzione dei giorni



medi di pagamento delle fatture per il 2025, monitorando costantemente la situazione finanziaria dell'Ente.

In relazione ai debiti riferiti ad annualità pregresse, la Fondazione ha avviato un'importante attività di ricognizione dei debiti verso fornitori che vede coinvolte l'Ufficio liquidazione, le Strutture acquirenti e la Struttura del Bilancio. Tale ricognizione è finalizzata ad identificare le fatture liquidabili e pagabili relative ad annualità pregresse nonché le fatture non esigibili, procedendo all'eventuale stralcio, così come avvenuto negli ultimi anni, previo parere del Collegio Sindacale.

In ossequio all'art. 41 c. 1 del DL n. 66 del 24/04/2014, di seguito viene data informazione anche dei pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nell'anno, inclusi quelli effettuati dopo la scadenza dei termini previsti dal decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231.

	anno di emissione delle fatture						
	anno n	n-1	n-2	n-3	n-4 e prec.	Totale	oltre i termini
Pagamenti 2024	198.958.781	22.638.429	168.584	49.929	202.426	222.018.149	10.498.294
Pagamenti 2023	185.891.204	28.505.608	428.551	210.776	226.852	215.262.990	9.753.038
Pagamenti 2022	172.487.974	30.654.132	1.584.316	272.084	722.255	205.720.761	18.726.651
Pagamenti 2021	152.904.676	25.785.380	432.412	301.384	297.380	179.721.232	19.117.653
Pagamenti 2020	143.940.411	23.904.906	382.183	283.293	329.021	168.839.813	23.591.066
Pagamenti 2019	159.364.611	34.191.990	2.851.571	387.051	2.064.265	198.859.488	25.787.092
Pagamenti 2018	131.189.514	35.460.168	1.179.454	945.196		168.774.332	11.070.443

Il Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio

A conclusione del capitolo della Relazione sulla Performance 2024 dedicato al tema dell'equilibrio economico-finanziario, si riporta di seguito il Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale della Fondazione (come previsto dall'art. 29, co. 2, del Decreto Legislativo n. 33/2013).



FONDAZIONI IRCCS - INDICATORI DI BILANCIO Consuntivo 2024

924

FONDAZIONE POLICLINICO S. MATTEO - PV

		Valore netto al 31/12/2023	Valore netto al 31/12/2024	Valore netto al 31/12/2023	Valore netto al 31/12/2024
<u>Indicatori economici-gestionali</u>					
Indicatore 1:	Costi del personale	176.004.022	175.670.746	43,38%	42,40%
	Ricavi della gestione caratteristica	405.755.289	414.319.792		
Indicatore 2:	Costi per beni e servizi	241.115.528	254.717.455	59,42%	61,48%
	Ricavi della gestione caratteristica	405.755.289	414.319.792		
Sottoindicatore 2.1:	Acquisti di beni sanitari	159.100.875	165.079.195	39,21%	39,84%
	Ricavi della gestione caratteristica	405.755.289	414.319.792		
Sottoindicatore 2.1.1:	Farmaci ed emoderivati	99.203.049	100.552.180	24,45%	24,27%
	Ricavi della gestione caratteristica	405.755.289	414.319.792		
Sottoindicatore 2.1.2:	Materiali diagnostici	14.843.546	15.221.591	3,66%	3,67%
	Ricavi della gestione caratteristica	405.755.289	414.319.792		
Sottoindicatore 2.1.3:	Presidi chirurgici e materiali sanitari	7.565.679	9.183.591	1,86%	2,22%
	Ricavi della gestione caratteristica	405.755.289	414.319.792		
Sottoindicatore 2.1.4:	Materiali protesici	11.221.306	12.484.543	2,77%	3,01%
	Ricavi della gestione caratteristica	405.755.289	414.319.792		
Sottoindicatore 2.2:	Acquisti di beni non sanitari	1.869.256	1.924.828	0,46%	0,46%
	Ricavi della gestione caratteristica	405.755.289	414.319.792		



Sottoindicatore 2.3:	Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	8.071.548	8.854.234	1,99%	2,14%
	Ricavi della gestione caratteristica	405.755.289	414.319.792		
Sottoindicatore 2.4:	Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	3.571.727	4.753.314	0,88%	1,15%
	Ricavi della gestione caratteristica	405.755.289	414.319.792		
Sottoindicatore 2.5:	Servizi non sanitari	35.873.664	37.421.272	8,84%	9,03%
	Ricavi della gestione caratteristica	405.755.289	414.319.792		
<u>Sottoindicatore 2.6:</u>	Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	981.054	861.972	0,24%	0,21%
	Ricavi della gestione caratteristica	405.755.289	414.319.792		
<u>Sottoindicatore 2.7:</u>	Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	14.510.158	16.285.561	3,58%	3,93%
	Ricavi della gestione caratteristica	405.755.289	414.319.792		
<u>Sottoindicatore 2.8:</u>	Godimento di beni di terzi	4.653.830	6.202.859	1,15%	1,50%
	Ricavi della gestione caratteristica	405.755.289	414.319.792		
Indicatore 3:	Costi caratteristici	451.837.307	477.385.998	111,36%	115,22%
	Ricavi della gestione caratteristica	405.755.289	414.319.792		
Indicatore 4:	Costi caratteristici	451.837.307	477.385.998	104,33%	102,57%
	Totale costi al netto amm.ti sterilizzati	433.077.289	465.407.255		

Note:

(1) Costi del personale: personale strutturato (mod A) e costo dei contratti atipici (righe di bilancio: prestazioni lavoro interinale, collaborazioni coordinate e continuative).

(2) Ricavi della gestione caratteristica: valore della produzione al netto dei costi capitalizzati e dell'eventuale contributo PSSR.

(3) Costi per beni e servizi: somma delle seguenti categorie: acquisti di beni, acquisti di servizi, manutenzione e riparazioni, godimento di beni di terzi, oneri diversi di gestione.

(4) Costi caratteristici: comprende i Costi della produzione, oneri finanziari e imposte e tasse.

(5) Totale costi al netto amm.ti sterilizzati: totale complessivo dei costi al netto dei costi capitalizzati.



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia



Dott.ssa A. Muzzi
Direttore SC Direzione
Medica di Presidio

Andamento dell'attività sanitaria

Come per tutti gli Enti sanitari, anche per la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo l'attività sanitaria ha risentito per il biennio 2020-2021 della gestione pandemica da coronavirus SARS-CoV-2.

Già nel 2022, seppur ancora in sofferenza per la prima parte dell'anno, a causa degli strascichi gestionali generatisi a seguito della pandemia da Covid-19, l'attività sanitaria ha mostrato una ripresa in termini di volumi di prestazioni erogate.

Nonostante le difficoltà per la gestione in piena pandemia e nell'immediato post-pandemico, la Fondazione ha sempre risposto in modo positivo alle indicazioni regionali sul recupero prestazionale e funzionalmente alle esigenze operative che via via si presentavano, per fornire una risposta il più possibile adeguata ai fabbisogni dei pazienti e dell'utenza.

Con l'anno 2023, i progressi evidenziati l'anno precedente hanno proseguito nella loro progressiva crescita, con un'attività sanitaria complessiva in risalita verso numeri e volumi pre-pandemici.

Questa tendenza è stata confermata nel 2024, annualità nella quale si registra un sostanziale incremento di attività sanitaria rispetto all'anno precedente.

L'andamento dell'attività sanitaria svolta all'interno della Fondazione nel 2024 è apprezzabile dai dati e dai grafici sotto riportati relativi ad alcuni indicatori di attività riferiti agli ultimi anni.

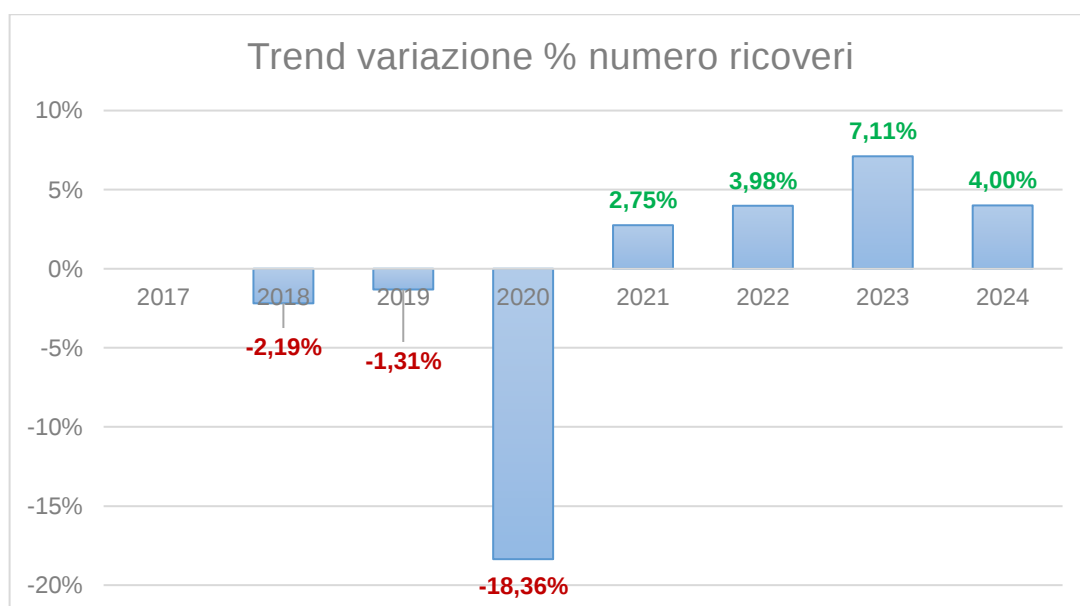
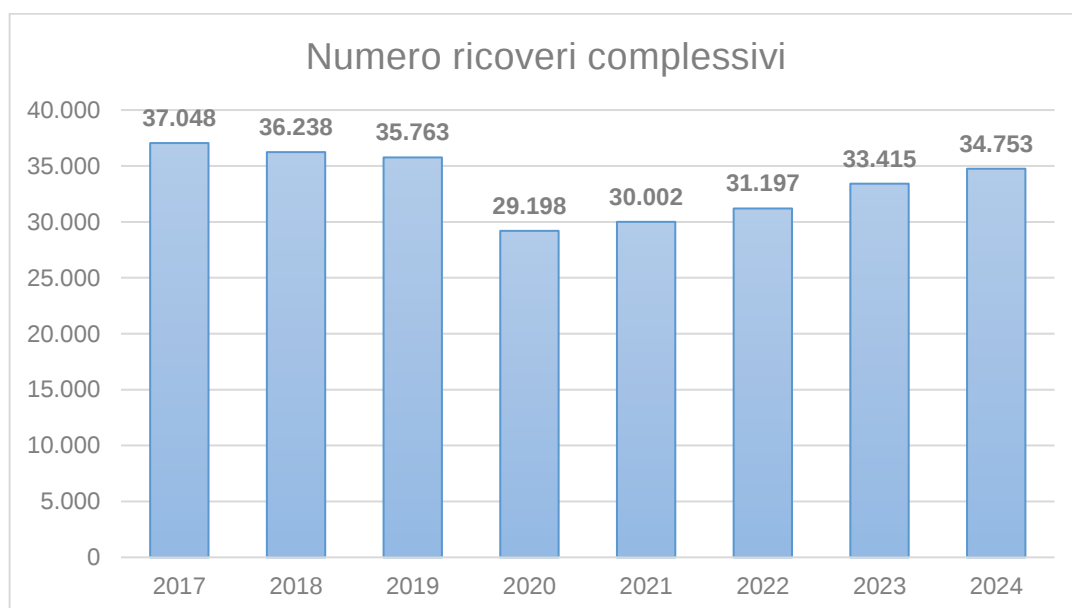
Attività di ricovero

L'attività di ricovero valutata sul periodo 2017-2024 sconta, com'era prevedibile, l'impatto della pandemia da Covid-19, presentando dati al ribasso nell'ultimo quadriennio rispetto agli anni precedenti, anche se in progressiva ripresa: vedi 2021vs2020, 2022vs2021 e soprattutto 2023vs2022. Il confronto 2024-2023 prosegue il trend incrementale anche se in modo meno marcato rispetto al balzo del 2023.

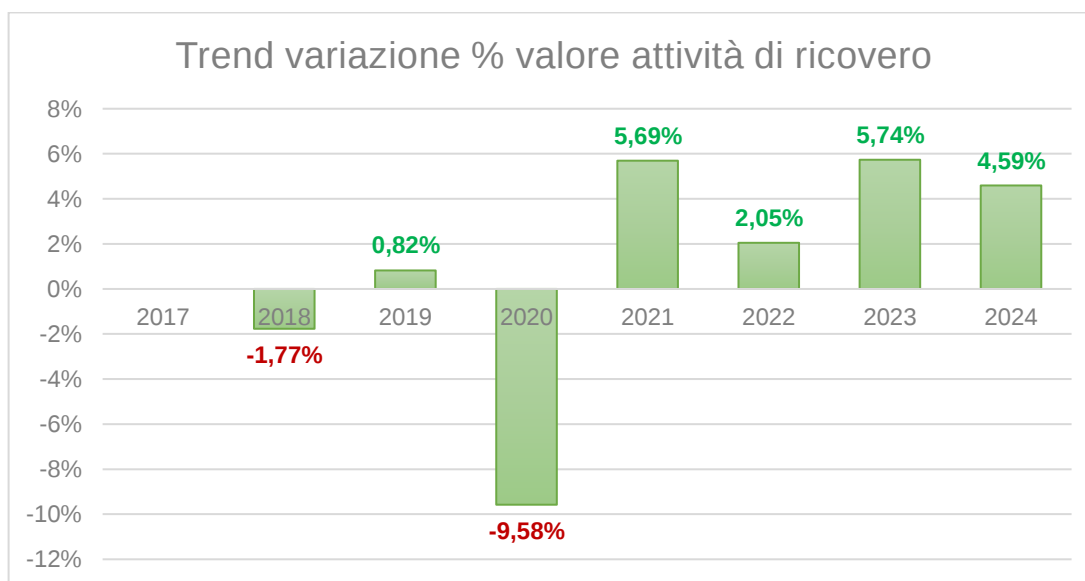
In particolare, i grafici sull'andamento complessivo di ricoveri sugli ultimi otto anni



(casi dimessi al 31 dicembre) evidenziano una situazione sostanzialmente stabile fino al 2019, una brusca variazione verso il basso nel 2020 (-18,36%, pari a -6.565 ricoveri, rispetto al 2019) ed una ripresa nel 2021 (+2,75%, pari a +804 ricoveri, rispetto al 2020), proseguita in modo più marcato nel 2022 (+3,98%, pari a +1.195 ricoveri, rispetto al 2021) e specialmente in modo robusto nel 2023 (+7,11%, pari a +2.218 ricoveri, rispetto al 2022). Il 2024 presenta anch'esso una crescita rispetto all'annualità precedente (+4%, pari a +1.338 ricoveri rispetto al 2023).



Analizzando l'andamento della valorizzazione economica dei ricoveri per lo stesso ottennio (2017-2024), la situazione evidenziata nei relativi grafici denota, anche per questa dimensione di analisi, una netta riduzione per il 2020 (-9,58%, pari a - 14.256.342 €, rispetto al 2019) ed una crescita nel 2021 (+5,59%, pari a 7.664.764 €, rispetto al 2020) a cui è seguita una crescita più ridotta nel 2022 sul 2021 (+2,05%, pari a 2.914.777 €); mentre nel 2023 si registra una più incisiva variazione in raffronto al 2022 (+5,74%, pari a 8.327.172 €). Il 2024 prosegue il trend incrementale seppur con uno scarto % lievemente più ridotto rispetto al 2023 (+4,59%, pari a 7.052.321 €).

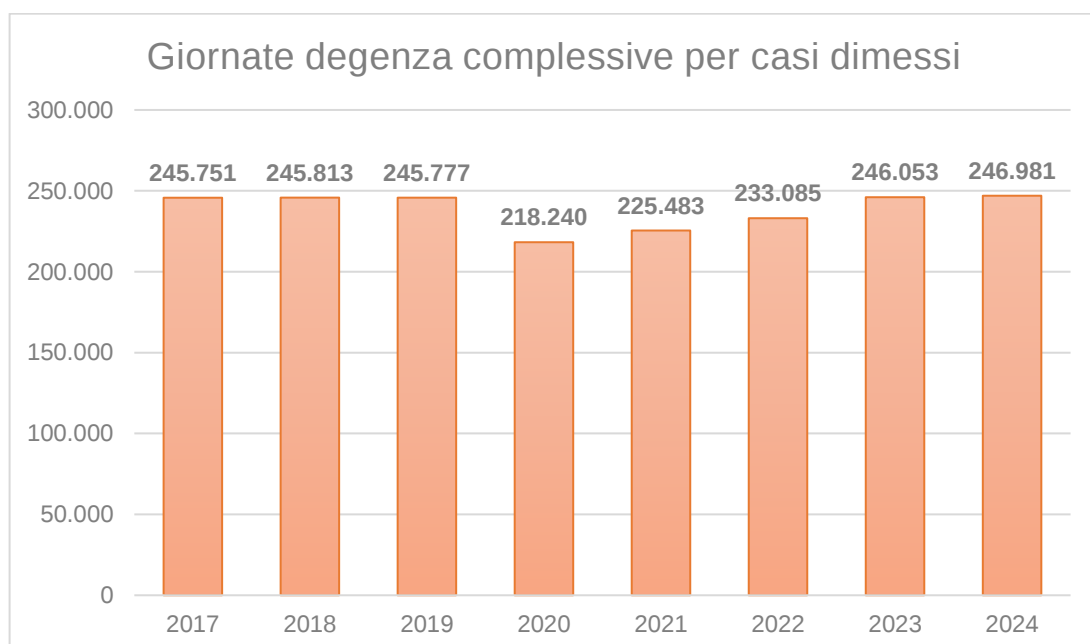


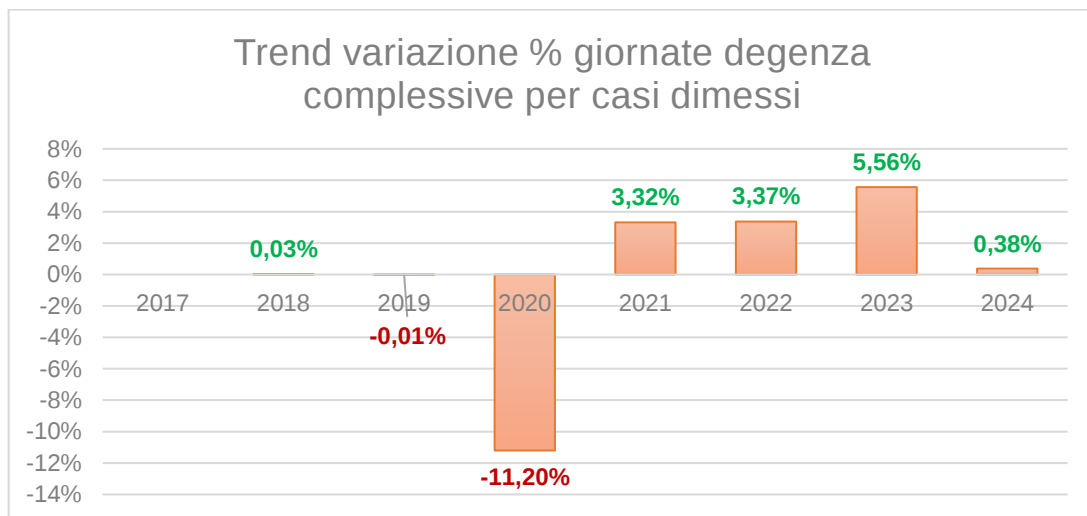
Prendendo in considerazione le giornate di degenza complessive (per casi dimessi al 31 dicembre), i grafici di riferimento mettono in risalto una situazione di sostanziale invarianza per il periodo 2017-2019 ed una drastica riduzione avuta nel 2020 (-11,20%, pari a -27.537 giornate di degenza, rispetto al 2019). Il biennio 2021-2022 registra un sensibile e progressivo trend incrementale nel confronto tra anni; in particolare:

- il 2021, rispetto al 2020, performa un +3,32%, pari a 7.243 giornate di degenza;
- il 2022, rispetto al 2021, prosegue il trend positivo conseguendo un + 3,37%, pari a 7.602 giornate di degenza.

Il 2023 registra un quantitativo di giornate di degenza in linea con gli anni pre-pandemia grazie al deciso incremento rispetto al 2022 (+ 5,56%, pari a +12.968 giornate).

Il 2024 presenta una situazione in cui l'incremento si riduce a +0,38% (leggera crescita), pari a 928 giornate di degenza, rispetto a quella del 2023.

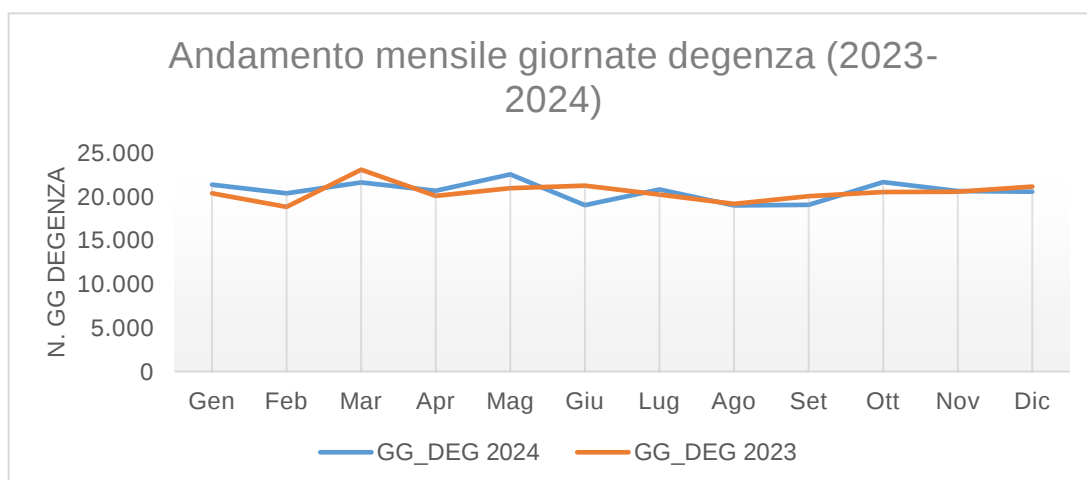


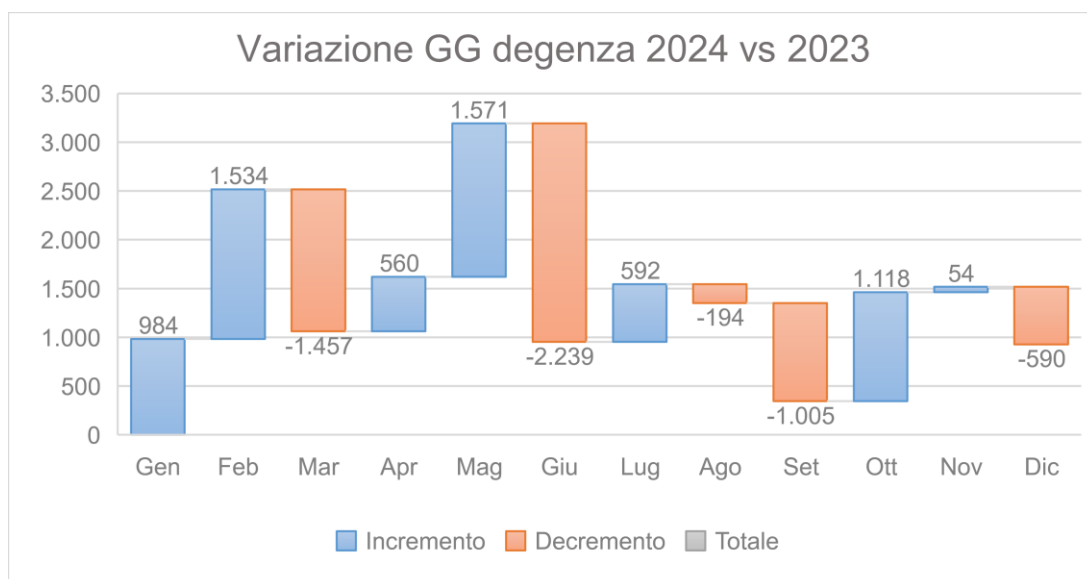


Analizzando l'andamento mensile delle giornate di degenza risulta per il 2024 una media mensile di 20.582 giornate, in leggero aumento rispetto al 2023 (media mensile 20.504 giornate).

I mesi 2024 in cui si sono registrati i numeri più elevati in termini di giornate di degenza risultano essere maggio (+22k gg), ottobre, marzo e gennaio (tutti con +21k gg). Di contro, i mesi con un quantitativo di giornate di degenza ampiamente sotto la media risultano essere agosto, giugno e settembre (tutti con circa 19k gg).

Il confronto con il 2023 presenta una situazione in cui si registrano variazioni in aumento per 7 mesi su 12 (soprattutto gennaio, febbraio, maggio e ottobre), mentre si rilevano variazioni in diminuzione sui restanti mesi (in particolare marzo, giugno e settembre).





I parti

Un altro capitolo dell'attività di ricovero riguarda i parti.

La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo fornisce assistenza per gravidanze e parti a rischio elevato, nonché per neonati patologici bisognosi di Terapia Intensiva, garantendo competenze di alta specialità e tecnologie all'avanguardia H24.

Nel corso degli ultimi quindici anni, il numero dei parti ha mostrato un trend di progressiva crescita fino al 2015, anche per effetto della chiusura dei punti nascita territorialmente vicini che registravano un numero di parti inferiori ai volumi di sicurezza in base alla normativa nazionale e regionale.

Dopo una diminuzione avutasi nel 2016 l'andamento si è stabilizzato nei tre anni successivi consolidandosi intorno ai 1.960 casi.

Col biennio 2020-2021 il numero dei parti è risalito a valori simili raggiunti nel 2015 grazie anche al fatto che, a seguito delle disposizioni regionali per la riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza Covid-19, la Fondazione è stata individuata tra le cinque strutture HUB regionali per la rete materno neonatale verso cui indirizzare le donne partorienti risultate positive al Covid. In aggiunta a ciò va considerato anche che,

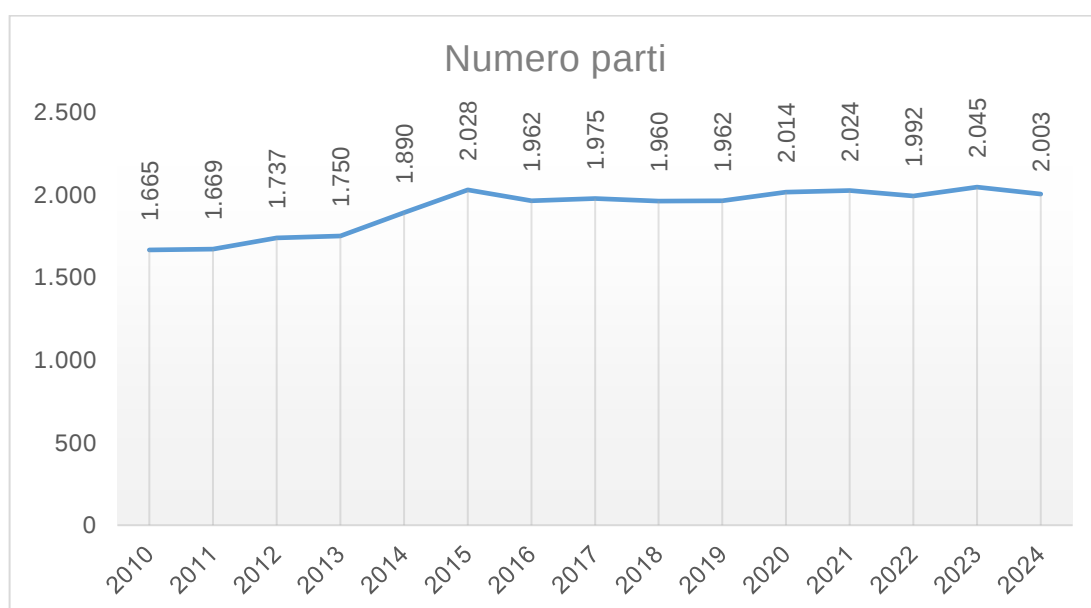


in un periodo di particolare timore per la salute a causa della pandemia, una parte delle donne in gravidanza si sia diretta verso ospedali HUB anche in via precauzionale, pur non risultando positive al Covid, pensando di tutelarsi nel caso di una possibile manifestazione di sintomatologie sospette collegabili al Coronavirus.

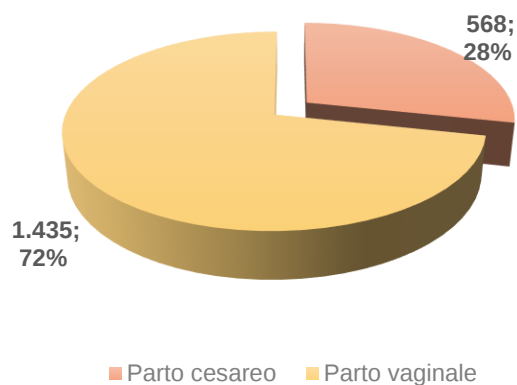
Questo comportamento viene scontato nel 2022 dove si registra una leggera contrazione nel numero dei parti (1.992; - 1,58% rispetto al 2021) presumibilmente dovuta, fra le possibili cause, al fatto che non è più prevista la centralizzazione presso gli hub delle donne in gravidanza risultanti positive al Covid ed alla scelta da parte delle partorienti di usufruire maggiormente del servizio erogato dalle strutture territoriali.

Il 2023 invece presenta numeri decisamente in controtendenza con quelli del 2022. Rispetto all'anno precedente si sono registrati n. 2.045 parti (suddivisi in n. 528; 26% parti cesarei e n. 1.517; 74% parti vaginali) pari ad un + 2,66%, conseguendo il picco assoluto in termini numerici per gli ultimi quindici anni.

Il 2024 vede anch'esso un dato in controtendenza rispetto all'anno precedente, ma al ribasso. Infatti, a fine 2024 si registrano 2.003 parti (suddivisi in n. 568; 28% parti cesarei e n. 1.435; 72% parti vaginali) pari a un -2,05% sul dato 2023. Rispetto al 2023, la riduzione (-42 unità) è da attribuire alla maggiore contrazione del numero dei parti vaginali (-82 unità) non compensata dall'aumento dei parti cesarei (+40 unità).

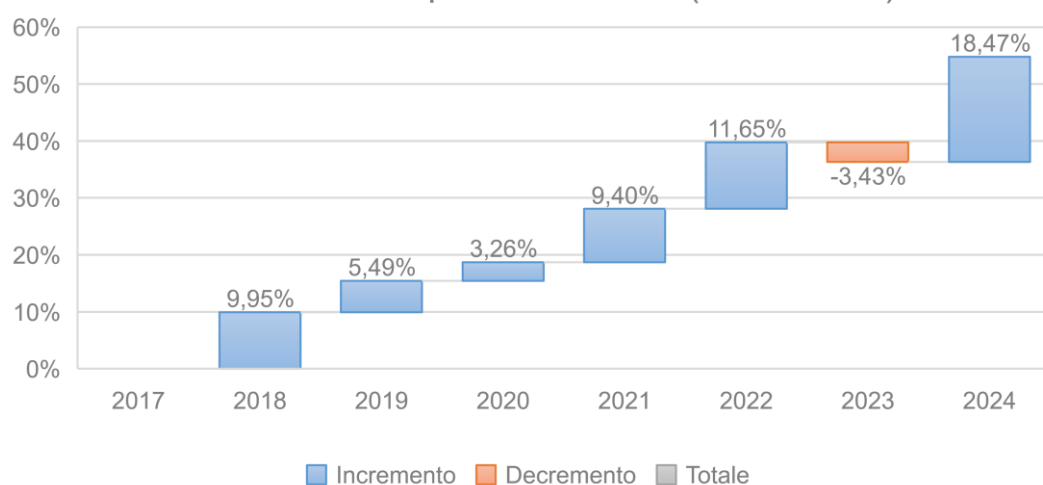


Ripartizione n. parti per tipologia (2024)

**Pronto Soccorso**

Il numero di prestazioni erogate in Pronto Soccorso considerando sia i pazienti dimessi che i pazienti ricoverati al termine delle prestazioni di Pronto Soccorso, registra un trend in costante crescita per il periodo 2017-2022. Il 2023, invece, espone un dato in controtendenza, presentando un calo numerico complessivo. Il 2024 delinea una situazione nella quale è ripreso in modo incisivo l'incremento del numero di prestazioni erogate in Pronto Soccorso.

Variazione % n. prestazioni PS (2017-2024)



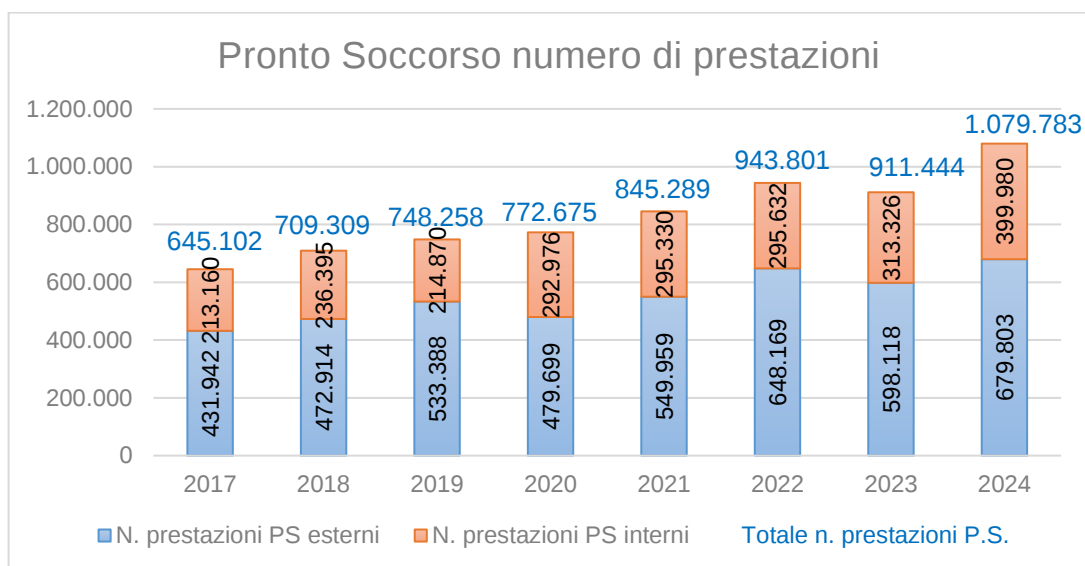
Considerando i due differenti percorsi del paziente al termine delle prestazioni ricevute (paziente dimesso; paziente ricoverato), si nota graficamente una netta contrazione sul numero di prestazioni erogate a pazienti in seguito dimessi nel 2020 rispetto all'anno precedente, e, viceversa, un balzo analogo significativo del numero di prestazioni erogate a pazienti successivamente ricoverati nel 2020 rispetto al 2019. Questo situazione creatasi va attribuita al contesto pandemico.

Col biennio 2021-2022 l'andamento delle quantità di prestazioni erogate a pazienti in seguito dimessi riprende a crescere in modo superiore rispetto a quello delle prestazioni erogate a pazienti successivamente ricoverati.

Per quanto riguarda il 2023, dopo una crescita progressiva avutasi negli ultimi sei anni, si assiste ad una riduzione del numero complessivo di prestazioni erogate in Pronto Soccorso rispetto al 2022 (-32.357 prestazioni di PS; pari a -3,43%). Tuttavia, occorre sottolineare che tale riduzione è frutto della più che sensibile contrazione del numero di prestazioni erogate verso **pazienti "esterni", ossia pazienti che una volta ricevute le cure in PS sono stati dimessi**, (-50.051 prestazioni; pari a -7,72%); mentre invece il numero di prestazioni erogate a **pazienti "interni", ossia pazienti che ricevute le prime cure di PS sono stati in seguito ricoverati**, è risultato in aumento rispetto al '22 (+17.694 prestazioni; pari a +5,99%).

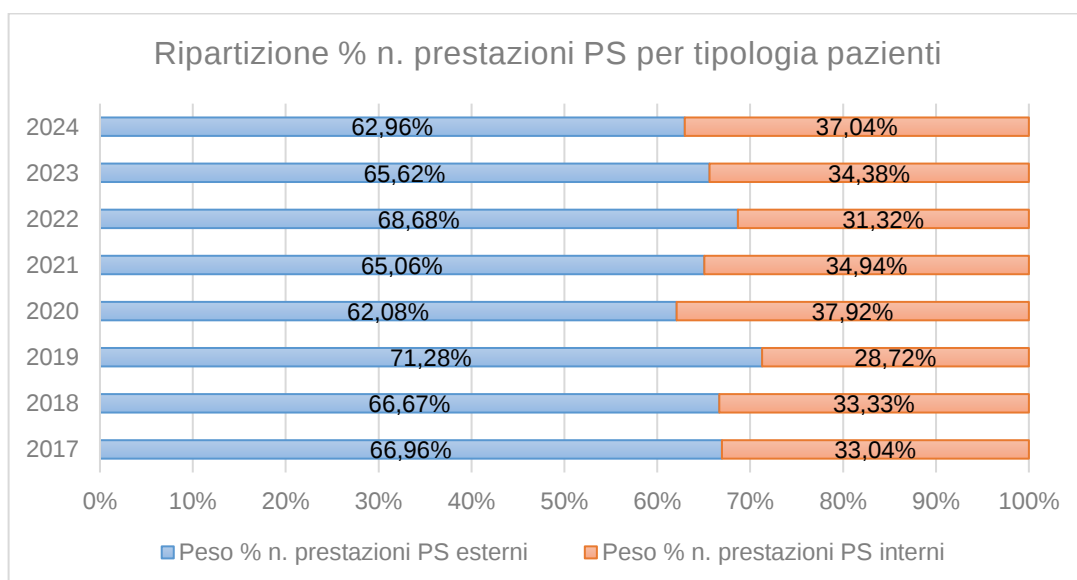
Il 2024, come già anticipato, ha visto un'inversione di tendenza rispetto al 2023, riprendendo con più vigore l'andamento crescente degli anni antecedenti il 2023, tant'è vero che registra, nel periodo '17-'24, il maggior scarto percentuale nell'analisi effettuata sulla variazione annuale rispetto all'anno che precede (+18,47%, pari a 168.339 prestazioni di PS in più).





N.B.: **pazienti "esterni"**, ossia pazienti che una volta ricevute le cure in PS sono stati dimessi; **pazienti "interni"**, ossia pazienti che ricevute le prime cure di PS sono stati in seguito ricoverati.

Nel dettaglio, si può notare come percentualmente si distribuiscono nel corso degli anni i pesi attribuiti al numero di prestazioni erogate a pazienti in seguito dimessi (pazienti esterni) e quelle a pazienti successivamente ricoverati (pazienti interni).



N.B.: **pazienti "esterni"**, ossia pazienti che una volta ricevute le cure in PS sono stati dimessi; **pazienti "interni"**, ossia pazienti che ricevute le prime cure di PS sono stati in seguito ricoverati.



L'aumento o la riduzione del numero di prestazioni non si accompagna necessariamente in modo speculare al numero di accessi avvenuti nel Pronto Soccorso. Sicuramente il numero di accessi influenza il numero di prestazioni erogate, ma altri fattori influiscono sulle prestazioni, ad esempio: i codici triage in gestione; l'età delle persone che accedono al PS (generalmente persone anziane hanno esigenze cliniche ed assistenziali particolari che impattano anche sull'impegno necessario degli operatori sanitari: medici, infermieri, OSS); protocolli di cura (col Covid, ad esempio, è stata adottata l'obbligatorietà di tamponi e prelievi specifici); ecc.

Una spiegazione a questo mutato contesto la si può senz'altro attribuire, relativamente al calo subito nel 2020, alla situazione generale dovuta alle restrizioni imposte agli spostamenti per il contenimento della diffusione pandemica e da atteggiamenti prudenziali assunti dalla popolazione (in attesa dello sviluppo di vaccini *ad hoc*).

Infatti, per lo scenario 2020, la significativa riduzione dei codici bianco e verde dipende in buona misura dal fatto che molte persone hanno deciso di recarsi al Pronto Soccorso ospedaliero solamente in caso di reale necessità riducendo quindi gli accessi impropri o quelli per i quali le problematiche di carattere sanitario è stato possibile risolverle in altri modi, mentre la riduzione della numerosità dei casi in codice rosso può essere attribuita alla minore mobilità delle persone che ha contribuito all'abbassamento sia del tasso assoluto di incidenti che del loro livello di gravità.

La ripresa avutasi nel 2021 può essere associata a vari fattori, tra cui una differente gestione delle misure più estreme di contenimento del virus (zone rosse, chiusura luoghi di lavoro e di aggregazione, limitazioni agli spostamenti), l'avvio della campagna vaccinale, l'utilizzo massivo ed obbligatorio dei dispositivi di prevenzione e protezione FFP2 e FFP3 quale condizione essenziale per una ripresa graduale delle attività e della mobilità. Quindi, la maggiore mobilità delle persone associata ad una differente percezione del rischio di contagio per i vaccinati ed al fatto che per alcune problematiche sanitarie non risultava più accettabile procrastinare la loro gestione nel tempo, hanno generato un innalzamento della curva delle prestazioni erogate in Pronto Soccorso sia in codice rosso che, soprattutto, in codice verde. Per quanto riguarda i codici bianchi si osserva una prosecuzione nella decrescita numerica, evidentemente



associata al mantenimento di un comportamento comunque prudentiale delle persone verso esigenze di cura ritenute risolvibili senza il transito presso le strutture di Pronto Soccorso.

Le considerazioni fatte per il 2021 mantengono la loro validità anche per il 2022, ed anzi le rafforzano grazie agli sforzi profusi nella somministrazione delle varie dosi di vaccino per la copertura di una platea di persone sempre più vasta ed alla rimozione delle restrizioni sociali fino alla comunicazione ufficiale di fine stato emergenziale col 31 marzo.

Come illustrato graficamente, il 2022 presenta valori in aumento sul 2021 per tutti i codici triage, ad eccezione dei codici bianchi. I dati sugli accessi al PS sono esposti al netto delle persone che si sono presentate ma hanno abbandonato il Pronto Soccorso rinunciando alla visita.

Per quanto riguarda l'incremento dei codici verdi, un fattore che in parte ne influenza l'andamento risiede storicamente nell'accesso inappropriato dell'utenza, acuitosi recentemente in provincia di Pavia per la difficile situazione riguardante il sempre più esiguo numero di medici di famiglia che invoglia le persone con problemi di salute ordinari a rivolgersi, con sempre maggior frequenza, ai Pronto Soccorso ospedalieri per prestazioni di bassa priorità (codici bianchi e verdi) erogabili dai medici di base o dalle guardie mediche.

Rispetto al trend storico precedente alla pandemia, gli accessi trattati con codice giallo risultano numericamente superiori (tendenza 2020-2022), così come i codici rosso (2021-2022). Per questi ultimi, comunque, l'andamento storico evidenziava già una progressione in aumento.

Per il 2023, pur in presenza di un incremento del numero di accessi al Pronto Soccorso, due fattori hanno influito sulla diminuzione numerica delle prestazioni erogate in Pronto Soccorso sono stati la drastica riduzione del numero di tamponi e prelievi per il Covid effettuati e l'entrata in funzione, da ottobre 2023, del nuovo applicativo di PS che ha comportato un cambiamento delle modalità di registrazione delle prestazioni con comprensibili ritardi nelle operazioni di inserimento dati e possibili imputazioni incomplete.



Nel 2024 la messa a regime dell'utilizzo dell'applicativo di Pronto Soccorso ha consentito l'assestamento dell'operatività nelle registrazioni delle prestazioni erogate. Inoltre, a fine 2024 sono stati attivati 15 posti tecnici di OBI in PS generale. Sempre nel 2024, per il PS, sono stati reclutati medici di tutte le SC della Fondazione per la copertura dei turni dell'ambulatorio codici minori, in area a pagamento. Queste alcune motivazioni che hanno portato ad un incremento del numero di prestazioni.

A questi specifici elementi, si sommano poi tutte una serie di fattori, storicamente conosciuti, che col passare degli anni si acquiscono sempre più con riverberi sui PS e tra questi fattori si possono citare: la crescente incidenza di malattie croniche e condizioni di fragilità associate all'invecchiamento della popolazione (e la Provincia di Pavia è un territorio con un alto tasso di invecchiamento); la difficoltà a ricorrere all'assistenza primaria per la carenza di medici di medicina generale sul territorio (ambulatori dei medici di base scoperti) portano le persone a rivolgersi in modo immediato ed improprio ai PS; fenomeni contingenti in determinati periodi dell'anno quali quello estivo con le sempre più frequenti ondate di calore e quello invernale per le malattie influenzali e respiratorie sempre più aggressive; la saturazione dei posti letto ospedalieri spesso abbinata ad una debole integrazione ospedale-territorio per le basse priorità generano un congestionamento dei PS; le lunghe liste di attesa che portano le persone a rivolgersi direttamente al primo punto di accesso degli ospedali; ecc.

Analizzando per codici triage, per poter confrontare in modo omogeneo le varie annualità comprese nell'arco temporale 2017-2024 si è ricorso all'utilizzo della "vecchia" classificazione per codici colori "Rosso-Giallo-Verde-Bianco" rispetto a quella di più recente istituzione per la quale sarebbe stato difficile scindere i codici gialli ante-riforma in codici arancione e azzurro.

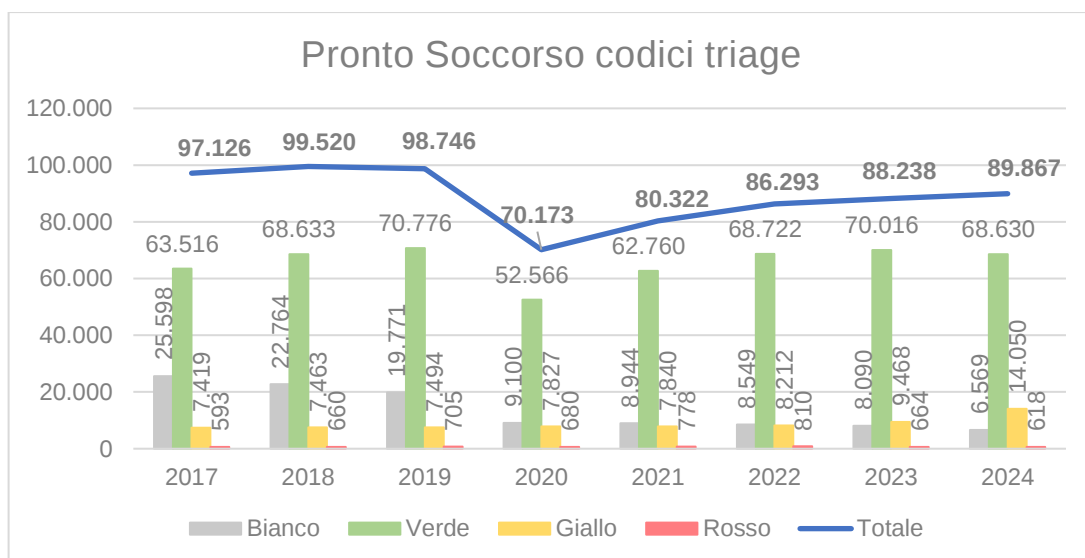
Rispetto al 2023 si possono notare le seguenti variazioni con riferimento ai codici triage: una riduzione dei codici bianchi, verdi e rossi ed un aumento dei codici gialli considerati, questi ultimi, quali somma dei codici arancione e azzurro.

Complessivamente i valori sugli accessi al Pronto Soccorso (evidenziati dalla linea blu del grafico) stanno progressivamente ritornando in linea con quelli registrati nel periodo pre-Covid (tendenza).

Come detto in precedenza, per il 2024 (e parte del 2023), ai fini di illustrazione grafica



dei dati e per un confronto con le annualità precedente, si è proceduto a ricondurre i nuovi codici triage di PS in vigore per l'IRCCS San Matteo dal 26 settembre 2023 (cinque colori) all'interno della classificazione su quattro colori precedentemente utilizzata.



N.B.: I dati sugli accessi al PS sono esposti al netto delle persone che si sono presentate ma hanno abbandonato il Pronto Soccorso rinunciando alla visita o prima di concludere le visite previste. Vengono esposti i dati sui codici triage alla conclusione delle visite con emissione del referto.

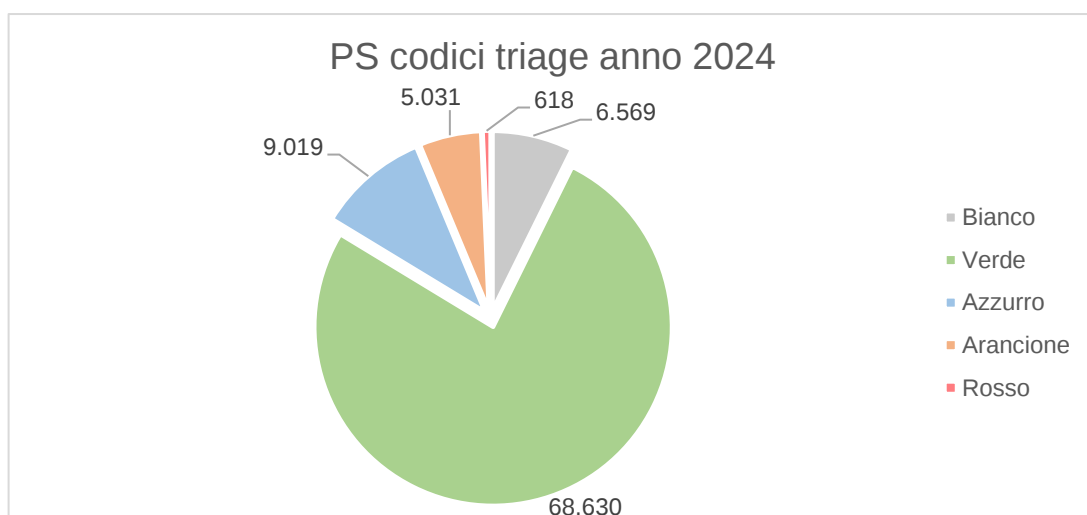
Con gli ultimi mesi del 2023 sono stati infatti introdotti anche dall'IRCCS San Matteo i nuovi codici colore per la gestione dei casi al Pronto Soccorso al fine di adeguarsi alle nuove Linee di indirizzo nazionali per il triage (fino al 25/09/2023 il triage di PS ha utilizzato la consueta classificazione a quattro colori Rosso, Giallo, Verde, Bianco; dal 26/09/2023 sono entrati in vigore per l'IRCCS San Matteo i nuovi codici colore per il triage di PS Rosso, Arancione, Azzurro, Verde, Bianco).

Si tratta di un nuovo sistema, composto da cinque codici numerici ed articolato in base alle priorità (che oltre a valutare la criticità del paziente, tengono in considerazione anche ulteriori fattori – dolore, età, disabilità, fragilità, particolarità organizzative e di contesto – necessari per fornire una corretta presa in carico) come di seguito evidenziato:



CODICE - N. COLORE	DENOMINAZIONE	DEFINIZIONE
1 ROSSO	EMERGENZA	Situazione molto critica, accesso immediato alle cure
2 ARANCIONE	URGENZA	Situazione critica, urgenza, indifferibile, accesso rapido alle cure
3 AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	Situazione critica stabile, accesso dopo i casi più urgenti
4 VERDE	URGENZA MINORE	Situazione poco critica, accesso di bassa priorità
5 BIANCO	NON URGENZA	Situazione non critica, differibile, con accesso non urgente

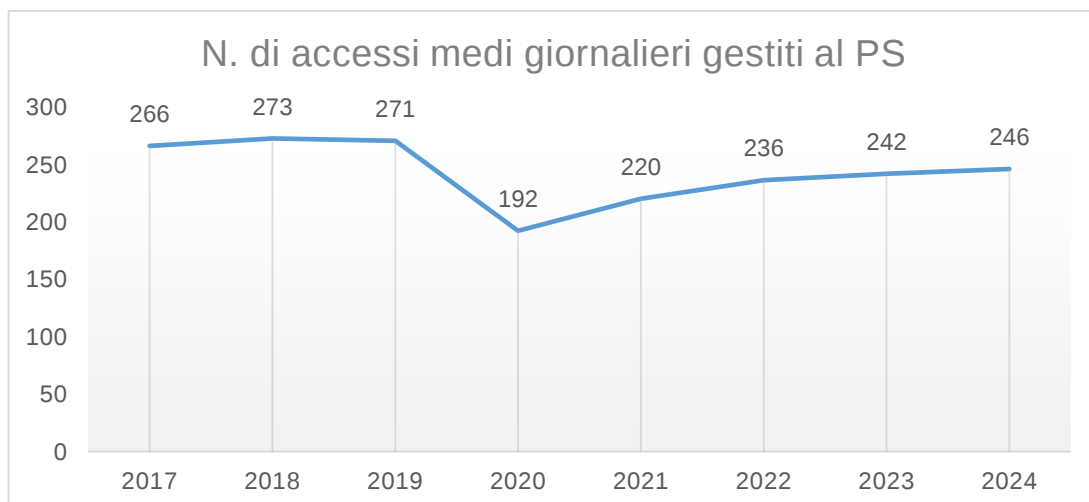
Graficamente, considerando la nuova codifica del triage di PS, il 2024 vede la seguente situazione:



N.B.: fino al 25/09/2023 il triage di PS ha utilizzato la consueta classificazione a quattro colori (Rosso, Giallo, Verde, Bianco); dal 26/09/2023 sono entrati in vigore per l'IRCCS San Matteo i nuovi codici colore per il triage di PS (Rosso, Arancione, Azzurro, Verde, Bianco).

In ultimo, si presenta l'analisi sul dato degli accessi medi giornalieri gestiti dal Pronto Soccorso per il periodo 2017-2024. Anche in questo caso, si prende in considerazione il dato dei pazienti che hanno concluso le cure previste al PS (quindi non vi rientrano le persone che hanno abbandonato il PS prima di iniziare le cure oppure non le hanno

concluse col ritiro del referto).



N.B.: I dati sugli accessi al PS sono esposti al netto delle persone che si sono presentate ma hanno abbandonato il Pronto Soccorso rinunciando alla visita o prima di concludere le visite previste.

Attività ambulatoriale

Nel 2020 l'attività ambulatoriale ha registrato un decremento sia nel numero di prestazioni che nella valorizzazione complessiva pari, rispettivamente, a -18,67% e -14,9% rispetto ai valori del 2019 (all'incirca 482.000 prestazioni e 8,8 mln € in meno).

Tale scostamento è da attribuirsi anche in questo caso alla situazione legata al Covid-19. Infatti, le scelte operate in termini di riorganizzazione delle attività hanno portato alla chiusura o forte limitazione di molte di loro nel periodo marzo-maggio 2020 per poi effettuare riaperture graduali a partire dal periodo fine maggio / inizio giugno 2020 con progressivi incrementi delle attività svolte e compatibilmente con le misure di sicurezza e prevenzione attuate per il contrasto alla diffusione dell'infezione da Covid-19.

Le eccezioni, nel periodo critico oggetto di limitazioni allo svolgimento delle attività, hanno riguardato quelle aree con attività non differibili perché ad elevato impatto sulla salute dei pazienti, come ad esempio: Oncologia Medica e, soprattutto, Radioterapia Oncologica.

Il periodo da giugno a dicembre 2020 ha visto l'incremento esponenziale dei valori di attività della Struttura Microbiologia e Virologia anche e soprattutto per le attività



collegate all'analisi dei tamponi per la verifica della positività/negatività al Covid-19.

Il 2021 ha visto una sostanziale crescita dei volumi di attività ambulatoriali rispetto al 2020 (+20,42%, pari a circa 430.000 prestazioni) e questo incremento si è riflesso necessariamente anche sulla loro valorizzazione complessiva (+17%, pari a circa 8,5 mln € in più).

Un incremento così marcato è da associare alle azioni implementate per dar seguito alle disposizioni regionali in merito al recupero dei volumi di attività in linea con i dati pre-pandemia (riferimento al 2019), in modo da ridurre le liste di attesa e gestire le visite accumulate o non svoltesi nel corso del 2020 in quanto rimandate.

Col 2022 il trend incrementale è proseguito, rispetto l'anno precedente, sia in termini di prestazioni erogate (+6,04% rispetto al 2021, pari a circa 153.000 prestazioni), sia in termini di valore economico (+7,83% pari a circa 4,6 mln € rispetto al 2021).

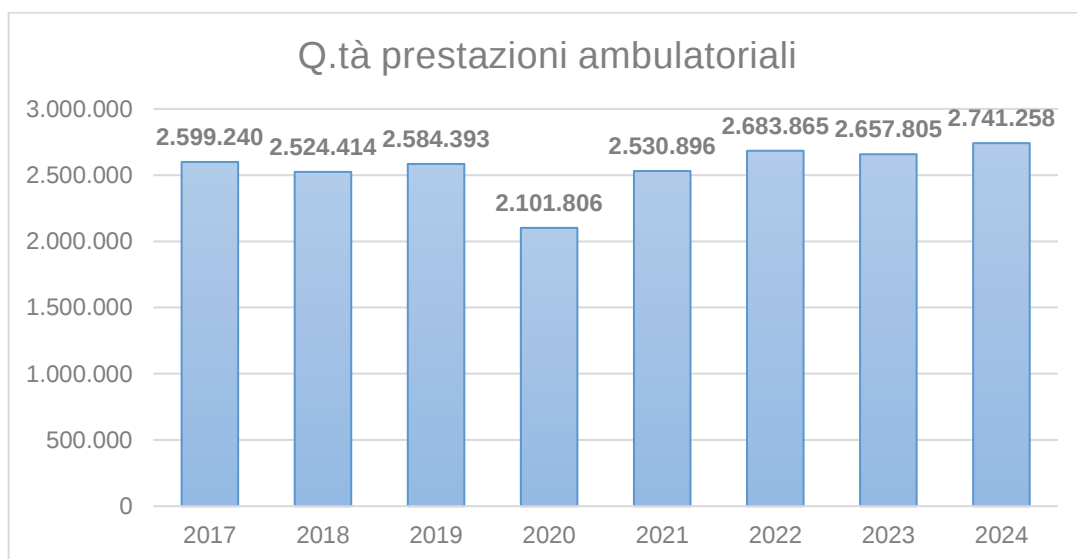
Nel 2023 il quadro situazionale ha presentato un dato complessivo di prestazioni ambulatoriali erogate leggermente inferiore al 2022 (-1,1%, pari a circa -29.500 prestazioni), comunque superiore ai dati rilevati nel periodo pre-Covid in quanto anche nel 2023 si è perseguito l'obiettivo del recupero di prestazioni e di riduzione dei tempi di attesa. Tale diminuzione quantitativa è ascrivibile principalmente alla riduzione dell'attività legata ai tamponi per la rilevazione del Covid. In compenso sono aumentate le prestazioni con un valore di rimborso superiore al valore di quelle diminuite sui tamponi, e questo spiega l'incremento in termini di valore economico delle prestazioni ambulatoriale 2023 rispetto al 2022 (+2,68%, pari a circa 1,7 mln € rispetto al 2022). In particolare, l'incremento di valore 2023 è dovuto principalmente all'implementazione di prestazioni NGS (sequenziamento del DNA) con nuove codifiche, dall'elevato valore di rimborso.

Il 2024 registra un aumento di prestazioni ambulatoriali erogate rispetto al 2023 del 3,14% (pari a circa 83.500 prestazioni). Anche in questo caso la prosecuzione delle azioni attuate volte al contenimento dei tempi di attesa fornisce una valida spiegazione per l'incremento del numero di prestazioni. Inoltre, ad argomentazione degli incrementi si segnala l'aumento significativo del numero di prestazioni ambulatoriali di Oculistica e l'aumento di quelle di Ematologia, in particolare le MAC. Per quanto riguarda la valorizzazione economica dell'attività ambulatoriale, nel 2024 si consegue un aumento



più che sensibile sul 2023 del 4,8%, pari a poco più di 3,1 mln €, ed in questo caso si può sottolineare come vi sia stato un accrescimento del valore delle prestazioni di Radioterapia generato dall'aumento della tariffa applicata.

La variazione di valore economico non corrisponde in modo proporzionale alla variazione numerica delle prestazioni erogate in quanto il mix di prestazioni erogate si presenta in modo differente ogni anno.



N.B.: i dati rappresentano l'attività ambulatoriale esclusa quella in libera professione.



N.B.: i dati rappresentano l'attività ambulatoriale esclusa quella in libera professione.

*Tempi di attesa
prestazioni
ambulatoriali*

Per tempo di attesa si intende il periodo che intercorre tra la data di prenotazione e la data di effettuazione delle prestazioni.

La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo attua il monitoraggio dei tempi di attesa, secondo le modalità stabilite da Regione Lombardia.

Il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) indica le prestazioni ambulatoriali e di ricovero da monitorare, le regole e i criteri di formazione delle liste di attesa, oltre a definire il tempo di attesa.

I tempi di attesa variano in funzione delle classi di priorità indicate dal medico sulle impegnative e vengono identificate con un apposito codice (U, B, D, P).

Le priorità previste per le prestazioni specialistiche ambulatoriali sono:

- **U= urgente** - da erogare nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- **B= breve** - da erogare entro 10 gg;
- **D= differibile** - da erogare entro 30 gg (visite); entro 60 gg (prestazioni strumentali);
- **P= programmabile** - da erogare entro 120 gg.

Le impegnative che prescrivono visite o esami di specialistica/diagnostica ambulatoriale sono rilasciate dal medico o pediatra di famiglia e da altri medici del Servizio sanitario regionali e nazionale. Il cittadino utente può usufruire delle prestazioni contenute nella stessa ricetta entro un periodo di tempo coerente rispetto al tipo di patologia e di trattamento prescritto. Con DGR n. 957 del 18/09/2023 è stato stabilito che a partire dal 1 ottobre 2023 la validità delle ricette prescritte per visite ed esami avrà temporaneamente durata di 6 mesi (rispetto ai 12 mesi previsti in precedenza), fino all'entrata in vigore del nuovo Nomenclatore della specialistica ambulatoriale prevista nel 2024. Con DGR n. 3630 del 16/12/2024 è stato approvato il nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, in vigore dal 1 gennaio 2025. Il limite di validità previsto in 180 giorni (fase



transitoria per l'approvazione del nuovo Nomenclatore) decorre a partire dalla data di prescrizione medica, ossia dalla compilazione dell'impegnativa da parte del medico fino alla data di prenotazione della prestazione.

Il tempo previsto dalla classe di priorità decorre dal momento in cui l'utente richiede la prestazione. Si fa presente che la Fondazione IRCCS è una struttura presso la quale si eseguono numerose prestazioni di II e III livello, si formano medici e specialisti, è sede di ricerca universitaria. Per tali motivazioni è possibile che non sia sempre possibile rispettare i tempi sopra indicati, anche in considerazione del fatto che devono essere privilegiate le coorti di pazienti gravi o con malattie rare, che non possono trovare adeguata assistenza in altra sede, e le consulenze per altre strutture ospedaliere e del territorio anche nazionale per pazienti particolarmente complessi. Si precisa che le tempistiche sono relative ai primi accessi e possono differire molto per le visite di controllo, a seconda dello specifico percorso diagnostico-terapeutico.

Sul sito web della Fondazione IRCCS, alla sezione Amministrazione Trasparente, sono stati pubblicati i dati storici riferiti al monitoraggio ex ante 2024 dei tempi di attesa rilevati e prospettati per le prestazioni ambulatoriali (dati elaborati a cura delle SC DMP e SS Gestione Operativa).

La tabella seguente espone il tempo medio di attesa prospettato nel 2024 al soggetto richiedente prestazioni di specialistica ambulatoriale, ossia la prima data disponibile in agenda. Il soggetto richiedente sarà poi libero di scegliere la data proposta oppure effettuare una scelta differente, su un posto disponibile in data successiva a quella proposta, in base ad esigenze personali.

ATTESA PROSPETTATA 2024								
Media dei giorni di attesa proposti allo sportello in base al primo posto disponibile in Azienda, a cui però può aver fatto seguito una scelta diversa da parte del paziente per esigenze personali								
PRESTAZIONE SPECIALISTICA AMBULATORIALE	Priorità U		Priorità B		Priorità D		Priorità P	
	giorni medi di attesa	prestazi oni prenota te	giorni medi di attesa	prestazi oni prenota te	giorni medi di attesa	prestazi oni prenota te	giorni medi di attesa	prestazi oni prenota te
4516 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	1	1	28	36	106	55	79	21
4525 - COLONSCOPIA	2	2	53	32	152	77	68	49
87371 MAMMOGRAFIA BILATERALE	2	3	28	3	65	32	115	159



ATTESA PROSPETTATA 2024								
Media dei giorni di attesa proposti allo sportello in base al primo posto disponibile in Azienda, a cui però può aver fatto seguito una scelta diversa da parte del paziente per esigenze personali								
PRESTAZIONE SPECIALISTICA AMBULATORIALE	Priorità U		Priorità B		Priorità D		Priorità P	
	giorni medi di attesa	prestazi oni prenota te	giorni medi di attesa	prestazi oni prenota te	giorni medi di attesa	prestazi oni prenota te	giorni medi di attesa	prestazi oni prenota te
88731 - ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA BILATERALE	2	3	12	32	18	95	21	127
89261-PRIMA VISITA GINECOLOGICA	6	4	20	20	10	64	13	31
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	2	7	7	45	33	82	20	92
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	1	5	14	9	41	104	159	151
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA	2	36	8	24	45	73	148	41
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	1	25	8	85	28	181	16	182
ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE	-	-	7	6	24	13	6	12
ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	1	4	9	11	27	39	15	96
ELETTROCARDIOGRAMMA	1	11	5	33	2	106	8	137
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	-	-	26	2	49	43	46	65
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	-	-	-	-	-	-	-	-
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	-	-	2	1	19	35	9	82
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	1	19	9	60	14	129	35	49
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	2	12	5	30	14	39	19	22
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	12	3	39	44	105	127	15	86
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	-	-	5	47	27	146	29	52
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA	3	5	26	35	80	31	125	32
PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	2	10	12	46	14	86	11	53
PRIMA VISITA OCULISTICA	-	-	70	8	53	78	39	59
PRIMA VISITA ONCOLOGICA	-	-	3	10	3	5	7	23
PRIMA VISITA ORL	1	10	3	27	18	100	9	62
PRIMA VISITA ORTOPEDICA	2	32	9	174	30	353	104	84
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	2	9	13	30	30	82	31	29
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA	3	14	19	45	60	147	85	79
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	8	2	21	18	87	28	20	11
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	6	9	27	19	146	34	44	19
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA	-	-	14	50	38	87	45	54
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	7	3	25	4	103	8	97	1



ATTESA PROSPETTATA 2024								
Media dei giorni di attesa proposti allo sportello in base al primo posto disponibile in Azienda, a cui però può aver fatto seguito una scelta diversa da parte del paziente per esigenze personali								
PRESTAZIONE SPECIALISTICA AMBULATORIALE	Priorità U		Priorità B		Priorità D		Priorità P	
	giorni medi di attesa	prestazioni prenotate	giorni medi di attesa	prestazioni prenotate	giorni medi di attesa	prestazioni prenotate	giorni medi di attesa	prestazioni prenotate
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	15	3	29	7	29	6	26	5
SPIROMETRIA GLOBALE	-	-	-	-	85	3	50	29
SPIROMETRIA SEMPLICE	-	-	-	-	-	-	30	30
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	-	-	11	8	21	20	23	19
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	4	3	12	10	31	12	51	9

In base ai tempi medi di attesa prospettata nel 2024, le percentuali di prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate mediamente entro i tempi previsti per le classi di priorità risultano come da tabella seguente.

ATTESA PROSPETTATA 2024	Priorità U	Priorità B	Priorità D	Priorità P
Prestazioni erogate entro i tempi previsti	72%	39%	65%	91%
Prestazioni erogate oltre i tempi previsti	28%	61%	35%	9%

Per l'anno 2023 le percentuali conseguite relative all'attesa prospettata sono riportate nella tabella seguente:

ATTESA PROSPETTATA 2023	Priorità U	Priorità B	Priorità D	Priorità P
Prestazioni erogate entro i tempi previsti	60%	44%	83%	100%
Prestazioni erogate oltre i tempi previsti	40%	56%	17%	0%



La tabella successiva espone il tempo medio di attesa rilevata nel 2024. Il dato è generalmente superiore ai tempi di attesa prospettata in quanto sconta la scelta effettuata dal paziente in sede di prenotazione della prestazione in base alle date disponibili prospettategli (si ricorda che al soggetto richiedente gli viene prospettata la prima data disponibile ed il paziente è libero di prenotarla oppure prenotare in data successiva per sue esigenze personali).

ATTESA RILEVATA 2024								
Media dei giorni attesi dal paziente per la prestazione								
PRESTAZIONE SPECIALISTICA AMBULATORIALE	Priorità U		Priorità B		Priorità D		Priorità P	
	giorni medi	numero prenota ti	giorni medi	numero prenota ti	giorni medi	numero prenota ti	giorni medi	numero prenota ti
4516 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	1	1	30	36	132	70	199	21
4525 - COLONSCOPIA	6	2	60	32	171	88	338	49
4542 - POLIPECTOMIA	-	-	-	-	197	80	-	-
4824 - RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	-	-	-	-	141	78	-	-
87371 MAMMOGRAFIA BILATERALE	2	3	34	3	40	62	156	159
87372 - MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	-	-	-	-	3	77	183	5
88731 - ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA BILATERALE	2	3	15	32	28	98	213	127
88732- ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA MONOLATERALE	1	2	10	4	15	74	273	2
89261-PRIMA VISITA GINECOLOGICA	8	4	37	20	64	73	93	31
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	2	7	14	45	57	85	64	92
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	1	5	16	9	47	107	201	151
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA	5	36	12	24	46	94	192	41
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	2	25	16	85	56	181	53	182
ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE	-	-	14	6	13	67	18	12
ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	1	4	14	11	28	63	74	96
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	-	-	-	-	46	79	-	-
ECOGRAFIA OSTETRICA	-	-	-	-	38	81	31	8
ELETTROCARDIOGRAMMA	2	11	13	33	33	112	151	137
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	-	-	26	2	62	73	222	65
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	-	-	-	-	48	81	-	-
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	-	-	2	1	14	71	33	82
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	2	19	15	60	38	129	73	49
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	2	12	6	30	19	57	34	22
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	14	3	41	44	140	133	210	86
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	-	-	7	47	30	149	54	52



ATTESA RILEVATA 2024								
Media dei giorni attesi dal paziente per la prestazione								
PRESTAZIONE SPECIALISTICA AMBULATORIALE	Priorità U		Priorità B		Priorità D		Priorità P	
	giorni medi	numero prenota ti	giorni medi	numero prenota ti	giorni medi	numero prenota ti	giorni medi	numero prenota ti
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA	3	5	28	35	56	64	140	32
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	-	-	13	4	141	70	128	8
PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	2	10	15	46	55	89	74	53
PRIMA VISITA OCULISTICA	-	-	70	8	71	111	46	59
PRIMA VISITA ONCOLOGICA	-	-	10	10	2	74	36	23
PRIMA VISITA ORL	1	10	11	27	37	130	30	62
PRIMA VISITA ORTOPEDICA	3	32	10	174	40	353	109	84
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	2	9	15	30	34	94	57	29
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA	3	14	21	45	76	156	101	79
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	15	2	41	18	84	58	23	11
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	6	9	39	19	134	64	49	19
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA	-	-	28	50	67	108	74	54
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	8	3	30	4	69	68	97	1
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	-	-	-	-	27	79	-	-
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	101	3	30	7	88	75	32	5
SPIROMETRIA GLOBALE	-	-	-	-	97	75	87	29
SPIROMETRIA SEMPLICE	-	-	-	-	89	81	97	30
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO	-	-	37	10	87	57	142	23
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	-	-	13	8	23	59	32	19
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO	-	-	13	2	18	82	-	-
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO	-	-	12	2	18	81	31	3
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO	1	1	8	25	54	60	60	7
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	4	3	16	10	50	60	51	9
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE	-	-	46	5	69	69	91	6
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	-	-	29	10	73	64	145	9
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO	-	-	40	1	96	79	266	1
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	13	3	28	7	72	67	119	9



ATTESA RILEVATA 2024								
Media dei giorni attesi dal paziente per la prestazione								
PRESTAZIONE SPECIALISTICA AMBULATORIALE	Priorità U		Priorità B		Priorità D		Priorità P	
	giorni medi	numero prenota ti	giorni medi	numero prenota ti	giorni medi	numero prenota ti	giorni medi	numero prenota ti
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE	-	-	-	-	95	82	-	-
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	-	-	-	-	93	77	-	-
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE	-	-	-	-	96	81	-	-
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	-	-	-	-	94	75	-	-

In base ai tempi medi di attesa rilevata nel 2024, le percentuali di prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate mediamente entro i tempi previsti per le classi di priorità risultano come da tabella seguente. Si ricorda che i tempi di attesa rilevati scontano la scelta effettuata dal paziente in sede di prenotazione, il quale liberamente può scegliere date successive alla prima data disponibile propostagli.

ATTESA RILEVATA 2024	Priorità U	Priorità B	Priorità D	Priorità P
Prestazioni erogate entro i tempi previsti	64%	16%	43%	65%
Prestazioni erogate oltre i tempi previsti	36%	84%	57%	35%

Per l'anno 2023 le percentuali conseguite in relazione all'attesa rilevata sono riportate nella tabella seguente:

ATTESA RILEVATA 2023	Priorità U	Priorità B	Priorità D	Priorità P
Prestazioni erogate entro i tempi previsti	50%	22%	50%	83%
Prestazioni erogate oltre i tempi previsti	50%	78%	50%	17%



Guida alla lettura dei dati:

- Valore medio/mediano dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni. Il valore medio dei tempi di attesa registrati in un dato intervallo temporale è calcolato come somma di tutti i valori diviso il numero dei valori stessi, laddove il valore mediano è quel valore al di sotto del quale cade la metà dei valori campionari;
- Monitoraggio ex ante. Rilevazione (prospettica) in un determinato giorno/periodo indice della differenza tra la data assegnata per l'erogazione e la data di contatto/prenotazione. Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante, si basa su una rilevazione dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2019 - 2021. Il monitoraggio ex ante si effettua solo per le prestazioni in primo accesso;
- La prima visita, o il primo esame è il momento in cui il problema manifestato dal paziente viene valutato clinicamente per la prima volta. In questa fase viene formulato un preciso quadro diagnostico;
- Attesa prospettata: media dei giorni di attesa proposti allo sportello in base al primo posto disponibile in Azienda, a cui però può aver fatto seguito una scelta diversa da parte del paziente per esigenze personali;
- Attesa rilevata: media dei giorni attesi dal paziente per la prestazione.

*Contenimento dei
tempi di attesa -
Programmazione
prestazioni
ambulatoriali*

La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo con il fine di assicurare un incremento dell'offerta e il contenimento dei tempi di attesa, ha garantito la pianificazione a partire dal mese di febbraio 2024 di attività ambulatoriale incentivata e sedute operatorie aggiuntive nell'ambito delle prestazioni monitorate dal PNGLA.

In riferimento alla necessità di garantire l'erogazione delle prestazioni più critiche a livello aziendale e territoriale, in data 05/02/2024 è stata trasmessa alla Direzione Sanitaria relazione in merito alla richiesta di avvio dell'attività in abbattimento liste di attesa. Ricevuto nulla osta e condiviso lo stesso con le strutture in staff alla Direzione Strategica, in data 09/02/2024 è stata inviata comunicazione ai Direttori di tutte le unità operative dell'avvio del piano ALA (abbattimento liste d'attesa) per le prestazioni critiche previste dal PNGLA in seguito alla quale si è proceduto all'attivazione di agende



ambulatoriali e sedute operatorie incentivate fuori orario di servizio.

A partire dal mese di Aprile 2024, in riscontro alla nota pervenuta da ATS Pavia Prot. 16163/2024 del 19/03/2024 "Indicazioni operative a supporto della programmazione delle prestazioni ambulatoriali oggetto del PNGLA per l'anno 2024" con la quale sono state declinate le soglie di volumi minimi richiesti all'IRCCS per il periodo aprile-dicembre 2024, aggiornate con nota Prot. 33417/2024 del 11/04/2024, sono stati individuati ulteriori ambiti di applicazione delle attività aggiuntive.

Con note n. 27341/2024 del 18/03/2024 e n. 16163/2024 del 19/03/2024 (entrambe con oggetto "Indicazioni operative a supporto della programmazione delle prestazioni ambulatoriali oggetto del PNGLA per l'anno 2024") ATS Pavia ha comunicato alla Fondazione IRCCS l'elenco delle prestazioni ed i relativi volumi, elaborati dal competente livello regionale, da negoziare con ATS medesima per il contenimento delle liste d'attesa.

In data 12 aprile 2024 la Fondazione IRCCS ha trasmesso ad ATS Pavia relazione con l'analisi degli obiettivi e delle eventuali criticità ai fini dell'abbattimento delle liste d'attesa. Le prestazioni ambulatoriali oggetto degli obiettivi sono le seguenti:

Prima visita cardiologica (897A3)
Prima visita chirurgica vascolare (897A6)
Prima visita dermatologica (897A7)
Prima visita di medicina fisica e riabilitazione (897b2)
Prima visita endocrinologica/diabetologica (897A8)
Prima visita gastroenterologica (897A9)
Prima visita ginecologica (89261)
Prima visita neurologica [neurochirurgica] (8913)
Prima visita oculistica (9502)
Prima visita oncologica (897B6)
Prima visita orl (897B8)
Prima visita ortopedica (897B7)
Prima visita pneumologica (897B9)
Prima visita urologica/andrologica (897C2)
Colonscopia con endoscopio flessibile (4525)
Diagnostica ecografica del capo e del collo (88714)
Diagnostica ecografica del cuore (88721 e 8872A)
Diagnostica ecografica mammella (88731, 88732)
Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici (88735)

Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo (88722)
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88723)
Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa (88772)
Ecografia addome (88761, 88751, 88741)
Ecografia ostetrico - ginecologica (8878, 88782)
Elettrocardiogramma (8952)
Elettrocardiogramma dinamico (8950)
Elettromiografia semplice [emg] (93081)
Esame audiometrico tonale (95411)
Esofagogastroduodenoscopia [egd] (4516)
Fotografia del fundus (9511)
Mammografia (878371,87372)
Polipectomia endoscopica dell'intestino crasso (4542)
Risonanza magnetica nucleare (RM) (88954, 88912, 8893, 88955, 88931, 88911)
Spirometria (89372,89371)
Test da sforzo (8944, 8941)
Tomografia computerizzata (TC) (88381, 88382, 88016, 8703, 88012, 88385, 88011, 87411, 8741, 88013, 87031, 88014, 88015)



Nella definizione dei target, le prestazioni ambulatoriali sono infine state suddivise in target critici e non critici, come segue:

Prestazioni con target non critici
Prima visita cardiologica (897A3)
Prima visita chirurgica vascolare (897A6)
Nel contesto della SC Chirurgia Vascolare si ritiene utile garantire attività aggiuntiva per la prestazione legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore (codice nomenclatore 3859)
Prima visita di medicina fisica e riabilitazione (897b2)
Prima visita endocrinologica/diabetologica (897A8)
Prima visita gastroenterologica (897A9)
Prima visita oculistica (9502)
Prima visita oncologica (897B6)
Nel contesto delle prime visite in ambito oncologico verranno attivati ambulatori aggiuntivi extra orario per l'erogazione di prime visite ematologiche (codice nomenclatore 897; codice SISS 99897.16)
Prima visita pneumologica (897B9)
In aggiunta alle prestazioni indicate, a fronte di tempi di attesa elevati e volumi erogati non ulteriormente incrementabili in orario di servizio, si chiede di poter attivare attività aggiuntiva per la prestazione di Prima visita reumatologica (codice nomenclatore 897; codice SISS 99897.66)
Diagnostica ecografica del cuore (88721 e 8872A)
Diagnostica ecografica mammella (88731, 88732)
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo (88722)
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88723)
Elettrocardiogramma (8952)
Elettromiografia semplice [EMG] (93081)
Esame audiometrico tonale (95411)
Fotografia del fundus (9511)
Mammografia (878371,87372)
Polipectomia endoscopica dell'intestino crasso (4542)
Tomografica computerizzata (TC) (88381, 88382, 88016, 8703, 88012, 88385, 88011, 87411, 8741, 88013, 87031, 88014, 88015)

Prestazioni con target ritenuti critici
Prima visita dermatologica (897A7)
Prima visita ginecologica (89261)
Ecografia ostetrico - ginecologica (8878, 88782)
Nel contesto della SC Ostetricia e Ginecologia si ritiene utile garantire attività chirurgica ambulatoriale aggiuntiva, in particolare per quanto attiene alle procedure di biopsia dell'utero con dilatazione del canale cervicale (codice nomenclatore 68162) e per le isteroscopie associate o meno a biopsia (codice nomenclatore 68121 e 68161)

Prima visita neurologica [neurochirurgica] (8913)
Prima visita orl (897B8)
Prima visita ortopedica (897B7)
Nel contesto della SC Ortopedia e Traumatologia si ritiene utile l'attivazione di sedute incentivate per quanto attiene alle procedure di Asportazione di cartilagine semilunare del ginocchio (codice nomenclatore 8061).
Prima visita urologica/andrologica (897C2)
Nel contesto della SC Urologia si ritiene utile l'attivazione di attività chirurgica ambulatoriale aggiuntiva, in particolare per quanto attiene alle procedure di Circoncisione (codice nomenclatore 640)
Colonscopia con endoscopio flessibile (4525)
Esofagogastroduodenoscopia [egd] (4516)
Diagnostica ecografica del capo e del collo (88714)
Ecografia addome (88761, 88751, 88741)
Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici (88735)
Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa (88772)
Elettrocardiogramma dinamico (8950)
Risonanza magnetica nucleare (RM) (88954, 88912, 8893, 88955, 88931, 88911)
Spirometria (89372,89371)
Test da sforzo (8944, 8941)

In tema di liste di attesa, la Fondazione IRCCS, considerati i volumi di pazienti in lista per le prestazioni chirurgiche monitorate dal PNGLA, con il fine di assicurare un incremento dell'offerta e il contenimento dei tempi di attesa, ha previsto la pianificazione a partire dal mese di febbraio di sedute operatorie aggiuntive in area a pagamento.

Infine, la Fondazione IRCCS, a seguito dell'analisi delle liste di attesa, in base alla quale emergono ulteriori necessità di incremento delle attività chirurgiche per tipologie di interventi non ricompresi nel PNGLA, comunica ad ATS Pavia possibili integrazioni sulle tipologie di prestazioni incentivabili ad ulteriori ambiti chirurgici, nella fattispecie:

TIPOLOGIA INTERVENTO/DIAGNOSI	CODICE PROCEDURA
TURBK	57.49
VARICOCELE	63.1; 39.92
PROTESI GINOCCHIO	00.80; 00.81; 00.82; 00.83; 00.84; 81.54; 81.55
RIPARAZIONE ARTROSCOPICA LEGAMENTI GINOCCHIO	81.45; 81.46
TONSILLECTOMIA	28.2; 28.3; 28.6
DISCECTOMIA-LAMINECTOMIA	80.51; 03.09



In conseguenza alle successive indicazioni regionali pervenute, in accordo con ATS di Pavia, è stato elaborato un piano di erogazione delle prestazioni previste dal PNGLA e sono state di conseguenza implementate ulteriori agende per la prenotazione e sedute operatorie. Le prestazioni erogate sono identificate nei flussi regionali come da indicazioni.

Per quanto riguarda il monitoraggio del raggiungimento dei target, Regione ha successivamente modificato il metodo di valutazione, scegliendo di utilizzare le macrocategorie e non le singole prestazioni.

Il monitoraggio degli obiettivi avviene attraverso il portale regionale Tableau e prevede i seguenti ambiti:

Prenotazioni da canale esterno

- obiettivo 60%
- livello raggiunto 30,7%

Appuntamenti messi a disposizione dagli erogatori pubblici

- obiettivo aprile-dicembre 102.833 appuntamenti
- % raggiungimento 95,2%



- ambiti critici: mammografie, ecografie mammarie, esame audiometrico tonale, polipectomia, eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova



fisica o farmacologica, elettromiografia, fotografia del fundus.

Si tratta almeno in parte di prestazioni riservate a percorsi interni di cura, prestazioni erogate contestualmente ad altre già prenotate oppure prestazioni erogate nell'ambito dello screening per le quali non è prevista la prenotazione in agenda, bensì la registrazione in fase di erogazione.

Volumi erogati

- obiettivo complessivo aprile-dicembre 100.600 prestazioni
- % raggiungimento 116,9%



- distribuzione raggiungimento nei tre raggruppamenti

	60%	80%	100%
ALTRA DIAGNOSTICA PNGLA ▶			111,1%
PRIME VISITE ▶			127,0%
TAC/RM ▶			129,5%

Farmaci File F ed emocomponenti

Il File F è uno strumento di compensazione finanziaria inter- ed intra-regionale che si applica ai medicinali ad alto costo erogabili dalla struttura ospedaliera e soggetti a rimborso diretto da parte delle ATS di competenza, garantendo di fatto alle ASST ed IRCCS il finanziamento dei farmaci somministrati/erogati.

Le considerazioni seguenti derivano dall'analisi 2024 e confronto con gli anni precedenti e si focalizzano su valorizzazione (importo €) e numero di pazienti trattati. Le variazioni dipendono sostanzialmente dal numero di pazienti trattati e dalle relative terapie richiedenti farmaci specifici.

A partire dal 2022 è stata eliminata la tipologia 16 (Emocomponenti somministrati in prestazione MAC05) dal Flusso File F ed è stato istituito un flusso ad hoc per la rendicontazione separata degli emoderivati denominato Flusso "Emocomponenti".

Ai fini espositivi e di lettura del presente paragrafo, le analisi e rappresentazioni grafiche sul trend storico (n. pazienti e valore €) contengono anche la tipologia 16 emocomponenti per il periodo '22-'24 in modo da poter raffrontare in modo omogeneo l'intero arco temporale 2019-2024, mentre il confronto tra 2024 e 2023 consente per determinate analisi di considerare a parte la ex tipologia 16 emocomponenti.

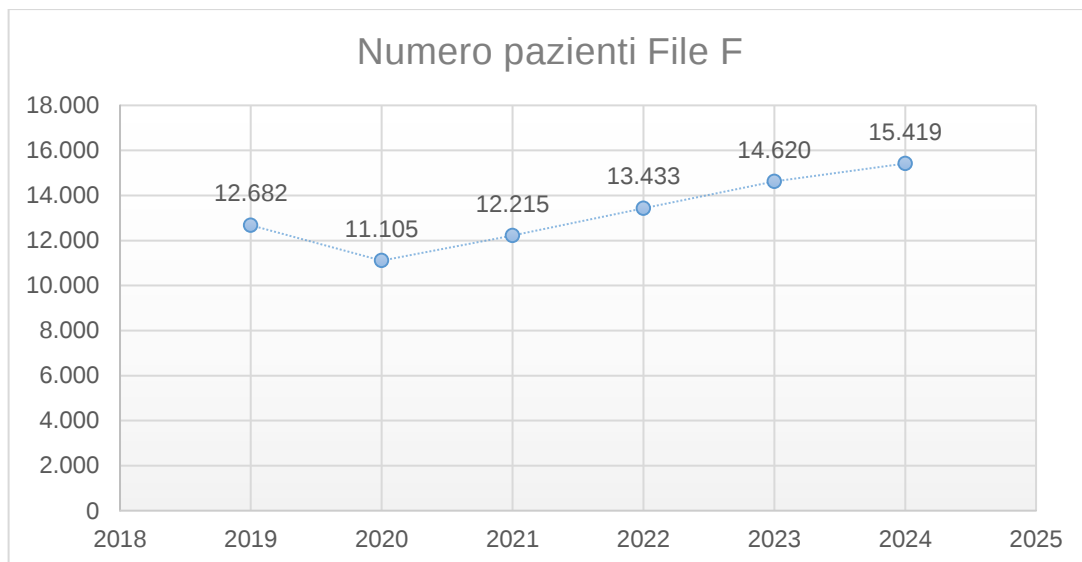
La somministrazione di farmaci File F ed emocomponenti avvenuta nel 2024 presso la Fondazione IRCCS vede un incremento di valore assoluto rispetto al 2023 di quasi 4,76 mln €, pari al 6% circa del valore ed un aumento del numero di pazienti di 799 unità (+ 5,5%).

La curva del trend sul periodo 2019-2024 presenta un medesimo andamento, anche se non perfettamente speculare nella sua inclinazione, sia per il numero pazienti che per l'importo economico del File F e degli emocomponenti.

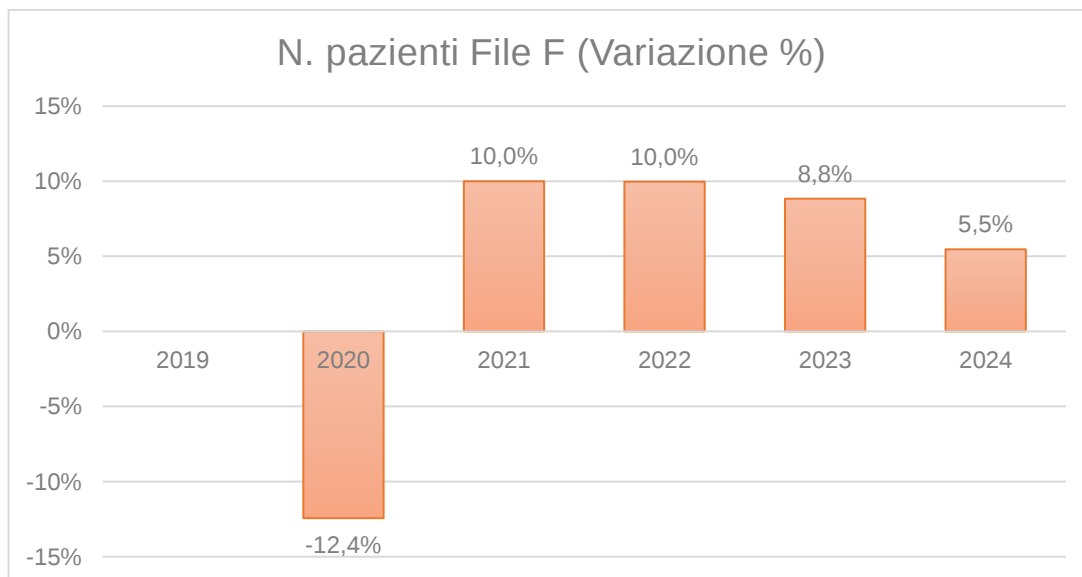
L'abbassamento della curva, con uno scarto negativo rilevante sia in termini di pazienti che di valore, registratosi nel 2020 è imputabile alle difficoltà che la crisi pandemica di coronavirus, soprattutto nel suo periodo di maggior impatto, ha causato ad ogni servizio sanitario. Il progressivo trend a salire dal 2021 è ascrivibile ad una ripresa dell'attività di somministrazione farmaci rispetto alle difficoltà incontrate durante il primo anno di pandemia da COVID-19 e tale ripresa è proseguita in modo più deciso nel 2022. Col 2023



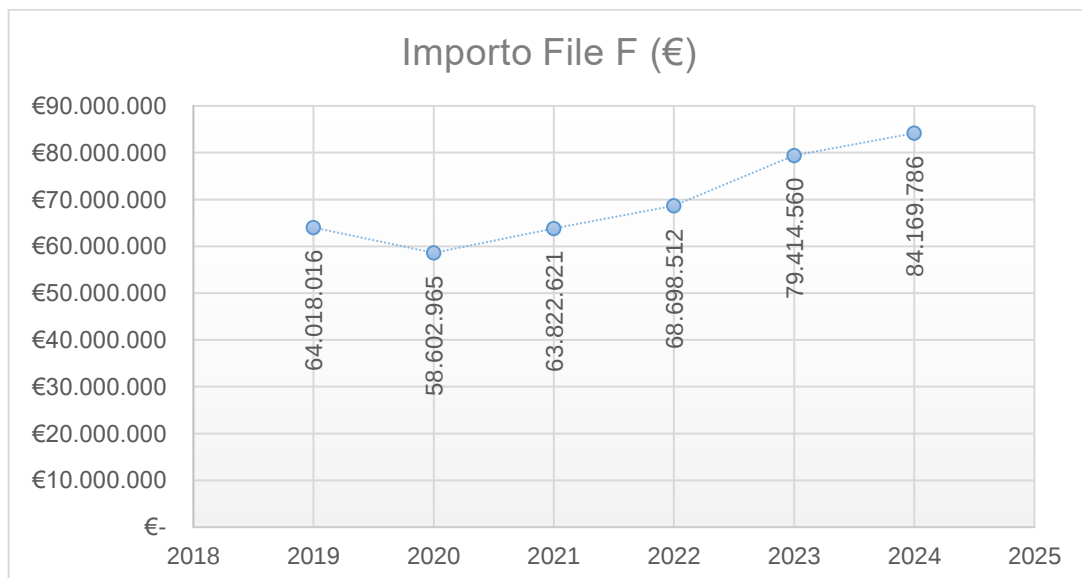
si assiste ad un incremento ancora più marcato del trend. Il 2024 presenta numeri in aumento sul 2023 anche se percentualmente meno rilevanti rispetto alla variazione registratasi l'anno precedente.



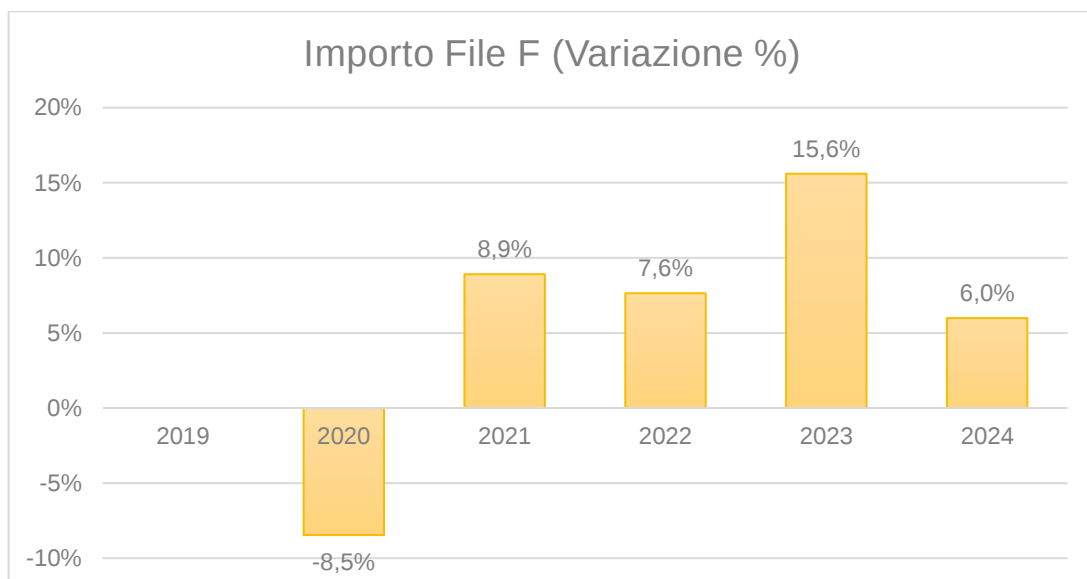
N.B.: i valori sono comprensivi anche della ex tipologia 16 Emocomponenti in modo da poter confrontare omogeneamente tutte le annualità (si precisa che dal 2022 è uscita dal Flusso File F in quanto è stato istituito un flusso a parte "Emocomponenti").



N.B.: i valori sono comprensivi anche della ex tipologia 16 Emocomponenti in modo da poter confrontare omogeneamente tutte le annualità (si precisa che dal 2022 è uscita dal Flusso File F in quanto è stato istituito un flusso a parte "Emocomponenti").

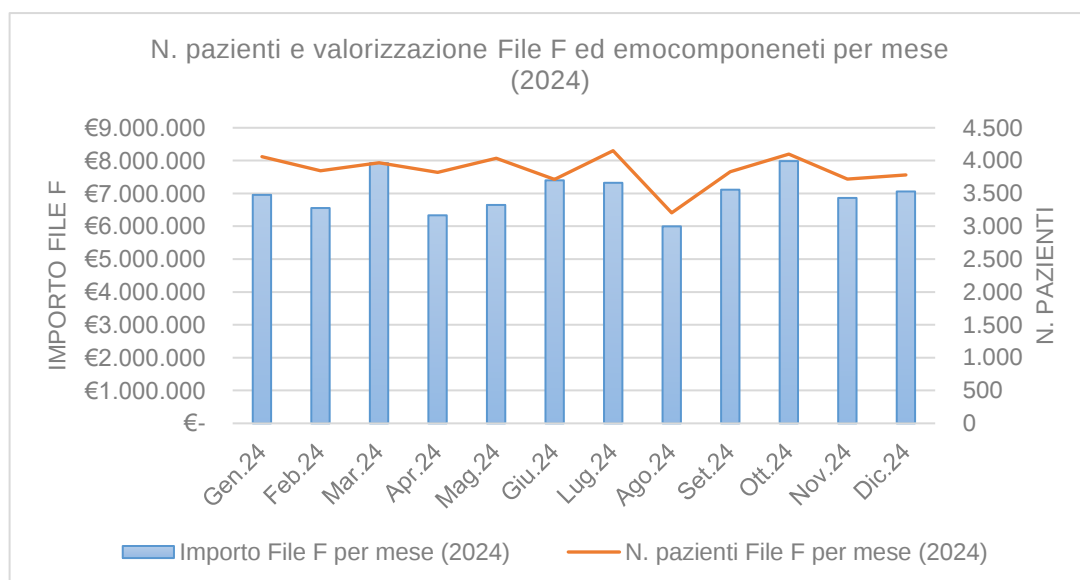


N.B.: i valori sono comprensivi anche della ex tipologia 16 Emocomponenti in modo da poter confrontare omogeneamente tutte le annualità (si precisa che dal 2022 è uscita dal Flusso File F in quanto è stato istituito un flusso a parte "Emocomponenti").



N.B.: i valori sono comprensivi anche della ex tipologia 16 Emocomponenti in modo da poter confrontare omogeneamente tutte le annualità (si precisa che dal 2022 è uscita dal Flusso File F in quanto è stato istituito un flusso a parte "Emocomponenti").

L'andamento mensile per il 2024 presenta nella distribuzione dei pazienti un range compreso tra 3.200-4.150 circa, mentre per la valorizzazione economica la forbice è compresa tra 6mln-8mln € circa. Come si può notare graficamente la curva non è lineare, ma presenta un andamento irregolare con picchi valoriali su determinati mesi. Inoltre, sempre graficamente e considerando ogni singolo mese, si può apprezzare come su alcuni mesi le variazioni tra il numero di pazienti e quelle relative al valore File F (comprensivo degli emocomponenti) differiscano anche sostanzialmente ed in alcuni casi siano l'uno l'opposto dell'altra (in giugno i pazienti si riducono, mentre il valore € aumenta e viceversa per il mese di luglio).



N.B.: i valori sono comprensivi anche della ex tipologia 16 Emocomponenti.

Il confronto sul biennio 2024-2023, prendendo in considerazione la tipologia di farmaci File F somministrati, vede alcune variazioni significative. In particolare:

- dal 1 gennaio 2024 sono state introdotte le categorie CO e DD e quindi il 2023 non risulta valorizzato;
- escludendo l'importo degli emocomponenti e considerando solamente le nuove tipologie di File F, il valore del File F delle due suddette categorie copre per il 2024 rispettivamente il 46,57% per la tipologia DD (farmaci distribuiti ed utilizzati a domicilio dal paziente) ed il 33,81% per la tipologia CO (farmaci somministrati in regime ospedaliero escluso il ricovero ed il DH oncologico).

- le tipologie 1, 2, 4, 5, 8, 9 e 14 presentano valore “0” nel 2024 in quanto rientranti nelle suddette due categorie di nuova istituzione;
- le tipologie 3 e 40 presentano le variazioni maggiori;
- le tipologie 6 e 30 conseguono lievi incrementi;
- gli emocomponenti registrano una leggera flessione.

Riepilogo Tipologia File F	Importo 2024 (€)	Importo 2023 (€)	Differenza importo (€)	Differenza importo %
1 FARMACI INNOVATIVI FASCIA H	0	35.840.865	-35.840.865	-100%
14 FATTORI DELLA COAGULAZIONE SOMMINISTRATI IN EPISODI DI RICOVERO PER ACUTI O IN RIABILITAZIONE	0	1.589.447	-1.589.447	-100%
15 Risk Sharing	-738.799	-590.047	-148.752	25%
2 FARMACI SOMMINISTRATI IN AMBULATORIO (NON PREVISTI TARIFFA AMBULAT)	0	8.719.062	-8.719.062	-100%
3 FARMACI (COMMA 4 ART1 LEGGE 648) NON REGISTRATI	888.873	1.439.310	-550.437	-38%
30 Farmaci innovativi oncologici	4.387.991	4.183.678	204.313	5%
4 TERAPIE IPOSENSIBILIZZANTI	0	81.056	-81.056	-100%
40 Farmaci innovativi non oncologici di cui al fondo nazionale (escluso HCV)	2.550.416	4.710.772	-2.160.355	-46%
5 FARMACI ONCOLOGICI UTILIZZATI IN DAY-HOSPITAL	0	13.676.040	-13.676.040	-100%
6 FARMACI CUF 37 (DOPPIO CANALE)	9.342.886	9.207.770	135.116	1%
8 FARMACI SOMMINISTRATI A STRANIERI CON CODICE INDIVIDUALE STP	0	82.619	-82.619	-100%
9 FARMACI NON REGISTRATI PER USO DOMICILIARE	0	41.979	-41.979	-100%
CO FARMACI SOMMINISTRATI REGIME OSP. ESCLUSO RICOVERO E DH ONCO	28.317.973	0	28.317.973	0%
DD FARMACI DISTRIBUITI ED UTILIZZATI A DOMICILIO DAL PAZIENTE	38.998.197	0	38.998.197	0%
TOTALE File F	83.747.537	78.982.550	4.764.987	6%
Emocomponenti (ex Tipologia 16 del File F)	422.249	432.011	-9.762	-2%
Totale File F + Emocomponenti	84.169.786	79.414.560	4.755.226	6%

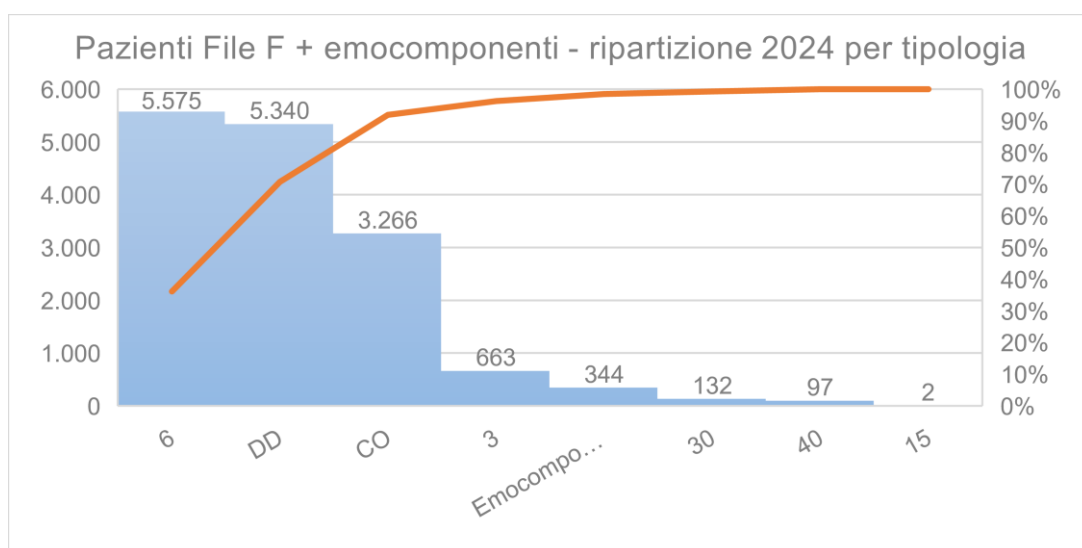
N.B.: l'analisi presentata si limita alla valutazione degli scostamenti per importi assoluti tra il 2023 ed il 2022 differenziando per tutte le tipologie di File F.

La seguente tabella presenta il confronto tra le nuove tipologie di File F valide per il tracciato dati del Flusso File F e la corrispondenza con le vecchie tipologie (così come comunicato da Regione Lombardia con nota prot. G1.2023.0043502 del 26/10/2023).



Corrispondenza tipologie File F in validità fine a fine 2023 e da inizio 2024	
Tipologie (valide fino al 31.12.2023)	Nuove tipologie dal 01.01.2024
Tipologia 1	Tip DD oppure CO a seconda del setting di utilizzo
Tipologia 2	Tip CO oppure DD a seconda del setting di utilizzo
Tipologia 3 – elenco generale 648	Tip 3
Tipologia 3 – usi consolidati 648	Tip CO oppure DD a seconda del setting di utilizzo
Tipologia 4	Tip DD
Tipologia 5	Tip CO oppure DD a seconda del setting di utilizzo
Tipologia 6	Tip 6
Tipologia 8	Tip CO oppure DD a seconda del setting di utilizzo
Tipologia 9	Tip CO oppure DD a seconda del setting di utilizzo
Tipologia 12	Tip 6
Tipologia 14	Tip CO
Tipologia 15	Tip 15
Tipologia 30	Tip 30
Tipologia 31	Tip 15 con Cod Fiscale INNOVATIVI
Tipologia 40	Tip 40
Tipologia 41	Tip 15 con Cod Fiscale INNOVATIVI

Per quanto riguarda il 2024, la maggior parte dei pazienti si concentra sulle tipologie di farmaci 6 e DD e successivamente sulla tipologia CO. Le ulteriori tipologie (compresi emocomponenti) sono interessate in modo marginale raggiungendo complessivamente l'8%.



Screening

Le attività da garantire nell'ambito degli screening organizzati da ATS Pavia sono definite tenuto conto della programmazione territoriale.

L'attività di screening svolta dalla Fondazione IRCCS, in adesione alle campagne di prevenzione ed alle indicazioni regionali sul rafforzamento degli screening, ha interessato nel 2024 tre tipologie:

- screening mammografico per la prevenzione del tumore al **seno** (tumore della **mammella**);
- screening colon retto per la prevenzione del tumore al colon retto;
- screening cervice uterina per la prevenzione del tumore al collo dell'utero.

Per ciascun programma di screening, sono stati definiti i volumi minimi di prestazioni di primo e secondo livello:

Screening mammografico	Volume erogato:
Volumi di primo livello: 10.080	MAMMOGRAFIA BILATERALE = 10.388
Volumi di secondo livello: 300	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE = 292
	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA = 81
	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA = 293

Screening colon retto	Volume erogato:
Volumi di secondo livello: 530	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA = 78
	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE = 185
	POLIPLECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO = 208
	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DEL COLON = 17

Screening cervice uterina	Volume erogato:
Volumi di primo livello: 1.500	PRELIEVO CITOLOGICO = 216
Volumi di secondo livello: 600	COLPOSCOPIA = 545



*Attività vaccinale ed in
attuazione del Piano
Pandemico PanFlu*

Attività vaccinale

In Lombardia dal 1 ottobre 2024 è stata avviata la campagna vaccinale con offerta attiva e gratuita per la stagione autunnale/invernale 2024-2025 contro l'influenza e il Covid-19, con l'obiettivo di proteggere i cittadini dalle infezioni stagionali, in particolare quelle influenzali. La prima fase (dal 1 ottobre al 4 novembre) si è rivolta alle categorie più a rischio. Successivamente, a partire dal 4 novembre, la vaccinazione antinfluenzale e anti-Covid è stata resa disponibile per tutti coloro che desideravano vaccinarsi e l'offerta gratuita è stata estesa a tutta la popolazione.

La Fondazione IRCCS ha aderito alla campagna vaccinale per la stagione invernale offrendo ai propri dipendenti ed equiparati e al personale in formazione specialistica, nonché ai pazienti fragili, il vaccino antinfluenzale e il vaccino anticovid Comirnaty JN.1. L'avvio della campagna è avvenuto in corrispondenza del Vaxday sabato 5 ottobre, dalle 9.00 alle 13.00 presso l'Ambulatorio Vaccinale (Pad. 42 piano terra – Mal. Infettive).

- Vaccinazione rivolta ai pazienti fragili in carico alla Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo e loro caregivers a partire dal 05/10 p.v., per pazienti con programma vaccinale in atto presso l'Ambulatorio Vaccinale interdipartimentale presso padiglione 42 (Malattie Infettive) e per pazienti inviati all'ambulatorio stesso da tutte le unità operative della Fondazione.
- Vaccinazione rivolta agli operatori sanitari (sulla base di un apposito calendario):
 - Ambulatorio stanziale presso il Servizio di Medicina del Lavoro dalle 10.00 alle 13.00 a partire dal 18/10;
 - Ambulatori itineranti dalle 10.00 alle 13.00 a partire dal 05/10 presso il Pad.42 piano terra nell'ambito del Vaxday.

Con DGR XII/3010 del 09/09/2024 "Prevenzione della patologia da virus respiratorio sinciziale (RSV) nella popolazione dei nuovi nati per la stagione 2024/2025" Regione ha attivato una campagna di prevenzione per le patologie da RSV per la stagione 2024/25 tramite immunizzazione con anticorpo Nirsevimab dedicata ai bambini che hanno 8 mesi o meno al momento dell'inizio della circolazione virale (i nati nell'anno solare di



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

inizio della stagione epidemica per RSV) e per i bambini nati durante la stagione (settembre – marzo).

Successivamente Regione ha inviato nota con le indicazioni operative per la preparazione dell'organizzazione della campagna di immunizzazione anti-RSV 2024/2025 per i nuovi nati attraverso l'utilizzo dell'anticorpo monoclonale BEYFORTUS disponibile nelle seguenti formulazioni:

- BEYFORTUS 100 mg – AIC 050403056 – per bambini di peso maggiore uguale di 5 kg (indicativamente pari a neonati a partire dai due mesi di vita);
- BEYFORTUS 50 mg – AIC 050403029 – per bambini di peso inferiore a 5 kg (indicativamente pari a neonati fino ai due mesi di vita).

Le indicazioni operative precisavano quanto segue per i bambini nati dal 01/11/2024 fino al 31/03/2025:

- La profilassi viene erogata dai punti nascita prima della dimissione dall'ospedale;
- Nel caso in cui il bambino non venga vaccinato presso il punto nascita, l'immunizzazione viene erogata dal centro vaccinale di competenza contestualmente alla prima dose di esavalente + pneumococco (come terza iniezione in cosomministrazione).
- L'immunizzazione deve essere registrata tramite il portale vaccinale ARVAX.

Nota bene: a titolo informativo: per i Bambini nati dal 01/01/2024 al 30/10/2024 l'immunizzazione viene erogata dal PLS del bambino.

Ogni IRCCS pubblico con punto nascita ha dovuto approvvigionarsi dell'anticorpo monoclonale per un numero di dosi pari alla stima del numero di nuovi nati nei punti nascita di competenza nel periodo da novembre 2024 a marzo 2025.

La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, in quanto sede di punto nascita, ha aderito in alla campagna di immunizzazione anti RSV rivolta a tutti i bambini nati a partire dal 1° novembre 2024.



Per quanto riguarda la campagna vaccinale 2024-2025 si riportano di seguito i volumi suddivisi per tipologia di vaccino e per target (operatori e pazienti):

CAMPAGNA ANTINFLUENZALE - ANTICOVID	
Totale somministrazioni dal 05/10/2024	
CVT SAN MATTEO - MEDICINA DEL LAVORO	
COMIRNATY JN.1	448
VAXIGRIP TETRA	32
FLUCELVAX TETRA	897
CVT POLICLINICO S. MATTEO – PAVIA (DIALISI)	
COMIRNATY JN.1	51
VAXIGRIP TETRA	65
FLUCELVAX TETRA	0
CVT SAN MATTEO - MALATTIE INFETTIVE	
COMIRNATY JN.1	119
VAXIGRIP TETRA	266
FLUCELVAX TETRA	2
EFLUELDA	10
CVT SAN MATTEO - PEDIATRIA	
FLUENZ	5
VAXIGRIP TETRA	1

CAMPAGNA ANTINFLUENZALE - ANTICOVID	
Totale somministrazioni dal 05/10/2024	
MEDICINA DEL LAVORO	
ANTINFLUENZALE	929
ANTICOVID	448
PAZIENTI FRAGILI	
ANTINFLUENZALE	349
ANTICOVID	170

CAMPAGNA ANTI-RSV	
Totale somministrazioni dal 03/11/2024	
CVT SAN MATTEO - PEDIATRIA	
BEYFORTUS	384

Attività in attuazione del Piano Pandemico PanFlu

Si riportano le azioni attuate nel 2024 correlate al Piano pandemico PanFlu:

- nel 2024 si è provveduto a caricare ed aggiornare sul portale dedicato SASHA le azioni relative alle diverse fasi pandemiche. Gli item aggiornati sono: area tematica- chiave regionale- chiave locale- Dipartimento/struttura responsabile- denominazione processi aziendali- riferimenti normativi- referente e co-referente;
- in data 18/12/2024, su indicazione regionale, è stata effettuata esercitazione relativa ad emergenza epidemica da nuovo ceppo di influenza H5N1 con trasmissione droplets. È stata monitorata la capacità di risposta delle unità coinvolte della Fondazione IRCCS ed è stato redatto un verbale finale di rendicontazione;
- partecipazione ai tavoli di lavoro regionali.

Sviluppo delle attività sanitarie

La Fondazione dà 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 vengono convogliate le risorse organizzative, al fine di erogare servizi sempre più aderenti ai bisogni di salute della popolazione, coerentemente al ruolo di primo piano che la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo riveste a livello regionale e nazionale.

Per il triennio 2023-2025 sono stati pianificati molti interventi di miglioramento sia strutturale che organizzativo in ottemperanza alle previsioni del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico aggiornato ed approvato nel corso del 2024.

Tra gli interventi pianificati si vanno a descrivere in dettaglio i più rilevanti (rendicontati anche nella Relazione del Direttore Generale a corredo del Bilancio 4° CET 2024) con gli avanzamenti a dicembre 2024.



Trasferimento SC Oncologia reparto di degenza e attività DH dal DEA al piano Padiglione 29

Nel corso del 2025 è previsto il trasferimento del DH oncologico al terzo piano del Padiglione 29.

Il completamento del progetto permetterà una razionalizzazione dei percorsi e dei processi di lavoro, favorendo l'accessibilità all'area ospedaliera ed elevando il livello di sicurezza con accorpamento attività di degenza e ambulatoriale della SC Oncologia con miglioramento della gestione dei percorsi dei pazienti. È stato possibile conseguire, inoltre, un miglioramento del percorso trapianti grazie all'allestimento di camere singole dotate di filtro. La progettualità sviluppata consentirà una migliore ergonomia lavorativa, a beneficio sia degli operatori della Fondazione sia dei pazienti che necessitano di diagnosi e cura in ambito oncologico.

Nel corso del 2024 sono stati affidati i lavori e sono stati successivamente avviati.

Trasferimento SC Ematologia ambulatori e attività DH dal DEA al Padiglione 32

In concomitanza con il trasferimento del DH oncologico al terzo piano del Padiglione 29, negli spazi lasciati liberi presso il Padiglione 32, è previsto il trasferimento delle attività ambulatoriali e di DH della SC Ematologia.

Il progetto permetterà un miglioramento dei percorsi, favorendo la distribuzione delle attività in spazi logisticamente più appropriati ai volumi di utenza che afferisce alla SC Ematologia, elevando il livello di sicurezza.

I beneficiari saranno gli operatori della Fondazione nonché i pazienti che necessitano di diagnosi e cura in ambito onco-ematologico.

Progetto realizzazione di Unità ad alto livello di Isolamento ed opere connesse (camere BLS4 e BLS3) presso terzo piano Pad 42 Malattie Infettive che integri l'attuale offerta della SC Malattie Infettive

L'obiettivo di questo progetto è realizzare una struttura di eccellenza nazionale nel



trattamento del ricovero prolungato di pazienti affetti da gravi patologie altamente infettive garantendo i più alti livelli di sicurezza biologica.

In particolare, si intende creare, nel contesto del Padiglione 42 Malattie Infettive, delle unità ad alto isolamento infettivologico per fornire assistenza medica ottimale a pazienti affetti da patologie altamente contagiose e, al tempo stesso, proteggere gli operatori sanitari, gli altri pazienti ricoverati nella struttura e la comunità in generale dal rischio infettivo.

La fase progettuale si è conclusa ed è in corso l'iter istruttorio per il reperimento dei finanziamenti residui necessari per realizzare, al piano di degenza, un'area per la gestione dei campioni biologici secondo gli standard di sicurezza previsti.

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 della Legge n. 67/1988 IV atto integrativo dell'accordo di programma quadro in materia di sanità, affidato ad Infrastrutture Lombarde S.p.A. (dal 1° luglio 2020 incorporata in Aria S.p.A.), è stata 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. Lo scopo è quello di consentire una minore dispersione di spazi e risorse e garantire maggiore efficienza ed efficacia, contestualmente ad *outcomes* qualitativi di alta specializzazione.

In particolare si è previsto di intervenire sulla struttura di tre aree della Fondazione:

- ✓ Il primo intervento previsto riguarda il **Padiglione 7** “ex-Ostetricia e Ginecologia”, costituito da 3 piani di quasi 11.000 mq totali. Il progetto prevede la divisione dell'edificio in due, di cui una metà sarà oggetto di una completa ristrutturazione per garantire ambienti moderni e perfettamente in linea con le normative di settore. In questa sede è previsto il trasferimento del Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale, attualmente 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.



- ✓ Il secondo intervento riguarda la **costruzione di un nuovo edificio in continuità con il Padiglione 10**, 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 SC di Ematologia e della SC 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 SC 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.

- ✓ Il terzo intervento riguarda il **Padiglione 30** (ex Malattie Infettive), costituito da 3 piani di 2.500 mq circa ciascuno, sul quale è prevista la ristrutturazione e la messa 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.

L'inizio della realizzazione di tale progetto è subordinato alla decisione del TAR, poiché è aperto un contenzioso.

Attuazione della Missione 6C1 del PNRR ex DGR n. XI/5373 dell'11/10/2021

Come indicato nella DGR n. XI/5373 dell'11/10/2021, le Case della Comunità diventeranno lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati affetti da patologie croniche. La Casa della Comunità sarà una struttura fisica



in cui opereranno team multidisciplinari di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti e potrà ospitare anche assistenti sociali.

La numerosità garantirà la presenza capillare su tutto il territorio regionale. All'interno delle Case della Comunità dovrà realizzarsi l'integrazione tra i servizi sanitari e sociosanitari con i servizi sociali territoriali, potendo contare sulla presenza degli assistenti sociali e dovrà configurarsi quale punto di riferimento continuativo per la popolazione che, anche attraverso una infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica permetterà di garantire la presa in carico della comunità di riferimento.

Gli Ospedali di Comunità sono strutture di ricovero di cure intermedie si collocano tra il ricovero ospedaliero tipicamente destinato al paziente acuto e le cure territoriali.

Gli Ospedali di Comunità si collocheranno all'interno della rete territoriale e saranno finalizzati a ricoveri brevi destinati a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, di livello intermedio tra la rete territoriale e l'ospedale, di norma dotati di 20 posti letto (max. 40 posti letto) a gestione prevalentemente infermieristica.

La realizzazione deriverà prioritariamente dalla ristrutturazione o rifunzionalizzazione di strutture esistenti quali ad esempio strutture ambulatoriali o reparti ospedalieri e, laddove necessario, potranno essere realizzate strutture ex novo.

Per quanto riguarda il territorio dell'ATS di Pavia, sono state individuate le sedi del Presidio di Belgioioso come Ospedale di comunità e Casa della Comunità Spoke e la palazzina ASL di Piazzale Golgi come sede della Casa di Comunità Hub.

Nel 2021 è iniziata la fase progettuale di entrambi gli interventi.

Nel corso del 2022 è stata avviata l'attività di progettazione delle Centrali Operative Territoriali, Case di Comunità e Ospedali di Comunità, dislocate tra il Pad. 33 ed il presidio di Belgioioso.

Il 24 novembre 2022 sono state inaugurate le case di comunità di Pavia e Belgioioso.

In data 27/09/2023 sono stati sottoscritti i contratti dei lavori per la realizzazione di COT, Casa di Comunità e Ospedale di Comunità a Belgioioso e COT, Casa di Comunità a



Pavia. È anche ripresa la programmazione necessaria per l'avvio delle opere (per Belgioioso già avviata) e l'interlocuzione con gli Enti autorizzativi (Comuni, VVF...).

Il 14 maggio 2024 sono terminati i lavori per la realizzazione della COT di Belgioioso e nel corso del 2024 sono proseguiti i lavori per la realizzazione della CdC. Nel mese di giugno è stata trasferita l'attività del CUP della Fondazione, per garantire la prosecuzione dei lavori, come previsto dalla programmazione condivisa con ASST Pavia.

Il 24 marzo 2024 sono terminati i lavori per la realizzazione della COT di Pavia e nel mese di maggio sono stati avviati i lavori per la CdC di Pavia. La realizzazione di tali opere comporterà il trasferimento di alcune attività ambulatoriali afferenti alla Fondazione in altra sede, in particolare nel mese di giugno è stato temporaneamente trasferito il Centro Prelievi.

In novembre 2024 sono state trasferite le attività ambulatoriali della SC Chirurgia generale 3 (Senologia) in spazi interni alle mura della Fondazione (piano 1° del padiglione 6 ex-Oculistica), al fine di garantire la prosecuzione dei lavori di ristrutturazione del Pad. 33.

Ampliamento dei posti letto di rianimazione e terapia sub-intensiva di tipo A ex DGR n. XI/3264 del 16.06.2020 piano di riordino della rete ospedaliera: attuazione dell'art. 2 del D.L. 34/2020

Nel corso del 2024 è proseguita la messa in atto delle progettualità inerenti all'attuazione dell'art. 2 del D.L. 34/2020, che consentiranno un ampliamento dei posti letto di rianimazione e terapia sub-intensiva all'interno della Fondazione IRCCS.

Adempimenti conseguenti alla DGR n. XI/6893 del 05.09.2022 "Interventi per l'efficientamento del flusso dei pazienti dal pronto soccorso"

Al fine di garantire un miglioramento dei flussi di pazienti in emergenza-urgenza che accedono in Pronto Soccorso, la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo ha messo in atto:



- a) strategie per la gestione dei pazienti in caso di non immediata disponibilità dei posti letto da parte di una singola unità operativa:
- in data 30/09/2022 ha provveduto alla nomina del "Nucleo Aziendale per la gestione dei ricoveri di area medica" della Fondazione IRCCS Policlinico "San Matteo" di Pavia con determina dirigenziale n. 537/2022 del 30/09/2022;
 - in data 16/10/2020, con nota prot. n. 20200090343, ha individuato il Dott. Cosi Matteo, Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere, quale "Bed Manager Aziendale" della Fondazione IRCCS Policlinico "San Matteo" di Pavia, l'incarico è stato poi formalizzato in data 30/09/2022 con determina dirigenziale n. 537/2022 in seguito a selezione;
 - ha avviato l'iter per la creazione di un'area di "Admission Room" dedicata ai pazienti "in uscita" dal percorso di Pronto Soccorso e quindi in attesa di essere inviati all'Unità Operativa di destinazione all'interno della Fondazione. La gestione interdipartimentale sarà affidata a dirigenti medici afferenti ai seguenti Dipartimenti: Medico, Cardio-Toracovascolare e di Emergenza-Urgenza. Tale area è stata spostata a dicembre 2022 al settimo piano del DEA;
 - in data 31/01/2020 ha attivato il servizio "Centrale Dimissioni Protette" quale percorso per la gestione delle cosiddette "dimissioni difficili" in particolar modo verso strutture riabilitative e unità di offerta residenziale della rete territoriale.
- b) Analisi e monitoraggio dell'attività delle Unità Operative di area medica anche attraverso lo sviluppo di un cruscotto dedicato al monitoraggio dei dati relativi agli indicatori individuati da Regione Lombardia.
- c) È stato aperto a gennaio 2023 uno sportello di accettazione amministrativa dedicato al Pronto Soccorso, aperto 7 giorni su 7, h12.
- d) È stata formalizzata con revisione del POAS la Struttura semplice OBI con assegnazione nominale a fine novembre 2023
- e) A partire da gennaio 2023 i dirigenti medici del Pronto Soccorso partecipano a turni incentivati come declinato nelle indicazioni di Regione Lombardia, al fine di sopperire alla carenza di personale medico.
- f) Nel corso del 2023 sono stati adottati provvedimenti per fronteggiare le criticità emerse e l'arruolamento di personale aggiuntivo a supporto continuerà nel corso del 2024.



- g) A partire dal mese di dicembre 2023 è garantita la presenza diurna infrasettimanale di associazioni di volontariato per favorire l'accoglienza dei pazienti e *caregivers* nelle aree di attesa del Pronto Soccorso.
- h) Da gennaio 2024 sono stati reclutati medici di tutte le SC della Fondazione per la copertura dei turni dell'ambulatorio codici minori, in area a pagamento.
- i) È stato attivato, nel contesto del progetto accoglienza già in atto in diverse sedi della Fondazione, uno specifico presidio diurno di volontari presso le sale d'attesa del Pronto Soccorso per favorire l'accoglienza dei pazienti e dei *caregivers*.
- j) Nel mese di giugno 2024 sono state installate le stazioni per il noleggio di sedie a rotelle anche presso l'ingresso del Pronto Soccorso.
- k) Nel mese di luglio 2024 è stato attivato l'iter di riclassificazione dell'OBI come previsto dalla DGR 787 del 31/07/2023; concluso nel mese di novembre 2024 con il riconoscimento da parte di Regione Lombardia di 15 posti tecnici di OBI in PS generale, 3 pt di OBI Pediatrica e 2 pt di OBI Ostetrica (nota G1.2024.0038341).
- l) Nel mese di dicembre 2024 ATS Pavia ha richiesto a Regione Lombardia specifiche indicazioni operative per la creazione della nuova UO di Medicina d'Emergenza-Urgenza della Struttura Sanitaria di Ricovero e Cura "Policlinico San Matteo" (nota ATS PV 87967/2024), come previsto dalla DGR 787/2023.
- m) A fine 2024 è stato elaborato il Piano Gestione Sovraffollamento aziendale e avviato iter per la successiva pubblicazione sul sistema di Qualità Aziendale.

Riorganizzazione blocco operatorio – Predisposizione ed adozione Regolamento

L'obiettivo del documento è definire l'insieme delle regole e procedure di organizzazione dell'attività dei blocchi operatori della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia, nonché la definizione dei ruoli del personale coinvolto nella stessa, con particolare attenzione agli aspetti di coordinamento ed interazione tra ruoli diversi, dei percorsi e delle risorse.

Nel documento viene definita la composizione della Commissione Permanente per il Buon Uso delle Sale Operatorie, e le sue funzioni.

Sono inoltre descritti composizione e funzioni dell'ORM: Gestore Operativo del Percorso



Chirurgico e Facilitatore Clinico e Coordinatore di Comparto.

Il documento è stato condiviso con i Direttori di Dipartimento direttamente coinvolti e presentato al Collegio di Direzione.

È stato adottato con Ordinanza Presidenziale n.39 del 17 novembre 2022 e ratificato con deliberazione n. 5/C.d.A./99 del 25 novembre 2022.

Nel corso del 2023 e 2024, sono proseguiti gli incontri della commissione per le sale operatorie con cadenza mensile e presentazione dei dati di monitoraggio, che proseguiranno per tutto l'anno. Tali incontri, data la rilevanza strategica degli argomenti, proseguiranno anche nel corso del 2025 con estensione delle SC coinvolte anche all'ambito interventistico.

Trasferimento banca occhi presso Padiglione 32

La Banca degli Occhi di Pavia "F. Trimarchi" è individuata e costituita con provvedimento dell'autorità competente (DGR 21 giugno 1994-N.54133 e con la DGR 6 dicembre 1994-N.60664) secondo l'articolo 4 della Legge 301/93. La Regione Lombardia ha conferito nel 1997 il riconoscimento ufficiale attribuendo alla Banca degli Occhi di Pavia la funzione. Dal 2006 la Banca è dedicata alla memoria del Prof. Fernando Trimarchi che fu Direttore della Clinica Oculistica e che della Banca fu il fondatore e il principale promotore dedicando grande parte della sua attività chirurgica e di ricerca a metodiche innovative nel trapianto di cornea.

La Banca degli Occhi ha il compito di raccogliere, processare, conservare e distribuire i tessuti oculari prelevati da donatore cadavere, certificandone idoneità, sicurezza, qualità e garantendo la rintracciabilità delle documentazioni relative a donatori, tessuti e riceventi nel rispetto della vigente normativa sulla privacy.

L'utilizzo di tessuti umani per trapianto in ambito oftalmologico è consentito solo previa valutazione della loro idoneità e sicurezza da parte della banca degli occhi identificata e periodicamente ispezionata dalla rispettiva autorità competente (Centro Nazionale Trapianti - CNT), che opera in conformità alle norme di qualità e sicurezza previste dalle normative europee e nazionali e delle Linee guida.



Il trasferimento della banca degli occhi al Padiglione 32 consentirà alla struttura di avere ambienti adeguati dove svolgere l'attività, al fine anche di garantire sicurezza e ottimi risultati clinici dei trapianti.

I lavori per la realizzazione della nuova Banca Occhi hanno preso avvio in data 18/03/2024.

Progetto Laboratorio Microbiologia e Virologia Pad. 42

Al piano -1 del Padiglione 42 verranno allestiti nuovi laboratori con attrezzature rinnovate rispetto a quelle attualmente in uso, al fine di garantire la continuità delle attività di laboratorio, mediante l'utilizzo di un finanziamento CIPE. I nuovi laboratori sono pensati con logica modulare adattabile alle future esigenze, in termini di spazi e alimentazioni impiantistiche.

È stato realizzato il progetto definitivo.

Progetto NGS Facility ai sensi della DGR XI/6989/2022

Il progetto, avviato nel 2023, nei primi 18 mesi ha implementato le seguenti attività:

- attivazione di percorsi diagnostici con introduzione di nuovi pannelli diagnostici;
- adesione a nuove reti di sequenziamento con implementazione delle attività;
- attività di acquisizione reagenti/consumabili condivisi;
- istruttoria acquisto strumentazione.

Attualmente è completato circa il 90% delle attività programmate. Si prevede di arrivare a completare le varie fasi programmate con la definitiva acquisizione della strumentazione necessaria al consolidamento del numero di prestazioni eseguite.

L'introduzione della nuova strumentazione avrà uno sviluppo importante nel 2025 con una previsione di ampliamento dell'offerta diagnostica e un consolidamento dell'attività di hub NGS Facility OSM.

Rimangono da completare alcune attività, sia di natura amministrativa, nonché



dell'aspetto di analisi bioinformatica, le quali necessitano di figure dedicate e condivise tra i vari SMEL della NGS Facility.

✓ Monitoraggio obiettivi operativi per l'anno 2024

Esiti monitoraggio obiettivi operativi 2024

Con il Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO) 2024-2026 erano stati individuati una serie di obiettivi operativi relativi all'area di performance "Sviluppo delle attività sanitarie". Si trattava di obiettivi/progetti a carattere annuale o pluriennale che vedevano coinvolti diverse Strutture e soggetti della Fondazione ed i cui beneficiari risultavano *in primis* i pazienti necessitanti di cure sanitarie, ma anche gli operatori e i dipendenti della Fondazione nello svolgimento delle loro attività di diretta assistenza e cura sanitaria o di supporto. La tabella seguente espone gli esiti del monitoraggio di tali obiettivi al 31/12/2024 specificando lo stato di avanzamento del progetto/processo.

Obiettivi di performance operativi 2024		Esiti del monitoraggio al 31/12/2024
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	
Trasferimento DH Oncologico dal Paglione 32 al terzo piano del Padiglione 29	Miglioramento strutturale ed organizzativo: - La razionalizzazione dei percorsi e dei processi di lavoro, accorpando l'attività di degenza e ambulatoriale della SC Oncologia; - miglioramento della gestione dei percorsi dei pazienti.	Nel corso del 2024 sono stati svolti i lavori previsti che sono in fase di completamento per il trasferimento dell'attività.
Ampliamento dei posti letto di rianimazione e terapia sub-intensiva di tipo A ex DGR n. XI/3264 del 16.06.2020 piano di riordino della rete ospedaliera: attuazione dell'art. 2 del D.L. 34/2020	Nell'ambito del riordino e la riclassificazione delle terapie intensive e sub-intensive, ottenimento dell'accreditamento di ulteriori posti letto dedicati rispetto a quelli già accreditati. Potenziamento dell'offerta sanitaria nell'ambito delle cure intensive.	Nel corso del 2024 il progetto ha subito un rallentamento a causa dell'attesa di risposta da parte del Ministero sulla rimodulazione proposta.
Progetto realizzazione di Unità ad alto livello di Isolamento ed opere connesse (camere BLS4 e	Realizzare una struttura di eccellenza nazionale nel trattamento del ricovero prolungato di Pazienti affetti da gravi patologie altamente infettive garantendo i più alti livelli di sicurezza biologica. In particolare si intende creare delle unità ad alto isolamento infettivologico per fornire assistenza medica	Nel corso del 2024 è stata completata la fase progettuale con reperimento dei finanziamenti residui necessari per realizzare, al piano di degenza, un'area per la gestione dei campioni biologici



Obiettivi di performance operativi 2024		Esiti del monitoraggio al 31/12/2024
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	
BLS3) presso terzo piano Pad 42 Malattie Infettive che integri l'attuale offerta della UOC Malattie Infettive	ottimale a pazienti affetti da patologie altamente contagiose e, al tempo stesso, proteggere gli operatori sanitari, gli altri pazienti ricoverati nella struttura e la comunità in generale dal rischio infettivo.	secondo gli standard di sicurezza previsti. Sono stati avviati, inoltre, i primi sopralluoghi per il posizionamento di una TC al servizio del Padiglione Malattie Infettive posta al piano 0. Tale apparecchiatura, in posizione strategica per i percorsi in entrata e uscita, consentirà di garantire l'esecuzione di approfondimenti diagnostici per pazienti con malattie infettive manifeste o sospette.
Progetto ILspa "Adegamenti strutturali ed impiantistici finalizzati alla razionalizzazione del policlinico ad integrazione del nuovo DEA"	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 agli outcomes qualitativi di alta specializzazione. In particolare si interverrà sulla struttura di tre aree della Fondazione: - Il Padiglione 7 "ex-Ostetricia e Ginecologia" sarà completamente ristrutturato per garantire ambienti moderni e perfettamente in linea con le normative di settore con contestuale trasferimento di alcuni servizi attualmente allocati presso altri padiglioni; - In continuità con il Padiglione 10 verrà eretto un nuovo edificio in cui si avrà: trasferimento, riorganizzazione ed unificazione delle attività di Day Hospital, MAC ed ambulatoriali dedicate alle patologie oncologiche ed ematologiche al fine di consentire l'ottimizzazione delle risorse umane e tecnologiche (obiettivo primario dell'intervento 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), e trasferimento della UOC Radioterapia dove verranno installati due acceleratori lineari LINAC per radioterapia di precisione; - Ristrutturazione e messa a norma del Padiglione 30 (ex Malattie Infettive) con contestuale 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.	L'inizio della realizzazione di tale progetto è subordinato alla decisione del TAR, poiché è aperto un contenzioso.

Obiettivi di performance operativi 2024		Esiti del monitoraggio al 31/12/2024
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	
Attuazione della Missione 6C1 del PNRR ex DGR n. XI/5373 dell'11/10/2021	Completamento della realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità tramite ristrutturazione o rifunionalizzazione di strutture esistenti. Per quanto riguarda il territorio dell'ATS di Pavia, sono state inaugurate a novembre 2022 le Case della Comunità di Pavia e Belgioioso. È prevista una ristrutturazione degli spazi esistenti, con la realizzazione di un Ospedale di Comunità presso il presidio di Belgioioso. L'obiettivo di tali strutture risulta quello di migliorare l'offerta territoriale tramite: l'integrazione dei servizi sanitari e sociosanitari con quelli sociali, e la gestione dei ricoveri brevi destinati a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, nonché la semplificazione e digitalizzazione dei percorsi, soprattutto per i cittadini over 65.	Il 14 maggio 2024 sono terminati i lavori per la realizzazione della COT di Belgioioso e nel corso del 2024 sono proseguiti i lavori per la realizzazione della CdC. Nel mese di giugno è stata trasferita l'attività del CUP della Fondazione, per garantire la prosecuzione dei lavori, come previsto dalla programmazione condivisa con ASST Pavia. Il 24 marzo 2024 sono terminati i lavori per la realizzazione della COT di Pavia e nel mese di maggio sono stati avviati i lavori per la CdC di Pavia. La realizzazione di tali opere comporterà il trasferimento di alcune attività ambulatoriali afferenti alla Fondazione in altra sede, in particolare nel mese di giugno è stato temporaneamente trasferito il Centro Prelievi. In novembre 2024 sono state trasferite le attività ambulatoriali della SC Chirurgia generale 3 (Senologia) in spazi interni alle mura della Fondazione (piano 1° del padiglione 6 ex-Oculistica), al fine di garantire la prosecuzione dei lavori di ristrutturazione del Pad. 33.
Trasferimento della chirurgia vascolare al piano 7 del DEA	La chirurgia vascolare tornerà nella sua collocazione iniziale (piano 7 del DEA), consentendo quindi anche alla chirurgia generale un ampliamento dell'attività. Tale trasferimento consentirà di aumentare l'accessibilità al reparto in termini di capacità di accogliere pazienti con patologie in ambito vascolare.	La necessità di garantire l'admission room e l'attività di cure Subacute anche nel 2023 non ha consentito di trasferire la Chirurgia Vascolare. La ricollocazione negli spazi previsti da accreditamento rimane un obiettivo per la Fondazione. Verosimilmente potrà essere perseguito a seguito dell'attivazione della Medicina d'Urgenza.
Predisposizione progettualità per la riorganizzazione degli spazi del DH Ematologia	Realizzazione di un progetto che consenta una nuova collocazione del DH Ematologia, dimensionandolo per il flusso di pazienti che accoglie quotidianamente. Tale progetto consentirà una razionalizzazione e semplificazione dei percorsi dei pazienti ematologici.	Il progetto di ricollocazione dell'attività del DH Ematologia è subordinato al trasferimento del DH Oncologico dal pad 32 al pad 29. Il progetto prevede entro la fine del 2025 il trasferimento.

Obiettivi di performance operativi 2024		Esiti del monitoraggio al 31/12/2024
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	
Avvio progetto di realizzazione nuovo ospedale. DGR n. XI/5835 del 29/12/2021 "Programma investimenti art. 20 Legge 67/88- Nuovo atto integrativo dell'accordo di programma quadro per il settore degli investimenti sanitari" e art. 1, comma 95 della legge 30 dicembre 2018 n. 145	Al fine di consentire il completamento di quanto iniziato con la realizzazione del monoblocco DEA e la dismissione dei padiglioni non più adeguati, si rende necessaria la realizzazione di una nuova struttura che possa contenere tutte le attività di assistenza, ricerca e didattica che devono necessariamente essere ricollocate e avvicinate a quella che è la nuova sede principale dell'ospedale. L'avvio del progetto parte dalla realizzazione di un nuovo parcheggio dimensionato per accoglienza utente/caregiver e la realizzazione di una palazzina della ricerca. Il progetto del nuovo ospedale ha quindi l'obiettivo di semplificare i percorsi dei pazienti, assicurando pari opportunità ed equilibrio di genere.	Nel corso del 2024 non sono state svolte attività in quanto si era in attesa di determinazioni da parte di Regione Lombardia.
Attivazione medicina d'urgenza presso DEA	La mission della medicina d'urgenza consiste nell'accogliere tutti coloro che si rivolgono al Pronto Soccorso e nel gestire tutte le patologie acute in atto, i pazienti critici e le problematiche traumatiche. La continuità di cure e di competenze con il Pronto Soccorso e la possibilità di definire il percorso migliore per ogni paziente dopo le prime ore / i primi giorni di degenza (dimissione, trasferimento in degenza ordinaria, trasferimento in terapia intensiva) rappresentano il compito fondamentale della Medicina d'Urgenza. La realizzazione del progetto consentirà una semplificazione dei percorsi per i pazienti che accedono all'ospedale tramite il percorso dell'emergenza-urgenza.	Nel corso del 2024 sono stati realizzati lavori per adeguamento ai requisiti strutturali richiesti. Il progetto è in fase di sottomissione all' ATS Pavia per il processo di accreditamento.
Trasferimento Banca Occhi presso Padiglione 32	Il trasferimento della banca degli occhi al Padiglione 32 consentirà alla struttura di avere ambienti adeguati dove svolgere l'attività, al fine anche di garantire sicurezza e ottimi risultati clinici dei trapianti.	I lavori per la realizzazione della nuova Banca Occhi hanno preso avvio in data 18/03/2024 e sono attualmente in corso.
Attivazione day-surgery	Realizzazione di un reparto di day surgery aziendale centralizzata presso il Padiglione 29 al fine di garantire l'ottimizzazione dei percorsi per la chirurgia elettiva a bassa complessità in regime di DS, DH e BIC. Tale progettualità consentirebbe un miglioramento e semplificazione nel percorso del paziente chirurgico, garantendo maggiore appropriatezza e linearità.	Nel corso del 2024 è stato perfezionato il progetto di day surgery e nel corso del 2025 proseguiranno le valutazioni economiche da parte della SC gestione Tecnico Patrimoniale per la realizzazione e da parte della SC Ingegneria Clinica per l'allestimento delle sale operatorie.

Obiettivi di performance operativi 2024		Esiti del monitoraggio al 31/12/2024
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	
Sala ibrida	Nelle more dell'attuazione del progetto per la realizzazione della sala ibrida, è stata inviata a dicembre 2023 a Regione Lombardia una relazione per l'avvio di una progettualità intermedia che preveda l'installazione di un angiografo monopiano per emodinamica e un angiografo biplano per l'interventistica neurologica. Tale progetto si inserisce nel progetto di ammodernamento necessario e non procrastinabile delle apparecchiature presenti in Fondazione.	Nel corso del 2024 si è provveduto a sostituire l'angiografo biplano. Nel corso del 2025 sarà sostituito anche quello monopiano. Sono ancora in corso gli incontri per definire la proposta definitiva di realizzazione della sala ibrida, al fine di integrarla al meglio nel percorso emergenza-urgenza.
Progetto NGS Facility	Costituzione di adeguate infrastrutture/servizi "NGS Facility" al fine di potenziare e consolidare le attività analitiche di sequenziamento di nuova generazione (Next Generation Sequencing - NGS) rendendo attuabile l'organizzazione e l'esecuzione dell'attività analitica in aree comuni a più Laboratori e con risorse tecnologiche ed umane condivise. Tale attività ha l'obiettivo di semplificare e rendere più accessibili le diverse infrastrutture presenti in Fondazione.	Il progetto è proseguito nel corso del 2024, con l'aumento delle strumentazioni necessarie al fine di aumentare il numero di prestazioni offerte.
Attivazione della rete regionale dei centri di diagnosi e cura dei tumori del pancreas – Pancreas Unit Hub	Con riferimento alla DGR XI/6241 del 04/04/2022 "Determinazioni in merito all'attivazione della rete regionale dei centri di diagnosi e cura dei tumori del pancreas – (Pancreas Unit)", la definizione di "Pancreas Unit HUB" presso la Fondazione come Struttura organizzativa multidisciplinare, permetterà al paziente di seguire un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) predefinito e integrato, erogato da Centri con adeguate tecnologie, personale competente e con elevati volumi di trattamento. L'attivazione di tale rete consentirà un accesso equo e strutturato per cittadini che presentano tali patologie.	Nel corso del 2024 è stata attivata la Pancreas Unit in Fondazione, con gestione di primi casi.



Prof. V. Bellotti
Direttore Scientifico

Andamento dell'attività di Ricerca e Didattica

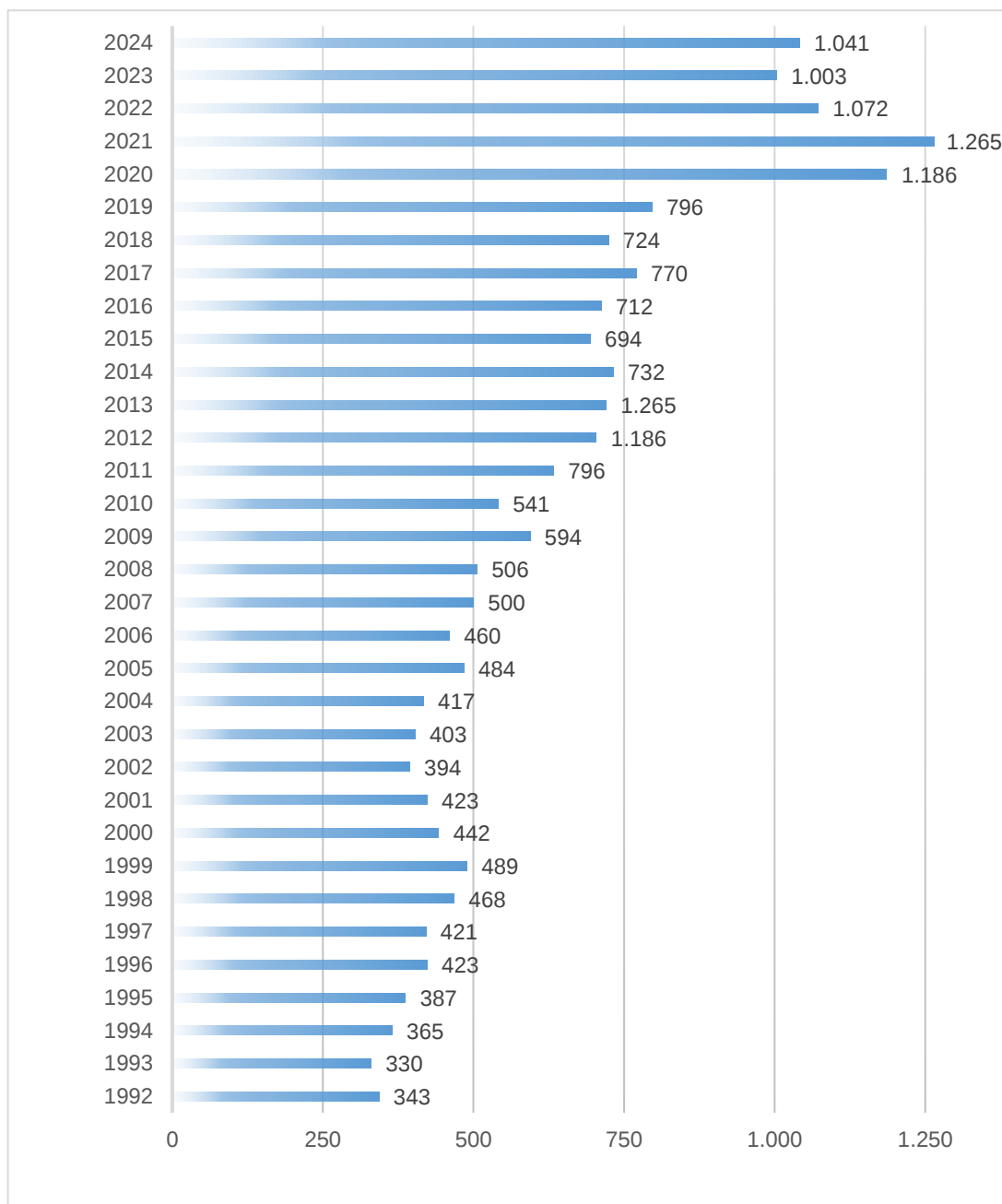
Nel 2024 l'emergenza dovuta alla pandemia da Covid-19 ha esaurito i suoi effetti anche sull'attività scientifica: le attività hanno potuto rifocalizzarsi su quanto pianificato in epoca pre-pandemia.

Il numero di lavori scientifici pubblicati dai ricercatori dell'Ospedale durante il 2024 e comparsi sulle riviste indicizzate in Medline e/o nel Science Citation Index è stato pari a 1.041.

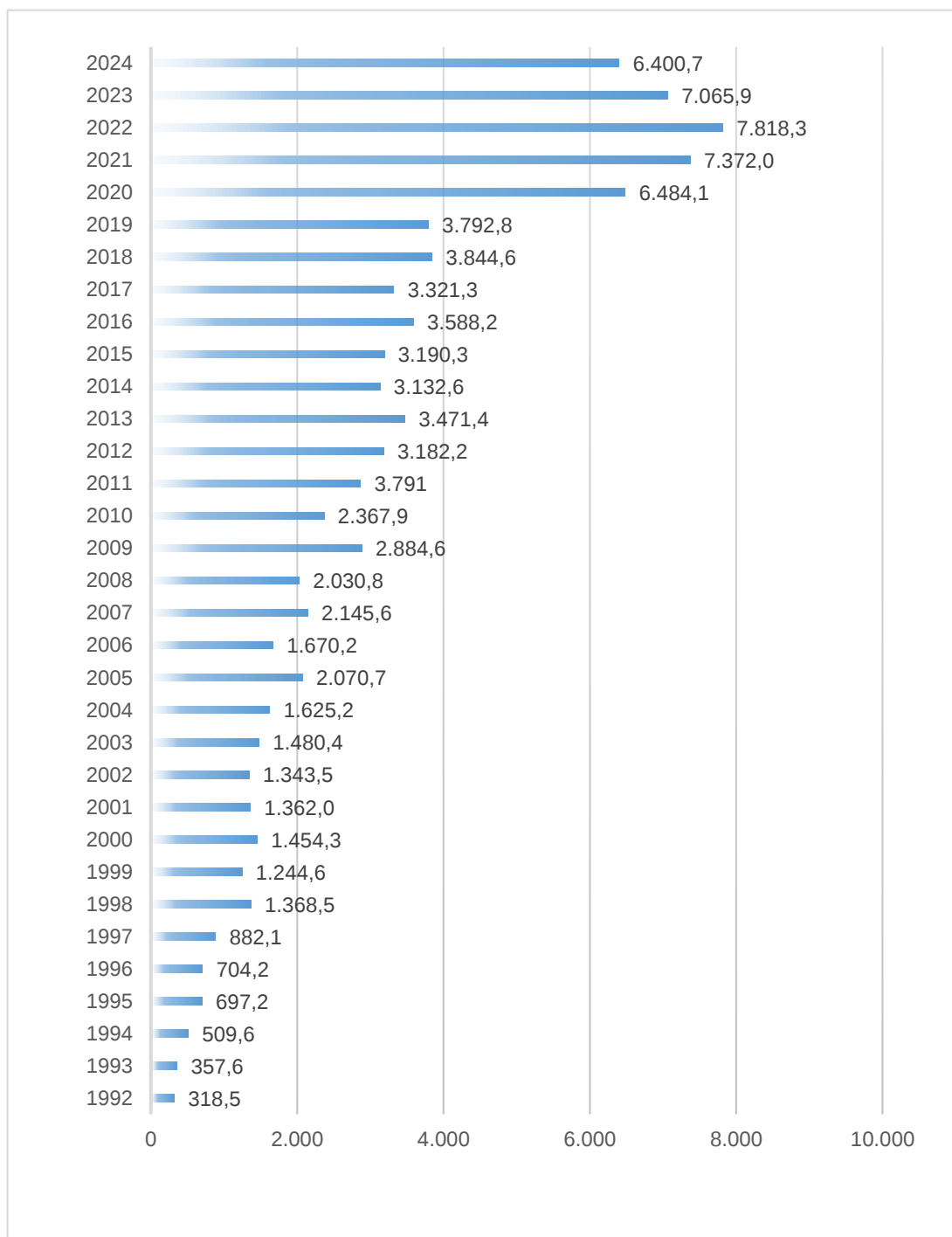
Il trend della produzione scientifica dal 2000 al 2024 in relazione sia al numero di articoli scientifici pubblicati su riviste indicizzate in Medline e/o nel Science Citation Index sia all'impact factor complessivo annualmente ottenuto, presenta una forte impennata dal 2020, dovuta in parte alla pandemia COVID che ha coinvolto la nostra Fondazione, con valori di impact factor complessivi raddoppiati rispetto al 2019 e poi confermati nel 2022, con un ulteriore incremento dell'impact factor (+ 6% rispetto al 2021). Nel 2024 si registra un lieve aumento rispetto all'anno precedente mentre si assiste a una riduzione dell'Impact Factor totale, che si attesta comunque a un livello superiore al 2019, parallelo alla diminuzione, post-pandemia, dell'impact factor di tutte le riviste scientifiche.



**Andamento della produzione scientifica anni 2000-2024:
numero di lavori in extenso su Medline e Science Citation Index**



Impact Factor anni 2000-2024



Nel corso del 2024 sono stati pianificati, perseguiti e raggiunti i seguenti obiettivi di miglioramento dell'attività di ricerca:

✓ **Collaborazioni scientifiche**

La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, è un ente di diritto pubblico convenzionato con l'Università di Pavia ed in particolare con la Facoltà di Medicina e Chirurgia non solo per il corso di laurea in Medicina e Chirurgia in lingua italiana ed in lingua inglese (corso Golgi e corso Harvey), ma anche per i corsi di laurea delle Professioni Sanitarie. La Fondazione IRCCS è inoltre sede principale o aggregata per numerose scuole di specializzazione, master di II livello o Corsi di dottorato. Nel 2022 è stata inoltre approvata la convenzione con l'Università di Pavia sulla "Piattaforma di Ricerca", requisito fondamentale perché il lavoro di ricerca effettuato da ricercatori universitari che lavorano all'interno delle "UOR" (Unità Operative di Ricerca) del San Matteo potesse essere riconosciuto dal Ministero della Salute anche come produzione scientifica della Fondazione: grazie a questa convenzione nel 2024 sono state incluse altre 4 unità di personale per un totale di 26 universitari.

La Fondazione ha svolto anche nel 2024 il ruolo di referente nazionale su numerose tematiche di ricerca soprattutto nell'ambito dell'infettivologia, delle malattie rare, delle malattie internistiche ad alta complessità e della trapiantologia e collabora attivamente con Istituzioni nazionali ed internazionali. La Fondazione IRCCS è infatti riuscita ad ottenere solo nell'ultimo anno diversi finanziamenti a livello europeo come Coordinatore di progetto. Tra questi vi è il progetto europeo InFlaMe, dedicato a contrastare il potenziale pandemico dei flavivirus, in particolare il West Nile Virus - WNV e il Dengue Virus - DENV. Il progetto, finanziato con 8 milioni di euro nell'ambito del programma HORIZON-HLTH-2024-DISEASE-08-20 dell'Unione Europea, si concentrerà sullo studio delle interazioni virus-ospite e sulle strategie di difesa per sviluppare nuove terapie contro queste infezioni. Al progetto partecipano oltre alla Fondazione IRCCS altri 11 beneficiari provenienti da 5 paesi: Imagine Institut des Maladies Genetiques Necker Enfants Malades Fondation (Francia), Fondazione Istituto Nazionale di Genetica Molecolare INGM (Italia), Medizinische Universitaet Wien (Austria), Università degli Studi di Firenze (Italia), Institut Pasteur



(Francia), Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna Bruno Ubertini (Italia), Asociacion Centro De Investigacion Cooperativa En Biociencias (Spagna), Consiglio Nazionale delle Ricerche (Italia), Masarykova Univerzita (Cechia), e Innovation Acta SRL (Italia).

Altri progetti di respiro internazionale finanziati nel 2024 che vedono la Fondazione IRCCS coordinatore sono SAIL- Synthetic Ago/antagoMIR nanovehicles for Immunoregulation: a possible approach in cancer and Lung transplantation vincitore del bando ERA4Health Joint Transnational Call for Proposals 2024 “Nano and advanced technologies for disease prevention, diagnostic and therapy” (NANOTECMEC) e EUREKA - Bonding molecular genotyping and phenotyping to outcome measures in AL amyloidosis: A EUROpean REGistry and sample sharing networkK to promote the diagnosis and management of light chain Amyloidosis della call: EJP RD JTC 2022.

✓ **Riorganizzazione del personale precario della ricerca**

Per quanto esposto in seguito ci si riferisce al Personale inquadrato nel ruolo non dirigenziale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria.

Come previsto dalla L. 27/12/2017, n.205 (Legge di Bilancio 2018) è stato istituito presso gli IRCCS pubblici e gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali “un ruolo non dirigenziale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria” (c.d. “Piramide”). La Fondazione IRCCS Policlinico “San Matteo” è stata tra i primi Istituti ad avviare il reclutamento del personale rientrante nel ruolo di cui ante attraverso la procedura transitoria stabilita dall’art.1, comma 432, della norma di cui ante, come modificato dall’art.25, comma 4, del D.L. 30/12/2019, n.162.

A giugno del 2023 e si è provveduto alla valutazione del terzo anno di attività sia dei Ricercatori sanitari che dei Collaboratori professionali di ricerca sanitaria assunti tramite tale modalità di reclutamento. Valutazioni tutte con esito positivo. Tali valutazioni positive erano tra i criteri stabiliti dal sottocitato decreto legge inerente la stabilizzazione di quota parte dei suddetti piramidati.



Infatti, a seguito di quanto stabilito all'art. 3-ter del decreto-legge 51 del 10 maggio 2023 convertito con legge 87 del 3 luglio 2023 del comparto e della dirigenza del Servizio Sanitario Nazionale di cui all'art. 1 comma 268 lettera b) della legge n. 234/2021 e successive modifiche ed integrazioni, è stato indetto il bando 15/12/2023 riportante la procedura di stabilizzazione del personale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria. In base ai criteri stabiliti dal suddetto bando si è provveduto alla stabilizzazione, nel corso dell'anno 2024, di n.32 Ricercatori sanitari e n.36 Collaboratori professionali di ricerca sanitaria. Nel corso dell'anno 2025 (termine ultimo stabilito dalla sopra riportata normativa), si provvederà alla stabilizzazione di ulteriori n.8 Collaboratori professionali di ricerca sanitaria e di n.8 Ricercatori sanitari.

Nel corso dell'anno 2024 in conformità del Regolamento della Fondazione IRCCS per la definizione dei criteri per l'attribuzione dei premi correlati alla performance organizzativa ed individuale del personale del ruolo di ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria, approvato con deliberazione n.5/C.d.A./113 del 22 dicembre 2022, son stati calcolati i premi di relativi all'anno 2023.

Al 31/12/2024 risultavano in servizio n.54 Ricercatori sanitari e n.50 Collaboratori professionali di ricerca sanitaria.

Nel 2024 si è provveduto ad immettere in servizio all'espletamento dei concorsi programmati con l'assunzione di n.2 Ricercatori sanitari.

Nel corso dell'anno 2025 è previsto lo svolgimento delle procedure concorsuali per l'immissione in servizio di n.11 Ricercatori sanitari.

✓ **Attività dell'Ufficio per il Trasferimento Tecnologico**

La valorizzazione della ricerca è un aspetto fondamentale di un IRCCS al quale il Ministero della Salute ha dedicato e dedica tutt'ora, grande attenzione. Il Trasferimento Tecnologico rappresenta una missione ineludibile per gli IRCCS come recentemente sancito dalla sentenza del Consiglio di Stato. Il Direttore Scientifico ha creato nel 2019 l'Ufficio per il Trasferimento Tecnologico (TTO) nel San Matteo,



dotato di un adeguato regolamento che è stato approvato dal CdA della nostra Fondazione il 29 giugno 2020 "Regolamento per la tutela, gestione e valorizzazione della proprietà intellettuale" e modificato successivamente il 14 ottobre 2021 con deliberazione n. 5/C.d.A/0114.

Nel 2024 è continuata l'attività del TTO attraverso il supporto dei ricercatori nella negoziazione e sottoscrizione di accordi di collaborazione, Material Transfer Agreement (MTA), Data Transfer Agreement (DTA) e Non-Disclosure Agreement (NDA), accordi di co-sviluppo e Proof of Concept. L'ufficio si occupa anche della protezione e valorizzazione dei risultati di ricerca e del trasferimento alle imprese delle invenzioni, del know-how dei ricercatori della Fondazione.

La partecipazione alle TTO schools organizzate dal Ministero della Salute, agli incontri nei gruppi di lavoro ministeriali e agli eventi dell'Associazione NETVAL ha permesso di creare uno staff di riferimento in Direzione Scientifica in grado di iniziare ad affrontare i numerosi problemi organizzativi (regolamenti, procedure di gestione, etc.), di formazione e supporto ai ricercatori. Sono inoltre continuati i contatti con il TTO dell'Università di Pavia per creare opportune collaborazioni fra le due Istituzioni.

La Direzione Scientifica in sinergia con tutta la Direzione Strategica della Fondazione ha collaborato, alla creazione di un TTO congiunto con gli altri tre 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.

La costituzione del Progetto, finanziato dalla Regione Lombardia, ha dato vista alla creazione del "Technology Transfer Office Congiunto per i quattro IRCCS Pubblici Lombardi" (acronimo TTO4IRCCS). In questo contesto è stato messo a punto con i tre IRCCS pubblici lombardi un progetto di ricerca FORCE-4-CURE sull'avanzamento tecnologico nell'ambito delle terapie cellulari, coordinato dalla Cell Factory del San Matteo, e finanziato dalla Regione Lombardia.

Si sono svolte quindi attività congiunte fra i quattro IRCCS pubblici lombardi per rendere operativa la collaborazione. Si ricordano alcuni dei risultati più importanti: la costituzione della Commissione Brevetti Congiunta e della Commissione Spin Off



Congiunta, SOP comuni, Regolamento Spin-off congiunto, Regolamento sulla tutela della Proprietà Intellettuale Congiunto. 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.

In particolare, fino ad oggi sono state depositate 16 domande di brevetto italiane, europee e internazionali per un totale di 6 famiglie brevettuali.

Nel 2022, insieme agli altri IRCCS Pubblici lombardi, il San Matteo ha fondato la Fondazione Innovazione Sviluppo e Trasferimento Tecnologico (FITT) con sede presso MIND (Milano Innovation District), come da Deliberazioni CdA n. 104 del 25/11/2022 e n. 110 del 22/12/2022 e provvedimenti regionali di autorizzazione nota D.G. Welfare del 25/03/2022 e nota Direzione Centrale Affari Istituzionali del 14/12/2022. La Fondazione Innovazione Sviluppo e Trasferimento Tecnologico persegue lo scopo di promuovere e valorizzare in Italia ed all'estero i risultati della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica del sistema italiano al fine di favorire lo sviluppo dell'economia del Paese ed ha per oggetto l'attività di trasferimento tecnologico negli ambiti delle scienze della vita, delle tecnologie umane e della long life. Grazie allo stand di FITT, il San Matteo ha partecipato attivamente con la presentazione di un poster a Biovaria 2024.

Dal 2023 il San Matteo partecipa al progetto PerfeTTO, prima rete italiana composta da uffici di trasferimento tecnologico (TTO) nel settore delle Scienze della Vita finanziata con un investimento pubblico complessivo di 15 milioni di euro dal Ministero della Salute attraverso il Piano Nazionale Complementare (PNC) al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Ecosistema Innovativo della Salute E.3. Il progetto mira ad incentivare la cultura nazionale del trasferimento tecnologico nell'ambito delle Scienze della Vita.

Grazie ai fondi PerfeTTO, nel 2024 hanno iniziato a lavorare presso l'ufficio, due nuove risorse per implementare la funzione di Comunicazione e Divulgazione Scientifica.

È aumentata la visibilità del TTO del San Matteo a livello nazionale e internazionale grazie alla partecipazione degli eventi organizzati da PerfeTTO, sia di tipo formativo che di networking.



✓ Attività del Grant Office

Nel corso del 2024 il Grant Office ha proseguito ad offrire supporto ai ricercatori per tutte le fasi del ciclo di un progetto di ricerca: da attività di “scouting e counseling” su bandi regionali, nazionali, internazionali, al “project design” consistente nel supporto alla stesura della proposta progettuale in ogni sua fase, fino al “project management” nelle fasi di monitoraggio e rendicontazione.

Il Grant Office in particolare:

- monitora bandi e opportunità di finanziamento con uno screening mirato che tiene conto delle diverse aree di competenza tecnico-scientifica e degli interessi di ricerca dei ricercatori,
- organizza incontri *ad hoc* con i ricercatori per illustrare le potenzialità dei bandi selezionati e le opportunità di ricerca ad essi riconducibili;
- supporta i ricercatori nella fase di sviluppo di progetti di ricerca mediante la cura delle sezioni tecnico amministrative del progetto e revisione critica dell'elaborato complessivo, garantendo il corretto adempimento delle procedure, la corretta applicazione dei regolamenti e il rispetto dei requisiti in essi stabiliti;
- supporta i ricercatori nella fase di post aggiudicazione del progetto mediante la predisposizione della documentazione necessaria per l'avvio dell'attività progettuale e l'affiancamento nella scrittura di report intermedi e finali del progetto;
- organizza seminari e workshop e incontri mirati per la scrittura di progetti, per la discussione di specifiche opportunità di finanziamento e per ottenere feedback informativi su nuove idee di ricerca;
- partecipazione a conferenze aventi ad oggetto la presentazione e l'illustrazione di bandi regionali, nazionali ed europei, a corsi di formazione organizzati dal Ministero della Salute e dall'Agenzia per la promozione della ricerca europea (APRE), finalizzati allo studio e all'apprendimento di tecniche e metodi per la redazione e per la rendicontazione di progetti europei (Horizon Europe).

Oltre a PerfeTTO, dal 2023 il Grant Office supporta la Fondazione IRCCS nella gestione amministrativa e scientifica di un altro progetto finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del Piano Nazionale Complementare (PNC) al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) dall'acronimo **INNOVA**. La Fondazione IRCCS, in qualità di Spoke di I livello, collabora con altri 43 partner per creare una piattaforma di diagnostica avanzata multidisciplinare che operi all'interno del sistema italiano di assistenza sanitaria e ricerca traslazionale.

Tra le attività svolte nel 2024 si segnala il supporto ai seguenti bandi:

- Fondazione Cariplo;
- Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica;
- Horizon Europe;
- European Joint Programme on Rare diseases e EraPerMed on Personalised medicine;
- Ricerca Finalizzata del Ministero della Salute,
- Ministero delle Imprese e del Made in Italy
- AIRC;
- Fondazione Roche;
- Fondazione Comunitaria Provincia di Pavia;
- Fondazione Cassa Deposito e Prestiti (CDP)
- Fondazione Telethon;
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);
- Piano Nazionale Complementare (PNC);
- Ricerca corrente.

Da aprile 2021, Il Grant Office organizza incontri mensili dal titolo "Un caffè con il Grant Office" rivolti ai ricercatori per discutere, affrontare e approfondire tematiche legate ai bandi e al mondo della ricerca. Questi incontri si sono protratti per tutto il 2024 e proseguono con vari argomenti attinenti alla ricerca.

Durante gli anni 2022-2025, il Grant Office ha pubblicato 5 bandi di Ricerca Corrente con uno stanziamento complessivo di 8.682.760,00 di euro.



La partecipazione al bando è stata completamente informatizzata attraverso l'utilizzo della piattaforma Doc2Res a seguito della collaborazione con il CBIM-Consorzio di Bioingegneria e Informatica Medica.

I progetti selezionati sono stati esaminati da 5 revisori esterni, ciascuno per la propria area di interesse, e dal Direttore Scientifico che hanno valutato la qualità e il profilo professionale del gruppo di ricerca coinvolto.

Tra i 5 bandi espletati, un'edizione è stata dedicata all'Intelligenza Artificiale. In particolare, la Direzione Scientifica ha finanziato 11 progetti su 12 ricevuti che si avvalessero in modo sostanziale di metodologie proprie dell'intelligenza artificiale e che si potevano sviluppare in un arco temporale relativamente breve di 18 mesi con un budget di finanziamento di 60.000 euro ciascuno. Per questa edizione sono stati reclutati come revisori Professori ed Ingegneri in ambito informatico dell'Università degli studi di Pavia.

✓ **Documentazione scientifica**

Il Servizio di Documentazione Scientifica ha fornito nel 2024 supporto a diverse attività strategiche, tra cui:

- l'attività di reference per gli utenti, finalizzata alla ricerca e al reperimento di documentazione scientifica, alla consultazione delle banche dati e alla valutazione della propria produzione scientifica;
- la formazione dei ricercatori sull'uso delle fonti di informazione scientifica e sugli indicatori bibliometrici;
- il supporto alla Direzione Scientifica per la rendicontazione annuale al Ministero della Salute riguardante la produzione scientifica e la valutazione bibliometrica dell'attività di ricerca attraverso;
- l'analisi bibliometrica a supporto della simulazione, assegnazione e valutazione dei punteggi relativi alle linee di ricerca per le quali la Fondazione IRCCS San Matteo è riconosciuta come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), in relazione all'applicazione della nuova legge di riordino degli IRCCS;



- produzione di report bibliometrici attraverso gli strumenti di Scival ed Incites seguendo i criteri indicati dal Ministero della salute per la valutazione degli IRCCS;
- la valutazione bibliometrica annuale dei ricercatori assunti a tempo determinato nell'ambito della "piramide della ricerca";
- valutazione degli obiettivi di performance dei piramidati, sia del supporto che della ricerca, in base al regolamento del San Matteo riguardante le premialità annuali;
- il supporto ai ricercatori della Fondazione San Matteo nella predisposizione della documentazione scientifica necessaria per partecipare ai bandi di ricerca, in particolare per i progetti di ricerca finalizzata del Ministero della Salute, bandi regionali e organizzazioni no profit.

Ha inoltre partecipato attivamente agli incontri con il Ministero nel corso dell'anno, finalizzati alla discussione di un possibile riordino dei criteri di valutazione della produzione scientifica per il biennio 2025-2027 e alla revisione della classificazione adottata fino ad oggi.

✓ **Biobanche**

Le biobanche rappresentano una preziosa fonte di risorse per la diagnosi e per la ricerca da quella di base fino alla sperimentazione di terapie in quanto permettono di aver a disposizione il genoma umano e i prodotti della sua espressione. Nel San Matteo, attualmente, vi sono molti ricercatori che a titolo individuale collezionano materiale biologico. In genere si tratta di gruppi piccoli e con un basso livello di organizzazione. Le strutture dedicate a questo scopo sono infatti carenti di personale specializzato e di fondi sufficienti per adeguare gli impianti alle normative vigenti in modo da garantire la qualità, lo stoccaggio dei campioni in sicurezza, la loro distribuzione e la gestione informatizzata dei dati secondo quanto previsto dalle leggi per la tutela della riservatezza. L'utilizzo dei campioni conservati inoltre risulta limitato al gruppo di ricerca che ne ha curato la costituzione. Il Direttore Scientifico ha elaborato un progetto che ha le finalità di definire le tipologie e i ruoli delle diverse biobanche e raccolte di campioni presenti nel San Matteo e di proporre la



razionalizzazione delle risorse e di centralizzazione di piccole/medie banche esistenti al fine di fornire un servizio di alta qualità a più gruppi di ricerca. Il progetto è approvato dal CdA nel 2018.

Nell'aprile 2019 è stata offerta la possibilità di partecipare ad un singolo Centro Risorse Biologiche alla Fondazione Maugeri e all'Istituto Mondino. Invito accolto positivamente con l'invio delle necessità di bancaggio delle due Istituzioni nei prossimi 10 anni.

Nel 2020 si è dato seguito all'acquisto di nuova strumentazione per la criopreservazione mentre il progetto edile è stato completamente ridisegnato nell'ambito del complessivo progetto edilizio per lo sviluppo del Nuovo San Matteo previsto dalla Direzione Strategica.

Anche nel corso 2021 la Direzione Scientifica ha implementato la strumentazione tramite l'acquisto di 18 Freezer e 5 bidoni criogenici di ultima generazione, grazie al finanziamento Conto Capitale del Ministero della Salute. L'obiettivo è quello di rafforzare le biobanche già disponibili presso la Fondazione in vista della costituzione della Biobanca Unificata.

Nel 2022 sono iniziati i lavori per la costituzione della Biobanca Unificata dove verranno installati 7 bidoni criogenici di ultima generazione e Freezer -80° al fine di centralizzare la raccolta dei campioni biologici della Fondazione.

La stesura del progetto è stata gestita e diretta dal Direttore della S.C. Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale – Sicurezza, individuato come Responsabile Unico di Progetto (RUP) ai sensi del Codice dei Contratti Pubblici mediante il Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./966 del 19/07/2024. Il RUP ha operato e opera tutt'ora quotidianamente in stretta sinergia con la Direzione Scientifica della Fondazione. Al succitato decreto se ne è affiancato anche un secondo relativo all'affidamento dei lavori edili del sito fisico individuato (assieme a quelli impiantistici di natura elettrica) all'operatore economico Ecoedil S.r.l. mediante il Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./1289 del 10/10/2024 "Lavori di realizzazione di una biobanca e locale frigoriferi presso il padiglione 11 fisiatria - presa d'atto dell'esito della procedura di affidamento diretto previa richiesta di preventivi ed autorizzazione alla stipula del contratto con Ecoedil S.r.l.".



Nel 2024 è stato stilato il capitolato per la gara di gara per l'affidamento del servizio di conduzione omnicomprensiva della biobanca integrata tessuto-genomica della ricerca della fondazione. Il procedimento di affidamento in outsourcing del progetto di realizzazione della Biobanca è in via di ultimazione: la gara, avviata in data 08 novembre 2024 mediante Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./1392 del 31/10/2024 "Avvio procedura aperta per l'affidamento chiavi in mano del servizio di conduzione omnicomprensiva della Biobanca Integrata Tessuto-Genomica della Ricerca della Fondazione IRCCS", ha previsto il 20 dicembre 2024 quale termine di presentazione delle offerte da parte del Mercato Economico. La gara è stata poi aggiudicata con decreto del Direttore Generale N. 6/D.G./293 del 12/03/2025.

✓ Reti di Ricerca

L'IRCCS Policlinico San Matteo è membro di tutte le reti nazionali IRCCS volute e coordinate dal Ministero della Salute ed è quindi coinvolto nei progetti di ricerca di rete.

Nello specifico:

- Rete Cardiologica – 4 progetti attivi nel 2024;
- Rete Aging – 1 progetti attivi nel 2024;
- Rete Neuroscienze e Riabilitazione (RIN) - 1 progetto attivo nel 2024;
- Rete Apparato Muscolo Scheletrico (RAMS) - 1 progetti attivi nel 2024;
- Rete Dermatologica;
- Rete Alleanza contro il Cancro (ACC) - 1 progetto attivo nel 2024;
- Rete OECl;
- Rete DIGICORE;
- Rete BIBLIOSAN – Coordinamento Nazionale 2003-2024.

La nostra Fondazione fa anche parte della rete europea oncologica OECl, che si prefigge di promuovere una maggiore cooperazione tra centri e istituti oncologici europei. Inoltre il MEF ha approvato il finanziamento dell'ambizioso progetto Health Big Data (HBD), coordinato dal Ministero della Salute, in collaborazione con le reti



Alleanza Contro il Cancro, Neuroscienze e Neuroriabilitazione, Cardiologica e il Politecnico di Milano. HBD mira appunto a creare una piattaforma tecnologica nazionale che consenta la raccolta, condivisione e analisi dei dati clinici e scientifici dei pazienti di ciascun IRCCS. Oltre al progetto HBD su scala nazionale, Alleanza contro il cancro è in prima linea anche a livello europeo con la rete europea OECI, partecipando all'iniziativa DIGICORE, che si propone di implementare la raccolta e l'utilizzo di Big Data in oncologia attraverso la formazione di un "network di networks" internazionale e digitalmente avanzato.

Nell'ambito di eccellenza delle malattie rare va inoltre considerata l'inclusione dei Centri della Fondazione in 7 reti ERN (all_49_ERN_Italia):

- ReCONNECT – Rete di riferimento europea sulle malattie muscoloscheletriche e del tessuto connettivo;
- EUROBLOOD - Rete di riferimento europea sulle malattie ematologiche;
- GUARD HEART - Rete di riferimento europea sulle malattie cardiache;
- PAEDCAN - Rete di riferimento europea sui tumori pediatrici (ematooncologia);
- RITA - Rete di riferimento europea sull'immunodeficienza e le malattie autoinfiammatorie ed autoimmuni;
- VASCERN - Rete di riferimento europea sulle malattie vascolari multisistemiche rare;
- LUNG - Rete di riferimento europea sulle malattie respiratorie.

Nel mese di luglio 2022 la Commissione Europea ha incaricato l'ente certificatore "ACSA International" di verificare il mantenimento dei requisiti di eccellenza degli enti facenti parte delle reti ERN attraverso un processo di autovalutazione, che si è concluso nel mese di febbraio 2023.

Le valutazioni hanno avuto esito positivo per tutte le reti ERN: nel 2024 il Centro HUB è ancora in possesso delle caratteristiche di eccellenza per mantenere il suo ruolo nelle Reti.



Inoltre per la rete GUARD-HEART in data 21 aprile 2023 è stata fatta anche una visita *in loco* da parte dell'ente certificatore "ACSA International" che ha valutato molto positivamente il Centro per le Malattie Genetiche Cardiovascolari: "The HCP perform an high quality standard of care, research and education process to family, patients and clinicians...".

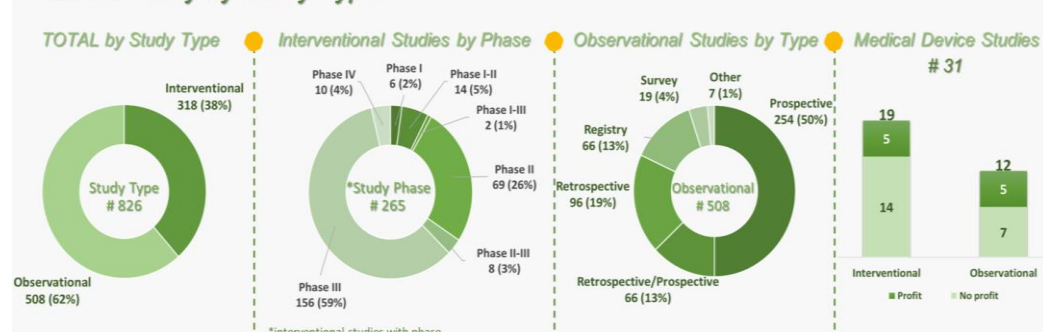
Sempre in ambito di reti di Ricerca, è bene ricordare che anche per il 2024 l'IRCCS San Matteo è socio di:

- Associazione Netval;
- Cluster Lombardo Scienze della Vita;
- GIDIF.

✓ Studi clinici

Nel 2024 la Fondazione ha gestito un portfolio di circa 826 studi clinici dei quali 318 (pari al 38%) studi di natura interventistica e 508 (pari al 62%) di natura osservazionale.

Clinical Study by Study Type



Gli studi interventistici farmacologici attivi sono 265, e coprono tutte le fasi, dalla fase I alla fase IV post marketing, con un numero maggiormente elevato per le fasi II e III.

Negli ultimi anni anche gli studi su device hanno avuto un più ampio sviluppo, in conseguenza al nuovo Regolamento (UE) 2017/745 (MDR). Come si evince

dall'immagine di cui sopra, su un totale di 31 studi, 19 sono gli studi interventistici che hanno visto coinvolta la Fondazione, di cui 5 profit e 12 quelli di natura no-profit.

✓ **Bibliosan**

La Fondazione coordina inoltre Bibliosan, la rete che riunisce tutte le biblioteche e i centri di documentazione scientifica degli Enti vigilati dal Ministero della Salute (IRCCS, IZS, ISS, AGENAS, INAIL), nonché di AIFA, CNAO e della Fondazione Human Technopole di Milano.

Attraverso questa rete vengono messe a disposizione dei ricercatori risorse documentali provenienti dalle principali case editrici scientifiche internazionali, a condizioni economiche vantaggiose grazie al principio di economia di scala. L'offerta comprende non solo riviste scientifiche, ma anche banche dati bibliografiche e strumenti informatici per il monitoraggio e la valutazione dell'attività di ricerca svolta dagli enti aderenti a Bibliosan.

A queste risorse si affianca un'importante attività di formazione, rivolta sia ai bibliotecari sia ai ricercatori, sull'uso delle risorse in abbonamento, sull'etica della ricerca, sulle riviste predatorie e, più recentemente, sull'impatto dell'intelligenza artificiale nel settore dell'informazione scientifica.

Dal 2022 a oggi, Bibliosan ha inoltre finanziato circa 1.800 APC (Article Processing Charges) a supporto della pubblicazione ad accesso aperto da parte dei ricercatori.

✓ **Integrità della ricerca**

La Fondazione IRCCS riconosce e promuove l'onestà e l'integrità della propria comunità scientifica, in linea con la sua missione di eccellenza nella ricerca fondamentale e clinica per garantire standard elevati di qualità, affidabilità e riproducibilità delle attività scientifiche, ed è per questo motivo che la Fondazione IRCCS ha adottato, tramite il decreto del Direttore Generale N. 5/D.G./864 del 03/07/2024, il Codice di Integrità della Ricerca.



A seguito dell'adozione del Codice è stato istituito, con decreto del Direttore Generale N. 5/D.G./997 del 29/07/2024, un gruppo di lavoro composto da 7 componenti, coordinato dal responsabile della SSD Grant Office, TTO e Servizio di documentazione scientifica, per redigere un regolamento che si occupi di tutelare e rafforzare la cultura dell'integrità nella scienza, che intervenga con rigore su tutte le segnalazioni fondate di cattiva condotta nella ricerca e protegga al contempo la comunità da accuse infondate.

Il gruppo sta lavorando in sinergia con i vari uffici della Fondazione IRCCS al fine di disciplinare un'ampia gamma di attività volte a sostenere e sviluppare l'integrità della ricerca, tra cui:

- armonizzazione dei principi di integrità nella ricerca e a sviluppare programmi formativi efficaci per le nuove generazioni di scienziati;
- promozione di una cultura della trasparenza, dell'etica e della responsabilità nella ricerca scientifica;
- gestione e supervisione delle segnalazioni relative a presunti casi di cattiva condotta scientifica, con coordinamento delle indagini preliminari;
- implementazione di strategie per migliorare la gestione, la tracciabilità e la responsabilità dei dati di ricerca;
- analisi preventiva dei manoscritti per l'identificazione di eventuali casi di plagio.

✓ Privacy e GDPR

L'attenzione agli aspetti collegati alla tutela del dato personale – sanitario in particolare – assume un ruolo sempre più importante, tanto in ambito assistenzialistico, quanto in ambito di ricerca. Le riforme apportate al Codice Privacy nel maggio del 2024 con il DL n. 19/2024 (Decreto PNRR bis) hanno reso necessaria l'istituzione di un ruolo di coordinamento privacy presso la Direzione Scientifica dedicato alla ricerca. In particolare, a partire dal novembre 2024, è previsto un supporto per i ricercatori, al fine di facilitare l'iter di attivazione di sperimentazioni cliniche e di studi presso la Fondazione IRCCS. La necessità di predisposizione, di validazione - a cura del DPO aziendale - e di successiva pubblicazione della



valutazione d'impatto (DPIA – Data Protection Impact Assessment) richiede una costante interazione tra l'Ufficio Privacy in staff alla SSD Area Accoglienza Cup Aziendali e Libera Professione e le Cliniche coinvolte nella conduzione delle sperimentazioni. Si è reso, pertanto, necessario un tramite che funga da collettore, offrendo supporto scientifico – legale all'attività.

Si è creato nel corso del secondo semestre del 2024 un importante arretrato di sperimentazioni e studi non attivabili, a seguito della modifica al Codice Privacy, che ha reso mandatoria la predisposizione della valutazione d'impatto prima di porre in essere qualunque trattamento. Tale arretrato ha richiesto un intervento di semplificazione dei modelli preposti dal DPO aziendale, nonché la messa a punto di una procedura aziendale per regolamentare iter di attivazione delle sperimentazioni/studi.

Pur non essendo ancora smaltito l'arretrato (ammontante a più di 100 sperimentazioni "bloccate") si va incontro a una progressiva normalizzazione delle tempistiche; ciò è stato possibile, tra l'altro, con l'introduzione di macro categorie di formulari per la DPIA, ciascuno differenziato per tipologia di studio (inter alia sperimentazione clinica, studio osservazionale – retrospettivo/prospettico).

Analogo discorso vale per i modelli delle informative relative al trattamento dei dati personali (ex artt. 13-14 GDPR). Si tratta di documenti che devono essere, a seconda della tipologia di studio, sottoposti al paziente arruolato in sperimentazione. Tali documenti vengono predisposti unitamente alla documentazione che viene sottomessa al Comitato Etico competente per la valutazione dello studio.

Tra la fine del 2024 e i primi mesi del 2025 è andata a esito la procedura di individuazione del nuovo DPO aziendale, il quale ha proposto la revisione dei modelli in essere per la predisposizione della DPIA, con inevitabile e necessario aggiornamento delle procedure aziendali.

**Esiti
monitoraggio
obiettivi
operativi 2024**

✓ **Monitoraggio obiettivi operativi per l'anno 2024**

Con il Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO) 2024-2026 erano stati individuati una serie di obiettivi operativi relativi all'area di performance "Lo sviluppo dell'attività di ricerca". Si trattava di obiettivi/progetti a carattere pluriennale (tempistica di attuazione 2023-2025, stabilita dalla Programmazione triennale del Ministero della Salute per gli IRCCS) che vedevano coinvolti diverse Strutture e soggetti della Fondazione ed i cui beneficiari risultavano *in primis* i pazienti affetti da specifiche patologie, ma anche la comunità scientifica e sanitaria. La tabella seguente espone gli esiti del monitoraggio di tali obiettivi al 31/12/2024 specificando quali indicatori le Pubblicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor.

Obiettivi di performance operativi 2024		Esiti del monitoraggio al 31/12/2024 (*)
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	
Linea di ricerca 1 (area tematica Ematologia e Immunologia): Patologie immunomediate e immunodepressione. Immunoterapia	Gli obiettivi di questa linea di ricerca riguardano: - definizione di target immunologici e molecolari per immunoterapia; - identificazione precoce di responders e non-responders a terapie immunomodulanti; - risposta immunitaria innata ai tumori e implicazioni immunoterapeutiche; - ruolo del microbioma intestinale nelle patologie autoimmuni. Risultati attesi nel triennio: - definizione dei criteri per la valutazione della complessità clinica; - validazione clinica e utilizzo sul campo di biomarcatori, biochimici e genetici, di malattie immuno-mediate; - sviluppo di farmaci e approcci terapeutici innovativi volti a migliorare l'efficienza delle cure e da inserire in nuovi percorsi diagnostico-terapeutici. Valutazione della produzione scientifica, protocolli innovativi di gestione.	• N° pubblicazioni: 176 • Punti Impact Factor: 998,3 • N° riviste internazionali su cui si è pubblicato: 112
Linea di ricerca 2 (area tematica Ematologia e Immunologia): Malattie del sangue e degli organi emopoietici	Gli obiettivi di questa linea di ricerca riguardano: - raggiungimento di avanzamenti significativi in ambito diagnostico di precisione per le malattie ematologiche e onco-ematologiche: diagnosi molecolari somatiche leucemie e genetiche costitutive patologie ematologiche ereditarie; - espansione obiettivi di diagnosi di precisione ad un maggior numero di malattie ematologiche specie eredo-familiari; - innovazione terapeutica in ambito di protocolli chemioterapici e di terapia cellulare e dati comparativi di efficacia;	• N° pubblicazioni: 91 • Punti Impact Factor: 753,8 • N° riviste internazionali su cui si è pubblicato: 60



Obiettivi di performance operativi 2024		Esiti del monitoraggio al 31/12/2024 (*)
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	
	- definizione storia naturale sindromi ereditarie con bone marrow failure; - stratificazione prognostica malattia specifica; - prevenzione e gestione recidive; - continuità assistenziale onco-ematologica adulto-bambino. Risultati attesi nel triennio: - innovazione diagnostica di precisione, quindi fenotipi e cause/meccanismi, per malattie sia ematologiche che onco-ematologiche tra cui anemie congenite, anemia di Fanconi e leucemie; - meccanismi di malattia: per es. popolazioni neoplastiche in leucemie con caratteristiche immunofenotipiche diverse che condividano stesse modificazioni geniche possono derivare da progenitori comuni; - avanzamento delle conoscenze: per es. identificazione di sub-cloni leucemici derivanti da 'founder clones' già presenti alla diagnosi; definizione del ruolo del microambiente midollare nelle anemie; - innovazione terapeutica, anche in collaborazione con la linea trapiantologica, per es. confronto tra terapia cellulare somatica con linfociti T citotossici anti-leucemia e chemioterapia convenzionale sia nella leucemia acuta linfoblastica che nella leucemia acuta mieloide rispetto alle recidive in chemioterapia.	
Linea di ricerca 3 (area tematica Cardiologia-Pneumologia): Malattie cardiovascolari	Tra i risultati attesi: - per malattie cardiache multifattoriali: contributi relativi al ruolo dei devices nella gestione ottimizzata dello scompenso; dimostrazione dell'efficacia della correzione non-chirurgica del rigurgito mitralico nello scompenso; prevenzione delle sindromi coronariche acute; sviluppo dell'imaging non invasivo per prevenzione primaria. - per malattie cardiache monofattoriali genetiche: nuova pipeline (software OSM) per interpretazione patogenicità delle varianti geniche nelle malattie ereditarie cardiovascolari; linee guida per patogenicità delle varianti geniche; sviluppo di modelli gene-specifici per l'attribuzione del ruolo dei difetti genetici nelle malattie ereditarie. - per vasculopatie degenerative e genetiche, coronariche e periferiche: innovazione della gestione ibrida - chirurgica ed interventistica- nelle malattie aneurismatiche arteriose; trombosi arteriose e venose: ruolo di meccanismi di morte cellulare programmata delle cellule del trombo.	• N° pubblicazioni: 213 • Punti Impact Factor: 1.262,1 • N° riviste internazionali su cui si è pubblicato: 125
Linea di ricerca 4 (area tematica Cardiologia-Pneumologia): Malattie dell'apparato respiratorio	Obiettivi generali: meccanismi patogenetici delle malattie parenchimali e terapie personalizzate. Obiettivi specifici: 1- sviluppo di equazioni di riferimento per test di funzione respiratoria (spirometria, V. statici, V. ventilatorio massimo, diffusione polmonare) nella popolazione italiana adulta, che generino valori: -aggiornati per coorti di età e rappresentativi fino all'età avanzata; 2-per deficit di alfa1-antitripsina, la creazione serie di pazienti studiati in modo omogeneo per la definizione di aspetti clinici e prognostici della/e patologia/e epatica e/o polmonare. 3-definizione dei meccanismi	• N° pubblicazioni: 86 • Punti Impact Factor: 542,7 • N° riviste internazionali su cui si è pubblicato: 60

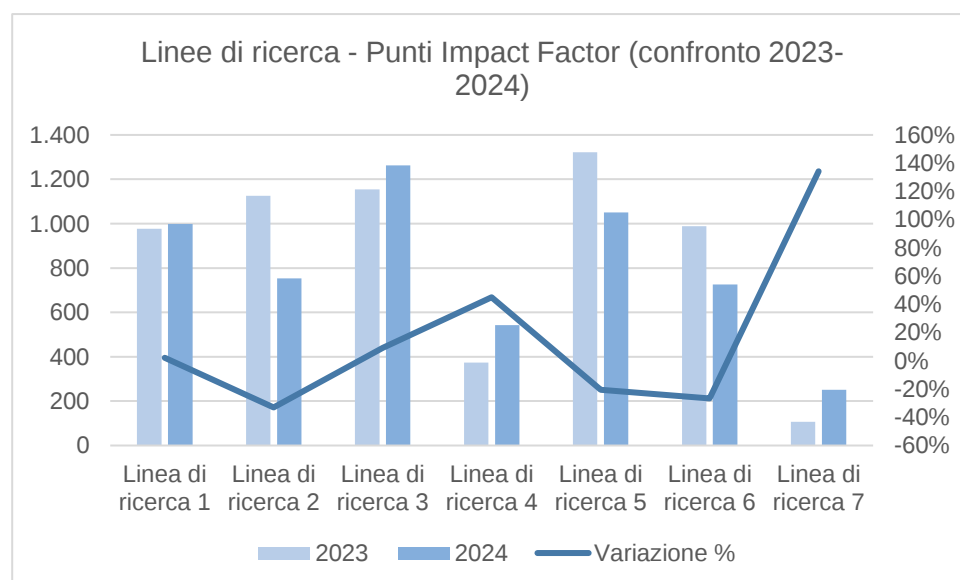
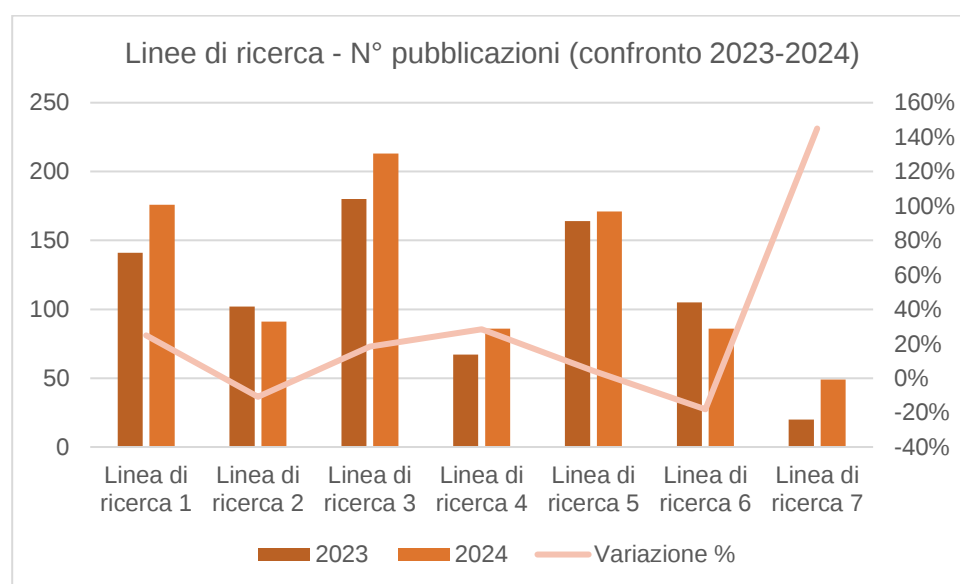
Obiettivi di performance operativi 2024		Esiti del monitoraggio al 31/12/2024 (*)
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	
	patogenetici della bronchiolite obliterante e sviluppo di terapie basate su nanoparticelle ingegnerizzate. Tra i risultati attesi dalla ricerca del prossimo triennio si segnalano: - sviluppo di nuovi indici di riferimento per la diagnostica funzionale delle malattie polmonari; - identificazione di meccanismi cellulolo-molecolari di fibrosi parenchimali; - dati di stratificazione prognostica per patologie con evoluzione end-stage di potenziale pertinenza trapiantologica; - caratterizzazione dei meccanismi patogenetici della bronchiolite obliterante; - implementazione di protocolli in vitro per lo sviluppo di terapie con nanoparticelle ingegnerizzate applicate a più ambiti terapeutici di pertinenza pneumologica a supporto dello sviluppo di terapie locali piuttosto che sistemiche; - innovazione delle strategie terapeutiche per il mesotelioma pleurico; - definizione dei profili fenotipici extra-polmonari nel deficit di alfa1-antitripsina; - innovazione terapeutica per la proteinosi alveolare polmonare.	
Linea di ricerca 5 (area tematica Malattie Infettive): Infezioni emergenti e interazioni patogeno-ospite	Gli obiettivi generali della linea di ricerca si focalizzeranno sui meccanismi fini che regolano i rapporti patogeno-ospite. Più specificamente: 1. Identificazione di polimorfismi comuni o rari di molecole coinvolte nelle risposte immunitarie innate (es. Toll-like receptors) e adattative alle infezioni. 2. Valutazione della risposta innata e adattativa ai vaccini e correlati di protezione. 3. utilizzo di cellule NK e T nella terapia delle infezioni virali croniche. 4. Sviluppo di anticorpi monoclonali umani neutralizzanti i patogeni e loro varianti. 5. Sviluppo di nuove metodiche per l'identificazione di virus emergenti caratterizzati da una elevata variabilità genetica. I risultati attesi nel triennio dipendono anche dall'andamento della attuale pandemia. Si prevede di raggiungere le seguenti milestones: - definizione di target immunologici e molecolari per immunoterapia; - identificazione precoce di responders e non responders a terapie immunomodulanti e antimicrobiche; - preliminari approcci immunoterapeutici ai tumori emersi nel contesto di infezioni croniche; - ruolo del microbioma intestinale nell'evoluzione delle patologie infettive e nella risposta terapeutica; - sviluppo di test innovativi per la valutazione della memoria T e B cellulare ai patogeni; - sviluppo di biomarcatori di severità e progressione di malattia; - correlati di protezione naturale o indotta da vaccini nelle infezioni da patogeni emergenti quali SARS-CoV-2; - sviluppo di test di verifica dell'esaurimento delle risposte immuni e loro ricostituzione.	• N° pubblicazioni: 171 • Punti Impact Factor: 1.050,6 • N° riviste internazionali su cui si è pubblicato: 126
Linea di ricerca 6 (area tematica Trapiantologia):	Tra i risultati attesi: - le diagnosi di precisione per tutti i SOT;	• N° pubblicazioni: 86

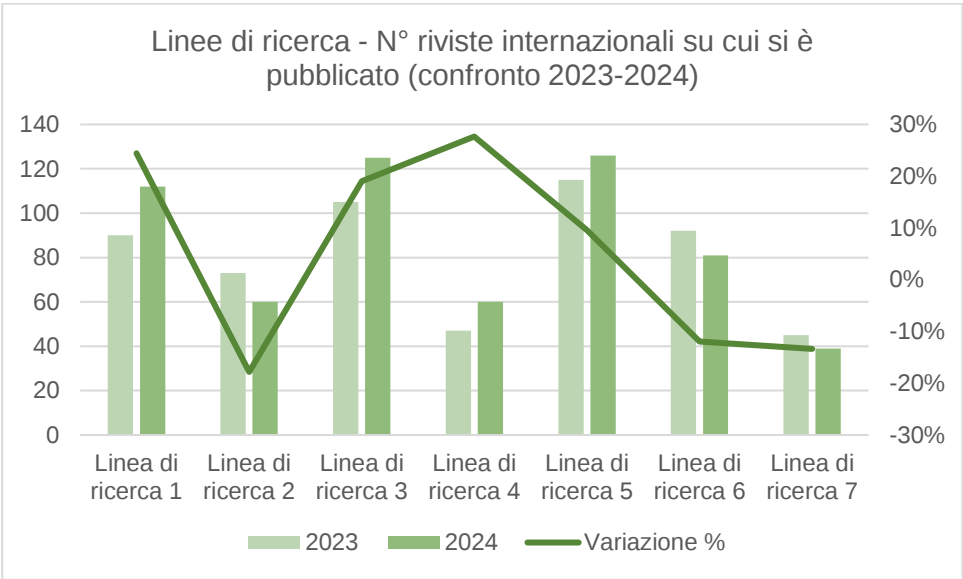
Obiettivi di performance operativi 2024		Esiti del monitoraggio al 31/12/2024 (*)
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	
Indicazioni al trapianto e malattie trapiantabili	- l'abbattimento della domanda trapiantologica grazie al miglioramento, personalizzazione delle cure specie per le malattie multifattoriali degenerative; - la sistematica rivalutazione clinica delle fasi evolutive delle malattie trapiantabili; - lo sviluppo di pipelines diagnostiche integrate molecolari che integrino studi di genomica, trascrittomica, proteomica, metabolomica, anche single cell sequencing, finalizzati alla comprensione dei meccanismi di malattia; - l'avvio di un percorso parallelo di ricerca sui druggable genes coinvolti nelle malattie di pertinenza della ricerca dell'ente; - la generazione di linee guida per l'interpretazione corretta delle varianti geniche alla luce della necessità di re-interpretazione delle varianti geniche identificate in passato; - la gestione innovativa di malattie genetiche per le quali siano recentemente emerse nuove possibilità terapeutiche non trapiantologiche.	• Punti Impact Factor: 725,3 • N° riviste internazionali su cui si è pubblicato: 81
Linea di ricerca 7 (area tematica Trapiantologia): Il trapianto e le sue complicanze	L'obiettivo globale della ricerca di questa linea di ricerca è la protezione della funzione del graft nel lungo termine e la prevenzione delle complicanze correlate alla terapia immunosoppressiva tra cui infezioni opportunistiche, neoplasie trapianto correlate, e comorbidità emergenti nei long-term survivors. Tra i risultati attesi: - per trapianto di cuore, polmone e rene: 1) aumento del pool degli organi trapiantabili con preservazione ottimale di reni e polmoni da donatori a cuore non battente e di cuore a lunga distanza con perfusione ed ossigenazione ex situ; 2) identificazione di nuovi biomarcatori di allorizzazione umorale e di markers molecolari nella chronic graft failure; 3) caratterizzazione dei meccanismi di fibrogenesi dei graft nel rigetto cronico e ruolo di terapie locali nanoveicolate nella BOS polmonare. - per il trapianto HSC: 1) sviluppo di nuovi protocolli mieloblastivi e di immunosoppressione nelle malattie mieloproliferative; 2) HSC in malattie genetiche rare per es. anemie di Fanconi (trapianto di CSE T-depletate HLA-aploidentico) e nelle malattie del tratto gastroenterico non altrimenti trattabili; 3) predizione, prevenzione e controllo della GVHD e delle infezioni opportunistiche. - per tutti i trapianti: ottimizzazione dei piani vaccinali dei candidati a trapianto di organi e di cellule.	• N° pubblicazioni: 49 • Punti Impact Factor: 251,8 • N° riviste internazionali su cui si è pubblicato: 39

(*) Al numero totale delle pubblicazioni bisogna aggiungere 169 lavori (con Impact Factor 815,7) che non rientrano nelle linee di ricerca e nei parametri riconosciuti dal Ministero della Salute.



Confrontando le informazioni relative agli esiti del monitoraggio (n° pubblicazioni, punti IF, n° riviste internazionali su cui si è pubblicato) per il biennio 2023-2024, è possibile rappresentare graficamente le variazioni per ciascuna Linea di ricerca. Nella valutazione complessiva occorre tenere conto anche delle variazioni avvenute per le pubblicazioni e relativi punti IF che non rientrano nelle Linee di ricerca e nei parametri riconosciuti dal Ministero della Salute.





N° pubblicazioni e relativi punti IF che non rientrano nelle Linee di ricerca e nei parametri riconosciuti dal Ministero della Salute			
	2023	2024	Variazione %
N° pubblicazioni extra linee di ricerca/parametri riconosciuti dal MinSalute	224	169	-25%
Punti Impact Factor extra linee di ricerca/parametri riconosciuti dal MinSalute	1.017	815,7	-20%





Dott. L. Polo
Direttore f.f. SC
Qualità e Risk
Management -
Contenzioso

Qualità dell'assistenza

Nella consapevolezza che la sicurezza dei malati è uno dei fattori determinanti la qualità dell'assistenza, anche nel 2024 la Fondazione è stata impegnata in attività finalizzate al monitoraggio e alla gestione del rischio clinico, in ottemperanza a quanto richiesto dalle "Linee Guida attività di Risk Management in Sanità – Anno 2024".

La SC Qualità e Risk Management – Contenzioso (QRMC) ha effettuato le attività di monitoraggio e di sorveglianza e il supporto continuo alle Strutture per quanto attiene alla gestione della Qualità e al Risk Management. Nello specifico ha aderito al Progetto HERM di RL per la mappatura dei rischi di alcuni processi aziendali in collaborazione con l'URP, l'Ingegneria Clinica Aziendale, i Sistemi Informativi e la Direzione Scientifica. È iniziata inoltre l'adesione al progetto HERMLomb per la segnalazione degli eventi avversi-sentinella e delle cadute nel software regionale e l'invio degli agiti violenti secondo quanto previsto da Regione Lombardia.

Al fine di verificare il processo di somministrazione del farmaco la SC QRMC nel 2024 ha iniziato a monitorare i dati provenienti dalle registrazioni sul software aziendale ORBIT, riportando la casistica alle strutture nel corso delle verifiche di prima parte, al fine di correggere eventuali comportamenti non sicuri.

Nell'ambito della Gestione delle Emergenze in Fondazione la SC QRMC nel 2024 ha inoltre partecipato all'esercitazione annuale di emergenza nucleare del reattore LENA 2024 e all'esercitazione richiesta da RL prevista nell'ambito del Piano Pandemico (PANFLU).

Nel 2024 in tema di Risk Management la SC QRMC ha svolto le attività di seguito declinate:

- **Gestione del Rischio**
 - audit su eventi avversi, Eventi Sentinella e Near Miss con relativa attuazione di azioni preventive e correttive.
- **Area Travaglio/Parto:**

*Attività svolte
nel 2024
nell'ambito dei
progetti
operativi di Risk
Management*



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

- segnalazione nel CedaP dei trigger materno-fetali ed effettuazione periodica di audit strutturati sui trigger significativi per frequenza e/o profilo di rischio;
- partecipazione regionale ai progetti ministeriali di Sorveglianza della Mortalità Materna e dei Near Miss Materni e Perinatali.
- **Infezioni/sepsi:**
 - supporto alle attività del CIO;
 - monitoraggio dei consumi di soluzioni alcoliche per igiene mani (consumo litri/gg degenza) per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza;
 - monitoraggio dei microrganismi sentinella;
 - partecipazione alle iniziative formative proposte a livello regionale, programmando di conseguenza specifica formazione a livello locale;
 - creazione nell'ambito del Piano di Risk Management della necessaria connessione tra il Risk Management, il CIO e la Direzione Sanitaria;
 - svolgimento degli audit, seguendo la check list inviata da RL, su almeno n. 20 casi di sepsi estratti da una lista di campionamento, ricavata dal portale regionale, includendo eventuali casi di sepsi ostetrica;
 - prevenzione e contrasto alle infezioni nelle organizzazioni sanitarie;
 - audit documentali su 22 cartelle di potenziali ICA allo scopo di verificare la sensibilità dell'algoritmo ANGUS proposto da RL.
- **Rischio Nutrizionale:**
 - implementazione delle indicazioni regionali riferite al rischio nutrizionale, ossia per la prevenzione di eventi avversi correlabili all'alimentazione/nutrizione;
 - inserimento a livello aziendale del modulo di valutazione del rischio nutrizionale.

- **Attività di monitoraggio:**
 - **Eventi Sentinella:** segnalazione in SIMES degli eventi sentinella;
 - **Trigger Materni e Fetali (Flusso CedaP):** segnalazione con cadenza mensile degli eventi materni e fetali "Trigger" occorsi in ambito Ostetrico - neonatale;
 - **Monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali e della check list di sala operatoria:** monitoraggio dell'applicazione della Check list 2.0 regionale, della ricognizione e riconciliazione terapeutica tra i diversi setting di cura e delle linee guida CDC tramite sopralluoghi nei BO e audit documentali sulle cartelle.
- **Trasparenza nei confronti del cittadino:**
 - raccolta dati ai fini della pubblicazione della Relazione annuale di Risk Management;
 - raccolta dati ai fini della pubblicazione della tabella con l'importo liquidato annuo delle richieste dell'ultimo quinquennio.
- **Gruppo Coordinamento per la Gestione del Rischio:**
 - svolgimento delle attività previste per la prevenzione e la gestione del rischio.
- **Network ed Eventi formativi:**
 - partecipazione agli eventi.

***Mantenimento
requisiti di
qualità –
Certificazioni***

La SC Qualità e Risk Management (QRMC) nel 2024 ha svolto, come ogni anno, il programma di audit interni presso le SSCC della Fondazione, finalizzato a verificare la presenza e il mantenimento della conformità ai requisiti di qualità e sicurezza, con l'obiettivo ultimo di garantire la sicurezza delle cure e di assicurare la soddisfazione dell'utenza della Fondazione. Tale programma è propedeutico alla visita di sorveglianza dell'ente terzo, che è avvenuta all'inizio di dicembre e che ha confermato, anche per il 2024, il mantenimento del Sistema di Gestione della Qualità Aziendale, certificato



secondo la Norma UNI EN ISO 9001:2015, come strumento finalizzato a monitorare, supportare misurare i processi dell'organizzazione, per un costante e continuo miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure erogate.

Insieme al mantenimento della certificazione ISO, la Struttura QRMC è stata costantemente e parallelamente impegnata nel rinnovo delle certificazioni e/o accreditamenti da parte di enti esterni (ATS, CNT, CNS, KEDRION, IBMDR, JACIE, ESMO, EUSOMA, ERN, OEI, AIFA, KITE-GILEAD, NOVARTIS, VERTEX, KEDRION ecc....), comprendente sia l'attività di affiancamento alla produzione documentale necessaria, sia il supporto durante e dopo le relative verifiche ispettive, al fine di confermare l'eccellenza dei sistemi sottoposti a verifica.

In particolare, nel 2024 la SC Qualità e Risk Management è stata coinvolta:

- nella predisposizione dei documenti in risposta all'ispezione di sistema AIFA al Centro di Fase I;
- nella compilazione di un questionario, richiesta da Genenta Science, sponsor di uno studio clinico, ai fini della collaborazione con il laboratorio di Analisi Chimico cliniche - Farmacocinetica della Fondazione, per l'esecuzione delle analisi previste dal protocollo di studio e nella qualifica formale del laboratorio;
- nell'elaborazione documentale e nel recupero delle evidenze necessarie a soddisfare gli item di OEI per il relativo accreditamento;
- nella preparazione e svolgimento degli incontri del Board di Governo del Comprehensive Cancer Center;
- nella preparazione della documentazione che sarà necessaria alla visita di KEDRION, nonché nella predisposizione della documentazione richiesta dal CNT sia per la riconferma dei requisiti del Programma Trapianti San Matteo Pavia, sia per l'accredimento CNT e ATS della Procreazione Medicalmente Assistita;
- nella predisposizione della documentazione per la riclassificazione dei laboratori secondo i nuovi criteri indicati da RL
- e nella predisposizione della presentazione della Fondazione per l'audit per la gara ARIA/RCT.



Inoltre, in riferimento alla Deliberazione n. XII/787 Istanza Riclassificazione OBI (PS Generale, Pediatrico, Ostetrico), approvata dalla Giunta Regionale nella seduta del 31/07/2023, che ha affidato all'AREU il compito del monitoraggio dei modelli organizzativi del Sistema Emergenza-Urgenza integrato, la SC QRMC ha supportato in corso di audit le Strutture coinvolte nel riconoscimento dei posti tecnici di Osservazione Breve Intensiva (OBI) e nella risposta al verbale ATS del 07/08/2024, attraverso la valutazione requisiti e la preparazione documenti del Sistema Gestione Qualità (SGQ).

Sempre nel 2024, la SC QRMC ha supportato i Pronti Soccorso della Fondazione nella predisposizione della documentazione e nel percorso di Audit da parte dell'organismo tecnico scientifico, terzo e indipendente ACSS (Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo) nell'ambito del progetto regionale di miglioramento dei percorsi di Emergenza -Urgenza.

In relazione alla fornitura di plasma (Source & Recovered) a Kedrion, in particolare alla attività di lavorazione e testing (CQB), in accordo alla procedura interna relativa alla gestione del mantenimento dello stato di qualifica dei fornitori di Plasma Umano, della quale la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia è fornitore versus Kedrion, la SC QRMC ha supportato la SC Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT), nello specifico il Centro Lavorazione e Validazione (CLV), nella preparazione per l'audit di terza parte da parte del Global Plasma Quality Kedrion s.p.a., che ha previsto la verifica del Sistema Qualità applicato alla sezione del donatore e alla raccolta delle unità, nonché alla gestione degli strumenti, del magazzino, del personale, alla lavorazione, al congelamento, alla conservazione, alla qualificazione e validazione biologica delle unità di plasma, al confezionamento e invio del plasma all'industria.

Relativamente all'implementazione di terapie innovative la SC QRMC ha supportato la predisposizione documentale necessaria ad ampliare la terapia con cellule CAR-T con terapie geniche innovative per la cura delle patologie del sangue e ha partecipato al processo di qualificazione delle strutture afferenti al Programma Trapianti San Matteo Pavia per l'implementazione della *gene therapy* con il prodotto Exa-cel di Vertex.



*Qualità e
sicurezza delle
cure –
Appropriatezza
delle
prestazioni –
PDTA e
procedure
aziendali*

In continuità con gli anni precedenti sono state effettuate le seguenti attività:

- monitoraggio del grado di adesione presso i reparti alle procedure di donazione dei tessuti;
- monitoraggio dell'implementazione del percorso di Patient Blood Management (PBM), attraverso la verifica documentale, effettuata nel corso dei sopralluoghi effettuati nei BO, della presenza della valutazione preliminare intra e post-operatoria del bisogno di trasfusione.

Nel 2024 è stata altresì completata la stesura della Procedura Aziendale per il Patient Blood Management.

Parallelamente è proseguita l'attività di elaborazione/revisione dei PDTRA ed è iniziata la rilevazione per il 2025 delle necessità di elaborazione/revisione di PDTRA per le principali patologie trattate presso la Fondazione, con l'obiettivo di uniformarli e migliorare l'efficacia terapeutica e l'outcome clinico, garantendo all'utente sicurezza e qualità delle cure e concorrendo parallelamente all'ottimizzazione di risorse, umane e materiali.

Nello specifico nel 2024:

- è stata completata e pubblicata la revisione del PDTRA 05 - Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per pazienti affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali;
- è stato completato e pubblicato il PDTA 56 utilizzo dei microinfusori di insulina e dei sistemi di monitoraggio glicemico in continuo in età pediatrica e adulta;
- è stata pubblicata la revisione del PDTA 48 per le Infezioni Sessualmente Trasmissibili (IST);
- è stato pubblicato il PDTA-R Interaziendale Neuro-oncologia;
- è iniziata l'elaborazione del PDTA per il percorso del paziente della Chirurgia Bariatrica, con elaborazione di poster dedicato;
- è proseguita la revisione del PDTA 22 per il riconoscimento precoce e il trattamento iniziale della sepsi e dello shock settico nell'adulto a seguito del



decreto DG Welfare n. 7517 del 05.08.2013 con l'introduzione della NEWS-2 per i reparti di degenza e pronto soccorso a esclusione dell'ostetricia e ginecologia in cui viene utilizzata la scheda dedicata MEOWS;

- è cominciata la revisione del PDTA 34 per la gestione del paziente dialitico;
- si è contribuito alla elaborazione della Carta dei Servizi Percorso Nascita su indicazione di ASST Pavia;
- si sono svolti i primi incontri per l'avvio dei lavori sul PDTA per la gestione del paziente con arteriopatia ostruttiva cronica periferica (AOCP) e per l'elaborazione del PDTRA per la gestione del paziente con patologia oncologica a carico del Pancreas;
- è cominciata l'elaborazione/revisione di una prima parte dei PDTRA da predisporre per l'accreditamento OECl;
- si è svolto il primo incontro per l'elaborazione dell'Istruzione Operativa Aziendale per la gestione del Fine Vita;
- sono stati svolti due incontri di condivisione del PDTA per il trattamento dell'Arresto cardiocircolatorio (ACC) refrattario mediante rianimazione cardiopolmonare extracorporea (ECPR) e per il PDTA per la gestione dello Shock Cardiogeno;
- in recepimento della Deliberazione N° XII/2444 della Giunta della Regione Lombardia, seduta del 3 giugno 2024: "Ulteriori determinazioni in merito all'organizzazione dei servizi di medicina di laboratorio e relativo aggiornamento dei requisiti minimi specifici autorizzativi e di accreditamento" è stata pubblicata la Procedura di Processo della SC Anatomia Patologica;
- è stata pubblicata la P 37 per la presa in carico del paziente a rischio nutrizionale;
- in ottemperanza alle nuove indicazioni Ministeriali è iniziata la revisione della Procedura Aziendale P8 per la gestione del rischio clinico;
- è iniziata la revisione della Procedura Aziendale P27 per la prevenzione e la gestione degli atti di violenza nei luoghi di lavoro;



- è iniziata inoltre la revisione della Procedura Aziendale P21 per l'Urgenza Rianimatoria e il Soccorso Sanitario in Fondazione dovuta alle modifiche delle modalità di attivazione del Servizio Trasporti Sanitari da parte del personale e alle modifiche delle modalità di attivazione di SOREU Pianura da parte del CGE, nonché in seguito all'installazione delle nuove colonnine con DAE nel perimetro della Fondazione e alla relativa necessità di definirne le responsabilità di gestione delle varie componenti all'interno della Procedura;
- è stata pubblicata l'IO 18.22 per la gestione del supporto nutrizionale del paziente oncologico candidato a chirurgia;
- è stata redatta una nuova Istruzione sull'Analisi di Sequenze Geniche Mediante Sequenziamento Massivo Parallelo con tecnologia Next Generation Sequencing (NGS);
- è stata pubblicata l'IO 07.4 RM Cardiaca con stress farmacologico, con relativo questionario e scheda informativa;
- è stata pubblicata l'IO sull'educazione del paziente/caregiver, che ha visto la collaborazione del personale appartenente a vario titolo all'Area dei Professionisti della Salute;
- è stata pubblicata l'IO sulle Supportive Care, alla quale stesura hanno contribuito tutti i professionisti che si occupano dei vari aspetti che integrano le cure oncologiche;
- è stata elaborata l'Istruzione Operativa Aziendale sulla Gestione dei Gruppi Multidisciplinari/Multiprofessionali (MDT);
- è stata aggiornata infine la documentazione delle strutture che sono state coinvolte dalla verifica di terza parte.

La SC QRMC nel 2024 ha inoltre contribuito all'editaggio di nove nuovi Regolamenti Aziendali, del nuovo Codice etico comportamentale della Fondazione e del Codice di condotta per l'integrità della ricerca.

Nel 2024 si è conclusa l'erogazione di tutti i corsi di formazione e aggiornamento proposti dalla SC QRMC e dedicati sia al mantenimento delle competenze del personale



della SC QRMC, sia rivolti ai Referenti Qualità e Rischio della Fondazione, progettata al fine di formare i nuovi referenti, aggiornare i referenti già formati e migliorare la capacità di monitoraggio degli indicatori di qualità. È stata effettuata inoltre la macroprogettazione dell'attività formativa promossa dalla SC QRMC per il 2025.

In ottemperanza alla deliberazione n. XII/2005 seduta del 13.03.2024 relativa all'attuazione della DGR N. XII/1141 del 16/10/2023 - Area dell'offerta formativa per la tutela e prevenzione della salute riproduttiva: approvazione del progetto di formazione in ambito ostetrico dei professionisti sanitari, la SC QRMC ha partecipato al progetto di "Formazione con simulazione sul Risk Management in sala parto e nella gravidanza per i professionisti sanitari di Area Ostetrica" presso la SC Formazione di AREU, al fine di favorire la costituzione del gruppo degli istruttori che dovrà gestire la formazione all'interno del proprio Hub e poi degli Spoke.

Si è inoltre concluso il monitoraggio annuale dell'aderenza a quanto previsto dalle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza del paziente in ambito chirurgico con sopralluoghi sul campo nell'ambito del gruppo aziendale costituito da SC QRMC, Direzione Medica di Presidio (DMP) e Direzione Professioni Sanitarie (DPS), con il coinvolgimento dei coordinatori infermieristici e degli anestesisti responsabili presso i Blocchi Operatori e nelle sale interventistiche, per la verifica dell'applicazione della Check list 2.0. e dell'applicazione delle linee guida CDC per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico.

*Qualità
dell'assistenza
percepita
dall'utenza*

Nel 2024 è stato svolto altresì il monitoraggio della qualità dell'assistenza percepita dall'utenza, sia attraverso le segnalazioni ricevute dall'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (reclami e report customer online) per le prestazioni sanitarie, sia tramite i questionari cartacei per la verifica delle pulizie affidate all'impresa esterna. È stata inoltre predisposta una locandina con QRCode al fine di favorire la compilazione delle customer online per le prestazioni sanitarie ed è stata diffusa in tutti i reparti.

In continuità con i trimestri precedenti la SC Qualità e Risk Management è stata coinvolta nei sopralluoghi previsti per la verifica della qualità del nuovo servizio di ristorazione: sono iniziati quindi i sopralluoghi sul servizio di Ristorazione con il DEC e il gruppo di lavoro precostituito, sia presso i locali Mensa, sia presso le SSCC della Fondazione, con



relativa compilazione del Modulo dei rilievi effettuati e verbalizzazione. Sono state predisposte delle customer ed è stata svolta la rilevazione della customer per la valutazione della soddisfazione relativa al servizio di ristorazione, sia da parte dei dipendenti, sia da parte dei pazienti.

In continuità con gli anni precedenti sono stati inoltre effettuati regolarmente i sopralluoghi per il controllo del servizio di pulizie in collaborazione con la Direzione Medica di Presidio, la Direzione delle Professioni Sanitarie e la SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato).

La valutazione dei risultati raccolti permette di orientare la Fondazione in un processo di miglioramento continuo.

✓ Monitoraggio obiettivi operativi per l'anno 2024

Esiti monitoraggio obiettivi operativi 2024

Con il Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO) 2024-2026 erano stati individuati una serie di obiettivi operativi relativi all'area di performance "Qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure". Si trattava di obiettivi/progetti a carattere pluriennale (tempistica di attuazione 2024-2026, con determinati progetti iniziati già negli anni precedenti e proseguiti) che vedevano coinvolti diverse Strutture e soggetti della Fondazione ed i cui beneficiari risultavano *in primis* i pazienti necessitanti di cure sanitarie, ma anche gli operatori e i dipendenti della Fondazione nello svolgimento delle loro attività di diretta assistenza e cura sanitaria o di supporto. La tabella seguente espone gli esiti del monitoraggio di tali obiettivi al 31/12/2024 specificando per i vari indicatori individuati i risultati conseguiti e gli output prodotti.

Obiettivi di performance operativi 2024			Esiti del monitoraggio al 31/12/2024
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Indicatori di monitoraggio	
Gestione Travaglio/Parto	Obiettivi più rilevanti: <u>Qualità dei servizi</u> 1. proseguire la registrazione e la segnalazione dei trigger, "materni" e "fetali/neonatali", nel	1.A Inserimento dati nel sistema CEDAP	1 A: I dati inseriti in Ormaweb, applicativo aziendale dedicato alle Sale Operatorie e utilizzato anche



Obiettivi di performance operativi 2024			Esiti del monitoraggio al 31/12/2024
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Indicatori di monitoraggio	
	sistema CeDAP provvedendo ad effettuare audit dedicati, secondo quanto previsto dalle indicazioni regionali; 2. 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; - sorveglianza della mortalità neonatale: segnalazione e disponibilità per indagine confidenziale da parte di un Comitato Regionale; 3. elaborare documentazione dedicata a travaglio e parto;	1.B Verballi degli Audit sui trigger 2.A Invio delle segnalazioni all'ISS 2.B Report Eventi Avversi 3. Produzione documentazione dedicata a travaglio e parto	per i parti, sono trasmessi in parallelo al portale CeDAP (2.006 CeDAP compilati nel corso del 2024). Periodicamente è avvenuto il controllo dell'effettiva registrazione dei dati relativi a tutti i parti in entrambi i sistemi. 1 B: È stato effettuato un audit annuale relativo ai trigger segnalati. Sono stati presi in esame i trigger più significativi per frequenza e/o profilo di rischio. Gli incontri sono stati verbalizzati e controfirmati dal Risk Manager. 2 A: Sono state inviate all'ISS n. 12 segnalazioni di eventi in ambito materno neonatale. Non sono stati segnati eventi sentinella relativi all'area travaglio/parto 2 B: Sono prodotti report semestrali relativi ai trigger che vengono condivisi con i professionisti coinvolti nelle attività di Sala Parto. 3: Nel corso del 2024 sono stati elaborati i seguenti documenti dedicati a travaglio e parto: - IO 029.2 - Classificazione cardiocografia intrapartum Classificazione NICE; - IO 029.2.1 – Osservazione Breve Intensiva Ostetrica (OBIO);

Obiettivi di performance operativi 2024			Esiti del monitoraggio al 31/12/2024
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Indicatori di monitoraggio	
	<u>Digitalizzazione</u> 4. 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.	4. Compilazione informatizzata in Cartella clinica Scheda MEOWS	- PP 029.2 – Accoglienza e triage PS Ostetrico ginecologico. 4: La scheda MEOWS è utilizzata presso il reparto di Ostetricia ed è presente in tutte le cartelle cliniche in quanto utilizzata come abituale scheda parametri. Gli item previsti e i gradi di allerta sono stati inseriti nella cartella elettronica predisponendo una schermata dedicata al reparto di Ostetricia. La scheda MEOWS è inoltre utilizzata presso il Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico in tutti gli accessi ostetrici.
Gestione Infezioni-SEPSI	Obiettivi più rilevanti: <u>Qualità dei servizi</u> 5. attuazione del piano operativo annuale; 6. promuovere l'adesione ai PDTA dedicati all'interno della Fondazione;	5. Monitoraggio epidemiologia microorganismi multiresistenti e/o sentinella nell'ambito delle attività del CIO 6. Audit cartelle sepsi	5: Secondo quanto definito nel Piano Operativo del Comitato Infezioni Ospedaliere è stata effettuata una sorveglianza epidemiologica dei patogeni sentinella a cadenza periodica. Nello specifico la SC Microbiologia e Virologia ha predisposto report dedicati all'analisi dei dati relativi alle diverse strutture della Fondazione. Tali report sono illustrati durante le sedute del Comitato Infezioni Ospedaliere con lo scopo di condivisione e diffusione da parte dei diversi specialisti presenti con i colleghi. 6. secondo le linee operative di Regione Lombardia è stato eseguito audit documentale su 20 cartelle (campionate secondo quanto indicato nelle Linee Operative di RM). Sono state campionate cartelle di tutta la Fondazione che rientravano nel portale di Regione Lombardia con diagnosi di sepsi e shock settico tra le prime sei diagnosi. È stata utilizzata la scheda di sorveglianza proposta da Regione Lombardia.

Obiettivi di performance operativi 2024			Esiti del monitoraggio al 31/12/2024
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Indicatori di monitoraggio	
	7. monitorare, attraverso sopralluoghi mirati, l'adesione alle raccomandazioni per la prevenzione delle infezioni e l'adesione alla procedura aziendale sull'igiene delle mani ed ai protocolli di terapia antibiotica.	7.A Schede sopralluoghi igiene mani 7.B Monitoraggio consumo gel alcolico	7 A: Nel corso del 2024 i sopralluoghi di igiene delle mani non sono stati effettuati in quanto è stata data priorità ad altro indicatore riferito allo stesso processo, ossia il consumo di soluzione alcolica. 7 B: Il monitoraggio, su mandato regionale, viene effettuato semestralmente e coinvolge tutte le Strutture Complesse della Fondazione. L'unità di misura proposta dall'OMS è "litri di soluzione idroalcolica consumati per 1.000 giornate di degenza ordinaria (CSIA/1.000GDO)". Fonte recupero dati GDO (Giornate di Degenza Ordinaria): - SC Controllo di Gestione. Fonte di recupero dei dati CSIA (consumo soluzione idroalcolica) espresso in litri: - SC Farmacia Ospedaliera. Dato consumo gel alcolico anno 2024 Totale: - Litri 3.910,5 Aree non di degenza: - Litri 838,5 Reparti Ordinari: - Litri 3.072/GdD 244.712 (Tasso consumo 12,55). Terapie Intensive: - Litri 7826/GdD 20.646 (Tasso consumo 37,88). Sono principalmente individuate due aree: - area di degenza; - area di non degenza.

Obiettivi di performance operativi 2024			Esiti del monitoraggio al 31/12/2024
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Indicatori di monitoraggio	
		7.C Controlli igiene ambientale	All'interno dell'Area di degenza i dati devono essere raccolti per discipline di assistenza: - area Medica; - area Chirurgica; - area Terapia intensiva; - area Emergenza/Urgenza - area Ortopedico Traumatologica; - tutte le altre aree. Standard di riferimento OMS: - Consumo $\geq$ 20 litri/ 1.000 gg degenza PER I REPARTI ORDINARI; - Consumo $\geq$ 40 litri/ 1.000 gg degenza PER LE TERAPIE INTENSIVE. 7 C: Mensilmente sono effettuati dei sopralluoghi presso le strutture della Fondazione al fine di verificare l'aderenza al capitolato da parte delle ditte appaltatrici del servizio. Le strutture oggetto dei sopralluoghi sono scelte a campione, comprendono reparti di degenza, aree ambulatoriali, spazi comuni, uffici, laboratori. Le verifiche sono effettuate da un gruppo di lavoro (DMP, DPS, QRMC ed Economato) accompagnato da un rappresentante della ditta operante presso la struttura esaminata. Nel corso dell'anno 2024 sono stati effettuati 12 sopralluoghi.
Gestione della sicurezza del malato in sala Operatoria	Obiettivi più rilevanti: <u>Qualità dei servizi</u> 8. svolgere sopralluoghi con la preordinata lista di controllo presso tutti i Blocchi Operatori della Fondazione comprese le sale di emodinamica, elettrofisiologia, radiologia interventistica e gastroenterologia, al fine di verificare l'aderenza dei comportamenti e a quanto previsto dalle Raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza	8.A Verbali di sopralluogo e database rilevazioni	8 A: Nel corso dell'anno 2024 sono state valutate 43 procedure visitando i blocchi operatori della Fondazione. Lo strumento utilizzato durante i sopralluoghi è la check list 2.0 per effettuare la verifica sul campo dell'aderenza a quanto previsto dalle Raccomandazioni Ministeriali per la Sicurezza del paziente e delle Linee Guida CDC per le

Obiettivi di performance operativi 2024			Esiti del monitoraggio al 31/12/2024
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Indicatori di monitoraggio	
	in sala operatoria e di mantenere alta l'attenzione degli operatori nei confronti di tale tematica.	8.B Audit documentali	prevenzioni del sito chirurgico (Raccomandazione n.2 e n.3), con la redazione di verbali condivisi con i referenti del Blocchi operatori. Contemporaneamente sono state effettuate delle visite dei blocchi operatori condotte secondo quanto previsto dalla norma ISO 9001:2015; per ogni visita è stato elaborato un rapporto con la descrizione di eventuali raccomandazioni/Non conformità riscontrate. 8 B: Nell'ambito dei sopralluoghi presso i blocchi operatori si è presa visione della documentazione clinica del paziente che stava effettuando una procedura presso le sale oggetto di verifica. Per le 43 procedure sono stati valutati anche: - tempi di lavaggio chirurgico delle mani; - chiusura delle porte durante l'intervento chirurgico; - anamnesi (completezza, data e firma medico specialista ove presente ancora il cartaceo); - esame obiettivo (completezza, data e firma medico specialista ove presente ancora il cartaceo) - consensi informati (analisi già trattata nell'item della check list 2.0); - evidenza presa visione referti esami (data e firma del medico).
Gestione della prevenzione del Rischio nell'utilizzo dei farmaci	Obiettivi più rilevanti: <u>Digitalizzazione e qualità dei servizi</u> 9. implementazione della cartella e del Foglio unico di terapia informatizzati;	9. Audit documentali sulle cartelle	9. Contestualmente alle verifiche ispettive interne previste ai fini della certificazione secondo la norma ISO 9001:2015 nel 2023 sono stati effettuati 37 audit documentali presso le strutture sanitarie della Fondazione nei quali è stato valutato il grado di

Obiettivi di performance operativi 2024			Esiti del monitoraggio al 31/12/2024
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Indicatori di monitoraggio	
	10. monitorare eventi avversi da farmaco e relative applicazioni delle procedure; 11. implementare strategie terapeutiche innovative come la terapia CAR-T;	10. Report semestrale EA 11. Produzione di documentazione a supporto dell'implementazione della terapia con CAR-T	applicazione della documentazione aziendale nella gestione della documentazione sanitaria. Gli esiti degli audit sono riportati nel Report delle verifiche ispettive anno 2023. 10. Sono stati pubblicati i seguenti report: - 2024 – Report segnalazioni eventi avversi I semestre; - 2024 – Report segnalazioni eventi avversi II semestre. 11. Elaborazione, pubblicazione e aggiornamento del seguente documento e relativi allegati/moduli: - IO 093.1.1 Gestione della terapia con cellule CAR-T.
Gestione del rischio in Pronto Soccorso	Obiettivi più rilevanti: <u>Digitalizzazione, semplificazione, qualità dei servizi e completamento delle procedure</u> 12. analisi di alcuni indicatori di processo e/o relativi a specifici percorsi assistenziali (es. trauma grave) al fine di individuare elementi di miglioramento ed eventuali azioni correttive per ridurre il rischio clinico 13. implementazione programma informatizzato di accettazione registrazione utenza.	12. Audit casi clinici (SMART) 13. Utilizzo e adeguamento del software alle necessità che emergono	12: Gli indicatori del PDTA sono stati monitorati e rendicontati all'interno del riesame della SC Chirurgia Generale 1. Al fine di individuare elementi di miglioramento ed eventuali azioni correttive è stata organizzata una Formazione sul campo "San Matteo Review in Trauma – SMART Meeting" per la condivisione/audit dei casi clinici. Nel 2024 sono stati svolti 9 incontri rivolti a medici e infermieri di AREU, del Pronto Soccorso, della Chirurgia, della Terapia Intensiva e Rianimazione, della Radiologia, della Neuroradiologia, dell'Ortopedia, della Direzione Medica, del Blocco Operatorio, della Neurochirurgia. 13: È stato implementato il software HERO ed è entrato in regime ordinario di utilizzo in Fondazione.

Obiettivi di performance operativi 2024			Esiti del monitoraggio al 31/12/2024
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Indicatori di monitoraggio	
	14. pubblicazione PDTA per la gestione dello Shock Cardiogeno. 15. pubblicazione PDTA per il trattamento dell'Arresto cardiocircolatorio (ACC) refrattario mediante rianimazione cardiopolmonare extracorporea (ECPR).	14. Pubblicazione documenti 15. Pubblicazione documenti	14: il PDTA sulla gestione dello Shock Cardiogeno è ancora in fase di revisione per necessità di adeguamento organizzativo strutturale prima della pubblicazione. 15: il PDTA per il trattamento dell'ACC mediante ECPR è ancora in fase di revisione per necessità di adeguamento organizzativo strutturale prima della pubblicazione.
Gestione dei rischi in ambito di impiego delle radiazioni	Obiettivi più rilevanti: <u>Qualità dei servizi e completamento delle procedure</u> 16. 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, al fine di migliorare la sicurezza del paziente sottoposto a radiazioni ionizzanti e non ionizzanti.	16.A Produzione documentale ad hoc 16.B Partecipazione ai tavoli di lavoro regionali	16 A: Nel 2024 è stato predisposto e pubblicato il Regolamento di sicurezza impianti per diagnostica a risonanza magnetica della Fondazione. Il regolamento di sicurezza è stato redatto in conformità ai requisiti di sicurezza definiti dal DM 14 gennaio 2021 e secondo le indicazioni operative dell'INAIL. 16 B: La Fondazione partecipa ai tavoli di lavoro regionali nelle figure del Responsabile di radioprotezione e del Risk Manager.
Trasparenza nei confronti del cittadino	Obiettivi più rilevanti: <u>Accessibilità all'amministrazione e qualità dei servizi</u> 17. per la trasparenza dei dati 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.	17. Pubblicazione relazione annuale di Risk Management	17: Pubblicazione sul sito web istituzionale della Fondazione IRCCS della relazione annuale di RM secondo L 24/2017 entro i termini previsti e pubblicazione del report semestrale nella intranet.
Sviluppo PBM	Obiettivi più rilevanti: <u>Qualità dei servizi: sicurezza nella pratica trasfusionale</u>		

Obiettivi di performance operativi 2024			Esiti del monitoraggio al 31/12/2024
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Indicatori di monitoraggio	
	18. implementazione del modello culturale ed organizzativo del Patient Blood Management tra i professionisti sanitari.	18. Redazione e pubblicazione della Procedura Aziendale PBM	18: Nel 2024 è stata prodotta la seguente documentazione: - Procedura Aziendale P 38 – Patient Blood Management - Mod 38.1 - Valutazione del Rischio Emorragico con HAS-BLED score.
Promozione e sicurezza processo trasfusionale	Obiettivi più rilevanti: <u>Qualità dei servizi: sicurezza nella pratica trasfusionale</u> 19. acquisire conoscenze atte a prevenire eventi avversi e near miss correlati alla pratica trasfusionale. 20. migliorare l'appropriatezza, favorire la salute del paziente e ridurre il rischio trasfusionale.	19.A Report semestrale EA 19.B Audit casi clinici 20. Progetto di Formazione	19 A: Sono stati pubblicati i seguenti report: - 2024 – Report segnalazioni eventi avversi I semestre - 2024 – Report segnalazioni eventi avversi II semestre. 19 B: Nel 2024 non sono stati svolti audit su casi clinici correlati alla pratica trasfusionale. 20: Durante la rilevazione del fabbisogno formativo aziendale è stata riproposta per il 2025 un'edizione del corso "Emotrasfusione: le fasi del processo e i rischi correlati".



Dott. V. Petronella
Direttore Generale



Avv. E. Galati
Direttore SC Affari
Generali e
Istituzionali



Ing. L. Gazzaniga
Direttore SSD Area
Accoglienza – CUP
Aziendali e Libera
Professione

Trasparenza, accessibilità, accoglienza e rapporti con l'utenza

Citando l'art. 1, co.1, del D.Lgs. n. 33/2013, in seguito modificato dall'art. 2, co. 1, D.Lgs. n. 97/2016, *“la trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche”*.

Quindi, la trasparenza amministrativa consiste nell'assicurare la più ampia circolazione delle informazioni relative all'Ente sia al suo interno sia soprattutto verso l'esterno (verso altri enti o singole persone) attraverso strumenti che ne garantiscano l'accessibilità e la comunicazione.

Come noto, ai sensi dell'articolo 9 del D.Lgs. n. 33/2013, ai fini della piena accessibilità delle informazioni pubblicate, nella *home page* del sito web istituzionale della Fondazione è collocata un'apposita sezione denominata *“Amministrazione Trasparente”* al cui interno sono collocati i dati, le informazioni ed i documenti pubblicati ai sensi della normativa vigente.

✓ Trasparenza

Nel corso del 2024 è proseguita la regolare attività di implementazione ed aggiornamento della Sezione *“Amministrazione Trasparente”* presente all'interno del sito web istituzionale della Fondazione IRCCS e di monitoraggio delle singole sezioni in cui la stessa è suddivisa, attraverso una costante interazione con le Strutture interessate.

Tale attività è stata condotta attraverso un monitoraggio periodico, svolto con cadenza quadrimestrale, dei documenti e dei dati pubblicati, avente la finalità di accertare la completezza e la chiarezza delle informazioni presenti nella sezione oltre l'esatta rispondenza con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di obblighi di



pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) ha svolto la propria funzione supportando i Dirigenti/Responsabili di Struttura della Fondazione IRCCS, al fine di adempiere correttamente e in modo tempestivo all'attuazione degli obblighi di trasparenza e pubblicità ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente.

Tale attività si concretizza nella trasmissione di apposite note rivolte ai Dirigenti/Responsabili di Struttura con le quali, oltre a rammentare gli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa in materia, vengono illustrati gli aggiornamenti e/o integrazioni a cui provvedere secondo i chiarimenti, eventualmente forniti, dall'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Il monitoraggio svolto nel 2024 ha posto in evidenza un buon livello di adeguamento delle singole sezioni agli obblighi di pubblicazione prescritti dalla normativa. Solo in alcune "sotto sezioni" sono state riscontrate modalità di codifica e di rappresentazione delle informazioni e dei dati richiesti non sempre uniformi e qualche ritardo nell'aggiornamento dei documenti pubblicati. I rilievi ottenuti dalla suddetta attività di monitoraggio sono stati segnalati alle Strutture competenti e pertanto, si è provveduto all'aggiornamento delle sottosezioni che risultavano carenti.

Quanto sopra sottolinea, altresì, il ruolo centrale svolto da ogni Struttura della Fondazione IRCCS che, in qualità di "fonte", fornisce i documenti da pubblicare alla struttura competente in formato aperto o altrimenti elaborabile.

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione.

Nel rispetto di quanto comunicato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, con Circolare n. 9 del 10 febbraio 2022, la Fondazione IRCCS ha provveduto ad individuare all'interno del proprio sito web una sezione denominata "Attuazione Misure PNRR" in cui pubblicare gli atti normativi adottati e gli atti amministrativi emanati per l'attuazione delle misure di competenza, al fine di consentire una modalità di accesso standardizzata



ed immediata ad informazioni aggiornate sullo stato di attuazione delle misure del PNRR.

L'attività intrapresa dalla Fondazione IRCCS si è poi soffermata sull'aggiornamento e sulla continua implementazione del registro degli accessi, contenente le richieste di accesso presentate alla Fondazione IRCCS, in cui vengono indicati oggetto e relativo esito delle singole istanze.

Il monitoraggio sull'attuazione della trasparenza consente al RPCT la formulazione di un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza, indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate e i principali fattori che rallentano l'adempimento. Tutti i dati ed i documenti oggetto di obbligo di pubblicazione sono inseriti all'interno del sito della Fondazione nella sezione denominata *"Amministrazione Trasparente"* in coerenza con quanto stabilito dal D.lgs. n. 33/2013. I dati da pubblicare, con cadenza periodica, sono stati definiti all'interno di una Tabella in cui vengono specificati, in linea con quanto stabilito dal PNA 2022, i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria, i riferimenti normativi, i responsabili delle singole Strutture e la modalità di monitoraggio.

Di seguito lo schema utilizzato:

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE					
SOTTOSEZIONE 1	SOTTOSEZIONE 2	DEN. OBBLIGO	TERMINE PUBBLICAZIONE	RESPONSABILE	MODALITA' DI MONITORAGGIO

Per quanto riguarda l'obiettivo sul 2024 di potenziamento di contenuti, dati e chiarezza informativa della sezione Amministrazione Trasparente, in particolare le sottosezioni "Bandi di gara e contratti" e "Concorsi", al fine di garantire agli utenti un accesso più rapido ed intuitivo alle informazioni contenute, è stata Avanzata richiesta alla SC Sistemi Informativi con nota Protocollo n. 48353/24 del 11 settembre 2024, finalizzata all'avvio di un'analisi di fattibilità volta all'inserimento di un motore di ricerca all'interno delle sezioni "Bandi di Gara" e "Concorsi".

Con riferimento all'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione previste nel PIAO 2024/2026, il monitoraggio sul 2024 ha visto N. 54 misure di prevenzione



applicate nell'anno (su dichiarazione dei Direttori delle SSCC interessate) /N. 54 misure previste per l'anno di riferimento.

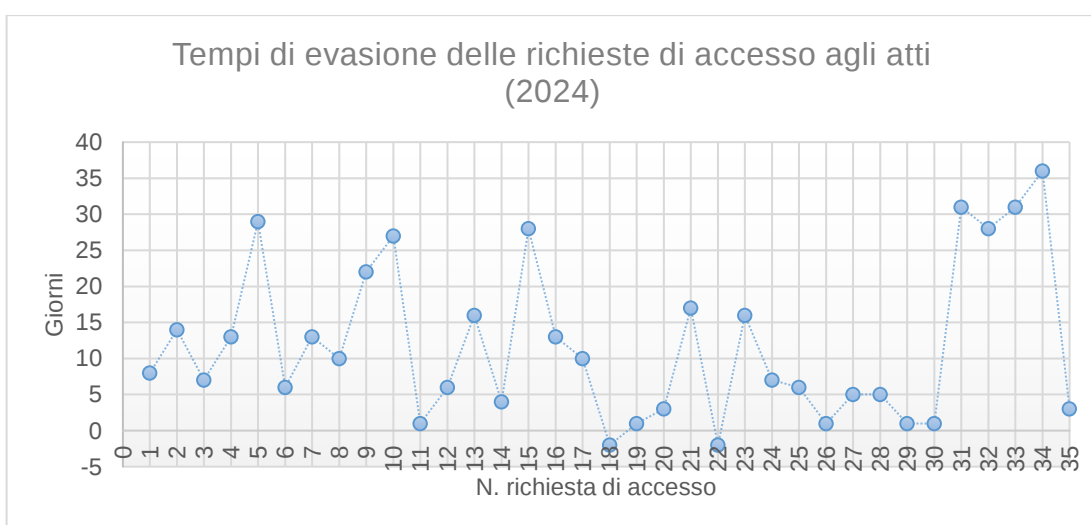
✓ Accessibilità

Il soggetto esterno può accedere ai dati, documenti ed informazioni della Fondazione IRCCS principalmente attraverso il canale della richiesta di accesso agli atti oppure tramite la consultazione del sito web ed in particolare della sezione *"Amministrazione Trasparente"*.

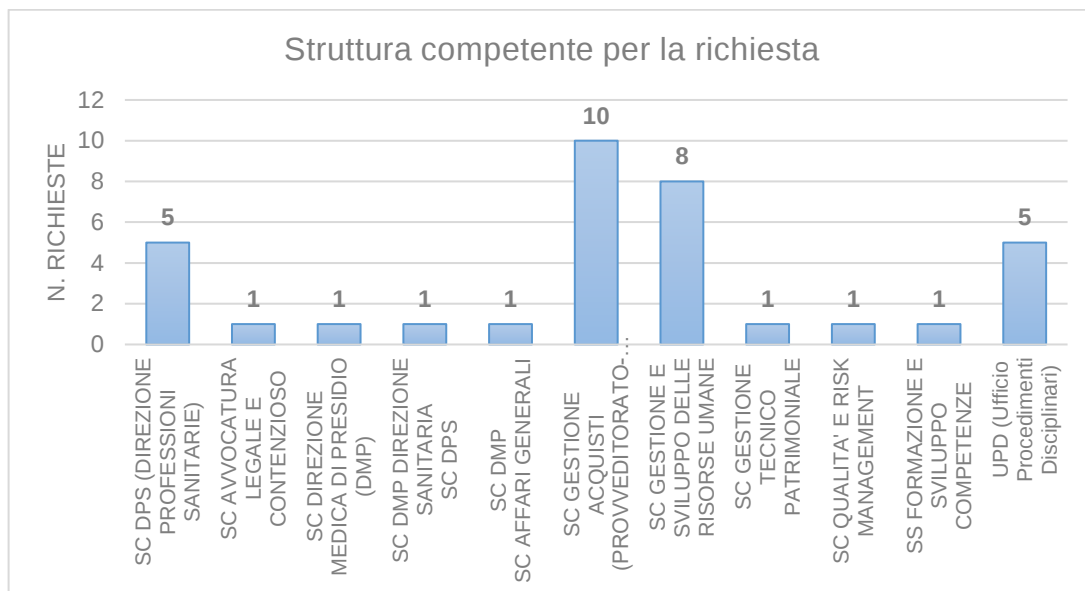
Per quanto riguarda l'accessibilità agli atti prevista da D.Lgs. n. 33/2013 e L n. 241/1990, nel 2024 sono state presentate alla Fondazione IRCCS n. 35 richieste di accesso agli atti, ai dati, ai documenti (suddivise in n. 19 ricevute il I semestre '24 e n. 16 ricevute il II semestre '24), di cui:

- 28 accesso documentale;
- 7 accesso civico generalizzato;
- 0 accesso civico semplice.

Tutte le richieste sono state evase con una tempistica variabile tra il giorno stesso della ricezione richiesta ed un massimo di 36 giorni. In tre casi i tempi di risposta sono stati superiori ai 30 giorni (due risposte in 31 gg e una risposta in 36 gg). Il grafico seguente illustra la tempistica di evasione per le 35 richieste ricevute nel corso del 2024.



Le richieste di accesso agli atti hanno riguardato le seguenti Strutture:



Ai fini esplicativi si riportano in tabella le tipologie di richieste di accesso ad atti, dati e documenti:

Tipologia di accesso	
Accesso civico semplice	Secondo l'art. 5, co. 1, del D.Lgs. n. 33/2013, "accesso civico" (cosiddetto semplice) è il diritto di chiunque - anche non portatore di un interesse qualificato - di richiedere documenti, informazioni o dati che le pubbliche amministrazioni abbiano omesso di pubblicare pur avendone l'obbligo per legge. Il diritto può essere esercitato gratuitamente, senza obbligo di motivazione.
Accesso civico generalizzato	L'accesso civico generalizzato ai sensi dell'art. 5, co. 2, del D.Lgs. n. 33/2013 riguarda dati e documenti detenuti dalla Fondazione, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria o comunque già pubblicati sul sito internet istituzionale. L'accesso civico generalizzato si esercita nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti. L'istanza per l'accesso civico generalizzato può essere avanzata da "chiunque", senza necessità di dimostrare alcuna legittimazione e senza obbligo di motivazione.
Accesso agli atti ex Art.22 della L. 241/1990	Il diritto di accesso ai sensi della L. 241/1990 è il diritto di tutti i soggetti privati, compresi quelli portatori di interessi pubblici o diffusi, che abbiano un interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata (di norma qualificata come diritto soggettivo o interesse legittimo) e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso. L'interesse di cui trattasi dovrà essere specificato nell'istanza di accesso.

Per quanto riguarda l’accessibilità delle informazioni attraverso la consultazione del sito web istituzionale della Fondazione IRCCS, tra cui la sezione “Amministrazione Trasparente”, la SC Sistemi Informativi ha predisposto un sistema di rilevazione del numero e tipologia di accessi ed esplorazioni alle pagine web del sito istituzionale da parte degli utenti-visitatori.

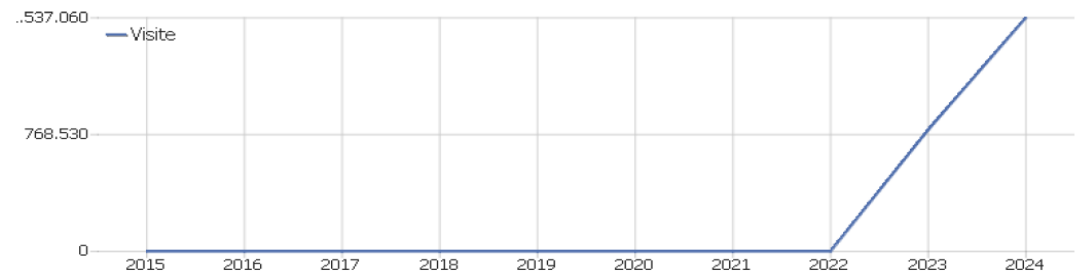
La SC Sistemi Informativi fornisce un report sul numero degli accessi al Responsabile della Trasparenza che ne cura la pubblicazione nella Sottosezione “Dati di traffico della sezione Amministrazione Trasparente”.

Per l’analisi dei dati del traffico si è utilizzato il servizio fornito dalla piattaforma Web Analytics Italia (attivato a maggio 2023) con monitoraggio dei dati valido sull’arco temporale “Anno 2024”.

Di seguito si fornisce una serie di immagini del report di monitoraggio dei dati di traffico del sito istituzionale della Fondazione IRCCS da cui si evincono ed evidenziano una serie di informazioni: il trend del n. di visite complessivo; il n. di azioni compiute all’interno del sito web della Fondazione IRCCS e il n. complessivo di pagine visualizzate; la provenienza geografica dei visitatori; la tipologia di dispositivo con cui è stato effettuato l’accesso e le pagine web maggiormente consultate.

Sito web	Visite	Azioni nel sito	Visualizzazioni pagina	Ricavo	Conversioni	Ordini Ecommerce	Guadagni prodotto
Sito istituzionale	1.537.054	3.651.368	3.192.330	0 €	0	0	0 €

Sommario delle visite



Nome	Valore
Visite	1.537.054
Azioni nel sito	3.651.368
Numero massimo di azioni in una visita	5.118
Azioni per visita	2
Durata media delle visite (in secondi)	00:02:06
% rimbalzi	54%



L'analisi degli accessi web consente di analizzare la provenienza geografica dei visitatori, ripartendola per nazione, continente, regione italiana o estera, comune/città italiano/a o estero/a. I Paesi esteri che prevalentemente hanno acceduto al website della Fondazione IRCCS risultano Russia, Stati Uniti, Canada, Regno Unito, Francia e Germania. Più distaccati si rivelano Lettonia, Spagna, Turchia, Paesi Bassi, Israele, Austria e Svizzera. Per quanto riguarda le Regioni italiane prevale nettamente il Lazio e successivamente troviamo Veneto, Emilia Romagna, Campania e Trentino Alto Adige.

Paese

Paese	Visite	Azioni nel sito	Azioni per visita	Tempo medio sul sito	% rimbalzi	Ricavo
 Italia	1.373.665	3.158.493	2	00:02:06	54%	0 €
 Russia	20.684	45.929	2	00:01:54	61%	0 €
 Stati Uniti	17.717	38.796	2	00:01:41	64%	0 €
 Canada	16.714	34.567	2	00:02:09	60%	0 €
 Regno Unito	15.332	43.221	3	00:02:43	56%	0 €
 Francia	12.046	27.248	2	00:01:57	57%	0 €
 Germania	10.199	42.648	4	00:02:54	59%	0 €
 Lettonia	6.303	13.221	2	00:01:46	59%	0 €
 Spagna	5.627	16.343	3	00:01:27	73%	0 €
 Turchia	4.488	61.327	14	00:01:53	60%	0 €
 Paesi Bassi	3.962	10.865	3	00:03:27	62%	0 €
 Israele	3.439	9.336	3	00:02:04	52%	0 €
 Austria	3.192	7.388	2	00:01:49	60%	0 €
 Svizzera	2.931	6.187	2	00:01:20	65%	0 €
 Iran	2.261	5.208	2	00:02:03	57%	0 €
 Svezia	2.091	4.963	2	00:01:50	61%	0 €
 Polonia	1.919	4.360	2	00:01:58	64%	0 €
 Ucraina	1.686	3.793	2	00:01:48	59%	0 €
 India	1.626	3.472	2	00:02:08	61%	0 €
 Arabia Saudita	1.594	4.322	3	00:03:03	30%	0 €
 Cechia	1.553	4.419	3	00:03:04	53%	0 €
 Norvegia	1.499	3.659	2	00:01:49	57%	0 €
 Serbia	1.443	3.190	2	00:02:02	60%	0 €
Altri	25.083	98.413	4	00:02:11	61%	0 €

Continente

Continente	Visite	Azioni nel sito	Azioni per visita	Tempo medio sul sito	% rimbalzi	Ricavo
Europa	1.482.751	3.515.931	2	00:02:06	54%	0 €
Nord America	34.670	73.882	2	00:01:54	62%	0 €
Asia	15.927	37.423	2	00:02:02	57%	0 €
Africa	1.646	3.886	2	00:02:04	58%	0 €
America del Sud	777	17.420	22	00:05:27	58%	0 €
America Centrale	547	1.344	3	00:02:06	58%	0 €
Oceania	522	950	2	00:01:23	66%	0 €
Sconosciuto	214	532	3	00:01:31	62%	0 €

Dal tipo di dispositivo da cui i visitatori si sono collegati al sito web della Fondazione IRCCS, risulta che lo strumento prevalentemente utilizzato è lo smartphone, con numeri più che doppi rispetto al computer tradizionale.



Tipo di dispositivo

Tipo di dispositivo	Visite	Azioni nel sito	Azioni per visita	Tempo medio sul sito	% rimbalzi	Ricavo
 Smartphone	1.026.629	2.044.258	2	00:01:45	59%	0 €
 Desktop	467.576	1.504.737	3	00:02:55	43%	0 €
Sconosciuto	23.176	54.317	2	00:00:49	56%	0 €
 Tablet	16.188	41.266	3	00:02:18	54%	0 €
 Phablet	3.431	6.684	2	00:01:36	64%	0 €
 Apparecchio TV	43	91	2	00:01:33	67%	0 €
 Console	4	5	1	00:00:01	75%	0 €
 Feature phone	4	6	2	00:01:02	50%	0 €
 Media player portatile	2	2	1	00:00:00	100%	0 €
 Periferica	1	2	2	00:00:15	0%	0 €

Le pagine maggiormente visitate, considerando le varie tematiche o aree di interesse, risultano prevalentemente le attività assistenziali (esami e visite, con particolare riferimento alle prenotazioni ed alle preparazioni pre-esame; ricoveri; libera professione; ecc.); lo sportello del dipendente (funzionalità di accesso da remoto per i dipendenti della Fondazione IRCCS alla gestione delle ferie, assenze, richieste di permessi vari, cedolini paga ed altri prospetti, ecc.); bandi e concorsi; come fare per...; contatti e numeri utili; Dipartimenti e unità operative; mappa e viabilità interna; ecc.

URL delle pagine

URL pagina	Visualizzazioni pagina	Visualizzazioni uniche	Tempo medio sulla pagina	% rimbalzi	% uscite	Tempo medio di generazione
/site/home/sportello-del-dipendente.html	277.650	224.226	00:01:49	11%	95%	0.1s
/site/home/attivita-assistenziale/ - Altri	256.283	217.143	00:00:56	64%	54%	0.06s
/site/home.html	213.729	168.503	00:00:56	33%	49%	0.14s
/site/home/il-san-matteo/bandi-e-concorsi/ - Altri	114.407	94.132	00:00:30	55%	16%	0s
/site/home/attivita-assistenziale/esami-e-visite/prepar	103.928	92.305	00:00:21	86%	96%	0s
/site/home/attivita-assistenziale/esami-e-visite/prenot	112.466	85.343	00:01:38	52%	68%	0s
/site/home/attivita-assistenziale/esami-e-visite/prepar	63.241	57.131	00:00:26	88%	96%	0s
/site/home/il-san-matteo/bandi-e-concorsi/cardCatassist	74.253	56.612	00:01:00	35%	41%	0s
/site/home/attivita-assistenziale/libera-professione-in	52.566	41.260	00:01:19	58%	55%	0s
/site/home/area-comunicazione/come-fare-per.../articolo	44.100	39.486	00:00:22	88%	98%	0s
/site/home/attivita-assistenziale/esami-e-visite.html	47.867	38.985	00:00:27	21%	15%	0s
/site/home/area-comunicazione/contatti-e-numeri-utili.h	39.896	33.973	00:01:15	67%	69%	0s
/site/home/attivita-assistenziale/esami-e-visite/prepar	36.942	32.707	00:00:26	86%	96%	0s
/site/home/il-san-matteo/mappa-e-viabilita-interna/mapp	33.609	28.470	00:01:04	56%	61%	0s
/site/home/attivita-assistenziale/dipartimenti-e-unita-	29.183	25.042	00:01:01	62%	47%	0s
/site/home/attivita-assistenziale/dipartimenti-e-unita-	32.815	23.779	00:00:34	21%	17%	0s
/site/home/il-san-matteo/bandi-e-concorsi/cardCatricerc	29.158	20.596	00:01:13	36%	42%	0s
/site/home/attivita-assistenziale/ricovero/cosa-portare	23.520	20.213	00:00:30	80%	88%	0s
/site/home/attivita-assistenziale/esami-e-visite/prepar	20.487	18.240	00:00:27	85%	94%	0.05s
/site/home/il-san-matteo/bandi-e-concorsi.html	23.262	18.066	00:00:18	16%	8%	0s
/site/home/area-comunicazione/come-fare-per.../scheda30	20.443	16.986	00:01:28	48%	80%	0s
/site/home/area-comunicazione/come-fare-per.../articolo	17.090	14.548	00:01:16	59%	63%	0s
/site/home/il-san-matteo/mappa-e-viabilita-interna.html	17.823	13.829	00:00:34	28%	31%	0s
Altri	1.507.612	1.246.735	00:00:58	60%	51%	0.05s



✓ Accoglienza

Il termine accessibilità, qui inteso come servizio di accesso alle prestazioni sanitarie, in ambito ospedaliero è inevitabilmente correlato al termine accoglienza del paziente-utente, che genera quindi un rapporto diretto o mediato da strumenti comunicativi (telefono, pc) con l'utenza. Le funzioni di accoglienza ed accessibilità alle prestazioni sanitarie come momento di primo contatto con l'utenza vengono garantite dalla Fondazione IRCCS attraverso una rete capillare di sportelli all'utenza, segreterie di reparto e Centri Unici Prenotazione (CUP).

Attraverso gli sportelli CUP viene gestito l'accesso degli utenti alle prestazioni, in regime ambulatoriale, al fine di agevolarne il percorso diagnostico terapeutico, mediante lo svolgimento delle attività di prenotazione all'interno della Fondazione IRCCS o sul territorio, accettazione, pagamento delle prestazioni richieste. Agli sportelli CUP vengono inoltre effettuati i servizi di consegna referti e gestione in back-office delle pratiche ambulatoriali.

In affiancamento alle attività dei CUP, operano le segreterie di reparto, le quali espletano le attività di contatto (di persona e telefonicamente) con l'utenza esterna ed interna che si rivolge alle Strutture specifiche. Si occupano inoltre della registrazione delle prestazioni interne effettuate in regime ambulatoriale o di ricovero e della gestione delle liste operatorie.

A livello organizzativo esistono inoltre uffici dedicati a tematiche specifiche legate all'accoglienza ed ai rapporti con l'utenza:

- l'Ufficio Recall, incaricato dell'effettuazione delle chiamate di *reminder* all'utente prenotato finalizzate al ridimensionamento del fenomeno del "*no-show*" (ossia la mancata presentazione dei pazienti ad una visita prenotata, incidendo quindi sulla tempistica delle liste di attesa). L'attività viene svolta in via prioritaria per le prestazioni ad elevato costo e per le prestazioni per le quali la Fondazione IRCCS registra elevati tempi di attesa;
- l'Ufficio Urgenze Differibili, incaricato della gestione delle prenotazioni con priorità su contatto dell'operatore CUP che non riesce a gestire la pratica a sportello, al fine di ricercare disponibilità nelle agende o sul territorio per far



rispettare la tempistica di priorità indicata nella ricetta emessa dal medico di base per esami e prestazioni specialistiche.

Gestione della lista di galleggiamento monitorando periodicamente le richieste che vengono inserite dal CCR o dall'Ente stesso per quelle prestazioni laddove le agende sono sature.

Diretto affiancamento con il RUA dove puntualmente vengono evidenziate tutte le criticità per effettuare le prenotazioni presenti nella lista di galleggiamento.

Presso la Fondazione IRCCS opera infine anche la struttura dedicata alla gestione delle prenotazioni delle visite in Libera Professione, attraverso agenda informatizzata appositamente dedicata.

Nel 2024 erano attivi 12 sportelli CUP ed 1 Punto Accettazione Pronto Soccorso, come di seguito elencati:

- CUP DEA (padiglione 43 Nuovo Ospedale, piano 0 – organizzato con 8 sportelli di cui 1 riservato alla Libera Professione);
- CUP Polifunzionale (padiglione 10 ingresso A – organizzato con 5 sportelli e 1 back-office);
- CUP Odontoiatria (padiglione 4 – organizzato con 1 sportello fino al primo trim 2024);
- CUP Dermatologia (padiglione 5 – organizzato con 1 sportello);
- CUP Oculistica (padiglione 23 – organizzato con 2 sportelli);
- CUP Malattie Apparato Respiratorio (padiglione 27 – organizzato con 2 sportelli);
- CUP Ortopedia (padiglione 29 – organizzato con 5 sportelli e 1 ritiro referti);
- CUP Pediatria (padiglione 31 – organizzato con 2 sportelli e 2 back-office);
- CUP Malattie Infettive (padiglione 42 – organizzato con 2 sportelli e 3 back-office);
- CUP Senologia (padiglione 33, palazzina Poliambulatorio, V.le Golgi 5 – organizzato con 2 sportelli);
- CUP Centro Prelievi (padiglione 6 – organizzato con 4 sportelli E 1 back-office);

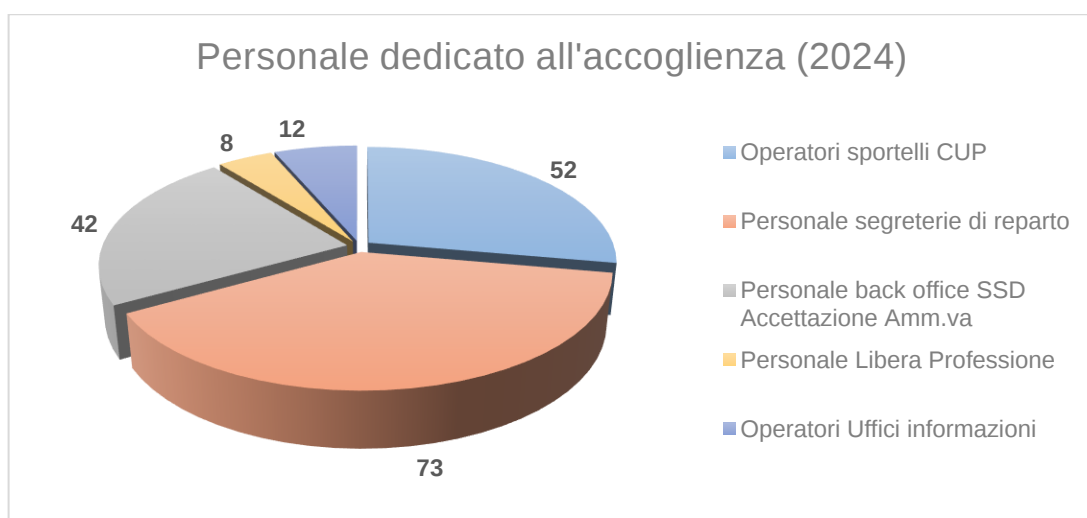


- CUP Presidio Belgioioso (organizzato con 2 sportelli e 1 back-office);
- Punto Accettazione Pronto Soccorso (padiglione 43 Nuovo Ospedale, piano -2 – organizzato con 2 sportelli con 3 operatori che si alternano nelle 12 ore di apertura).

Il Punto Accettazione Pronto Soccorso si occupa dell'identificazione dei pazienti, della generazione degli STP (Stranieri Temporaneamente Presenti) per pazienti extracomunitari irregolari e della prenotazione delle prestazioni che vengono richieste ai pazienti in uscita, attivo dalle 08:00 alle 20:00 tutti i giorni festivi compresi e dell'accoglienza/gestione delle richieste da parte dei familiari.

Il personale dedicato all'accoglienza risultava nel 2024 pari a 187 unità così ripartite:

- 52 unità operatori di sportello presso i CUP;
- 73 unità personale amministrativo presso le segreterie di reparto;
- 42 unità personale amministrativo di back office presso la Struttura Accettazione Amministrativa;
- 8 unità personale amministrativo dedicato alle attività in libera professione;
- 12 unità operatori di front office presso gli uffici informazioni (3 postazioni dislocate in corrispondenza dell'ingresso centrale dell'IRCCS, presso il DEA e presso la portineria d'ingresso del Presidio di Belgioioso).



Anche per il 2024, analizzando una settimana campione è emerso che le pratiche (relative alle attività di registrazione con definizione appuntamento, modifica per spostamento-completamento e pagamento) gestite mediamente dal personale dedicato all'accoglienza risultavano pari a circa 10.000 (numero pressoché invariato sul 2023). Si precisa che tale numero non corrisponde alla totalità delle pratiche gestite in media alla settimana in Fondazione IRCCS, in quanto un elevato numero di pratiche viene gestito anche dal personale sanitario (medici, infermieri) per esigenze organizzative.

Come iniziative attuate ex-novo nel 2024 o proseguite sull'attivazione avvenuta a fine 2023 si segnalano:

- Progettazione e produzione di un link "INFO-PS" tramite il DIGITAL SIGNAG in grado di fornire informazioni utili sullo stato di affollamento del Pronto Soccorso. Dal link con il codice fiscale e il numero di nosologico, assegnato al paziente che accede in Pronto Soccorso, il familiare può monitorare lo stato di avanzamento del parente, eventuale ricoveri, ecc. (per il momento è ancora in fase di implementazione);
- Strutturazione percorso ambulatorio stranieri per pazienti extracomunitari irregolari. Nell'ambulatorio, una volta a settimana, è garantita la presenza di un medico e di una figura amministrativa, in forma volontaria, che accolgono i pazienti extracomunitari irregolari per la cura, la creazione dell'STP ed eventuali prenotazioni richieste dal medico in turno per l'iter diagnostico.

✓ **Rapporti con l'utenza (URP)**

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) si occupa della gestione di tutte le segnalazioni presentate dai cittadini, in forma sia scritta che verbale, dando il dovuto riscontro all'utente e comunicando all'interno la problematica.

Si occupa di fornire informazioni/orientamenti ai cittadini che hanno bisogno di supporto per usufruire dei servizi ospedalieri.



L'URP rileva poi sistematicamente la qualità percepita dagli utenti, effettuando indagini con questionari di gradimento, per l'area sia di degenza che ambulatoriale.

Periodicamente l'URP analizza i dati ricevuti, rendendoli noti all'interno dell'azienda: i report prodotti supportano la Direzione Aziendale in interventi migliorativi per avvicinare il servizio alle esigenze dell'utenza e per migliorare il dialogo con i Cittadini.

Nell'anno 2024 all'Ufficio Relazioni con il Pubblico sono pervenute 3.372 segnalazioni (1.196 formalizzate e 2.176 verbali); di queste, 1.255 sono arrivate via mail; 199 allo sportello e 1.918 telefonicamente.

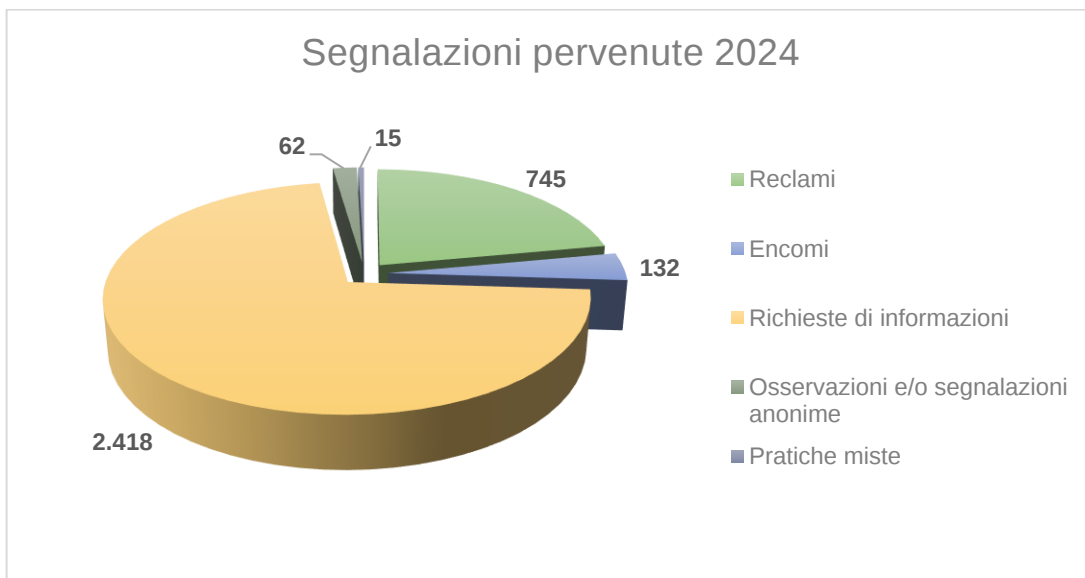
Delle 1.196 pratiche formalizzate: 1.083 si sono concluse con una risposta all'utente; 53 sono state chiuse per contatto diretto tra l'utente e la struttura; 28 sono state chiuse senza riscontro all'utente, per mancanza di autorizzazione al trattamento dei dati personali, da parte del diretto interessato; 32 sono state chiuse senza risposta per il venir meno della necessità segnalata oppure per mancanza di invio, da parte dell'utente, della documentazione necessaria alla gestione della richiesta.

Le segnalazioni ricevute hanno riguardato le seguenti tre categorie:

- reclami;
- encomi;
- richieste di informazioni.

Nel numero complessivo delle segnalazioni pervenute vanno considerate anche osservazioni e/o segnalazioni anonime (62) e sono state gestite 15 pratiche miste (5 contenenti richiesta di informazioni e reclamo, 4 contenenti richiesta di informazioni e osservazione, 4 contenenti reclamo ed encomio, 1 contenente reclamo e osservazione, 1 contenente encomio e osservazione).

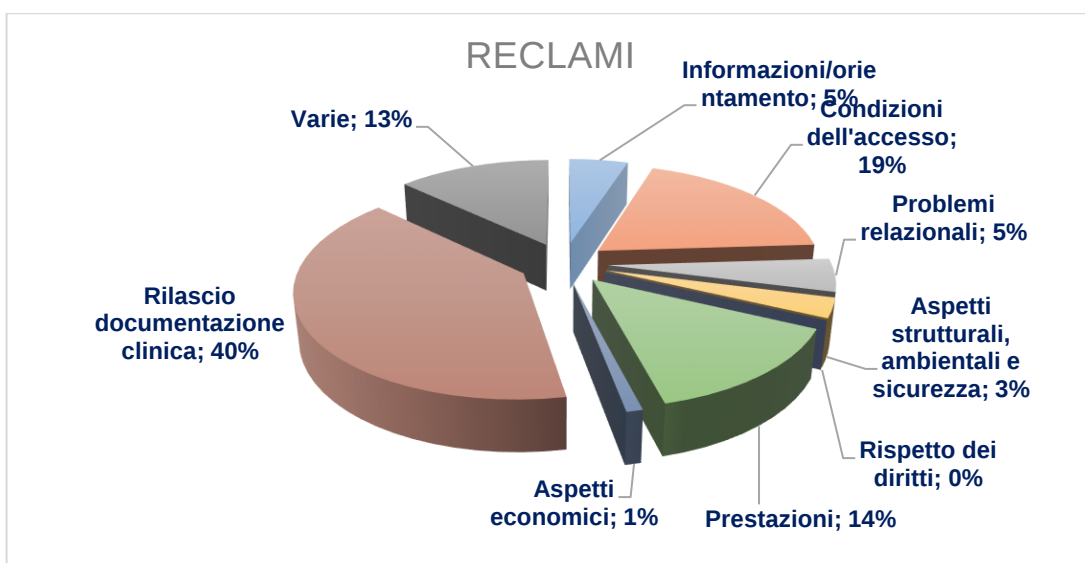




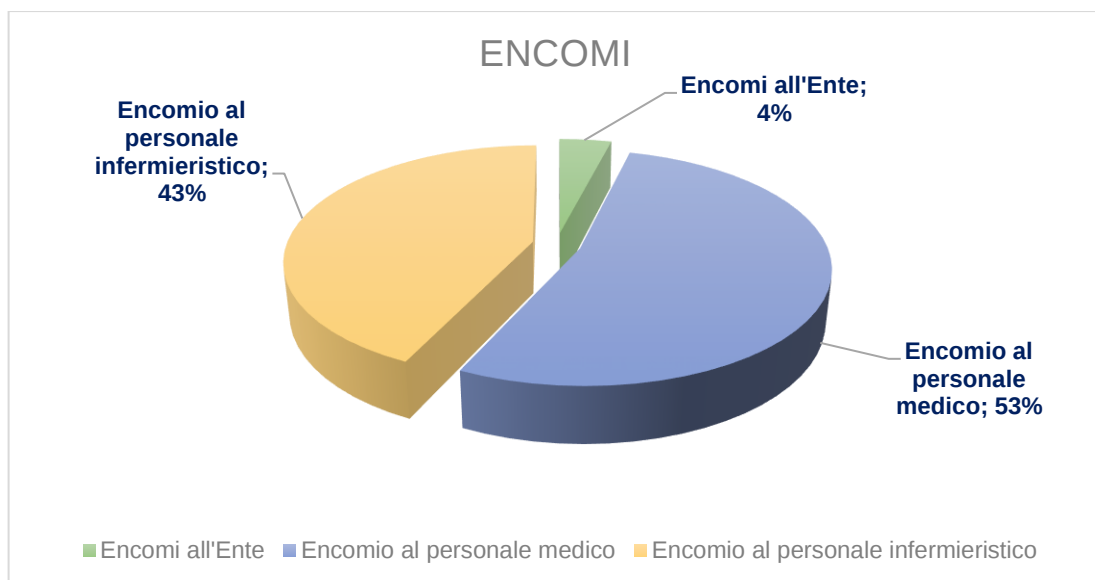
I **reclami** pervenuti sono risultati 745 (183 formalizzati e 562 verbali).

I contenuti dei reclami formalizzati riguardavano prevalentemente le prestazioni (tempi di attesa, mancata prestazione, inadeguatezza organizzativa), nonché le modalità comunicative del personale (in prevalenza, medico e infermieristico).

A questi, nel caso dei reclami verbali, si aggiungono anche eccessivo tempo di attesa per il rilascio della cartella clinica, difficoltà a contattare telefonicamente alcune Strutture.



Gli **encomi** sono risultati 132 (114 formalizzati e 18 verbali) ed hanno riguardato encomi all'Ente nel suo complesso, al personale medico e al personale infermieristico.



Le **richieste di informazioni** sono risultate 2.418 (849 formalizzati e 1.569 verbali) e vertevano su più aspetti:

- come fare per prenotare visite, sia con SSN che in regime di solvenza;
- se vengono erogate prestazioni specifiche;
- il tempo d'attesa per interventi chirurgici;
- contatti delle strutture interne;
- aggiornamento dei dati anagrafici;
- modalità per richiedere copia della documentazione sanitaria o della fattura.

✓ Rilevazione customer satisfaction

Dal secondo semestre del 2020, in ragione dell'emergenza sanitaria covid-19, non è più stata avviata l'indagine di customer satisfaction in modalità cartacea.

Tuttavia, rimane attiva la modalità di compilazione dei questionari online, accessibile sul sito istituzionale della Fondazione. Nel corso dell'anno 2024, sono pervenute complessivamente 72 questionari: 36 relativi all'area ambulatoriale e 36 all'area di degenza.

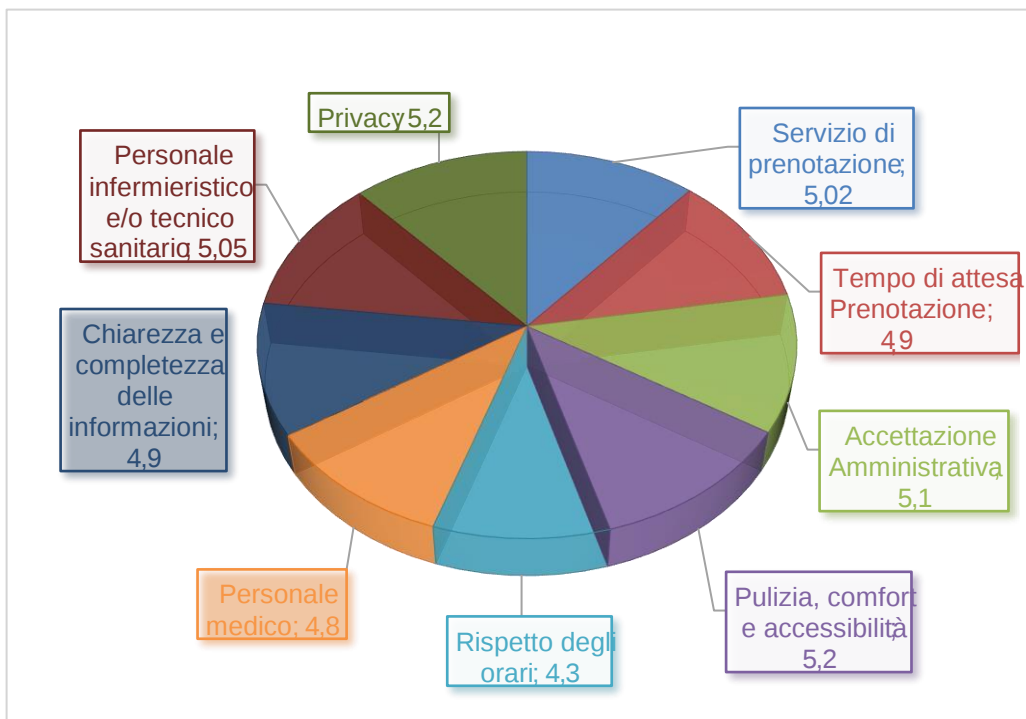
Al fine di promuovere una maggiore partecipazione dell'utenza e in ottemperanza alle indicazioni degli enti certificatori volte al potenziamento della customer, è stata predisposta la locandina informativa "La tua opinione conta", attualmente in fase di affissione presso le aree ambulatoriali e di degenza del Policlinico.

Rilevazione soddisfazione Area Ambulatoriale

Le domande del questionario vertono su servizio di prenotazione, tempo d'attesa tra la prenotazione e la data di esecuzione della prestazione, servizio di accettazione amministrativa e pagamento ticket, accessibilità, comfort e pulizia degli ambienti, rispetto degli orari previsti, attenzione ricevuta dal personale medico, rispetto della riservatezza personale, attenzione ricevuta dal personale infermieristico e/o tecnico sanitario, chiarezza e completezza delle informazioni e delle spiegazioni ricevute.

Il giudizio va da 1 (per niente soddisfatto) a 7 (molto soddisfatto); dall'analisi dei questionari emerge una discreta soddisfazione da parte dell'utenza.

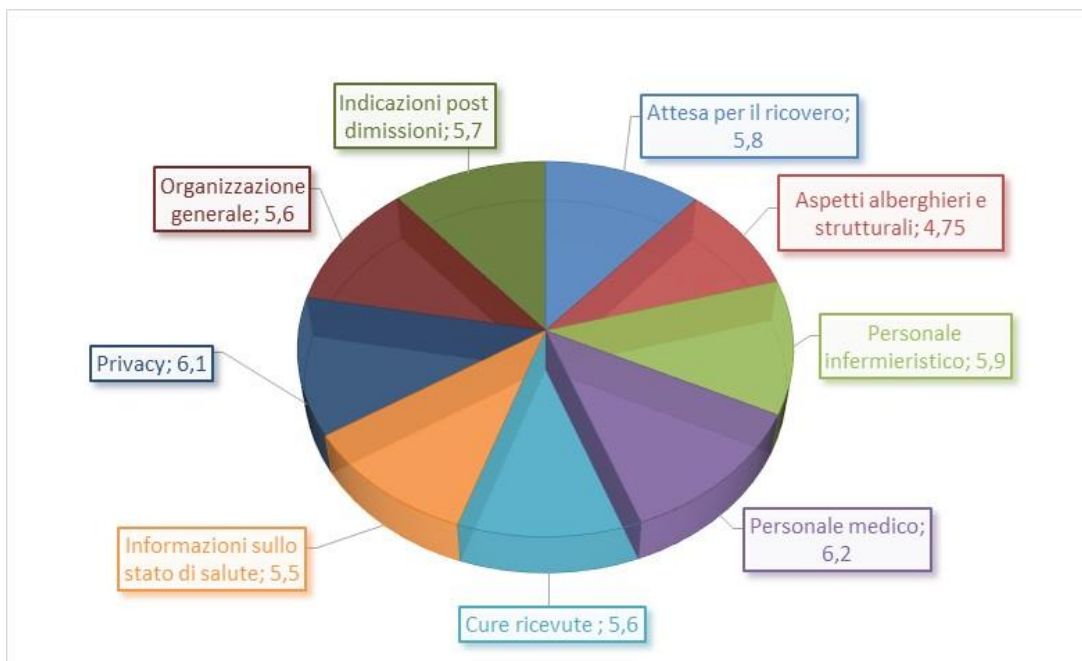




Rilevazione soddisfazione Area Degenza

Le domande del questionario vertono su tempo d'attesa per il ricovero, accoglienza e informazioni ricevute sull'organizzazione del reparto, aspetti strutturali e alberghieri, assistenza da parte del personale infermieristico e da parte del personale medico, qualità delle cure ricevute, rispetto della riservatezza personale, organizzazione dell'ospedale nel suo insieme, indicazioni fornite dagli operatori sanitari su come comportarsi dopo la dimissione.

Il giudizio va da 1 (per niente soddisfatto) a 7 (molto soddisfatto); dall'analisi dei questionari emerge una buona soddisfazione da parte dell'utenza.





Ing. A. Gelmetti
Direttore SC Sistemi
Informativi



Ing. P. Lago
Direttore SC
Ingegneria Clinica
Aziendale

*Potenziamento sistemi
informativi aziendali e
digitalizzazione*

Innovazione, ammodernamento e potenziamento tecnologico

L'innovazione tecnologica in Fondazione, sia in ambito informatico e gestione dei dati che relativamente alle apparecchiature utilizzate per la cura ed assistenza del paziente, viene considerata come dimensione strategica da perseguire al fine di migliorare i propri processi operativi, i servizi offerti e le prestazioni da erogare.

L'innovazione tecnologica, in generale, permette di velocizzare i processi, la precisione delle diagnosi e di utilizzare nuove modalità di cura del paziente, gestendo in modo sempre più funzionale la mole di dati ed informazioni raccolte.

A livello organizzativo la SC Sistemi Informativi e la SC Ingegneria Clinica Aziendale risultano le strutture che in modo prevalente governano questa dimensione. Ad esse ovviamente se ne affiancano altre per le rispettive sfere di competenza (ad esempio, l'installazione di una nuova apparecchiatura spesso coinvolge anche la SC Gestione Tecnico Patrimoniale per l'adeguamento infrastrutturale dei locali oppure i laboratori di ricerca od i reparti sanitari per le caratteristiche dello strumento da approvvigionare; così come l'implementazione di un nuovo applicativo gestionale coinvolge le strutture utilizzatrici per la verifica dei fabbisogni e caratteristiche del software).

Per quanto riguarda il potenziamento e miglioramento del sistema informativo aziendale, si presenta nella successiva tabella un elenco di progetti ad impatto rilevante per la Fondazione, specificando gli obiettivi, le strutture coinvolte/beneficiarie, i tempi di realizzo e gli esiti del monitoraggio al 31/12/2024.



Elenco progetti di potenziamento / miglioramento dei Sistemi Informativi	Descrizione dei risultati attesi / obiettivi	Strutture coinvolte / beneficiarie	Tempi di realizzo	Esito per l'anno 2024
Implementazione di una piattaforma integrata per la Cybersecurity	L'obiettivo dell'intervento è quello di elevare il livello complessivo di sicurezza nella gestione dei dati e dei servizi erogati dalla Fondazione, con attenzione anche agli aspetti legati alla gestione dei dispositivi medici connessi in rete	Il progetto risulta trasversale a tutta la Fondazione	2023-2026	Gli interventi previsti a seguito dell'adesione all'AQ CONSIP sulla Cybersecurity sono stati correttamente implementati sia per quanto riguarda il servizio SOC ed i sistemi SIEM/SOAR; è stato inoltre implementato il servizio di Vulnerability Management su tutti gli asset della Fondazione. Infine a Ottobre 2024 si è proceduto ad ulteriore adesione all'AQ CONSIP ID 2296 con fondi PNRR per attivare anche un servizio di Cyber Threat Intelligence avanzata e un servizio di gestione delle identità digitali (IAM) che verrà implementato nel corso del 2025.
Realizzazione di nuova piattaforma integrata CUP	Il risultato atteso a livello regionale è di avere una piattaforma unica e condivisa a livello di agende per la gestione delle prestazioni ambulatoriali	La Struttura di Accettazione Amministrativa incaricata della gestione CUP in primis, Sistemi Informativi, DMP, Gestione Operativa, DPS, oltre a tutte le strutture sanitarie erogatrici di prestazioni in regime ambulatoriali.	2023-2026	A fine 2023 è stata aggiudicata la gara regionale. Si rimane in attesa di indicazione da Regione e ARIA in merito a tempistiche di attivazione del nuovo CUP. Nel frattempo si è provveduto agli adeguamenti del sistema esistente per quanto concerne il nuovo nomenclatore tariffario e il SISS 3.
Adegumento applicativi refertanti al nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0	Il progetto prevede il progressivo adeguamento dei vari applicativi refertanti (LDO, AMB, PS, LAB, RAD, etc.) ai nuovi metodi previsti dal FSE 2.0 nazionale con contestuale produzione di referti strutturati secondo il modello HL7 CDA 2	Sistemi Informativi, DMP, Gestione operative, tutte le strutture sanitarie che producono referti.	2023-2025	Si è proseguito nell'attività di attivazione e distribuzione dei dispositivi di firma remota a tutto il personale medico e nel corso del secondo semestre si è provveduto ad attivare la firma remota delle LDO su tutti i reparti. Per quanto concerne la firma remota e invio del CDA 2 per i verbali di PS è stata fatta la validazione in accordo con ARIA e la messa in produzione avverrà nei primi mesi del 2025.
Implementazione di una piattaforma per gestione PREMs e PROMs in Oncologia	Il progetto si prefigge l'obiettivo di realizzare una piattaforma erogata in modalità SaaS finalizzata alla raccolta di informazioni relative all'experience e agli outcome dei pazienti trattati dalla SC di Oncologia.	Sistemi Informativi, DMP, DPS, Gestione Operativa, SC Oncologia, SC Dietetica e Nutrizione clinica	2023-2025	La piattaforma per la gestione del PREMs e PROMs è stata correttamente attivata così come il sistema per la gestione della cartella di nutrizione clinica. Nel corso del 2024 si è proceduto all'analisi e validazione delle integrazioni della cartella con i principali sistemi informativi presenti in Fondazione e la messa

Elenco progetti di potenziamento / miglioramento dei Sistemi Informativi	Descrizione dei risultati attesi / obiettivi	Strutture coinvolte / beneficiarie	Tempi di realizzo	Esito per l'anno 2024
				in produzione sarà completata nel corso del 2025.
Progettazione e di una CCE per Neonatologia, TIN e Oncoematologia Pediatrica	Il progetto si prefigge l'ambizioso obiettivo di realizzare una piattaforma unica integrata che gestisca tutto il percorso all'interno del Dipartimento pediatrico con particolare focus alla TIN e Neonatologia e all'Oncoematologia pediatrica. Il progetto prevede una CCE dedicata oltre ad una gestione integrata dei processi di prescrizione e somministrazione delle terapie, nonché l'interfacciamento con la strumentazione biomedica e l'uso di PDTA e algoritmi intelligenti a supporto delle decisioni cliniche	Sistemi Informativi, DMP, DPS, Gestione Operativa, Qualità e Risk management, SC Neonatologia e TIN, SC Oncoematologia pediatrica	2023-2026	Nel corso del 2024 si è proseguito con il lavoro preliminare di analisi delle funzionalità necessarie al corretto funzionamento della cartella della TIN, comprese le indispensabili integrazioni con i sistemi aziendali interni e con quelli regionali (SISS). Si è constatato un ritardo nella realizzazione di un primo modulo funzionante da poter testare in collaborazione con i clinici per cui il cronogramma è stato aggiornato di conseguenza.
Progetto Digital Pathology	Il progetto sulla digitalizzazione dei processi che riguardano l'Anatomia Patologica ha i seguenti obiettivi: Dematerializzazione dei preparati istologici; Facilitazione nella condivisione/discussione casistica; Integrazione del dato cito-istologico digitale nell'ambito di registri e archivi di dati oncologici con correlazioni cliniche, radiologico strumentali e risultati di indagini genomiche-molecolari; Implementazione delle potenzialità didattiche e di ricerca; Creazione di un network regionale tra le varie Anatomie Patologiche.	Soggetti coinvolti: Sistemi Informativi, SC Direzione Medica di Presidio, SC Direzione delle Professioni Sanitarie, SS Gestione Operativa, SC Ingegneria Clinica, SC Anatomia Patologica Beneficiari: La SC di Anatomia Patologia e le altre strutture interne che usufruiscono dei servizi erogati, nonché i pazienti trattati dalla struttura.	2024-2025	ARIA ha completato la procedura di gara a dicembre 2024 aggiudicando al RTI con mandataria GPI. L'adesione dei vari enti sanitari e la programmazione degli avvisi in produzione del nuovo sistema regionale unico di Anatomia Patologica comprensivo del modulo di Digital Pathology avverrà nel corso del 2025.
Progetto automazione Farmacia e tracciabilità farmaci e dispositivi medici	L'obiettivo generale consiste nella adozione di soluzioni per garantire la tracciabilità dei beni sanitari con conseguente ricaduta positiva nelle seguenti aree: Clinica; Organizzativa e logistica; Economica; Generale. AREA CLINICA	Soggetti coinvolti: SC Sistemi Informativi, SC Farmacia, SC Gestione Acquisti, SC Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità,	2024-2026	È stato effettuato un approfondito lavoro di assessment per quanto concerne tutto il ciclo di gestione di farmaci e dispositivi medici attraverso interviste mirate ai vari servizi coinvolti e raccolta dei dati dai sistemi dipartimentali. In attesa di indicazioni da Regione in merito agli interventi che per indisponibilità di AQ CONSIP

Elenco progetti di potenziamento / miglioramento dei Sistemi Informativi	Descrizione dei risultati attesi / obiettivi	Strutture coinvolte / beneficiarie	Tempi di realizzo	Esito per l'anno 2024
	Riduzione del rischio clinico Intervento clinico del farmacista Gestione delle terapie personalizzate Ottimizzazione del tempo infermieristico AREA LOGISTICA Eliminazione delle urgenze Incremento dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità. AREA ECONOMICA Governo della spesa Semplificazioni amministrative OBIETTIVI GENERALI Documentare l'utilizzo dei beni sanitari lungo l'intero percorso di cura in maniera sempre più accurata, deve essere garantito il pieno controllo del percorso di impiego dei beni. Monitorare tutti processi al fine di evidenziare le opportunità di miglioramento e conseguentemente poter ottimizzare le risorse a disposizione. Rispondere alle richieste normative vigenti e future che richiedono sempre più attenzione ai processi di erogazione dei servizi sanitari; in relazione a questo aspetto, i sistemi di tracciabilità permettono di certificare la qualità dei processi implementati e la rispondenza alle normative.	SC Controllo di Gestione, SC Direzione Medica di Presidio, SC Direzione delle Professioni Sanitarie, SS Gestione Operativa, SC Qualità e Risk Management, tutte le strutture sanitarie Beneficiari: Tutte le strutture interne e per riflesso tutti gli utenti esterni che beneficiano dell'efficientamento dei processi di gestione e della tracciabilità di farmaci e dispositivi medici		attivabili sono stati stralciati dalle progettualità finanziate attraverso fondi PNRR.

In relazione all'ammodernamento e potenziamento del parco apparecchiature sanitarie e strumentazioni ad esse connesse si presenta nella seguente tabella un elenco di apparecchi per i quali è stato effettuato il collaudo ai fini del loro utilizzo in Fondazione presso i reparti sanitari.

Nel corso del 2024 risultano effettuati 692 collaudi (+ 15 rispetto al 2023). Le apparecchiature collaudate rientrano nelle seguenti categorie:

*Ammodernamento
parco apparecchiature
sanitarie*



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

- apparecchiature di proprietà (per effetto di acquisto, donazione, sconto merci);
- apparecchiature di terzi (che si trovano nella condizione di service, noleggio, comodato);
- apparecchiature prese in carico (apparecchi presenti in Fondazione non rientranti nelle due categorie sopraindicate, per i quali la Fondazione ha provveduto all'inventariazione nel proprio patrimonio ed al collaudo per la messa in funzione).

Collaudi effettuati 2024				
Descrizione apparecchiatura	Prese in carico	Proprietà	Proprietà di terzi	Totale complessivo
ABLAZIONE CARDIACA A RADIOFREQUENZA, APPARECCHIO PER			1	1
ALIMENTATORE RADDRIZZATORE/CARICABATTERIA		1		1
AMPLIFICATORE DI SEQUENZE NUCLEOTIDICHE			7	7
ANALISI E DOCUMENTAZIONE DI GEL, SISTEMA PER			1	1
ANALIZZATORE			1	1
ANALIZZATORE AUTOMATICO PER IMMUNOCHEMICA		1	5	6
ANALIZZATORE DI SEQUENZE NUCLEOTIDICHE			1	1
ANALIZZATORE EMATOLOGICO AUTOMATICO			3	3
ANALIZZATORE GRUPPO SANGUIGNO			3	3
ANALIZZATORE VISIONE PERIFERICA		1		1
ANESTESIA, APPARECCHIO PER		1	19	20
ANGIOGRAFIA DIGITALE, SISTEMA PER			1	1
ASPIRATORE PER TROMBI			2	2
BAGNO TERMOSTATICO		2		2
BARELLA AMAGNETICA			3	3
BIOMETRO OTTICO COMPUTERIZZATO		1		1
BLOTTING, APPARECCHIO PER	2			2
CAMERA DI IONIZZAZIONE			1	1
CARICA BATTERIE			3	3
CARRELLO ELETTRIFICATO		5	1	6
CATENA MISURATORE CAMPI ELETTRICI			1	1
CENTRALE MONITORAGGIO		1		1
CENTRIFUGA		1		1
CISTOURETROSCOPIO		1		1
COAGULOMETRO			13	13
COLORATORE AUTOMATICO DI TESSUTI			3	3
CONGELATORE DA LABORATORIO		5		5



Collaudi effettuati 2024				
Descrizione apparecchiatura	Prese in carico	Proprietà	Proprietà di terzi	Totale complessivo
CONSOLLE DI COMANDO PER GRUPPO RADIOLOGICO		2		2
CONTENITORE CRIOGENICO		1		1
CRIOSTATO		1		1
CULLA NEONATALE NON ELETTRICA		1		1
DATALOGGER, SISTEMA PER		74		74
DEFIBRILLATORE		9	8	17
DERMATOSCOPIO		1		1
DOSIMETRO			2	2
ECOBRONCOSCOPIO		1		1
ECOGASTROSCOPIO		1		1
ECOTOMOGRAFO		2	3	5
ECOTOMOGRAFO TABLET		1		1
ELETTROBISTURI		2		2
ELETTROBISTURI AD ARGON		2		2
ELETTROCARDIOGRAFO	1	8		9
ELETTROENCEFALOGRAFO		3		3
EMODIALISI, APPARECCHIO PER			2	2
EMOGASANALIZZATORE			23	23
ESPOSIMETRO AUTOMATICO			1	1
ESTRATTORE DI ACIDI NUCLEICI			5	5
FLUORIMETRO		1		1
FONTE LUMINOSA PER ENDOSCOPIA		2	1	3
FONTE LUMINOSA, ACCESSORIO PER		1		1
FOTOSTIMOLATORE		2		2
FOTOTERAPIA PEDIATRICA, APPARECCHIO PER		3		3
FRIGOEMOTECA		1		1
FRIGORIFERO BIOLOGICO		19		19
GENERATORE PER LITOTRISSIA INTRAVASCOLARE			1	1
GRUPPO DI CONTINUITA'/UPS		1		1
GRUPPO RADIOLOGICO		2		2
IBRIDAZIONE DI ACIDI NUCLEICI, APPARECCHIO PER		1		1
IDRODISSETTORE		1		1
INCLUSORE AUTOMATICO DI PARAFFINA			1	1
INCUBATORE		1	1	2
INCUBATORE AD ANIDRIDE CARBONICA		1		1
INIETTORE ANGIOGRAFICO			2	2
INIETTORE PER RISONANZA MAGNETICA			11	11
INTERFACCIA, MODULO PER			1	1



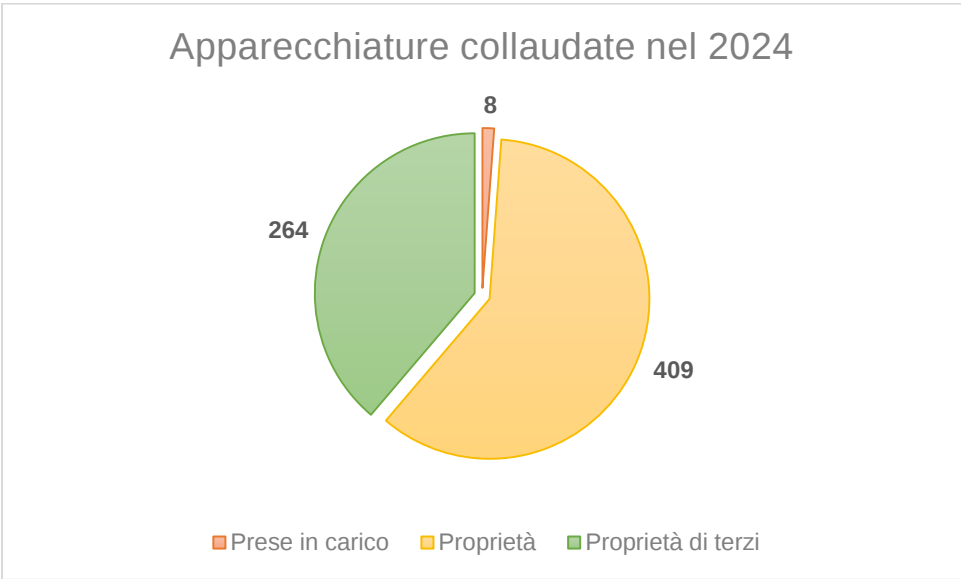
Collaudi effettuati 2024				
Descrizione apparecchiatura	Prese in carico	Proprietà	Proprietà di terzi	Totale complessivo
IPOTERMIA INTRAVASCOLARE, APPARECCHIO PER			1	1
IRRIGATORE		1		1
ISTEROSCOPIO		2		2
LAMA PLURIUSO PER VIDEOLARINGOSCOPIO		7		7
LAMPADA A FESSURA		11		11
LAMPADA FRONTALE		2		2
LAMPADA SCIALITICA		14	1	15
LAPAROSCOPIO		9		9
LASER CHIRURGICO	1			1
LASER, GENERATORE PER		1		1
LETTO ELETTROCOMANDATO PER TERAPIA INTENSIVA O RIANIMAZIONE		22		22
LETTORE CODICE A BARRE			1	1
LETTORE/ DETETTORE A FLAT PANEL		2		2
MANOMETRIA GASTROENTEROLOGICA, APPARECCHIO PER			1	1
MASTOSUTTORE	1		1	2
MICRODISSEZIONE CELLULARE, SISTEMA PER		1		1
MICROSCOPIO OPERATORIO			2	2
MICROSCOPIO OTTICO DA LABORATORIO			1	1
MICROSCOPIO SPECULARE		1		1
MODULO ACQUISIZIONE IMMAGINI			2	2
MODULO PER MONITORAGGIO SISTEMA NERVOSO		1		1
MONITOR		23	2	25
MONITOR TELEVISIVO PER BIOIMMAGINI		4	4	8
MONITOR TRANSCUTANEO PO2/PCO2		1		1
MONITORAGGIO DEL RILASSAMENTO NEUROMUSCOLARE, APPARECCHIO PER		2		2
MONITORAGGIO DEL SISTEMA NERVOSO, SISTEMA PER IL		1	3	4
MONITORAGGIO DELL'ARIA, APPARECCHIO PER		1		1
MORCELLATORE			1	1
NEFROSCOPIO		2		2
NUTRIPOMPA			9	9
OTTICA RIGIDA			9	9
PC, MONITOR PER		13		13
PC, STAMPANTE PER	1	9	4	14
PERSONAL COMPUTER		2	1	3
PH-METRO		1		1
PIASTRA RAFFREDDANTE PER PARAFFINA		1	1	2
PINZA RISCALDATA			2	2



Collaudi effettuati 2024				
Descrizione apparecchiatura	Prese in carico	Proprietà	Proprietà di terzi	Totale complessivo
PIPETTA AUTOMATICA		1	2	3
PIPETTATRICE AUTOMATICA		13		13
POLISONNIGRAFO		1		1
PRESSOTERAPIA, APPARECCHIO PER			4	4
PULSOSSIMETRO		1		1
REGOLATORE DI INFUSIONE			2	2
RILEVAMENTO MAGNETICO LINFONODO SENTINELLA			1	1
RILEVATORE DI METALLI			3	3
RINOSCOPIO		2	3	5
RIPRODUTTORE VIDEO O DIGITALE DI BIOIMMAGINI		2		2
RISCALDATORE SANGUIGNO			34	34
SCAMBIATORE DI CALORE PER CIRCOLAZIONE EXTRACORPOREA			4	4
SEGA PER GESSI		7		7
SEPARATORE CELLULARE			1	1
SEPARAZIONE CELLULARE IMMUNOMAGNETICA, APPARECCHIO PER			1	1
SERVER, PC		5	2	7
SISTEMA AUTOMATICO PER LA GESTIONE DELLA FASE PRE-ANALITICA			1	1
SISTEMA DI DRENAGGIO CARDIO TORACICO			2	2
SISTEMA DI POSIZIONAMENTO PAZIENTE		3		3
SISTEMA MOTORIZZATO PER CHIRURGIA ORTOPEDICA			1	1
SISTEMA PASSAMALATI			1	1
SISTEMA POLIFUNZIONALE PER RADIOLOGIA DIGITALE		1		1
SISTEMA ROBOTIZZATO PER CHIRURGIA ENDOSCOPICA			1	1
SISTEMA TAC GAMMA CAMERA INTEGRATO		1		1
SISTEMA TELEVISIVO PER ENDOSCOPIA		1	1	2
SOLLEVAMENTO MALATI, APPARECCHIO PER		1		1
SONDA			1	1
SONDA ECOGRAFICA		11		11
SPIROMETRO A USO CLINICO DIAGNOSTICO	2	1		3
STATIVO PER MICROSCOPIO OPERATORIO		1		1
TABLET		3		3
TAVOLI PORTA-STRUMENTI OFTALMOLOGICI		7		7
TAVOLO DI COMANDO PER APPARECCHIO RADIOLOGICO		1		1
TAVOLO PER PAZIENTE PER APPARECCHIO RADIOLOGICO		1		1
TAVOLO TELECOMANDATO		1	9	10
TAVOLO TOMOGRAFICO		1		1
TELECAMERA		6	1	7
TELECAMERA PER TECNICHE ENDOSCOPICHE			2	2

Collaudi effettuati 2024				
Descrizione apparecchiatura	Prese in carico	Proprietà	Proprietà di terzi	Totale complessivo
TERAPIA DEL CHERATOCONO, APPARECCHIO PER			1	1
TERMOMETRO TIMPANICO		1		1
TERMOSALDATRICE		2		2
TESTINA PORTAELETTRODI		2		2
TOMOGRFO A COERENZA OTTICA			1	1
TOMOGRFO A RISONANZA MAGNETICA		1		1
TOMOGRFO ASSIALE COMPUTERIZZATO		3	1	4
TRAPANO ORTOPEDICO		1		1
TRASFORMATORE DI ISOLAMENTO		3		3
TRATTAMENTO TESSUTI BIOLOGICI, APPARECCHIO PER			1	1
TROMBOELASTOGRFO			3	3
UMIDIFICATORE		1	1	2
UNITA DI CONTROLLO			1	1
UNITA' DI CONTROLLO PER TELECAMERA		2		2
VENTILATORE POLMONARE PER USO OSPEDALIERO		1		1
VIDEO		2		2
VIDEOBRONCOSCOPIO		1		1
VIDEOCOLONSCOPIO		2		2
VIDEODUODENOSCOPIO		3		3
VIDEOLARINGOSCOPIO		6		6
VIDEOPROCESSORE		5		5
VIDEOREGISTRATORE PER BIOIMMAGINI		2	1	3
Totale complessivo	8	409	264	681





Nel corso del 2024, la Fondazione ha ricevuto donazioni di apparecchiature/dispositivi per utilizzo sanitario da parte di associazioni, aziende e persone fisiche.

La seguente tabella evidenzia il tipo di apparecchiature/dispositivo donato, la Struttura destinataria della donazione, il soggetto donante, il valore del bene donato ed i riferimenti dell’atto di accettazione donazione.

Complessivamente, nel 2024 sono stati donati 12 apparecchiature/dispositivi per un valore complessivo di 156.064,64 € da parte di 2 persone fisiche e 6 associazioni (alcune associazioni hanno donato più beni).

La tabella seguente dettaglia le donazioni ricevute per i dispositivi/apparecchiature per usi sanitari.

Donazioni 2024				
Donante	Dispositivo	Destinazione	Valore	Delibera CdA
Associazione	Bene mobile (n. 1 ventilatore Mindray SV70 (ventilatore per ventilazione non invasiva dei pazienti in insufficienza respiratoria)	SC PNEUMOLOGIA	€ 10.000,00	n. 7 del 07/03/2024 (ratifica OP n. 8 del 21/02/2024)
Associazione	Bene mobile (Tiralatte Symphony (Medela) con accessori)	SC NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	€ 1.895,10	n. 8 del 07/03/2024



Associazione	Bene mobile (Sentec Monitor Transcutaneo con sensore oxivent)	SC NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	€ 11.000,00	n. 22 del 23/04/2024
Associazione	Bene mobile (n. 1 centrale di monitoraggio Efficia CMS200 (Philips CMS200 Central))	SC EMATOLOGIA 2 - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	€ 9.345,00	n. 44 del 23/07/2024
Associazione	Bene mobile (n. 3 pulsiossimetri masimo rad-97 completi di trasduttori multiuso pediatrici)	SC PEDIATRIA	€ 5.250,00	n. 44 del 23/07/2024
Associazione	Bene mobile (sistema di monitoraggio in continuo dei parametri vitali - Philips Efficia CM10)	SC EMATOLOGIA 2 - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	€ 5.734,00	n. 44 del 23/07/2024
Associazione	Bene mobile (Tiralatte Symphony (Medela) con accessori)	SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA 1	€ 1.895,10	n. 52 del 12/09/2024
Associazione	Bene mobile (Tiralatte Symphony (Medela) con accessori)	SC NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	€ 1.952,00	n. 59 del 26/09/2024
Associazione	Bene mobile (V6 Piattaforma Ecografica Multidisciplinare)	SC CHIRURGIA GENERALE 3 - SENOLOGIA	€ 21.000,00	n. 73 del 24/10/2024
Persone fisiche	Bene mobile (n. 1 letto articolato elettrico (Linet - Eleganza 1))	SC EMATOLOGIA 1 (DH/Ambulatori)	€ 2.318,00	n. 81 del 28/11/2024
Persone fisiche	Bene mobile (Piattaforma da trasporto neonatale completa di: ventilatore, monitor, pompe, aspiratore, incubatrice)	SC NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	€ 80.000,00	n. 81 del 28/11/2024
Associazione	Bene mobile (n. 2 frigoriferi con foro passante modello FRAF70-T capacità 700l)	SC MEDICINA GENERALE 2 - CENTRO AMILOIDOSI SISTEMICHE E MALATTIE AD ALTA COMPLESSITA'	€ 5.675,44	n. 81 del 28/11/2024

Valore complessivo donazioni apparecchiature 2024	€ 156.064,64
--	---------------------

Il malfunzionamento degli apparecchi elettromedicali, causato da obsolescenza, rappresenta un grave problema per lo svolgimento della normale e corretta attività all'interno delle strutture sanitarie. Pertanto, risulta fondamentale garantire una corretta ed efficace manutenzione per tali apparecchi, volta alla riduzione dei rischi connessi all'utilizzo dei dispositivi medici, alla riduzione dei tempi di inutilizzo, alla prevenzione dei guasti ed alla garanzia della qualità delle prestazioni erogate.

Per quanto riguarda la manutenzione ordinaria, le verifiche di sicurezza elettriche ed i controlli funzionali, si presentano tre indicatori con i relativi risultati conseguiti nel 2024 sulla base delle tempistiche pianificate ad inizio anno da parte della Ditta incaricata del Global service manutentivo del parco apparecchiature sanitarie della Fondazione (quindi i risultati si riferiscono alla % di esecuzione rispetto a quanto pianificato in termini di rispetto delle tempistiche).



Entro la fine del 2024 sono state, alla fine, eseguite il 100% delle VSE, dei controlli funzionali e delle manutenzioni ordinarie.

I ritardi sono da imputare, per lo più, alla non disponibilità momentanea dell'apparecchiatura (ad esempio può capitare che nel momento previsto per la manutenzione il tecnico non riesca ad eseguirla in quanto l'apparecchiatura si trova in funzione per esami o interventi sul paziente), talvolta risulta quindi difficile far corrispondere le tempistiche programmate di manutenzione con il periodo di inattività (non utilizzo) dell'apparecchio. L'importante è che la manutenzione/VSE/controllo funzionale vengano eseguiti con cadenza semestrale/annuale.

Manutenzioni programmate	
Manutenzione ordinaria anno 2024	
Indice Ritardi Manutenzioni programmate (IRM) = (numero MP eseguite in ritardo)/(totale MP eseguite) = 0,53 (53%)	
Verifiche di sicurezza elettriche anno 2024	
VSE eseguite nel rispetto del piano / VSE programmate = 0,50 (50%)	
Controlli funzionali anno 2024	
Controlli funzionali eseguiti nel rispetto del piano / Controlli funzionali programmati = 0,69 (69%)	

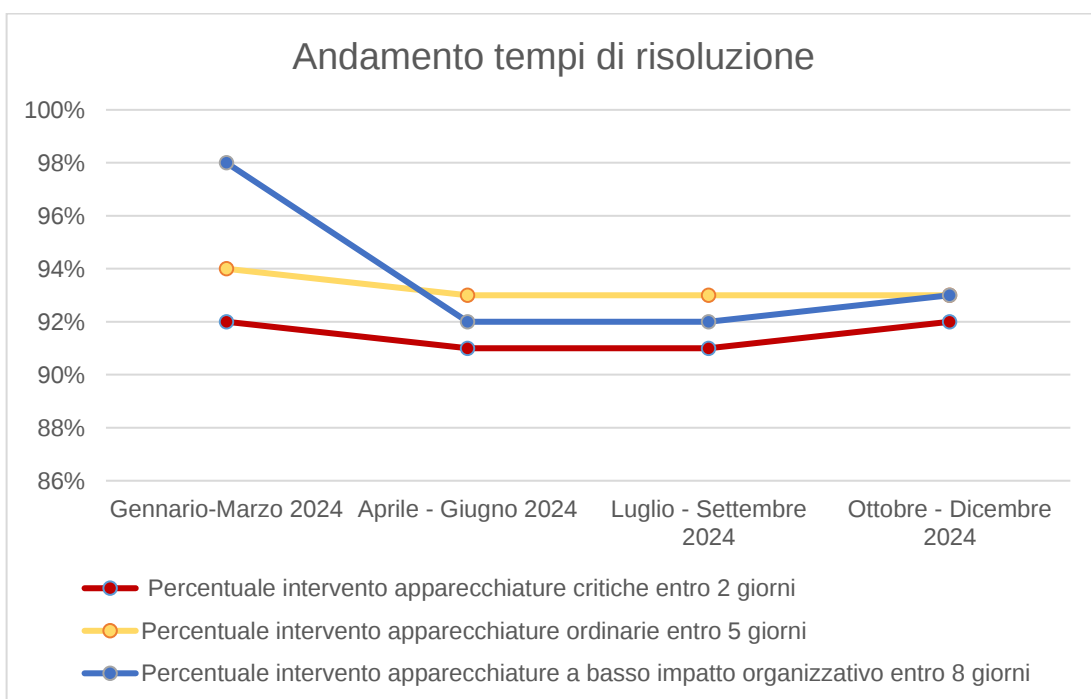
Per quanto riguarda la manutenzione correttiva (a seguito di guasti e malfunzionamenti rilevati), le percentuali dei tempi di intervento da conseguire sono i seguenti (i valori sono stati pattuiti da ARIA in sede di gara per l'affidamento del Global Service):

- apparecchiature critiche: entro 2 gg il 70% dei guasti deve essere risolto;
- apparecchiature ordinarie: entro 5 gg il 70% dei guasti deve essere risolto;
- apparecchiature a basso impatto organizzativo: entro 8 gg il 70% dei guasti deve essere risolto.

Nel corso del 2024, per i vari trimestri, si riporta in forma tabellare e graficamente l'andamento delle soglie % raggiunte per la manutenzione correttiva.



Manutenzione correttiva				
	Gennaio - Marzo 2024	Aprile - Giugno 2024	Luglio - Settembre 2024	Ottobre - Dicembre 2024
Percentuale intervento apparecchiature critiche entro 2 giorni	92%	91%	91%	92%
Percentuale intervento apparecchiature ordinarie entro 5 giorni	94%	93%	93%	93%
Percentuale intervento apparecchiature a basso impatto organizzativo entro 8 giorni	98%	92%	92%	93%



✓ **L'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero con i fondi PNRR**

L'innovazione, l'ammodernamento ed il potenziamento tecnologico della Fondazione, sia per le apparecchiature elettromedicali che per i sistemi informativi, è stato portato avanti anche grazie ai fondi PNRR, in particolare la Missione 6 "Salute", Componente 2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale" – Investimento 1.1: "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero" per le seguenti due aree di intervento:

- 1.1.1 Digitalizzazione delle strutture ospedaliere DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II;
- 1.1.2 Grandi apparecchiature Sanitarie.

Digitalizzazione delle strutture ospedaliere DEA di I e II livello (M6.C2 – 1.1.1)

La Fondazione IRCCS, nell'intento di realizzare una continua innovazione tecnologica mediante l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero attraverso la digitalizzazione dei processi sanitari migliorando l'informatizzazione delle strutture ospedaliere DEA, si pone, tra gli altri, i seguenti obiettivi generali:

- miglioramento dei servizi di gestione dei dati clinici;
- digitalizzazione e innovazione dei processi sanitari;
- innovazione dei modelli organizzativi e dei processi di funzionamento;
- digitalizzazione del rapporto tra PA e cittadino.

Al fine di procedere con l'implementazione degli obiettivi di cui sopra, in esecuzione del PNRR, la Fondazione IRCCS ha aderito all'iniziativa individuata presso il Soggetto Aggregatore Nazionale CONSIP attraverso i seguenti provvedimenti amministrativi:

- ID 2202 Accordo quadro, ai sensi del d.lgs. 50/2016 e s.m.i., avente ad oggetto l'affidamento di servizi applicativi e l'affidamento di servizi di supporto in ambito "Sanità digitale - sistemi informativi clinico-assistenziali" per le pubbliche amministrazioni del SSN:



- Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./1618 del 07/12/2022 - Adesione LOTTO 1;
- Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./440 del 31/03/2023 - Adesione LOTTO 1;
- Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./1235 DEL 28/09/2023 - Adesione LOTTO 5
- Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./20 del 17/01/2024 - Adesione LOTTO 5;
- Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./1024 del 02/08/2024 - Adesione LOTTO 5;
- Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./1569 del 05/12/2024 - Adesione LOTTO 3;
- ID 2223 Convenzione, ai sensi del d.lgs. 50/2016 e s.m.i., avente ad oggetto la fornitura di prodotti e di servizi per la realizzazione, manutenzione e gestione di Reti Locali – Edizione 8:
 - Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./346 del 22/03/2024 e Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./697 del 31/05/2024 – Adesione LOTTO 3;
- ID 2601 Accordo quadro (utilizzato per il tramite di un Appalto Specifico ID gara 4563990, basato sull'AQ), ai sensi del d.lgs. 50/2016 e s.m.i., avente ad oggetto l'affidamento di servizi applicativi e l'affidamento di servizi di supporto in ambito "Sanita' digitale - Sistemi informativi clinico-assistenziali 2" per le Pubbliche Amministrazioni del SSN:
 - Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./1025 del 02/08/2024 e Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./1301 del 10/10/2024 – Aggiudicazione LOTTO 1;
- ID 2296 Accordo quadro, ai sensi del d.lgs. 50/2016 e s.m.i., avente ad oggetto l'affidamento di servizi di sicurezza da remoto, di compliance e controllo per le Pubbliche Amministrazioni:
 - Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./1372 del 28/10/2024 – Adesione LOTTO 1;

- ID 2681 procedura avente ad oggetto l'ammissione di operatori economici al Sistema dinamico di acquisizione della Pubblica Amministrazione, indicato come SDAPA per la fornitura di prodotti e servizi per l'informatica e le telecomunicazioni:
 - Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./1525 del 02/12/2024 e Decreto del Direttore generale n. 5/D.G./185 del 19/02/2025 – Aggiudicazione LOTTO 1 e 2.

Stato di attuazione dell'intervento di digitalizzazione del DEA di I/II livello

I principali progetti avviati già nel 2023 e 2024 risultano essere i seguenti:

- Miglioramento integrazioni CCE esistente e aggiornamento dossier sanitario aziendale (avviato 2023 – concluso nel 2024);
- Estensioni della CCE su nuove aree cliniche (avviato 2023 – concluso nel 2024);
- Aggiornamento SS.OO. e TIPO (avviato nel 2024);
- Sistema di Digital Patology (progetto Regionale) (da avviare nel 2025);
- Aggiornamento infrastruttura tecnologica e di rete (avviato nel 2024);
- Potenziamento infrastruttura di sicurezza (avviato nel 2024).

Dall'avvio dei progetti PNRR sono state successivamente introdotte alcune variazioni che non hanno implicato modifiche sostanziali del progetto complessivo, ossia il valore totale della progettualità di 11.200.000 € associato al CUP risulta invariato.

La seguente tabella illustra al 31/12/2024 il valore delle progettualità già contrattualizzate e quelle ancora da contrattualizzare. Il valore totale delle progettualità già contrattualizzate ammonta a 8.640.618,92 €, ovvero circa il 77% dell'importo complessivo associato al CUP.



Progettualità	Valore impegnato/da contrattualizzare	Percentuale impegnata	Fatturato
Impegnato	8.640.618,92		3.421.512,51
Miglioramento integrazioni CCE esistente	731.920,69	77,15%	731.188,64
Estensioni della della CCE su nuove aree cliniche	140.116,59		125.795,20
Infrastruttura tecnologica	3.363.403,35		2.168.388,34
Supporto tecnico-specialistico	1.071.575,21		396.140,33
Aggiornamento SS.OO e TIPO	1.634.208,30		0,00
CyberSecurity	1.072.439,22		0,00
CIS Cardiologia	626.955,56		0,00
Da contrattualizzare	2.559.381,08		
Evoluzione infrastruttura	1.159.000,00	22,85%	N.A
Digital Pathology	965.542,16		
Trasformazione Digitale e altro	434.838,92		
Totale	11.200.000		

Attraverso l'utilizzo del modello di valutazione di maturità tecnologica, digitalizzazione e integrazione degli enti sanitari sviluppato dall'organizzazione HIMMS (HIMMS Analytics EMRAM), l'IRCCS Policlinico San Matteo si pone come obiettivo il passaggio da un livello di digitalizzazione iniziale "0" (autovalutazione alla data del 27/06/2023) al livello di digitalizzazione atteso "1" (alla data del 30/09/2025 a conclusione delle progettualità finanziate con fondi PNRR).

In sintesi, a seguito dell'autovalutazione effettuata con riferimento al modello EMRAM definito da HIMSS, l'Ente presenta una situazione infrastrutturale ed applicativa di buon livello che verrà ulteriormente migliorata intervenendo sulle seguenti aree e raggiungendo i target sotto riportati:

1. ottimizzazione delle integrazioni cross applicativi finalizzate al miglioramento delle funzionalità cliniche e di processo;
2. miglioramento dell'attuale livello di immagini DICOM/NON DICOM archiviate in repository superando il target del 95% grazie alla copertura di alcune specialità cliniche attualmente non coperte dal PACS tramite il nuovo affidamento in fase di perfezionamento;



3. estensione della copertura degli esami di laboratorio archiviati come dati strutturati a supporto delle decisioni cliniche superando il target del 95%;
4. aggiornamento del sistema informatizzato della Farmacia per la gestione delle richieste da reparto e dei magazzini.

Grandi apparecchiature sanitarie

Regione Lombardia, con Decreto n. 8332 del 13/06/2022 di attuazione della DGR n. 6426 del 23/05/2022 ha assegnato le risorse economiche agli Enti sanitari relativamente al PNRR – Missione 6 – Component 1 e Component 2 e PNC. Per quanto riguarda la Component 2 sono state assegnate le risorse per l'Intervento 1.1.2 Grandi Apparecchiature (assegnazione di spesa e impegno). Per quanto riguarda l'IRCCS, le risorse messe a disposizione riguardano l'acquisto di 12 grandi apparecchiature in sostituzione delle esistenti come di seguito illustrato in tabella.

Rispetto allo stanziamento iniziale dei finanziamenti assegnati ai vari CUP, per alcuni di questi si sono registrate delle variazioni sulle risorse a disposizione. Infatti, grazie al conseguimento di economie di spesa registrate per alcuni CUP, è stata richiesta ed ottenuta una rimodulazione dei fondi disponibili inutilizzati per l'acquisto di accessori ed elementi opzionali funzionali a migliorare le prestazioni delle apparecchiature oggetto degli interventi PNRR.

DATI ANAGRAFICI APPARECCHIATURA		QUADRO ECONOMICO	
CUP	TIPOLOGIA APPARECCHIATURA	IMPORTO INTERVENTO FINANZIATO PNRR (Decreto Regione Lombardia n.8332/2022)	IMPORTO INTERVENTO POST-RIMODULAZIONE
B19J22001300001	TAC A 128 STRATI-Radiologia	500.000,00 €	575.925,00 €
B19J22001310001	TAC A 128 STRATI-Radiologia	500.000,00 €	458.850,00 €
B19J22001320001	ANGIOGRAFI-Radiologia 2	608.000,00 €	573.225,00 €
B19J22001330001	ECOTOMOGRAFI-Chirurgia	82.000,00 €	
B19J22001340001	ECOTOMOGRAFI-Clinica ostetrica	82.000,00 €	
B19J22001350001	ECOTOMOGRAFI-Cardiologia	82.000,00 €	
B19J22001360001	ECOTOMOGRAFI-Radiologia	82.000,00 €	
B19J22001370001	MAMMOGRAFI-Radiologia senologica	260.000,00 €	
B19J22001380001	GAMMA CAMERE-Medicina Nucleare	500.000,00 €	548.625,00 €



B19J22001390001	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI- Radiologia	280.600,00 €	231.975,00 €
B19J22001400001	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI- Radiologia 2	280.600,00 €	
B19J22001410001	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI- radiologia 2	280.600,00 €	

Si riporta lo stato di avanzamento relativo all'acquisizione di n.12 nuove grandi apparecchiature tecnologicamente avanzate in sostituzione di apparecchiature obsolete della Fondazione, attraverso gli Accordi Quadro messi a disposizione da Consip:

1) Acquisto Tomografo Computerizzato (TC)-128 strati (CUP B19J22001310001) Siemens Helathcare Gmbh modello Somatom X.cite per la sostituzione della TC Canon modello Aquillon Prime.
– Data ordine: 20/07/2023
– Data collaudo: 08/08/2024
– Totale ordine: 575.925,00 € (iva 5% inclusa)
– Destinazione: Pronto soccorso
– Provvedimento adottato: Decreto DG n.1700 del 29/12/2023 e Decreto DG n. 1539 del 02/12/2024
2) Acquisto Tomografo Computerizzato (TC)-128 strati (CUP B19J22001300001) Siemens Helathcare Gmbh modello Somatom X.cite per la sostituzione della TC Siemens modello Somatom Sensation 16.
– Data ordine: 20/07/2023
– Data collaudo: 04/07/2024
– Totale ordine: 458.850,00 € (iva 5% inclusa)
– Destinazione: Padiglione 8
– Provvedimento adottato: Decreto DG n.1700 del 29/12/2023 e Decreto DG n. 1539 del 02/12/2024
3) Acquisto Angiografo vascolare monoplano (CUP B19J22001320001) Philips SpA modello Azurion 7 M20 per la sostituzione dell'angiografo vascolare monoplano Philips modello Allura Xper FD 20.
– Data ordine: 28/09/2022



– Data collaudo: 12/06/2023
– Totale ordine: 438.073,68 € (iva 22% inclusa)
– Destinazione: Pad. 29 Neuroradiologia
– Provvedimento adottato: Decreto DG n.1396 del 28/10/2022 e Decreto DG n.327 del 17/03/2023

4) Acquisto ecotomografo multidisciplinare (CUP B19J22001330001) Philips modello Epiq Elite per la sostituzione dell'ecotomografo Acuson modello Sequoia 512.
– Data ordine: 21/07/2022
– Data collaudo: 21/12/2022
– Totale ordine: 57.592,50 € (iva 5% inclusa)
– Destinazione: Chirurgia vascolare
– Provvedimento adottato: Decreto DG n.1396 del 28/10/2022

5) Acquisto ecotomografo ginecologico (CUP B19J22001340001) Fuji Healthcare modello Arietta 750DE Master per la sostituzione dell'ecotomografo Ge Healthcare modello Voluson 730 Expert.
– Data ordine: 22/09/2022
– Data collaudo: 21/11/2022
– Totale ordine: 55.861,00 € (iva 5% inclusa)
– Destinazione: Ostetricia e ginecologia
– Provvedimento adottato: Decreto DG n.1396 del 28/10/2022

6) Acquisto ecotomografo cardiologico con 3D (CUP B19J22001350001) Ge Healthcare modello Vivid E80 per la sostituzione dell'ecotomografo Philips modello SonoS 5500.
– Data ordine: 19/07/2022
– Data collaudo: 20/09/2022
– Totale ordine: 80.167,50 € (iva 5% inclusa)
– Destinazione: Cardiologia
– Provvedimento adottato: Decreto DG n.1396 del 28/10/2022

7) Acquisto ecotomografo multidisciplinare (CUP B19J22001360001) Philips modello Epiq Elite per la sostituzione dell'ecotomografo Siemens modello Sonoline Antares.
– Data ordine: 21/07/2022
– Data collaudo: 15/12/2022
– Totale ordine: 73.531,50 € (iva 5% inclusa)
– Destinazione: Pad. 8 Ecografia
– Provvedimento adottato: Decreto DG n.1396 del 28/10/2022

8) Acquisto mammografo con tomosintesi (CUP B19J22001370001) Ge Medical Systems SCS modello Senographe Pristina 3D per la sostituzione del mammografo Sectra Imetec AB modello Sectra Microdose Mammography L30.
– Data ordine: 27/04/2023
– Data collaudo: 20/10/2023
– Totale ordine: 228.750,0 € (iva 22% inclusa)
– Destinazione: Pad. 33 Senologia
– Provvedimento adottato: Decreto DG n.721 del 01/06/2023

9) Acquisto Gamma Camera/CT. In data 06/12/2023 viene richiesta, al D.G. Welfare Regione Lombardia, rimodulazione del quadro economico relativo al CUP B19J22001380001 (assegnato per Gamma Camera proposte nel Lotto 1) al fine di accedere al lotto 2 ed acquisire una Gamma Camera/CT. Tale richiesta, inoltrata a seguito comunicazione Rif:C.2.1b.2 17/11/23 al Ministero della Salute, è stata autorizzata.
– Data ordine: 16/05/2024
– Data collaudo: 20/12/2024
– Totale ordine: 548.625,00 € (iva 5% inclusa)
– Destinazione: Medicina Nucleare
– Provvedimento adottato: Decreto DG n.1218 del 20/09/2024

10) Acquisto tavolo telecomandato per esami di reparto (CUP B19J22001390001) GMM SPA modello opera T90 Sharp per la sostituzione del sistema radiologico fisso GMM modello Clisis excel DRF.
– Data ordine: 12/01/2023
– Data collaudo: 02/08/2024
– Totale ordine: 223.321,00 € (iva 22% inclusa)

- | |
|---|
| – Destinazione: Pad. 8 |
| – Provvedimento adottato: Decreto DG n.330 del 17/03/2023 |

11) Acquisto telecomandato per esami di Pronto Soccorso (CUP B19J22001400001) Siemens Healthcare GmbH modello Multiton RAX per la sostituzione del sistema radiologico fisso Ge Healthcare modello Discovery XR656.

- | |
|---|
| – Data ordine: 17/01/2023 |
| – Data collaudo: 07/11/2024 |
| – Totale ordine: 237.534,00 € (iva 22% inclusa) |
| – Destinazione: Pronto soccorso |
| – Provvedimento adottato: Decreto DG n.329 del 17/03/2023 |

12) Acquisto sistema polifunzionale per radiologia digitale diretta (DR) (CUP B19J22001410001) Visaris modello Proxima C per la sostituzione del sistema radiologico fisso Siemens modello Multix Top.

- | |
|--|
| – Data ordine: 19/06/2023 |
| – Data collaudo: 18/12/2024 |
| – Totale ordine: 156.554,46 € (iva 22% inclusa) |
| – Destinazione: Servizio Radiodiagnostica – Pad. 29 – Ambulatorio Trauma Ortopedia |
| – Provvedimento adottato: Decreto DG n.989 del 27/07/2023 e decreto DG n.1138 del 05/09/2023 |





Ing. R. Boerci
Direttore SC Gestione
Tecnico Patrimoniale

Riqualificazione edilizia ed impiantistica e logistica ospedaliera

La riqualificazione edilizia di un ospedale è fondamentale per vari motivi, tra cui: garantire un ambiente sicuro e confortevole per i pazienti e il personale; consentire di adattare l'ospedale alle nuove esigenze sanitarie, tecnologiche e funzionali; contribuire all'efficienza energetica e alla sostenibilità ambientale.

Nello specifico, tra i benefici della riqualificazione edilizia in ospedale possiamo quindi citare i seguenti aspetti (in maniera non esaustiva):

- un ambiente più sicuro e confortevole: l'aggiornamento degli impianti, l'implementazione di nuove tecnologie e la creazione di spazi più funzionali contribuiscono a creare un ambiente più sicuro e confortevole per i pazienti, riducendo il rischio di infezioni e migliorando la loro esperienza;
- un adattamento alle nuove esigenze sanitarie: la riqualificazione permette di adeguare l'ospedale alle nuove esigenze sanitarie, tecnologiche e funzionali, come la necessità di ospitare nuovi reparti, tecnologie mediche più avanzate e servizi più specifici;
- il conseguimento di efficienza energetica e sostenibilità ambientale: l'ottimizzazione degli impianti di riscaldamento, raffreddamento e ventilazione, l'utilizzo di materiali eco-compatibili e la realizzazione di impianti di energia rinnovabile contribuiscono all'efficienza energetica e alla sostenibilità ambientale. Il miglioramento dell'efficienza energetica contribuisce alla riduzione dei costi operativi legati ai costi di energia dell'ospedale;
- il miglioramento della qualità delle cure: l'ambiente più confortevole e sicuro favorisce la guarigione e il benessere dei pazienti, migliorando la qualità delle cure erogate;
- il miglioramento della qualità di vita del personale: l'ambiente di lavoro più moderno e funzionale contribuisce a migliorare la qualità di vita del personale, rendendolo più efficiente e motivato.



Gli impianti ospedalieri sono fondamentali per il funzionamento efficiente e sicuro delle strutture sanitarie e quindi la sicurezza impiantistica in ospedale è un aspetto cruciale per la salute di pazienti e personale. Interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria ed ammodernamenti delle varie tipologie di impianti possono riguardare (a titolo non esaustivo):

- impianti idrici: la manutenzione e la disinfezione degli impianti idrici sono fondamentali per evitare la contaminazione da Legionella e altri batteri, che possono causare gravi infezioni;
- impianti di climatizzazione (HAVC - sistema integrato di riscaldamento, ventilazione e condizionamento dell'aria): un'adeguata gestione della qualità dell'aria è essenziale in reparti come le sale operatorie, le terapie intensive e i reparti infettivi per garantire condizioni di asepsi e igiene;
- impianti gas medicali: la fornitura affidabile e sicura di gas come ossigeno, azoto, protossido di azoto e aria compressa è vitale per il trattamento dei pazienti e deve essere garantita da sistemi di sicurezza;
- sistemi di protezione antincendio: i sistemi di allarme e rivelazione incendi sono essenziali per proteggere pazienti e personale in caso di incendio;
- sistemi di sicurezza dei locali: i sistemi di controllo degli accessi e i sistemi di sorveglianza possono prevenire intrusioni e garantire la sicurezza dei pazienti;
- impianti di illuminazione: questo impianto fornisce l'illuminazione necessaria per le diverse aree dell'ospedale, comprese le zone operative, le camere dei pazienti, le aree comuni e le aree esterne. In particolare, l'impianto di illuminazione di sicurezza fornisce un'illuminazione di emergenza in caso di guasto dell'impianto di illuminazione principale, garantendo che le aree critiche rimangano illuminate.

Con Deliberazione n.5/CDA/92 del 30/11/2023 è stato approvato il Programma triennale dei Lavori Pubblici 2024/2026 ed interventi ricompresi nell'elenco annuale 2024.



Sulla base dei progetti e delle opere indicati nell'elenco annuale dei lavori per l'anno 2024, si fornisce di seguito rendicontazione sullo stato di attuazione a fine 2024 degli interventi effettuati suddivisi nelle seguenti macro categorie:

- Adeguamento dei livelli di sicurezza;
- Ristrutturazione e adeguamenti strutturali;
- PNRR;
- Ex DL 34/2020 (cd. Decreto Rilancio) convertito con modificazioni dalla L. 77/2020;
- Installazioni grandi apparecchiature PNRR.

❖ Adeguamento dei livelli di sicurezza

Descrizione intervento
Adeguamento dei livelli di sicurezza antincendio: Poliblocco funzionale integrativo del fabbricato EAS-DEA (PADD: 27 Forlanini, 29 Ortopedia, 30 ex-Infettivi, 31 Pediatria)
Esiti monitoraggio per il 2024
Poco dopo la sottoscrizione del contratto d'appalto, a fine gennaio 2020, si è verificata l'emergenza pandemica Covid-19, che ha modificato le ragioni di interesse sostanziale per la stazione appaltante originariamente sottese all'affidamento del contratto. Pertanto in data 19 dicembre 2024, per le ragioni sopra esplicitate, è stata autorizzata la stipula dell'atto di risoluzione consensuale.

Descrizione intervento
Incremento ed adeguamento livelli di sicurezza antincendio, PADD. 42, 19, 14 e 32 adeguamento dei livelli di sicurezza antincendio e verifica vulnerabilità sismica
Esiti monitoraggio per il 2024
Nel corso del 2024 è stata approvata la progettazione esecutiva, è stato autorizzato l'espletamento della procedura aperta e dato il via alla valutazione delle buste tecniche.

Descrizione intervento
Incremento ed adeguamento livelli di sicurezza antincendio DGR n. XI/7146
Esiti monitoraggio per il 2024
Nel corso del 2024, è stata presentata la progettazione esecutiva e si è dato il via alla fase di verifica di suddetta progettazione.



Descrizione intervento

Interventi di adeguamento alle normative antincendio PADD. 14 Ematologia, 18 Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale - Sicurezza, 27 Forlanini, 29 Ortopedia Traumatologia, 30 ex Malattie Infettive, 32 Reparti speciali, 36 Cucina/mensa

Esiti monitoraggio per il 2024

È stato approvato il finanziamento dell'intervento per l'intero importo indicato nel DIP.

❖ **Ristrutturazione e adeguamenti strutturali****Descrizione intervento**

Potenziamento dei servizi connessi all'elisuperficie

Esiti monitoraggio per il 2024

È stato sottoscritto il contratto e i lavori sono iniziati ad aprile 2024. In corso d'opera si è riscontrata la necessità di eseguire modifiche migliorative, è stata approvata quindi la perizia di variante ed autorizzata la stipula dell'atto aggiuntivo discendente.

Descrizione intervento

Allestimento di Laboratori generali nel PAD. 42 Torre AIDS con completamento Aree esterne

Esiti monitoraggio per il 2024

È stata approvata la progettazione definitiva.

Descrizione intervento

Adeguamento strutture assistenza psichiatrica: reparto SPDC P.T. PAD. 27 e ambienti dedicati al piano 3 PAD. 31 Pediatria e in PS PAD. 43

Esiti monitoraggio per il 2024

Nel 2024 è stato sottoscritto il contratto per i lavori di adeguamento delle strutture ed è stato affidato il servizio di Direzione Lavori;
Sospensione dei lavori a partire dal 1 settembre 2024 per mancanza figura CSE;
Affidamento CSE con atto aggiuntivo sottoscritto il 26 settembre 2024.

Descrizione intervento

Revisione ed adeguamento laboratori BSL 3 – officina farmaceutica Cell Factory c/o PAD. 27 piano 3

Esiti monitoraggio per il 2024

Nel corso del 2024 è stata approvata la progettazione esecutiva e sono stati affidati i lavori.



Descrizione intervento
Realizzazione nuova banca degli occhi c/o PAD. 32
Esiti monitoraggio per il 2024
Sono stati affidati i lavori e sottoscritto il contratto.

Descrizione intervento
Interventi finalizzati al mantenimento di strutture, impianti e apparecchiature
Esiti monitoraggio per il 2024
Affidati i lavori e l'incarico di coordinamento della sicurezza finalizzati alla riorganizzazione del D.H. Oncologia ed Ematologia c/o PADD. 29 e 32.

Descrizione intervento
Interventi urgenti di messa in sicurezza di tratto sotterraneo collegamento zone Nord e Sud del Presidio Policlinico San Matteo tramite consolidamento e rifacimento di parti strutturali
Esiti monitoraggio per il 2024
È stato redatto il Documento di Indirizzo della Progettazione (DIP) avente oggetto "Opere urgenti di messa in sicurezza strutturale", in cui sono riportati, tra l'altro, le caratteristiche, i requisiti e gli elaborati progettuali necessari per la definizione di ogni livello della progettazione afferente agli interventi.

❖ PNRR – Case di Comunità, Ospedale di Comunità, COT

Descrizione intervento
Lavori di realizzazione Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali c/o Poliambulatorio PAD. 33 e c/o presidio di Belgioioso PAD.90
Esiti monitoraggio per il 2024
Nel corso del 2024 sono state collaudate alla piena funzionalità entrambe le Centrali Operative di Pavia e Belgioioso e sono stati affidati il collaudo dell'Ospedale di Comunità e i collaudi in corso d'opera delle Case di Comunità.



❖ **Ex DL 34/2020****Descrizione intervento**

- Int. 1 Ristrutturazione completa per terapia intensiva PAD. 29 P.3
- Int. 2 Ristrutturazione ed adeguamenti strutturali ed impiantistici: PAD. 29 P. 4 "RIA"
- Int. 3 Adeguamenti strutturali ed impiantistici: PAD. 32 P.1 "RIA CARDIOPOLMONARE"
- Int. 4 Adeguamenti strutturali ed impiantistici PAD. 43 P. -1 "UTIC"
- Int. 5 Adeguamenti strutturali ed impiantistici PAD. 43 P. 7 "STROKE UNIT"
- Int. 6 Realizzazione attesa dedicata post triage e percorsi specifici PAD. 43 DEA Pronto Soccorso

Esiti monitoraggio per il 2024

Nel corso del 2024 è stata proposta una rimodulazione degli interventi da inviare alla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, per l'adozione delle modifiche al Piano (quarta rimodulazione), la quale prevede lo stralcio di un intervento ridistribuendo la quota di finanziamento sui restanti quattro interventi per i quali è ancora in corso la fase progettuale.

Al fine di rispettare le tempistiche PNRR, circostanza soggetta a complicanze, allungamento dei tempi e minor vantaggio economico in caso di affidamento di appalti di lavori con gare autonome, si è resa necessaria l'adesione anticipata all'Accordo Quadro. Sono proseguiti, invece, i lavori presso il PAD.43 Pronto Soccorso.

❖ **Installazione grandi apparecchiature PNRR****Descrizione intervento**

Lavori edili ed impiantistici finalizzati all'installazione delle apparecchiature sanitarie finanziate nell'ambito del PNRR

Esiti monitoraggio per il 2024

Per i lavori affidati da LOTTO 1 a LOTTO 5 sono stati effettuati regolarmente, secondo le previsioni di progetto e sono stati ammessi i Certificati di Regolare Esecuzione.





Dott. T. Casazzo
*Direttore SC Gestione
e Sviluppo delle
Risorse Umane*

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.

Le attività formative in Fondazione sono rivolte ai dipendenti ospedalieri e universitari in convenzione (Dirigenza Medica e Veterinaria; Dirigenza Sanitaria, Tecnica, Amministrativa; Personale del Comparto sanitario, tecnico e amministrativo).

La Fondazione è *Provider* Regionale ECM-CPD (*Continuous Professional Development* - Sviluppo Professionale Continuo) registrato presso Co.Ge.A.P.S. con il codice 3029.

La gestione della formazione in Fondazione è assegnata alla SS Formazione e Sviluppo Competenze che ha le competenze per effettuare il governo delle attività formative.

Il processo formativo, come ogni processo di carattere strategico e programmatico, si scompone in vari momenti, o fasi, ciascuna delle quali, con il proprio input e output, rimanda a competenze e tecniche specifiche per un suo corretto ed efficace sviluppo. I momenti chiave e imprescindibili del processo formativo sono: Rilevazione del fabbisogno formativo e Analisi, Progettazione, Erogazione, Valutazione (definito come Ciclo della Formazione). Documento aziendale finale della valutazione è il Rapporto della Formazione Aziendale (RFA).

L'esigenza di dotarsi di metodologie che consentano di misurare e quindi gestire efficacemente il processo formativo è decisamente avvertita nella pratica aziendale e



nella ricerca accademica. Tutto ciò per razionalizzare le decisioni di allocazione delle risorse evitando, da un lato di non avviare progetti formativi che, ancorché costosi, potrebbero produrre benefici superiori ai costi e, dall'altro lato, di destinare risorse ad interventi formativi non appropriati. Ciò anche per supportare fattivamente l'integrazione dei processi formativi con il processo di gestione strategica aziendale, potenziare l'*accountability* della formazione al fine di legittimare l'allocazione delle risorse alla funzione formazione tenuto conto del fatto che in assenza di un sistema di misurazione sistematica ed affidabile, si rischia di determinare pericolosi processi di contrazione delle risorse passando da una logica di ottimizzazione a una logica di taglio.

Come ogni anno, ogni processo ha generato elementi in uscita che hanno costituito input per il processo successivo dando così evidenza di ciclicità. Il momento della valutazione e della ricaduta formativa sulla organizzazione è la ovvia conclusione della sequenza di un processo che, partito dalla rilevazione ed analisi dei fabbisogni, si conclude fisiologicamente con la valutazione che rappresenta, contemporaneamente, il punto di partenza per la nuova fase di rilevazione e analisi dei bisogni. Nel suo complesso, quindi, la fase di valutazione della formazione è stata distinta in tre momenti fondamentali:

- **la valutazione *ex ante*** il cui scopo fondamentale è stato quello di valutare la scientificità delle proposte di Macro-progettazione da parte del Comitato Scientifico Formativo;
- **la valutazione *in itinere***, quale strumento di controllo del progetto approvato con eventuali azioni di aggiustamento;
- **la valutazione *ex post*** come momento di verifica finale a breve e, ove possibile, a medio termine della validità del progetto con riguardo all'obiettivo formativo.

L'attività formativa del 2024 si è realizzata sulla base del **Piano Formativo Aziendale 2024** (PFA 2024) quale documento ufficiale di programmazione e formalizzazione del budget e delle risorse (umane, economiche, strumentali) da dedicare alla formazione del personale dipendente, con l'inserimento di eventi nuovi legati alle mutate necessità ed esigenze contingenti.

Il PFA 2024, approvato con Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./235 del 01/03/2024 è stato inserito a sistema come da normativa della Regione Lombardia.



Gli eventi formativi programmati nel 2024 sulla base del fabbisogno formativo rilevato (come da Piano PFA) risultavano essere n. 201 corsi articolati in 344 edizioni.

Nel corso del 2024, il PFA è stato integrato con ulteriori corsi di formazione a seguito di richieste formative specifiche formulate dalle Strutture aziendali, ed in particolare si sono aggiunti n. 8 corsi extra-piano (di cui 3 non accreditati ECM e n. 5 accreditati ECM) articolati in n. 20 edizioni

Gli eventi formativi caratterizzanti l'offerta formativa definita col PFA vengono ripartiti nelle seguenti tipologie:

- corsi residenziali (RES);
- corsi di formazione sul campo (FSC);
- corsi di formazione a distanza (FAD).

Eventi programmati nel PFA 2024 + eventi extra Piano:	94 corsi residenziali programmati (da Piano + extra Piano) e ne sono stati realizzati 80 (240 edizioni programmate e 219 ed. realizzate)
	75 corsi FSC programmati (da Piano + extra Piano) e ne sono stati erogati 65 (84 edizioni programmate e 76 ed. realizzate)
	40 corsi FAD programmati (da Piano + extra Piano) e ne sono stati erogati 27 (40 edizioni programmate e 27 ed. realizzate)

Nei corsi formativi sono state trattate le seguenti tematiche:

- salute e sicurezza sul luogo di lavoro come misura di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, in ottemperanza a quanto disciplinato dal d.lgs. 81/2008 e s.m.i, e dal d.lgs n. 101/2020 sulla radioprotezione;
- cultura della donazione di organi e tessuti;
- etica, violenza e parità di genere, CUG;
- diffusione intraospedaliera della gestione dell'emergenza/urgenza (corsi BLSD-PBLSD, Triage, PALS- Pediatric Advanced Life Support-, ETC -European trauma Course-, ACLS- Advanced Cardiovascular Life Support-, ATLS-Advanced Trauma Life Support-, ATCN- Advanced Trauma Course Nurses- Sincope, Blocco percutaneo del ganglio stellato, Triage, ecc.);



- gestione delle infezioni e malattie infettive;
- appropriato utilizzo e gestione del farmaco;
- nutrizione e aspetti clinico assistenziali del paziente;
- gestione del paziente oncologico (cancer center);
- rete ospedale/territorio;
- aumento delle conoscenze metodologiche di approccio alla ricerca clinica e sperimentazioni;
- integrazione e valorizzazione delle risorse umane con percorsi di inserimento del neoassunto;
- tutela della privacy e gestione del paziente straniero;
- aspetti inerenti il miglioramento della comunicazione e delle relazioni interprofessionali con l'utenza e le aggressioni;
- implementazione della digitalizzazione e l'utilizzo di nuovi applicativi aziendali (scheda di terapia robotizzazione laboratori ecc.);
- miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie, gestione e misurazione della qualità;
- AIDS;
- Contratti Collettivi Nazionali del Lavoro della Dirigenza, Codice dei contratti pubblici, nozioni di inglese base, utilizzo di excel base e avanzato, attività tecnico amministrative;
- Cyber security.

A conclusione del percorso formativo annuale, la rendicontazione delle attività formative svolte viene affidata alla redazione di un apposito rapporto a consuntivo o di rendiconto.

Scopo del **Rapporto della Formazione Aziendale** (RFA) è quello di dare visibilità, agli *stakeholder*, del lavoro e dei risultati raggiunti in tema di formazione durante l'anno conclusosi. Questa esigenza, oltre a rispondere ad un requisito di processo del sistema di accreditamento ECM, risponde alla crescente domanda di rendere il più trasparente



ed obiettivo possibile il processo formativo governato dalla SS Formazione e Sviluppo Competenze in modo da poter effettuare anche *benchmarking* attraverso il confronto sistematico tra Aziende Sanitarie ed IRCCS in un'ottica di miglioramento continuo del servizio.

Dati di attività formativa complessiva degli eventi ECM e NON ECM nel 2024

L'attività formativa erogata con corsi di formazione a distanza, residenziali e di formazione sul campo è iniziata a gennaio 2024 con l'erogazione complessiva di n. 172 corsi articolati in n. 322 edizioni, di cui:

- corsi NON accreditati ECM n. 24, articolati in 67 edizioni;
- corsi accreditati ECM n. 148 articolati in n. 255 edizioni.

Scostamento rispetto alla programmazione

La percentuale di realizzazione:

- complessiva dei corsi ECM e NON ECM è stata dell'82%;
- di cui per gli eventi ECM la realizzazione è stata pari al 76,5%, che risulta essere superiore alla percentuale minima di realizzazione eventi del 50% a cui deve ottemperare il Provider.

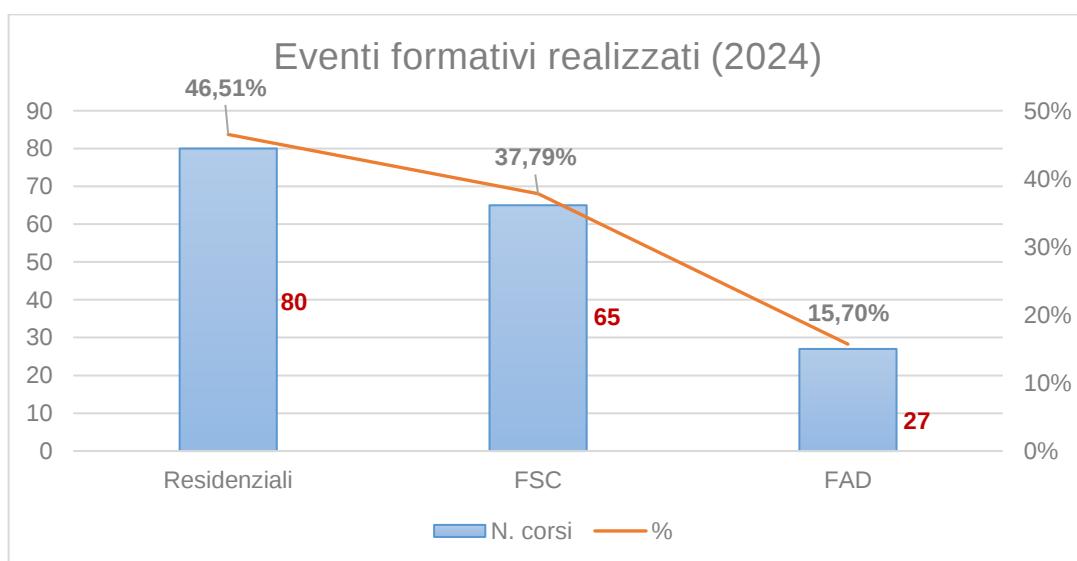
Le tabelle ed i grafici seguenti illustrano i dati inerenti l'attività formativa 2024, con analisi in merito alla tipologia di corsi effettuati, alle ore formative erogate, ai partecipanti ai corsi, alla *customer satisfaction* registrata.



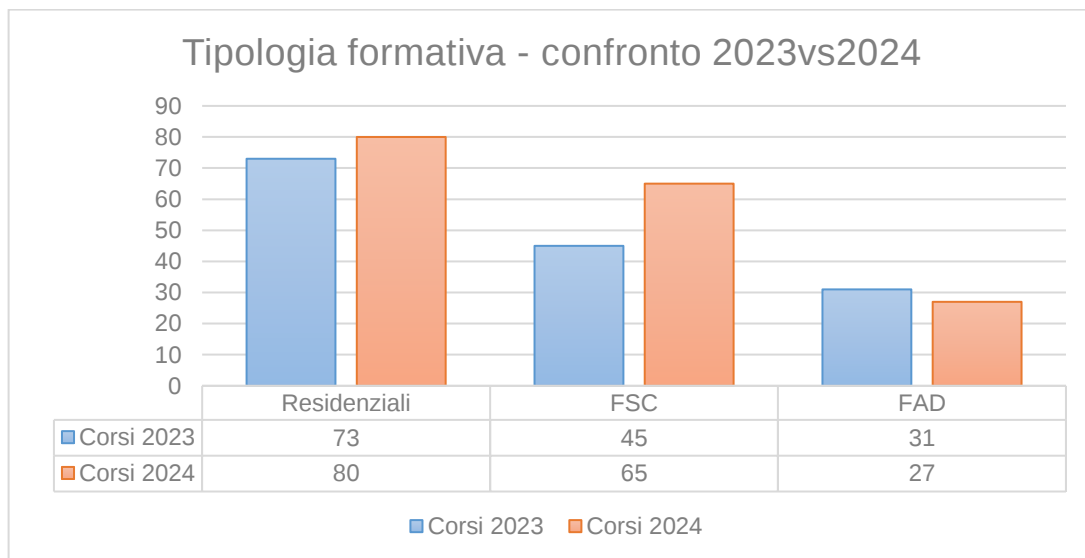
Dati riassuntivi all'offerta formativa 2024 della Fondazione IRCCS e confronto con il 2023:

Confronto	N. corsi erogati	N. complessivo edizioni realizzate	Totale ore formative erogate	N. complessivo partecipanti	N. complessivo crediti ECM erogati
2024	172	322	2.382,0	12.571	56.446,30
2023	149	383	2.509,60	15.129	65.483,80
Differenza	+ 23	- 61	- 127,57	- 2.558	- 9.037,50
					

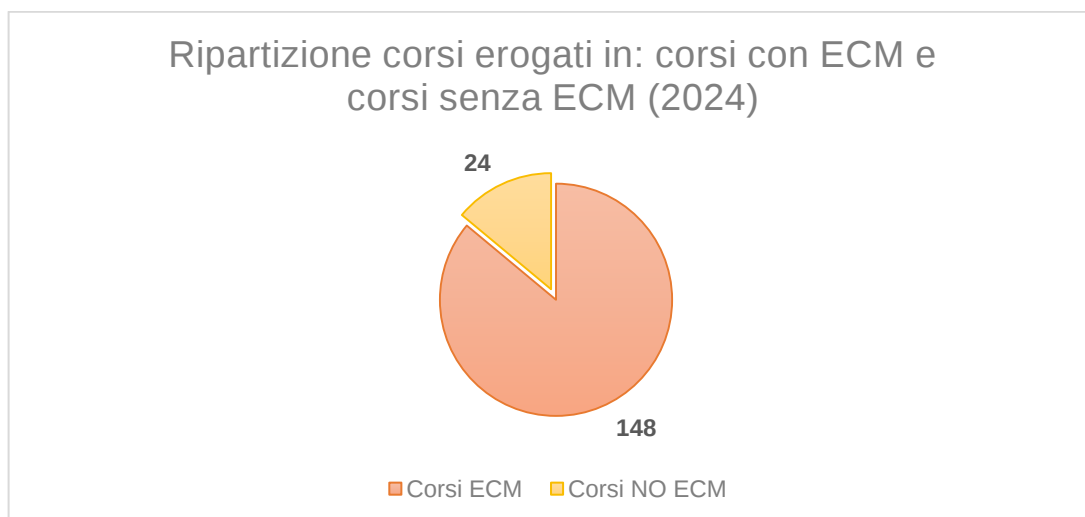
La tipologia degli eventi formativi erogati nel 2024 vede prevalere corsi RES – residenziali (n. 80 pari al 46,5%) rispetto a corsi FSC – formazione sul campo (n. 65 pari al 37,8%) e corsi FAD – formazione a distanza (n. 27 pari al 15,7%).



Il grafico successivo confronta l'offerta formativa del 2024 rispetto all'anno precedente (2023) ripartendo i dati per tipologia di formazione. Per il 2024 risultano incrementi per le tipologie formative RES e FSC utilizzate in Fondazione, con una netta prevalenza per i corsi con formazione sul campo. I corsi FAD registrano un lieve decremento sull'anno precedente.

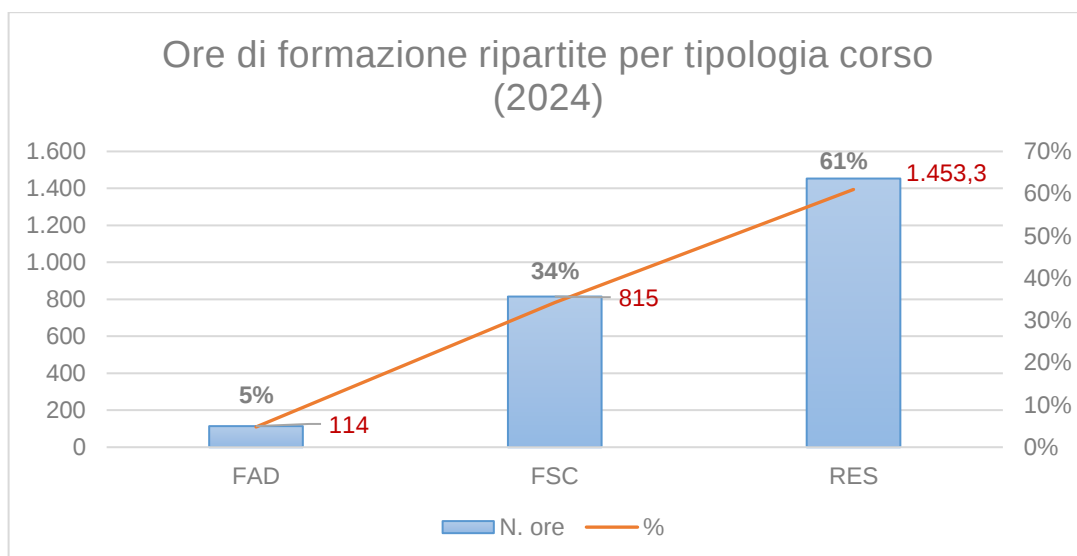


L'offerta formativa ha proposto sia corsi che hanno rilasciato crediti ECM ai partecipanti aventi diritto, sia corsi privi di crediti ECM. Graficamente si può notare come la suddivisione tra queste due categorie vede prevalere l'erogazione di corsi con ECM (148) rispetto a quelli senza ECM (24).

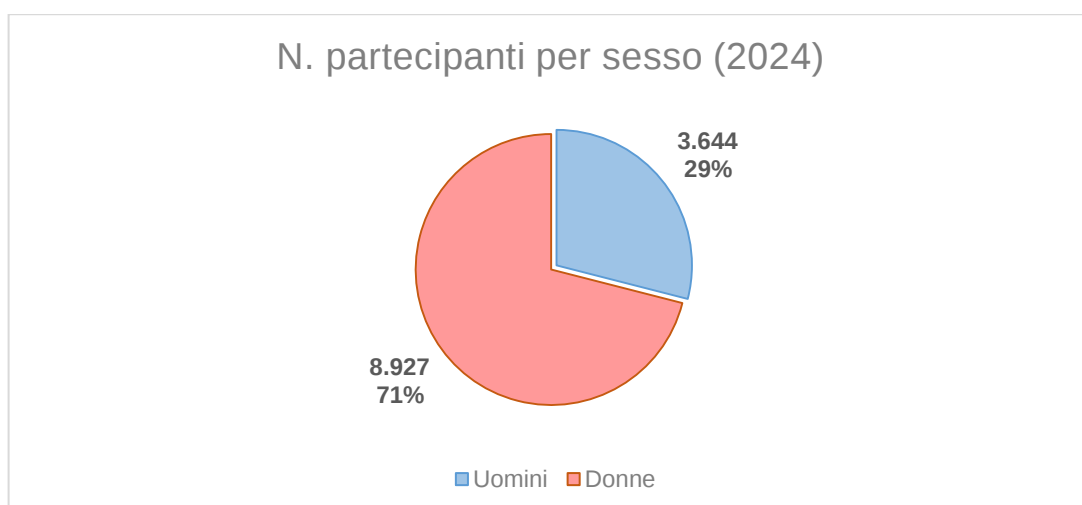


L'offerta formativa ha totalizzato nel 2024 un monte ore di formazione erogate pari a 2.382,30 ore complessive, con preponderanza delle ore afferenti ai corsi residenziali (61%), frutto della numerosità dei corsi, del numero di edizioni e del n. di ore di durata di ciascun corso.

Ore di formazione ripartite per tipologia corso (2024)		
Tipo corso	N. ore	%
FAD	114	5%
FSC	815	34%
RES	1.453,30	61%
Totale	2.382,30	

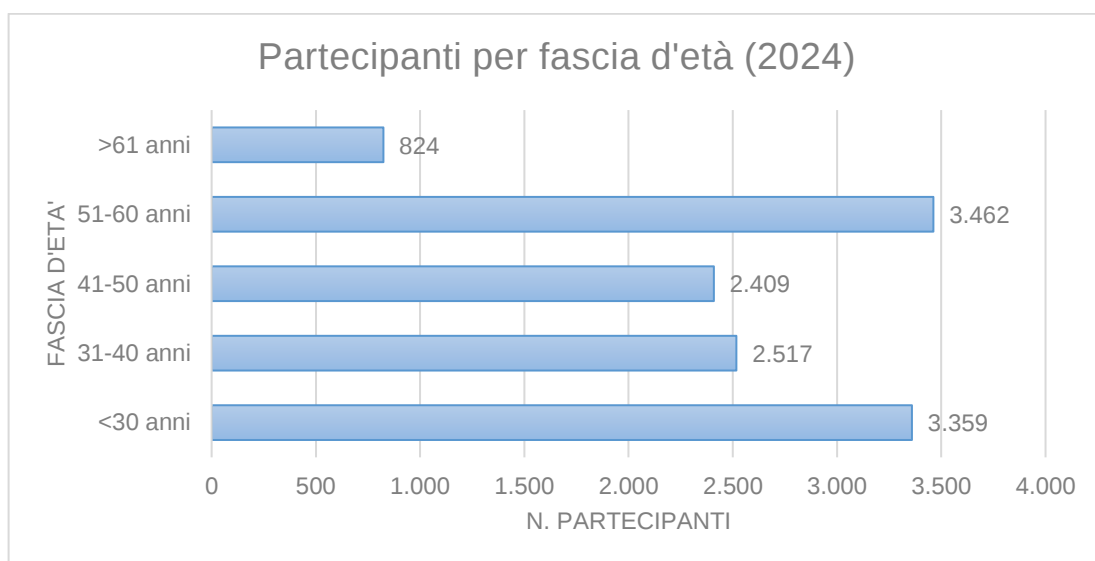


I corsi di formazione sono stati erogati a 12.571 partecipanti, con una netta prevalenza di donne (8.927; 71%) rispetto agli uomini (3.644; 29%).



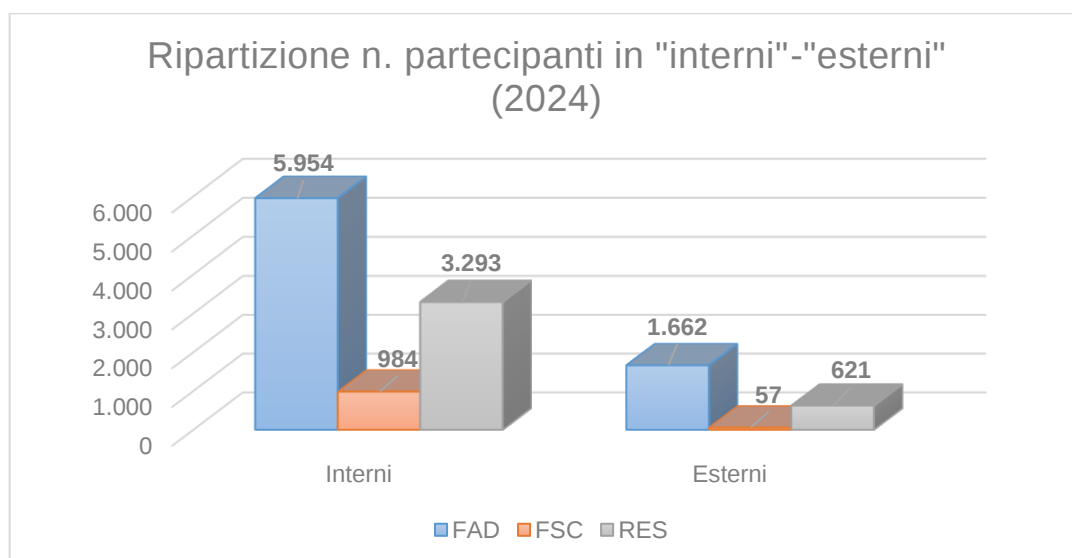
Relativamente all'età dei partecipanti, risulta una prevalenza di partecipanti nelle fasce <30 anni (26,72%) e 51-60 anni (27,54%) rispetto alle altre fasce d'età considerate. In particolare, l'elevata percentuale registrata nella fascia <30 anni è correlata alla progressiva assunzione di personale di giovane età avvenuta negli ultimi anni.

Partecipanti per fascia d'età (2024)		
<30 anni	3.359	26,72%
31-40 anni	2.517	20,02%
41-50 anni	2.409	19,16%
51-60 anni	3.462	27,54%
>61 anni	824	6,55%
Totale	12.571	

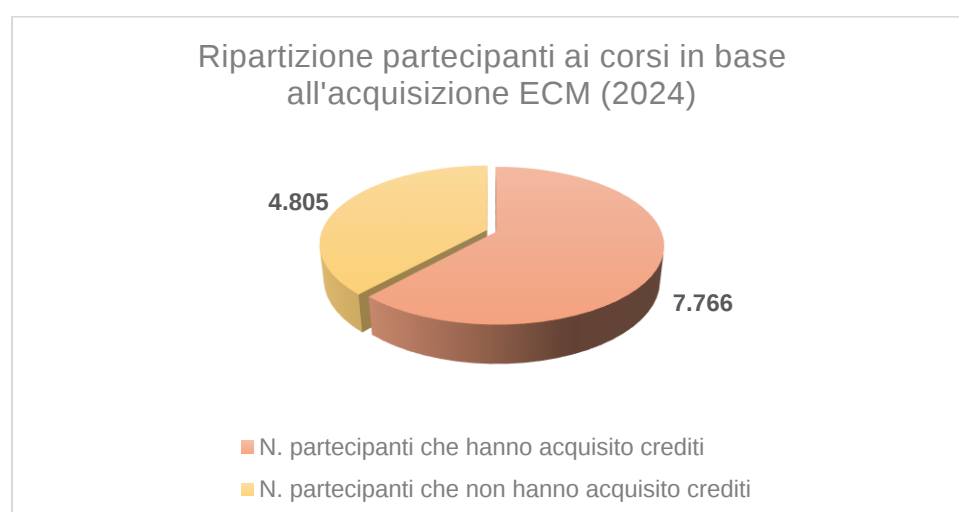


Il grafico successivo evidenzia la suddivisione dei partecipanti tra personale dipendente della Fondazione con contratti di lavoro a tempo determinato e indeterminato (cd. "interni"), e altro personale che lavora presso la Fondazione ma con altre tipologie di contratto, ad esempio libero professionisti o personale proveniente da cooperative di lavoro (cd. "esterni").

Si può notare come i partecipanti “esterni” abbiano frequentato prevalentemente (90% complessivo) corsi erogati in modalità FAD (58%) e corsi erogati in modalità residenziale (32%); mentre i partecipanti “interni” hanno conseguito percentuali del 71% per i corsi FAD, del 27% per i corsi RES e del 2% per i corsi FSC.



Un'ulteriore analisi riguarda la qualifica dei partecipanti ai corsi formativi ed al numero di crediti ECM acquisiti. Dei 12.571 partecipanti ad aventi formativi nel 2024, risultano 7.766 partecipanti a corsi che hanno acquisito crediti ECM, mentre i partecipanti a corsi che non hanno acquisito crediti ECM risultano 4.805.



La tabella seguente scompone il dato relativo ai partecipanti a corsi formativi evidenziando la ripartizione per qualifica / professione ed il numero di crediti ECM acquisiti per figure di area sanitaria:

Qualifica / professione partecipanti	N. partecipanti per qualifica / professione	N. ECM acquisiti per qualifica / professione
Altre figure esenti da crediti	1.099	0,00
Assistente sanitario	20	89,10
Assistente sociale	1	0,00
Biologo	408	2.507,90
Chimico	9	23,60
Dietista	56	356,80
Educatore professionale	1	0,00
Equiparato	1.513	0,00
Farmacista	73	403,00
Fisico	11	72,40
Fisioterapista	65	609,00
Igienista dentale	5	54,00
Infermiere	4.517	29.309,30
Infermiere generico	5	0,00
Infermiere pediatrico	12	84,40
Logopedista	3	6,80
Medico di Medicina Generale (Medico di Famiglia)	3	0,00
Medico di Continuità assistenziale	6	0,00
Medico Chirurgo	1.743	13.820,30
Medico specializzando	197	0,00
Medico Pediatra di libera scelta	1	0,00
O.S.S.	691	0,00
Odontoiatra	4	28,80
Operatore tecnico	125	0,00
Operatore tecnico specializzato	309	0,00
Ostetrica/o	283	2.621,00
Psicologo	9	74,00
Studente	169	0,00
Tecnico audiometrista	6	39,40
Tecnico audioprotesista	14	74,70
Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione	33	170,60



Qualifica / professione partecipanti	N. partecipanti per qualifica / professione	N. ECM acquisiti per qualifica / professione
Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	3	0,00
Tecnico di neurofisiopatologia	34	176,40
Tecnico sanitario di radiologia medica	506	2.688,60
Tecnico sanitario di laboratorio	515	3.185,00
Tirocinante	120	0,00
Veterinario	2	51,20
Totale	12.571	56.446,30

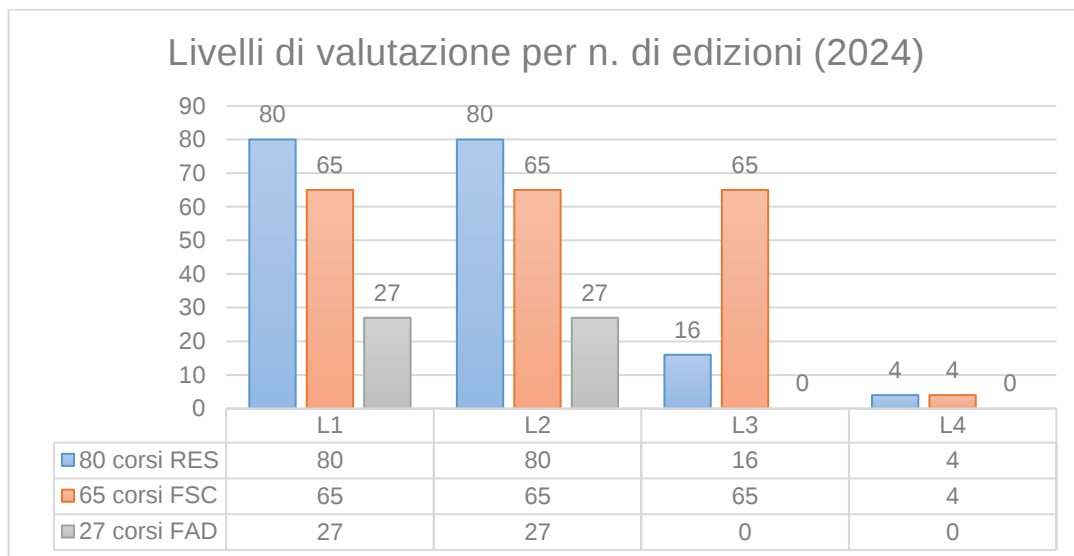
Riguardo al processo di valutazione dei corsi erogati, il modello di riferimento utilizzato è quello gerarchico messo a punto nel 1959 da D. Kirkpatrick e basato su più livelli di valutazione:

- Livello 0: partecipazione all'evento formativo;
- Livello 1: reazione e soddisfazione. L'obiettivo è misurare, attraverso l'opinione dei destinatari, la soddisfazione, il gradimento e il tasso di interesse al corso;
- Livello 2: apprendimento. L'obiettivo è misurare quali conoscenze sono state trasmesse ai partecipanti, quali capacità sono state sviluppate e quali atteggiamenti sono stati modificati;
- Livello 3: comportamento (valutazione di impatto a livello individuale). L'obiettivo è verificare quali cambiamenti nel comportamento lavorativo sono attribuibili al trasferimento delle competenze acquisite mediante la formazione;
- Livello 4: risultati (valutazione di impatto a livello organizzativo). L'obiettivo è la verifica dell'impatto sull'organizzazione, in termini di performance, delle attività svolte.

I livelli di valutazione indagati in funzione della tipologia dei corsi erogati nel 2024 sono illustrati nel relativo grafico:

- Il Livello 1 è stato misurato su 172 corsi (80 RES, 65 FSC e 27 FAD);
- Il Livello 2 è stato misurato su 172 corsi (80 RES, 65 FSC e 27 FAD);
- Il Livello 3 è stato verificato su 81 corsi (16 RES e 65 FSC);
- Il Livello 4 è stato verificato su 8 corsi (4 RES e 4 FSC).





Per ogni evento formativo è stata rilevata la *customer satisfaction*. La valutazione espressa dai partecipanti nelle *customer satisfaction* prevedeva dei punteggi da 0 a 4 con i seguenti giudizi:

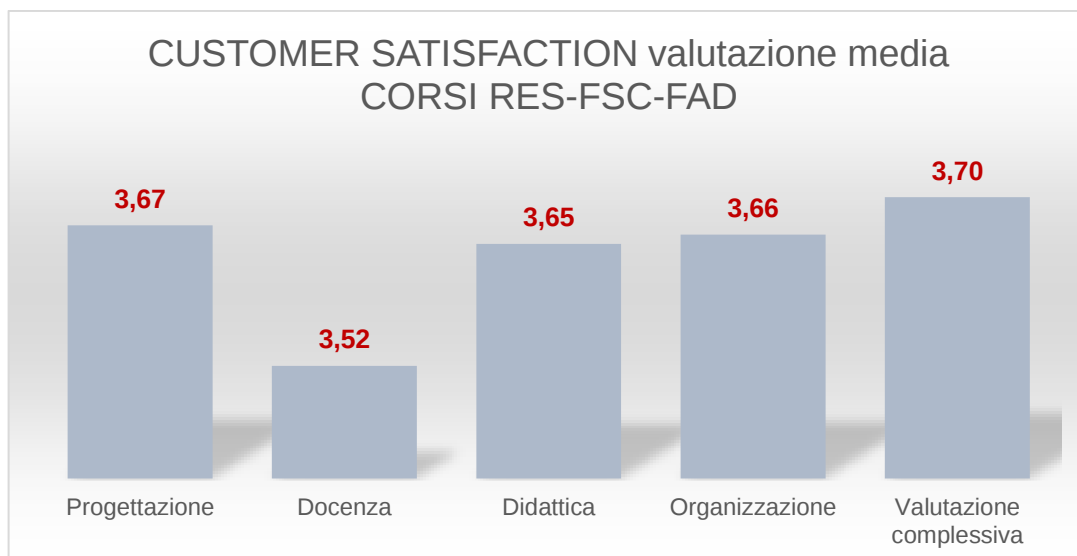
- 0 = gravemente insufficiente;
- 1 = insufficiente;
- 2 = sufficiente;
- 3 = buono;
- 4 = ottimo.

La valutazione è stata espressa per le seguenti dimensioni:

- **Progettazione** (grado di soddisfazione e raggiungimento obiettivi formativi);
- **Docenza** (competenza e chiarezza espositiva del docente);
- **Didattica** (utilità e metodologie didattiche);
- **Organizzazione** (adeguatezza della durata degli eventi e del servizio formativo);
- **Valutazione complessiva** (giudizio complessivo).

Il grafico seguente illustra le risultanze ottenute per ciascuna delle precedenti cinque dimensioni di indagine sulla soddisfazione relativa ai corsi erogati nel 2024. Nel

complesso, la valutazione ha dato un esito molto positivo, totalizzando 3,64 punti di media su 4 disponibili.



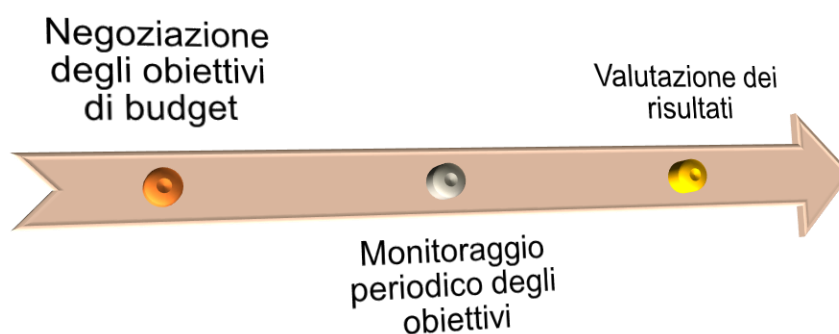


Dott. P. Morossi,
Direttore SC
Controllo di Gestione

Raggiungimento obiettivi operativi di budget

Il budget rappresenta lo strumento operativo per attuare gli indirizzi definiti e per poter condividere le strategie aziendali attraverso la negoziazione di obiettivi specifici per ciascuna Struttura complessa della Fondazione. Integrando le priorità espresse dalla normativa nazionale e dagli atti di programmazione regionale con gli obiettivi strategici della Fondazione, per l'anno 2024 sono stati assegnati gli obiettivi specifici delle Strutture, di cui si riporta di seguito una sintesi del raggiungimento.

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



Negoziare gli obiettivi di budget

Anche per il 2024, gli obiettivi di budget delle Strutture aziendali sono stati ripartiti in obiettivi economico-quantitativi e obiettivi di carattere non economico-quantitativo, quest'ultimi differenziati in "obiettivi di direzione medica" e "obiettivi di qualità".

Il budget 2024 è stato negoziato con le singole Strutture nell'ambito di incontri dipartimentali che si sono svolti nel corso del bimestre aprile-maggio 2024.

Le schede di budget delle Strutture in staff alle Direzioni sono state predisposte nel mese di giugno 2024.

Monitoraggio periodico degli obiettivi

Nel corso del 2024 è sempre stato garantito il processo di comunicazione interna sui temi economico-gestionali e di budget al fine di garantire l'efficacia della programmazione direzionale tramite l'invio di report mensili.



La reportistica è stata elaborata a cura della SC Controllo di Gestione mediante l'utilizzo del proprio applicativo di business intelligence interfacciato con il *datawarehouse* aziendale. I report, trasmessi alle Strutture destinatarie sulla base di tempistiche predefinite, sono stati strutturati in modo da evidenziare l'andamento mensile di determinati dati e parametri rispetto a quanto definito col budget al fine di consentire alle Strutture riceventi una valutazione delle proprie performance.

Per il 2024 il monitoraggio mensile sugli obiettivi economici è stato trasmesso mediante report intorno al giorno 20 di ogni mese (ad eccezione di luglio) relativamente alla performance del mese precedente. In particolare, le date di trasmissione sono risultate le seguenti:

Mese oggetto di monitoraggio	Data di trasmissione report
Giugno 2024	19 luglio 2024
Agosto 2024	23 settembre 2024
Settembre 2024	22 ottobre 2024
Ottobre 2024	22 novembre 2024
Novembre 2024	17 dicembre 2024
Dicembre 2024	22 gennaio 2025

Valutazione dei risultati

Per arrivare alla valutazione finale dei risultati sono state svolte le seguenti attività: predisposizione dei dati di consuntivo 2024 da parte della SC Controllo di Gestione e comunicazione delle risultanze ai Direttori delle strutture attraverso l'invio del report di valutazione il 20 marzo del 2025.

Successivamente il Comitato di Valutazione ha rivalutato i risultati ottenuti sulla base del contesto in cui le strutture si sono trovate ad operare nel corso dell'anno, vagliando eventi e accadimenti di natura eccezionale, inattesi e non preventivabili che hanno influito sulla pianificazione. I risultati della valutazione effettuata dal Comitato di Valutazione sono riportati nel documento di valutazione finale archiviato dalla SC Controllo di Gestione insieme al verbale della seduta con le motivazioni specifiche che hanno portato alla rivalutazione dei punteggi.

Le schede definitive sono state inviate alle Strutture entro giugno 2025.



La scheda di budget

La SC Controllo di Gestione, in accordo con la Direzione Strategica, valuta annualmente miglioramenti da apportare alla struttura della scheda budget da utilizzare per il monitoraggio degli obiettivi. In particolare, la scheda utilizzata per la negoziazione si compone di sette sezioni: una di sintesi; una dedicata al monitoraggio degli obiettivi economici; una dedicata agli obiettivi di direzione medica; una dedicata agli obiettivi qualitativi; una dedicata all'andamento di una serie di indicatori afferenti la Struttura; una dedicata alla performance economica della Struttura in termini di costi e ricavi generati nel biennio precedente (conto economico sintetico); una dedicata alle firme di accettazione/attestazione della scheda.

Una volta concluso il processo di valutazione a consuntivo delle schede budget, i risultati raggiunti vengono visualizzati dalla scheda budget di valutazione che ha il compito di esporli per la presentazione in Comitato di Valutazione.

Nel 2024 è stato modificato il modello di scheda di valutazione finale esplicitando in modo immediato già nella sezione di sintesi la ripartizione dei punteggi complessivi ottenuti per dirigenza e comparto nelle due macro componenti obiettivi economici e altri obiettivi e le eventuali rettifiche.

Le immagini seguenti illustrano sia un esempio di scheda budget di contrattazione, sia un esempio di scheda budget di chiusura valutazione da inviare al Comitato di Valutazione, in uso presso la Fondazione per l'anno 2024.



Modello scheda di budget (contrattazione) 2024:

SCHEDA DI CONTRATTAZIONE		
BUDGET ANNO 2024		
CENTRO DI RESPONSABILITA':	Cardiologia 1	
RESPONSABILE:	Dott. Leonardo De Luca	
DIPARTIMENTO:	Cardiotoraco Vascolare	

OBIETTIVI	PUNTI DIRIGENZA (su n.100 punti)	PUNTI COMPARTO (su n.100 punti)
ECONOMICI	40	40
DIREZIONE MEDICA	48	48
QUALITATIVI	12	12

Cardiologia 1						
OBIETTIVI ECONOMICI 2024						
INDICATORE	CONSUNTIVO 2019	CONSUNTIVO 2022	CONSUNTIVO 2023	BUDGET 2024	P.TI	% RISPETTO A CONSUNTIVO 2023
VALORE TOTALE RICOVERI	15.264.804	15.430.042	15.738.705	16.997.801	20	8
Di cui Chirurgici	13.123.024	13.300.210	13.618.207			
Di cui Medici	2.141.780	2.129.832	2.120.498			
VALORE TOTALE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	827.627	711.724	803.905	803.884	10	0
VALORE TOTALE CONSUMI	7.346.473	7.454.097	8.343.055	9.186.235	5	10
COSTO DELLE PRESTAZIONI RICEVUTE/DRG	0,06	0,06	0,05	0,05	5	< 0

Cardiologia 1					
OBIETTIVI DI DIREZIONE MEDICA					
Obiettivo	Indicatore	Modalità di valutazione	Valutatore	Punti Dirigenza	Punti Comparto
Obiettivi Appropriata rete regionale - degenza media pre-operatoria	Miglioramento degenza media pre-operatoria rispetto al 2023	Monitoraggio dati Portale di Governo Regionale	Direzione Medica di presidio/ Gestione Operativa	6,0	6,0
Dimissioni nel WE	Almeno 15% delle dimissioni ordinarie effettuate nelle giornate di sabato e domenica	Analisi dati HERO	Direzione Medica di presidio/ Gestione Operativa	6,0	6,0
Orario di Dimissione	Minimo del 60% delle dimissioni ordinarie effettuate entro le ore 12	Valutazione volumi dimissioni ricoveri ordinari per fascia oraria	Direzione Medica di presidio/ Gestione Operativa	6,0	6,0
Tempo erogazione consulenze per PS	Consulenze erogate entro 2h nel 90% dei casi	Analisi dati HERO	Direzione Medica di presidio/ Gestione Operativa	6,0	6,0
Incontri referenti Area Medica - Pronto Soccorso	Adesione e partecipazione agli incontri programmati	Foglio presenze degli incontri	Bed Manager	6,0	6,0
Archiviazione cartelle cliniche	Raggiungimento di almeno il 90% di cartelle archiviate entro il mese successivo a quello di dimissione (secondo semestre)	Valutazione percentuale di cartelle cliniche archiviate entro il mese successivo a quello di dimissione (ricoveri ordinari/Day Hospital, escluse MAC/RIC)	Direzione Medica di presidio/ Gestione Operativa	6,0	6,0
Obiettivi regionali PINGLA - Prestazioni ambulatoriali	Volumi complessivi prestazioni erogate nel periodo aprile-dicembre 2024: Prima visita cardiologica (897A3): 2.000; Ecocolori dopplergrafia cardiaca a riposo (88722): 3.400; Elettrocardiogramma (8952): 7.500; Elettrocardiogramma dinamico (8950): 1.100; Test da sforzo (8944, 8941, 8943): 450	Flusso 285AN	Direzione Medica di presidio/ Gestione Operativa	6,0	6,0
Obiettivi regionali PINGLA - Ricoveri chirurgici	Volumi complessivi interventi chirurgici non urgenti nel periodo aprile-dicembre 2024: PTCA: 114; Coronarografia: 461	Flusso 500	Direzione Medica di presidio/ Gestione Operativa	6,0	6,0

3

Cardiologia 1					
OBIETTIVI QUALITATIVI					
Obiettivo	Indicatore	Modalità di valutazione	Valutatore	Punti Dirigenza	Punti Comparto
Documentazione SGQ	Aggiornamento documentazione SGQ	Aggiornamento entro 31/12/2024	QUALITA' E RISK MANAGEMENT	6,0	6,0
Sistema Gestione Qualità - Adempimenti richiesti da Ente Certificatore	1. Riesame di Direzione con rendicontazione della pianificazione dell'aggiornamento della documentazione tramite il modulo 5.4; 2. Invio semestrale delle HC anno corrente; 3. Implementare l'analisi delle parti interessate nel Riesame di Direzione; 4. Rendicontazione semestrale degli indicatori (31 luglio - 31 gennaio) analizzando i risultati all'interno del Riesame di Direzione; 5. Individuazione di obiettivi che tengano conto degli esiti della valutazione del rischio; 6. Partecipazione dei Referenti Qualità e rischio clinico agli incontri pianificati	Rispetto degli adempimenti richiesti entro le scadenze stabilite	QUALITA' E RISK MANAGEMENT	6,0	6,0

4



Cardiologia 1				
AREA INDICATORI				
AREA PERSONALE	2019		2023	
	FTE 2019	FTE	FTE 2023	FTE
	Direttore Medico	22,75	Direttore Medico	22,14
Personale Infermieristico	55,85		Riceratore Sanitario (Piramide)	1,43
Personale Tecnico	22,96		Personale Infermieristico	97,88
Personale Amministrativo	1,00		Personale Tecnico Sanitario	9,40
Boristi, Tirocinanti	2,29		Personale Tecnico	23,70
Personale Universitario	2,25		Personale Amministrativo	1,00
Consulenze sanitarie e socio-sanitarie	1,20		Collab. profess. di ricerca sanità (Piramide)	4,83
Consulenze Scientifiche	1,67		Boristi, Tirocinanti	7,31
Consulenze e collaborazioni non sa...	2,87		Personale Universitario	1,95
TOTAL		112,85	TOTAL	121,07
AREA ATTIVITA' DI RICOVERO	2019		2023	
	2024 2 MESI			
	N. POSTI LETTO	35,77	N. POSTI LETTO	37,00
	TASSO DI OCCUPAZIONE %	76	TASSO DI OCCUPAZIONE %	94
	INDICE DI ROTAZIONE MENSILE	5,15	INDICE DI ROTAZIONE MENSILE	4,49
	DEGENZA MEDIA	4,30	DEGENZA MEDIA	6,73
	PESO MEDIO	2,392	PESO MEDIO	2,700
AREA SALE OPERATORIE	INCIDENZA % CASI URGENTI SU CASI TOTALI	48	INCIDENZA % CASI URGENTI SU CASI TOTALI	49
	MEDIA MENSILE INTERVENTI	N/A	MEDIA MENSILE INTERVENTI	6
	MEDIA MENSILE ORE OCCUPAZIONE SO	N/A	MEDIA MENSILE ORE OCCUPAZIONE SO	13,90

5

Cardiologia 1				
CONTO ECONOMICO				
AREA CONTO ECONOMICO		2023	2022	Delta %
	Ricavi Esterni Totale	21.766.105	20.668.884	5,3%
	Ricavi per Servizi Resi all'Interno Totale	177.214	127.982	38,5%
	RICAVI TOTALE	21.943.319	20.796.866	5,5%
	Costi Diretti Totale	19.298.599	17.541.755	10,0%
	PRIMO MARGINE OPERATIVO	2.644.720	3.255.111	-18,8%
	Costi Indiretti Totale	2.929.534	3.391.038	-13,6%
	Costi Diretti e Costi Indiretti Totale	22.228.133	20.932.792	6,2%
	RISULTATO OPERATIVO	-284.814	-135.926	109,5%
	Costi Generali Totale	3.448.382	3.317.340	4,0%
	COSTI TOTALE	25.676.515	24.250.132	5,9%
	RISULTATO GESTIONALE	-3.733.196	-3.453.266	8,1%

6



Cardiologia 1		
BUDGET ANNO 2024 - FIRME		
Il Direttore di Dipartimento		
Il Responsabile/Direttore di Unità Organizzativa		
Coordinatori		
DIREZIONE STRATEGICA		
Il Direttore Generale	Il Direttore Amministrativo	Il Direttore Sanitario

7

Modello scheda budget chiusura valutazione 2024 (pre Comitato di Valutazione):

BUDGET 2024		
VALUTAZIONE BUDGET 2024		
CENTRO DI RESPONSABILITA': Cardiologia 1 RESPONSABILE: Dott. Leonardo De Luca ANNO: 2024		
	PUNTI DIRIGENZA (su n. 100 punti)	PUNTI COMPARTO (su n. 100 punti)
<i>Rettifiche su Obiettivi Economici</i>	N/A	N/A
Punteggio definitivo Obiettivi Economici	35,00 / 40	35,00 / 40
<i>Rettifiche su altri Obiettivi</i>	N/A	N/A
Punteggio definitivo altri Obiettivi	45,54 / 60	45,54 / 60
VALUTAZIONE FINALE	81	81

Controllo di Gestione
1



Cardiologia 1						
OBIETTIVI ECONOMICI BUDGET 2024						
INDICATORE	BUDGET 2024	CONSUNTIVO 2024	P.TI	DELTA CONSUNTIVO VS BUDGET %	VALUTAZIONE %	PUNTI OTTENUTI
VALORE TOTALE RICOVERI	16.997.801	18.437.755	20	8,47	100,00	20,00
di cui Chirurgici	14.707.663	16.088.985				
di cui Medici	2.290.138	2.348.770				
VALORE TOTALE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	803.905	873.234	10	8,6	100	10,00
VALORE TOTALE CONSUMI	9.186.235	10.406.476	5	13,28	0	0
COSTO DELLE PRESTAZIONI RICEVUTE/DRG	0,05	0,05	5	-8,06	100	5,00
TOTALE PUNTI OTTENUTI SU OBIETTIVI ECONOMICI			35,00	su	40	

Controllo di Gestione

2

Cardiologia 1								
OBIETTIVI QUALITATIVI 2024								
Obiettivo	Indicatore	Valutatore	P.TI DIR.	P.TI COMP.	VAL. DIR.	VAL. COMP.	Punti ottenuti Dirigenza	Punti ottenuti Comparto
Documentazione SGQ	Aggiornamento documentazione SGQ	QUALITA' E RISK MANAGEMENT	6,00	6,00	RAGGIUNTO	RAGGIUNTO	6,00	6,00
Sistema Gestione Qualità - Adempimenti richiesti da Ente Certificatore	1. Riesame di Direzione con rendicontazione della pianificazione dell'aggiornamento della documentazione tramite il modulo 5.4; 2. Invio semestrale delle NC snno corrente; 3. Implementare l'analisi delle parti interessatenel Riesame di Direzione; 4. Rendicontazione semestrale degli indicatori (31 luglio - 31 gennaio) analizzando i risultati all'interno del Riesame di Direzione; 5. Individuazione di obiettivi che tengano conto degli esiti della valutazione del rischio; 6. Partecipazione dei Referenti Qualità e rischio clinico agli incontri pianificati	QUALITA' E RISK MANAGEMENT	6,00	6,00	RAGGIUNTO	RAGGIUNTO	6,00	6,00
PUNTI OTTENUTI SU OB. QUALITATIVI			DIRIGENZA: 12,00		COMPARTO: 12,00			

Controllo di Gestione

3



Cardiologia 1								
OBIETTIVI DI DIREZIONE MEDICA 2024								

Obiettivo	Indicatore	Valutatore	P.TI DIR.	P.TI COMP.	VAL. DIR.	VAL. COMP.	Punti ottenuti Dirigenza	Punti ottenuti Comparto
Obiettivi Appropriatazza network regionale - degenza media pre-operatoria	Miglioramento degenza media pre-operatoria rispetto al 2023	Direzione Medica di presidio/ Gestione Operativa	6,00	6,00	RAGGIUNTO	RAGGIUNTO	6,00	6,00
Dimissioni nel WE	Almeno 15% delle dimissioni ordinarie effettuate nelle giornate di sabato e domenica	Direzione Medica di presidio/ Gestione Operativa	6,00	6,00	RAGGIUNTO	RAGGIUNTO	6,00	6,00
Orario di Dimissione	Minimo del 60% delle dimissioni ordinarie effettuate entro le ore 12	Direzione Medica di presidio/ Gestione Operativa	6,00	6,00	NON RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO	0,00	0,00
Tempo erogazione consulenze per PS	Consulenze erogate entro 2h nel 90% dei casi	Direzione Medica di presidio/ Gestione Operativa	6,00	6,00	PARZIALMENTE RAGGIUNTO (84%)	PARZIALMENTE RAGGIUNTO (84%)	5,04	5,04
Incontri referenti Area Medica - Pronto Soccorso	Adesione e partecipazione agli incontri programmati	Bed Manager	6,00	6,00	PARZIALMENTE RAGGIUNTO (75%)	PARZIALMENTE RAGGIUNTO (75%)	4,50	4,50
Archiviazione cartelle cliniche	Raggiungimento di almeno il 90% di cartelle archiviate entro il mese successivo a quello di dimissione (secondo semestre)	Direzione Medica di presidio/ Gestione Operativa	6,00	6,00	NON RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO	0,00	0,00
Obiettivi regionali PINGLA - Prestazioni ambulatoriali	Volumi complessivi prestazioni erogate nel periodo aprile-dicembre 2024: Prima visita cardiologica (89743): 2.000; Eco/coloridopplergrafia cardiaca a riposo (88722): 3.400; Elettrocardiogramma (8952): 7.500; Elettrocardiogramma dinamico (8950): 1.100; Test da sforzo (8944, 8941, 8943): 450	Direzione Medica di presidio/ Gestione Operativa	6,00	6,00	RAGGIUNTO	RAGGIUNTO	6,00	6,00
Obiettivi regionali PINGLA - Ricoveri chirurgici	Volumi complessivi interventi chirurgici non urgenti nel periodo aprile-dicembre 2024: PTCA: 114; Coronarografia: 461	Direzione Medica di presidio/ Gestione Operativa	6,00	6,00	RAGGIUNTO	RAGGIUNTO	6,00	6,00

PUNTI OTTENUTI SU OB. DIREZIONE MEDICA

DIRIGENZA: 33,54

COMPARTO: 33,54

Controllo di Gestione

4

Le seguenti tabelle presentano la percentuale di raggiungimento degli **obiettivi economici e quelli di attività e organizzazione** (differenziati in obiettivi di direzione medica e obiettivi di qualità) aziendali da parte delle Strutture.



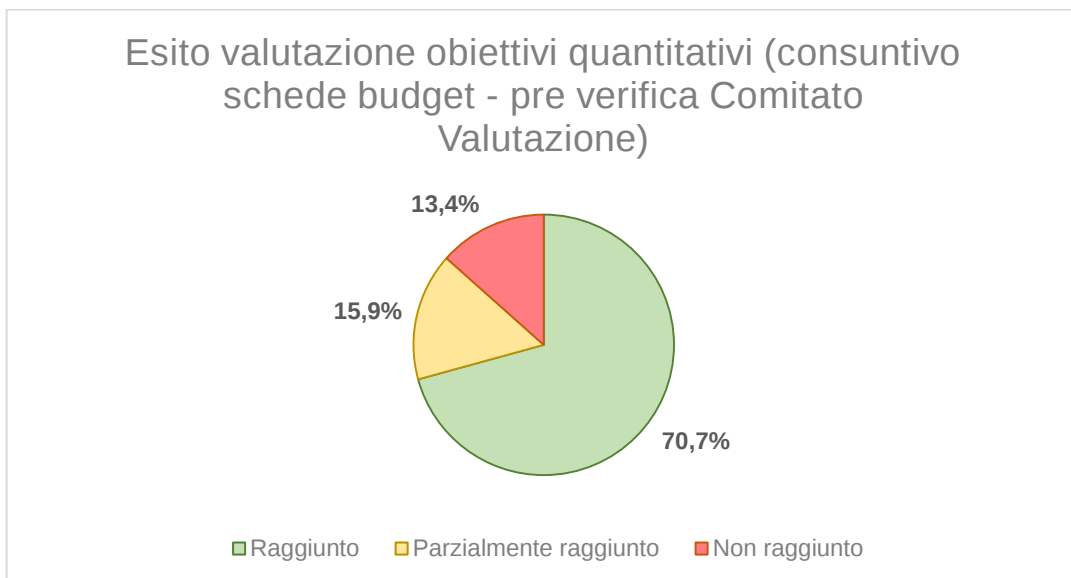
Obiettivi economici				
OBIETTIVO	N° di Strutture assegnatarie	% raggiungimento obiettivi		
				
Valorizzazione attività ricoveri	33	88%	12%	0%
Valorizzazione attività ambulatoriale	47	83%	17%	0%
Consumi (costo materiale sanitario)	49	51%	20%	29%
Prestazioni ricevute/DRG	35	66%	11%	23%

N.B.: la tabella si riferisce alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi da parte delle Strutture come da risultati delle schede di budget in sede di chiusura a consuntivo. Come descritto sopra, alcuni risultati sono stati in seguito rivalutati dal Comitato di Valutazione in base al contesto in cui le strutture si sono trovate ad operare nel corso dell'anno, vagliando eventi e accadimenti di natura eccezionale, inattesi e non preventivabili che hanno influito sulla pianificazione.

Legenda:	Obiettivo raggiunto	Obiettivo parzialmente raggiunto	Obiettivo non raggiunto
			

Relativamente al raggiungimento degli obiettivi economici (quantitativi) assegnati e verificati a consuntivo delle schede budget (ossia precedentemente la fase di verifica ed eventuale correzione a seguito di rivalutazione da parte del Comitato di Valutazione), il grafico seguente illustra l'esito complessivo del processo di analisi dei risultati raggiunti:

- il 71% circa degli obiettivi assegnati alle Strutture sono stati raggiunti;
- il 16% degli obiettivi sono stati parzialmente raggiunti (con % differenti di conseguimento);
- mentre il 13% circa degli obiettivi risultava non raggiunto.



Sono stati assegnati 104 tipologie di obiettivi di attività e organizzazione (c.d. obiettivi qualitativi), differenziati per il 2024 in “obiettivi di direzione medica” (DM) e “obiettivi di qualità” (Q), rispettivamente n. 21 “DM” e n. 83 “Q”. Alcuni obiettivi sono risultati comuni a più Strutture aziendali, mentre altri sono risultati specifici delle singole Strutture. Il numero complessivo di obiettivi assegnati alle Strutture ed oggetto di valutazione sulla performance conseguita risulta 388. In sede di assegnazione degli obiettivi alle varie Strutture risultava un totale di 397 obiettivi da valutare sull’insieme di Strutture, ma in corso d’anno ne sono stati “annullati” o sono stati considerati “non valutabili” 9 (6 “DM” e 3 “Q”) a causa di cambiamenti impreveduti sopravvenuti a livello organizzativo-gestionale che hanno modificato le scelte strategiche-progettuali pianificate, rendendo non più attuabili gli obiettivi.

Obiettivi di gestione operativa					
Obiettivo	Risultato atteso	N. di Strutture assegnat arie	% raggiungimento obiettivo		
Archiviazione cartelle cliniche	Raggiungimento di almeno il 90% di cartelle archiviate entro il mese	31	30%	13%	57%

Obiettivi di gestione operativa					
Obiettivo	Risultato atteso	N. di Strutture assegnat arie	% raggiungimento obiettivo		
					
	successivo a quello di dimissione (secondo semestre)				
Attivazione ADI	dimissione con attivazione ADI	7	57%	0%	43%
Attività Pancreas Unit	Partecipazione Pancreas Unit	2	0%	100%	0%
Attività Trapiantologica	Mantenimento Attività di Trapianto vari organi (Cornea; Cuore; Midollo e CSE; Polmone; Rene)	7	57%	0%	43%
Attività TX rene congiunta	Partecipazione all'attività congiunta di espianto/Trapianto di Rene	2	0%	100%	0%
Degenza media	Degenza media del secondo semestre 2024 ridotta del 10% rispetto al 2023	6	33%	33%	33%
Degenza media ricoveri programmati	Degenza media del secondo semestre 2024 ridotta del 10% rispetto al 2023 (solo ricoveri programmati)	5	0%	0%	100%
Dimissioni nel WE	Almeno 15% delle dimissioni ordinarie effettuate nelle giornate di sabato e domenica	8	25%	63%	13%
Incontri referenti Area Medica - Pronto Soccorso	Adesione e partecipazione agli incontri programmati	6	83%	17%	0%
Obiettivi Appropriatezza network regionale - degenza media pre-operatoria	Mantenimento degenza media pre-operatoria rispetto al 2023	11	55%	0%	45%
Obiettivi appropriatezza network regionale - DRG ad elevato rischio inappropriatezza	Riduzione DRG ad elevato rischio inappropriatezza	9	13%	13%	75%
Obiettivi ATS extra-PNGLA - Prestazioni ambulatoriali	Volumi complessivi prestazioni erogate nel periodo aprile-dicembre 2024 (n.d.r. volumi target differenti in base a tipo di prestazione ambulatoriale)	6	67%	33%	0%
Obiettivi network regionale - % colecistectomie con degenza < 3 gg	Raggiungimento target 90% colecistectomie con degenza < 3 gg	2	50%	50%	0%

Obiettivi di gestione operativa					
Obiettivo	Risultato atteso	N. di Strutture assegnat arie	% raggiungimento obiettivo		
					
Obiettivi network regionale - % fratture femore operate entro 48h	Raggiungimento target 75% di fratture di femore operate entro 48h senza limiti di età	1	100%	0%	0%
Obiettivi regionali PNGLA - Prestazioni ambulatoriali	Volumi complessivi prestazioni erogate nel periodo aprile-dicembre 2024 (n.d.r. volumi target differenti in base a tipo di prestazione ambulatoriale)	22	55%	45%	0%
Obiettivi regionali PNGLA - Ricoveri chirurgici	Volumi complessivi interventi chirurgici non urgenti nel periodo aprile-dicembre 2024 (n.d.r. volumi target differenti in base a tipo di ricovero chirurgico)	11	27%	73%	0%
Obiettivi regionali PNGLA - Ricoveri chirurgici elettivi	Volumi complessivi interventi chirurgici non urgenti nel periodo aprile-dicembre 2024 (n.d.r. volumi target differenti in base a tipo di ricovero chirurgico elettivo)	1	100%	0%	0%
Orario di Dimissione	Minimo del 60% delle dimissioni ordinarie effettuate entro le ore 12	20	25%	30%	45%
Pronto Soccorso - OBI	differenti target % di pazienti OBI gestiti in base a ricoverati/trasferiti/dimessi (n.d.r.)	3	67%	0%	33%
Saturazione Posti Letto	saturazione posti letto > 95%	1	100%	0%	0%
Tempo erogazione consulenze per PS	Consulenze erogate entro 2h nel 90% dei casi	14	14%	50%	36%

(*) Alcuni obiettivi sono stati raggruppati per tipologia

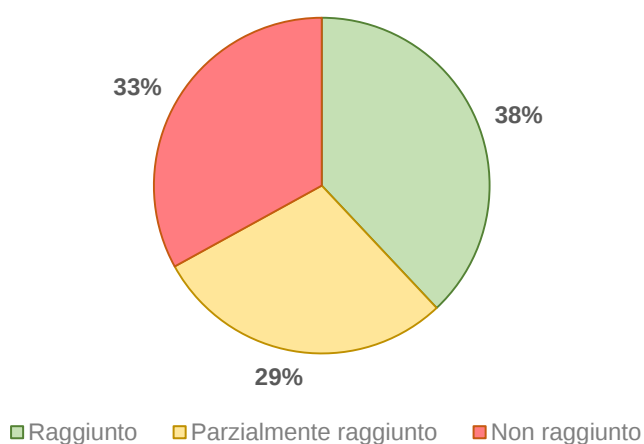
Legenda:	Obiettivo raggiunto	Obiettivo parzialmente raggiunto	Obiettivo non raggiunto
			

Relativamente al raggiungimento degli obiettivi di direzione medica assegnati e valutati, il grafico seguente illustra l'esito complessivo del processo di valutazione:



- il 38% degli obiettivi assegnati alle Strutture sono stati raggiunti;
- il 29% sono stati parzialmente raggiunti (con % differenti di conseguimento);
- mentre il 33% degli obiettivi è stato valutato non raggiunto.

Esito valutazione obiettivi di direzione medica



Obiettivi di qualità					
Obiettivo	Risultato atteso	N. di Strutture assegnatarie	% raggiungimento obiettivo		
Regolamenti	Predisposizione / revisione Regolamenti vari	10	100%	0%	0%
Acquisizione di ponderata valutazione in ordine alla possibile attivazione nell'interesse dell'Ente di polizza assicurativa di tutela legale	Sviluppo delle procedure indicate da AGENAS, MINISTERI, REGIONE	1	100%	0%	0%

Obiettivi di qualità					
Obiettivo	Risultato atteso	N. di Strutture assegnatarie	% raggiungimento obiettivo		
					
Acquisti grandi apparecchiature con fondi PNRR	Monitoraggio compilazione Scheda Mews 2 nelle Strutture di Degenza e PS	1	100%	0%	0%
Adeguamento degli applicativi sanitari refertanti ai nuovi metodi del Fascicolo Sanitario 2.0 e diffusione della firma remota	Relazione informativa sugli esiti istruttori dell'attività ricognitiva, da effettuarsi anche mediante coinvolgimento del broker aziendale	1	100%	0%	0%
Aderenza al PDTA Sepsis	Messa in produzione degli applicativi refertanti adeguati alle nuove specifiche. Distribuzione dei dispositivi per firma remota	1	100%	0%	0%
Aderenza al Progetto BRO	Monitoraggio quadrimestrale percorso assistenziale Ostetrico nella gravidanza fisiologica/parto fisiologico	1	100%	0%	0%
Affidamento ad Agenzia delle Entrate Riscossione (AdER) dei ticket non pagati per avvio delle procedure di sollecito e riscossione mediante ruolo	1. Affidamento mensile ad AdER dei ticket insoluti, partendo dagli anni 2021-2022. 2. Reportistica mensile per la Direzione	1	100%	0%	0%
Alimentazione delle piattaforme BDAP e Osservatorio Regionale	Inserimento dei contrattuali all'interno delle banche dati interattive.	1	100%	0%	0%
AMIANTO - mantenimento del sistema gestione di tutela da amianto e fibre vetrose artificiali (FAV)	Aggiornamento dei documenti del sistema amianto e delle relative campagne di rilevamento (in forza della convenzione con Fondazione Maugeri)	1	100%	0%	0%
Analisi costi e ricavi della Robotica per Urologia	Elaborazione report con risultanze analisi	1	100%	0%	0%
Area Privacy	Ridefinizione Capitolato di gara per Servizi di compliance e DPO	1	100%	0%	0%
Attivazione di una procedura standardizzata per la verifica periodica della funzionalità del sistema di rivelazione a portale di materiali radioattivi nei rifiuti prodotti in Fondazione	Redazione di uno specifico protocollo con istruzioni operative per la corretta esecuzione e registrazione dei dati di verifica periodica	1	100%	0%	0%

Obiettivi di qualità					
Obiettivo	Risultato atteso	N. di Strutture assegnatarie	% raggiungimento obiettivo		
					
Attivazione Medicina d'Urgenza	Individuazione logistica, assegnazione risorse umane e materiale entro il 30 aprile 2024	2	100%	0%	0%
ATTUAZIONE DEL PROGETTO RIORGANIZZATIVO DELL'ARCHIVIO/PROTOCOLLO DI CUI ALLA NOTA PROT. 10268/23	ULTIMAZIONE DELLA FASE 2 RELATIVA ALLA GESTIONE DEL RESIDUO DI CIRCA 10.000 PROCEDIMENTI/FASCICOLI ENTRO IL 30/06/2024 (POSTICIPO DELLA DATA PREVISTA DALLA NOTA PROT. 10268/23 PER CESSAZIONE INTERINALI)	1	100%	0%	0%
Attuazione percorso screening nutrizionale	Pianificazione Focus group con Professionisti Strutture previste nella DGR XII/1812 del 29/01/2024 e Monitoraggio semestrale aderenza al Percorso secondo le indicazioni Regionali	1	100%	0%	0%
Attuazione Planner turni nelle Strutture di degenza	Implementazione del nuovo sistema informatizzato di turnistica nelle Strutture individuate	1	100%	0%	0%
AVVIO DELL'INVENTARIO DELLA DOCUMENTAZIONE RINVENUTA (ATTI RISALENTI AL 1940 E FINO AL 2000) IN LOCALE IN DISUSO ADIACENTE ALL'ARCHIVIO-PROTOCOLLO	RICOGNIZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE RINVENUTA	1	100%	0%	0%
Avvio procedura di ricognizione servizi pregressi della dirigenza sia con riferimento alla disciplina di inquadramento presso tali Enti sia con riferimento al lavoro prestato presso Enti Privati accreditati	Invio nota di ricognizione ed inserimento di tutti i riscontri ricevuti entro la data del 31/12/2024	1	100%	0%	0%
AZZERAMENTO/VERIFICA DEBITI PREGRESSI 2011-2015	LIQUIDAZIONE DELLE FATTURE/INSERIMENTO BLOCCHI EXTRAGIUDIZIALE	1	100%	0%	0%
Cancer Center	Incontri GdL e Board	1	100%	0%	0%



Obiettivi di qualità					
Obiettivo	Risultato atteso	N. di Strutture assegnatarie	% raggiungimento obiettivo		
					
Censimento apparecchiature elettromedicali e aggiornamento database parco macchine	Corrispondenza tra le apparecchiature assegnate al cdc del reparto e quelle indicate dal database	1	100%	0%	0%
Censimento apparecchiature residenti nei blocchi operatori (valutazione economica/convenienza)	Valutare il grado di vetustà delle varie tecnologie	1	100%	0%	0%
Censimento degli applicativi in uso nel IRCCS, limitatamente a contratti attivi con oneri a bilancio	Stesura relazione con elenco, valutazione, numero utenti e grado di utilizzo del applicativo, costo annuo	1	100%	0%	0%
Censimento e relazione sullo stato di utilizzo delle apparecchiature acquistate con fondi di ricerca in collaborazione con ING. CLINICA	predisposizione tabella, a seguito di richiesta informazioni ai Direttori/Responsabili di UU.OO., con dati relativi alla percentuale di utilizzo per attività di ricerca, consegna file xls.	1	100%	0%	0%
CODICE ETICO-COMPORTAMENTALE	AGGIORNAMENTO IN ESECUZIONE DEL D.P.R. 13 GIUGNO 2023, N. 81 (A MODIFICA DEL D.P.R. 16 APRILE 2013, N. 62)	1	100%	0%	0%
Contratto di manutenzione externalizzata	Realizzazione adeguamenti tecnico-economici conseguenti al primo anno di attività e monitoraggio prestazioni	1	100%	0%	0%
COORDINAMENTO DEI RAPPORTI TRA LA FONDAZIONE IRCCS E L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA	ISTITUZIONE DI UN TAVOLO TECNICO PERMANENTE A COMPOSIZIONE PARITETICA CUI AFFIDARE L'ANALISI SOTTO IL PROFILO TECNICO-AMMINISTRATIVO DELLE PROBLEMATICHE CONTINGENTI CORRELATE AI RAPPORTI ISTITUZIONALI	1	100%	0%	0%
D.M.77	Supporto alla realizzazione delle Strutture con mantenimento delle attività assistenziali OSM	1	100%	0%	0%

Obiettivi di qualità					
Obiettivo	Risultato atteso	N. di Strutture assegnatarie	% raggiungimento obiettivo		
					
Definizione di modalità e criteri univoci per il patrocinio ed il rimborso delle spese legali di dipendenti ed amministratori	Redazione proposta di regolamento	1	100%	0%	0%
DISPOSITIVO-VIGILANZA: Gestione della Dispositivo Vigilanza sui dispositivi medici	n. valutazioni effettuate / n. valutazioni richieste ; n. denunce effettuate / n. denunce da effettuare (per entrambi: soglia raggiungimento 100% obiettivo budget = 0,90)	2	100%	0%	0%
Documentazione SGQ	Aggiornamento / revisione documentazione aziendale SGQ, procedure, istruzioni operative, PDTA/PDTRA	33	100%	0%	0%
Documentazione SGQ	Redazione procedure, istruzioni operative, PDTA/PDTRA	33	100%	0%	0%
ELISOCCORSO Gestione dell'Elisuperficie	n. atterraggi di elisoccorso effettuati / n. atterraggi di elisoccorso richiesti da SOREU (soglia raggiungimento 100% obiettivo budget = 0,90)	1	100%	0%	0%
EMERGENZA - organizzazione e gestione dell'annuale esercitazione al reattore nucleare LENA	Attività di coordinamento con tutte le funzioni interne necessarie alla gestione dell'esercitazione	1	100%	0%	0%
Formazione	Erogazione corsi	7	100%	0%	0%
Gestione Posti letto in area medica	Calendarizzazione incontri periodici	1	100%	0%	0%
Implementazione cruscotto di valutazione delle note di credito di farmaci file f	Attivazione del cruscotto con possibilità di inserimento automatico delle note di credito nel flusso regionale	1	100%	0%	0%
Implementazione del progetto relativo alla Cartella di Nutrizione Clinica e Dietetica	Cronogramma del progetto finanziato con fondi PNRR (collaudo entro il 30/09/2024 e diffusione entro il 31/12/2024)	1	100%	0%	0%

Obiettivi di qualità					
Obiettivo	Risultato atteso	N. di Strutture assegnatarie	% raggiungimento obiettivo		
					
Implementazione del sistema Physico per la raccolta, gestione ed elaborazione dei dati di esposizione radiologica presso la Fondazione	Registrazione dei dati degli indicatori dosimetrici delle apparecchiature radiologiche collegate al sistema di "dose tracking" Physico	1	100%	0%	0%
Implementazione di un sistema dosimetrico EPID per dosimetria in-vivo con tecniche speciali	Impiego nella routine terapeutica con tecniche speciali (VMAT, SBRT)	1	100%	0%	0%
Implementazione Presa in carico anticipata Infermieristica presso il PS Generale	Individuazione e Informatizzazione dei Profili	1	100%	0%	0%
Implementazione report "Conto Economico gestionale consolidato per Dipartimento"	Attivazione report trimestrale sul conto economico gestionale consolidato per dipartimento con indicazione del risultato economico al netto dei contributi indistinti	1	100%	0%	0%
Implementazione report di monitoraggio tasso di occupazione letti	Attivazione report trimestrale su tasso di occupazione reale/dinamico dei posti letto (con distinzione tra giorni feriali e weekend), con indicazione della % letti occupati dal PS	1	100%	0%	0%
Implementazione sistema di approvvigionamento automatico attraverso il calcolo del sottoscorta per il magazzino dell'Ematologia	Riduzione del valore delle scorte	1	100%	0%	0%
INFORTUNI, MALATTIE PROFESSIONALI, SILICOSI E ASBESTOSI. Denunce di infortuni sul lavoro, malattie professionali, silicosi e asbestosi all'INAIL con delega del Datore di lavoro	n. denunce effettuate / n. denunce legittimamente richieste (soglia raggiungimento 100% obiettivo budget = 0,95)	1	100%	0%	0%
Installazione n.4 termocircolatori-scambiatori di calore	Sostituzione attuali sistemi che impiegano l'acqua	1	100%	0%	0%

Obiettivi di qualità					
Obiettivo	Risultato atteso	N. di Strutture assegnatarie	% raggiungimento obiettivo		
					
Messa in produzione del nuovo dossier sanitario aziendale	Cronogramma del progetto finanziato con fondi PNRR (collaudo entro il 31/03/2024 e diffusione a regime entro il 30/12/2024)	1	100%	0%	0%
Messa in produzione della nuova Centrale Telefonica (Call Manager Cisco)	Migrazione dei servizi telefonici sul nuovo centralino telefonico	1	100%	0%	0%
Migrazione della piattaforma Archiflow di SIAV su Cloud ARIA come da progetto finanziato dal Dipartimento per la Transizione Digitale	Migrazione della piattaforma ed attivazione dei nuovi servizi su Cloud	1	100%	0%	0%
MONITORAGGI PARTICELLARI E MICROBIOLOGICI: Esecuzione di monitoraggi particellari e microbiologici come da piano annuale dei monitoraggi programmati	n. monitoraggi particellari e microbiologici effettuati / n. monitoraggi particellari da effettuare (soglia raggiungimento 100% obiettivo budget = 0,80)	1	100%	0%	0%
MONITORAGGIO BENI E SERVIZI - FLUSSO CONTRATTI	MANTENIMENTO DEL RAPPORTO ORDINI/CONTRATTI NON INFERIORE AL 70%	1	100%	0%	0%
Nursing sensitive outcome: lesioni da pressione	Studio di Prevalenza	1	100%	0%	0%
Pancreas Unit	Supporto al modello organizzativo (Monitoraggio attività chirurgica congiunta)	1	100%	0%	0%
Partecipazione ai gruppi e formativi di lavoro dedicati all'approfondimento delle procedure amministrativo-contabili secondo la metodologia e le indicazioni previste da Regione-Cerismas	Partecipazione ai gruppi di lavoro organizzati da Regione-Cerismas a partire da Aprile 2024	1	100%	0%	0%
Partecipazione al piano mirato di prevenzione della ATS di Pavia: La prevenzione	Puntuale assolvimento delle indicazioni disposte dalla ATS di Pavia	1	100%	0%	0%



Obiettivi di qualità					
Obiettivo	Risultato atteso	N. di Strutture assegnatarie	% raggiungimento obiettivo		
					
delle aggressioni nei luoghi di lavoro del comparto sanitario					
PIANO ACQUISTI/GARE	GARE AGGREGATE - ALMENO TRE GARE COME CAPOFILA	1	100%	0%	0%
PNRR- Case di Comunità, COT, Ospedali di Comunità	Avvenuto avvio dei lavori di realizzazione di COT, CdC e OdC a Belgioioso e COT, CdC a Pavia.	1	100%	0%	0%
PNRR -DL 34/2020	Alimentazione piattaforma Regis per i finanziamenti del PNRR-DL 34/2020 gestiti dal SC Gestione Tecnico-Patrimoniale	1	100%	0%	0%
Predisposizione e indizione gare di affidamento contratti agrari	Assunzione dei provvedimenti e/o atti conseguenti	1	100%	0%	0%
PROCEDURE DI SICUREZZA: attivazione e mantenimento del Geoportale della Fondazione	Attivazione e mantenimento del geoportale per le istanze autorizzate dalla Direzione Strategica	1	100%	0%	0%
Processi assistenziali PS	Monitoraggio indicatori PS	1	100%	0%	0%
Progetto Consensi	1. Avvio acquisizione del consenso informato al trattamento dei dati personali sul sistema di accettazione ambulatoriale, mirato, tra l'altro, alla centralizzazione dell'informazione relativa al consenso per il Dossier aziendale. 2. Stesura documento condiviso con tutti gli stakeholder aziendali che descriva il modello dell'architettura del sistema to be con possibile cronoprogramma.	2	100%	0%	0%
Progetto CUP UNICO	Progetto regionale CUP UNICO (partecipazione ai lavori regionali)	1	100%	0%	0%
Progetto nomenclatore	Implementazione nuovo nomenclatore tariffario (partecipazione ai gdl regionali.	1	100%	0%	0%

Obiettivi di qualità					
Obiettivo	Risultato atteso	N. di Strutture assegnatarie	% raggiungimento obiettivo		
					
	Elaborazione delle transcodifiche dei nuovi codici)				
Progetto OTTIMIZZAZIONE Personale Amministrativo di supporto reparto/ambulatorio	Schema del personale amministrativo di supporto attraverso la rilevazione di: mansioni, localizzazione, profilo orario, profilo informatico, necessità, tempo rimanente di servizio e altri parametri utili ad una completa mappatura	1	100%	0%	0%
Rendicontazione finanziamenti regionali e Ricerca Corrente, MINTAS e 5x1000	predisposizione rendicontazioni e trasmissione	2	100%	0%	0%
REVISIONE PROCEDURE PAC	Revisione della procedura (aggiornamento documentale)	3	100%	0%	0%
RICOGNIZIONE DEI REGOLAMENTI INTERNI PER CANCELLAZIONE, VERIFICA ATTUALITA' E MODALITA' DI PUBBLICAZIONE	MAPPATURA DEI REGOLAMENTI VIGENTI	1	100%	0%	0%
Riduzione dei crediti verso terzi (pubblici e privati)	1. Report di monitoraggio fatture scadute per Centro di responsabilità fattura. 2. Invio solleciti di pagamento e attività di recupero bonario. 3. Trasmissione all'Avvocatura delle pratiche per l'avvio delle procedure di recupero coattivo all'esito di vaglio preliminare di fattibilità	1	100%	0%	0%
Riduzione delle tempistiche di pagamento delle retribuzioni "accessorie" (es. libera professione, PS, ALA, screening, ecc.)	1. Monitoraggio mensile dell'area a pagamento e della libera professione, con indicazione dei provvedimenti adottati e retribuzioni "accessorie" riconosciute	1	100%	0%	0%
Riorganizzazione e digitalizzazione dell'archivio fascicoli dell'Ufficio Liquidazione Sinistri in	Aggiornamento fascicoli informatici dei sinistri da medical malpractice salvati sul server aziendale	1	100%	0%	0%

Obiettivi di qualità					
Obiettivo	Risultato atteso	N. di Strutture assegnatarie	% raggiungimento obiettivo		
					
conformità alle indicazioni contenute nelle "Linee di Indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri" di Regione Lombardia (approvate con Decreto n. 15406 del 28.18.2022)					
Rispetto dei tempi di pagamento delle forniture (ITP) e contestuale riduzione dello stock del debito commerciale scaduto	1. Invio mensile delle schede di monitoraggio delle fatture ai Centri di responsabilità fattura, contenenti le fatture ricevute che si trovano nello stato "non scaduta", "in scadenza" e "scaduta". 2. Invio lettere di conferma saldi ai fornitori, riconciliazione delle risposte e identificazione delle partite liquidabili/ non liquidabili di concerto con l'Ufficio liquidazione	1	100%	0%	0%
RL Igiene Ospedaliera/PaNfLU	Partecipazione ai tavoli di lavoro	1	100%	0%	0%
Sistema Gestione Qualità - Adempimenti richiesti da Ente Certificatore	1. Riesame di Direzione con rendicontazione della pianificazione dell'aggiornamento della documentazione tramite il modulo 5.4. 2. Invio semestrale delle NC anno corrente. 3. Implementare l'analisi delle parti interessate nel Riesame di Direzione. 4. Rendicontazione semestrale degli indicatori (31 luglio - 31 gennaio) analizzando i risultati all'interno del Riesame di Direzione. 5. Individuazione di obiettivi che tengano conto degli esiti della valutazione del rischio. 6. Partecipazione dei Referenti Qualità e rischio clinico agli incontri pianificati	41	100%	0%	0%

Obiettivi di qualità					
Obiettivo	Risultato atteso	N. di Strutture assegnatarie	% raggiungimento obiettivo		
					
Sistema Gestione Qualità - Analisi Rischio	Elaborazione analisi rischi/opportunità blocco operatorio pediatrico	1	0%	0%	100%
Sistema Gestione Qualità - Certificazione Iso 9001:2015 / Certificazioni aziendali	Mantenimento certificazione / requisiti certificazione	8	100%	0%	0%
Sistema Gestione Qualità - Indicatori	Rendicontazione indicatori relativi al percorso PDTRA 02 - Percorso Diagnostico terapeutico Riabilitativo Aziendale (PDTRA) per la gestione dei pazienti con patologia tumorale della mammella	1	100%	0%	0%
Supportare il censimento e verificare la relazione sullo stato di utilizzo delle apparecchiature acquistate con fondi di ricerca a cura della uo Supporto Amministrativo Ricerca	Concorrere nella predisposizione di tabella, a seguito di richiesta informazioni ai Direttori/Responsabili di UU.OO., con dati relativi alla percentuale di utilizzo per attività di ricerca, consegna file xls.	1	100%	0%	0%
Supporto alla assegnazione di nuovi progetti ricerca corrente	supporto alle procedure di predisposizione relativo avviso interno	1	100%	0%	0%
TEMPESTIVITA' DI LIQUIDAZIONE TECNICA DELLE FATTURE ANNO 2024	STATO DI BENESTARE ALLA SC GESTIONE ACQUISTI (PROVVEDITORATO-ECONOMATO) DELLE FATTURE ANNO 2024 ENTRO 45 GIORNI DAL RICEVIMENTO	1	100%	0%	0%
Trapianto rene	Supporto al modello organizzativo (Monitoraggio partecipazione all'attività di trapianto e prelievo dei chirurghi)	1	100%	0%	0%
Trasferimento DH Oncologia e DH Ematologia	Riorganizzazione spazi e processi DH ematologia (Relazione)	1	100%	0%	0%
VIDEOSORVEGLIANZA: Esecuzione di indagini di videosorveglianza richieste alla UOC Prevenzione e	n. indagini effettuate / n. indagini richieste (soglia raggiungimento 100% obiettivo budget = 0,80)	1	100%	0%	0%

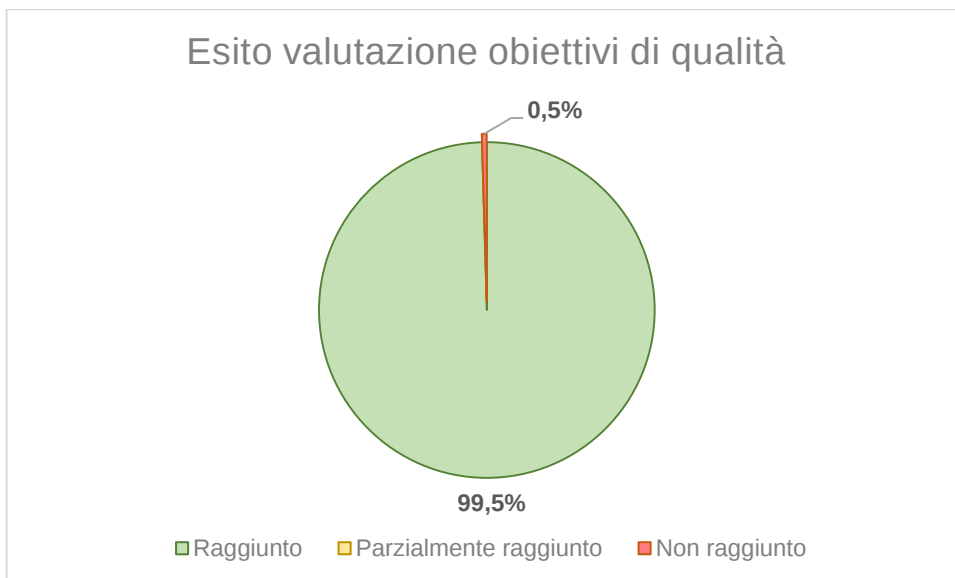
Obiettivi di qualità					
Obiettivo	Risultato atteso	N. di Strutture assegnatarie	% raggiungimento obiettivo		
					
Protezione come da registro interno richieste					

(*) Alcuni obiettivi sono stati raggruppati per tipologia

Legenda:	Obiettivo raggiunto	Obiettivo parzialmente raggiunto	Obiettivo non raggiunto
			

Con riferimento al raggiungimento degli obiettivi di qualità assegnati e valutati, il grafico seguente illustra l'esito complessivo del processo di valutazione:

- il 99,5% degli obiettivi assegnati alle Strutture sono stati raggiunti;
- non sono presenti obiettivi raggiunti parzialmente;
- solamente lo 0,5% degli obiettivi è stato valutato non raggiunto.





Dott. T. Casazzo
*Direttore SC Gestione
e Sviluppo delle
Risorse Umane*

Performance individuale

Il “Ciclo di gestione della performance”, si compone, oltre che di una fase di misurazione e valutazione della performance organizzativa, anche di una fase di misurazione e valutazione della performance individuale.

Il D.lgs. n. 150 del 27 ottobre 2009 s.m.i., all’art. 9 (dedicato agli Ambiti di misurazione e valutazione della performance individuale), distinguendo tra valutazione dei dirigenti e valutazione del personale con qualifica non dirigenziale, stabilisce che:

- Comma 1: “la misurazione e la valutazione della performance individuale dei dirigenti e del personale responsabile di una unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità è collegata: agli indicatori di performance relativi all’ambito organizzativo di diretta responsabilità; al raggiungimento di specifici obiettivi individuali; alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate, nonché ai comportamenti organizzativi richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate; alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi; agli indicatori di performance relativi al raggiungimento degli obiettivi derivanti dalla programmazione strategica della piena accessibilità delle amministrazioni, da parte delle persone con disabilità”;
- Comma 2: la misurazione e la valutazione svolte dai dirigenti sulla performance individuale del personale sono effettuate dai dirigenti e che esse sono collegate: “al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali; alla qualità del contributo assicurato alla performance dell’unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi”.

Nell’ambito del Ciclo di gestione della performance il sistema di valutazione della performance individuale della dirigenza è strettamente correlato alla valutazione della performance organizzativa in quanto l’apporto del personale dirigente influisce in maniera concreta e funzionale al conseguimento della performance organizzativa (la



struttura organizzativa raggiunge gli obiettivi prefissati grazie anche all'essenziale contributo di ogni dirigente) e il risultato di performance organizzativa conseguito al termine delle valutazioni finali del processo di budget definisce anche la performance individuale della dirigenza.

Alla data in cui si scrive (28/05) il processo di valutazione individuale del personale della dirigenza è ancora in corso in quanto è ancora in corso anche il processo di valutazione della performance organizzativa delle strutture. (le schede di budget con le valutazioni a consuntivo devono ancora essere visionate dal Comitato di Valutazione il quale può rivalutare alcuni risultati in base al contesto in cui le strutture si sono trovate ad operare nel corso dell'anno).

La valutazione individuale del personale del comparto avviene ad opera del dirigente responsabile di struttura, che si incarica di compilare un'apposita scheda di valutazione individuale.

Per il comparto il processo di valutazione è completamente informatizzato. La scheda è suddivisa in 10 item con punteggi da ricompresi tra 1 e 5 per ciascun item (range Min-Max 1-5). I voti 1 e 5 vanno sempre giustificati dal dirigente incaricato della valutazione.

Complessivamente il punteggio massimo raggiungibile è 50 punti. Al di sotto del punteggio 20 (<20) il dipendente non ha diritto alla retribuzione di risultato.

La valutazione per il personale del comparto attiene principalmente ai comportamenti, tenendo comunque in considerazione il raggiungimento degli obiettivi di struttura.

I 10 item che compongono la scheda di valutazione individuale per l'area comparto riguardano i seguenti ambiti comportamentali:

- Contributo ai programmi della Struttura;
- Autonomia e responsabilità;
- Programmazione e gestione attività;
- Osservanza delle regole;
- Comportamento a fronte di errori propri;
- Sensibilità economica;
- Innovazioni tecnologiche e metodologiche;



- Flessibilità;
- Relazioni con i colleghi e i superiori;
- Orientamento ai bisogni dell'utenza.

L'attribuzione del punteggio trova esplicitazione nei seguenti criteri di valutazione:

Punteggio	Esplicitazione della valutazione
1	I comportamenti tenuti sono molto al di sotto dell'atteso
2	I comportamenti tenuti sono al di sotto dell'atteso
3	I comportamenti tenuti sono in linea con l'atteso
4	I comportamenti tenuti sono al di sopra dell'atteso
5	I comportamenti tenuti sono molto al di sopra dell'atteso

Alla data in cui si scrive (28/05) il processo di valutazione individuale del personale del comparto è ancora in corso.

Al sistema di valutazione della performance individuale è strettamente collegato il sistema premiante degli incentivi economici legati alla retribuzione di risultato/premialità, materia che è disciplinata nell'ambito della contrattazione collettiva integrativa aziendale.

Di seguito si riportano, per l'anno 2024, i dati relativi alle valutazioni della performance individuale per la dirigenza e per il personale del comparto (si ricorda che essendo il processo di valutazione ancora in corso alla data in cui si scrive, i dati esposti possono essere soggetti a rettifiche).

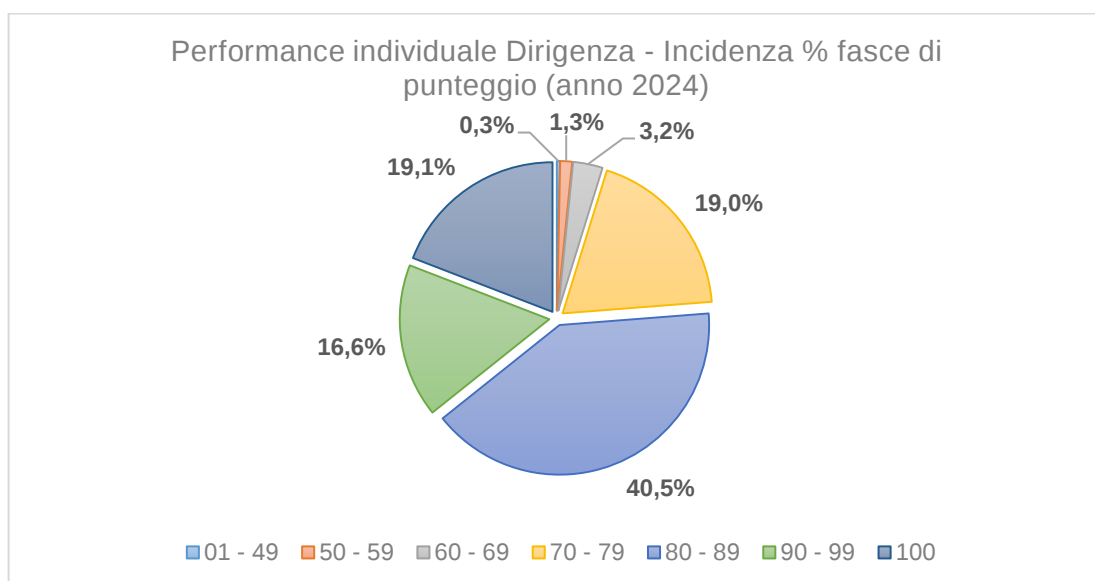
Per semplificare la lettura, sono state create delle fasce di punteggio.

Nel caso dell'area dirigenza, nel momento in cui si scrive (28/05), il dato sulla performance della dirigenza PTA non è ancora a disposizione. Inoltre, nei calcoli per la

valutazione della dirigenza medica sono esclusi i dirigenti della Centrale AAT in quanto valutati dal preposto organismo regionale (AREU) e alcuni dirigenti medici che hanno assunto la titolarità in corso d'anno, successivamente all'assegnazione degli obiettivi di budget per le strutture organizzative.

DIRIGENZA								
Desc. Ruolo	Fasce punteggio							Totale complessivo
	01 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 - 89	90 - 99	100	
SANITARIO Dirigenza Medica	2	8	19	118	246	99	93	585
SANITARIO Dirigenza non Medica	0	0	1	1	8	5	27	42
Totale complessivo	2	8	20	119	254	104	120	627
Incidenza %	0,3%	1,3%	3,2%	19,0%	40,5%	16,6%	19,1%	100%

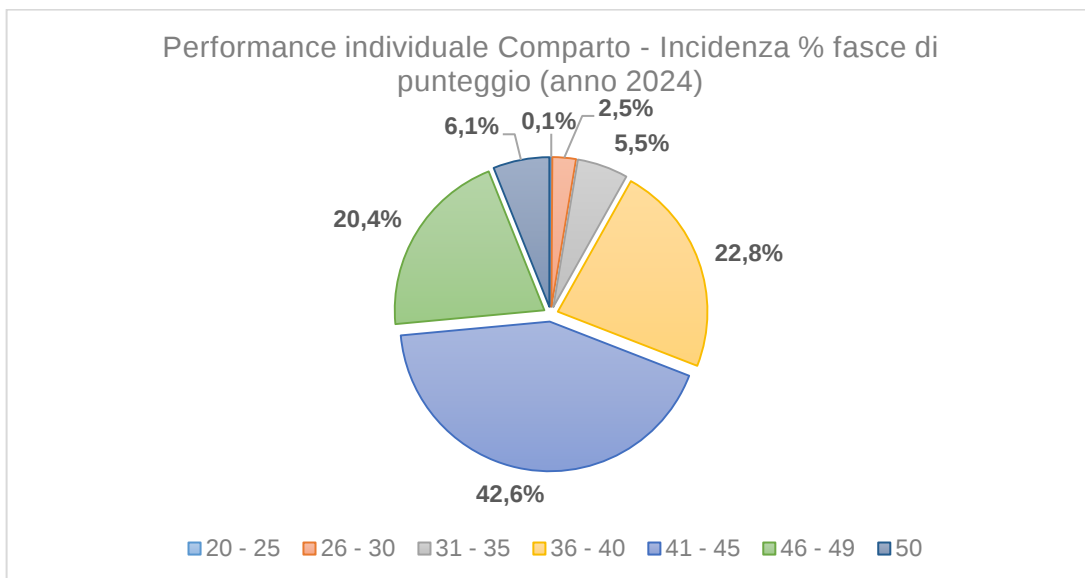
Nota metodologica: per l'attribuzione alle fasce, i punteggi conseguiti dalle singole figure professionali sono stati arrotondati all'unità.



La fascia di punteggio (valutazione) dove è ricompreso percentualmente il maggior numero della dirigenza medica e delle professioni sanitarie risulta essere quella 80-89 punti (40,5%). Le ulteriori fasce di punteggio più popolate sono quelle 100 punti, ossia il massimo raggiungibile (19,1%), 70-79 punti (19%) e 90-99 punti (16,6%).

COMPARTO								
Desc. Ruolo	Fasce punteggio							Totale complessivo
	20 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	46 - 49	50	
AMMINISTRATIVO Comparto	0	7	4	60	125	64	58	318
PERSONALE DELLA RICERCA	0	0	3	21	13	21	30	88
PROFESSIONALE Comparto	0	0	0	2	0	0	0	2
SANITARIO Comparto	1	43	90	289	707	393	53	1.576
SOCIO SANITARIO Comparto	1	12	28	144	265	68	2	520
TECNICO Comparto	1	12	35	148	133	49	34	412
Totale complessivo	3	74	160	664	1.243	595	177	2.916
Incidenza %	0,1%	2,5%	5,5%	22,8%	42,6%	20,4%	6,1%	100%

Nota metodologica: per l'attribuzione alle fasce, i punteggi conseguiti dalle singole figure professionali sono stati arrotondati all'unità.



Le fasce di punteggio (valutazione) dove è ricompreso il maggior numero di personale del comparto risultano essere quelle 41-45 punti (42,6%), 36-40 punti (22,8%) e 46-49 punti (20,4%). Complessivamente queste tre fasce di punteggio raggiungono il 85,8% del personale del comparto valutato. Il 6,1% del personale del comparto ha conseguito il massimo del punteggio.



Dott. P. Morossi,
Direttore SC
Controllo di Gestione

Ringraziamenti

La presente Relazione sulla Performance 2024 è stata redatta dalla SC Controllo di Gestione grazie anche ai contributi ricevuti dalle seguenti Strutture per i relativi capitoli:

- Direzione Strategica Aziendale per il capitolo “Gli obiettivi strategici e istituzionali della Fondazione”;
- SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità per il capitolo “Equilibrio economico finanziario”;
- SC Direzione Medica di Presidio e SS Gestione Operativa-Next Generation EU per il capitolo “Andamento dell’attività sanitaria”;
- SC Gestione Tecnico Patrimoniale per il capitolo “Riqualificazione edilizia ed impiantistica e logistica ospedaliera”;
- Direzione Scientifica per i capitoli “Andamento dell’attività di ricerca” e “La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo”;
- SC Qualità e Risk Management per i capitoli “Qualità dell’assistenza” e “La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo”;
- SC Affari Generali e Istituzionali per i capitoli “Trasparenza, accessibilità, accoglienza e rapporti con l’utenza” e “La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo”;
- SSD Area Accoglienza – CUP Aziendali e Libera Professione per il capitolo “Trasparenza, accessibilità, accoglienza e rapporti con l’utenza”;
- SS Comunicazione aziendale, Relazioni esterne e URP per il capitolo “Trasparenza, accessibilità, accoglienza e rapporti con l’utenza”;
- SC Sistemi Informativi per il capitolo “Innovazione, ammodernamento e potenziamento tecnologico”;
- SC Ingegneria Clinica aziendale per il capitolo “Innovazione, ammodernamento e potenziamento tecnologico”;
- SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane per il capitolo “Performance individuale” e “La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo”;
- SS Formazione e Sviluppo Competenze per il capitolo “Formazione”.

Si ringrazia le suddette Strutture per la collaborazione ed i contributi forniti.



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia