



Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo



RELAZIONE PERFORMANCE ANNO 2014

PREMESSA	3
IL CICLO DELLA PERFORMANCE E I RISULTATI 2014	3
1. EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO	4
2. ANDAMENTO DELL'ATTIVITA' SANITARIA.....	8
3. ANDAMENTO DELL'ATTIVITA' DI RICERCA E DIDATTICA	14
4. QUALITA' DELL'ASSISTENZA	17
5. FORMAZIONE	17
6. RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI STRATEGICI - ISTITUZIONALI	19
• PERSONALE	19
• ECONOMICO FINANZIARIO	19
• RISK MANAGEMENT/QUALITA'	19
• COMUNICAZIONE	20
• FORMAZIONE	20
• SISTEMA ACQUISTI	20
• DONAZIONI E TRAPIANTI.....	20
• PIANI REGIONALI DI SETTORE E DI SVILUPPO	21
• GOVERNANCE DEL SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO	21
• PROGETTO CRS-SISS	21
• FARMACEUTICA	21
• APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI.....	22
• PRESTAZIONI DI SCREENING.....	22
• CONTROLLO DI GESTIONE.....	22
• FLUSSI INFORMATIVI	22
7. RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI DI BUDGET	23

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 2014 ed evidenzia i risultati rispetto agli obiettivi indicati nel Piano delle Performance 2013-2015 - revisione 2014, adottato con Ordinanza Presidenziale n.0088 del 29/12/2014 ratificata con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 5 del 13/2/2015

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

L'anno 2014 si caratterizza per l'apertura del nuovo ospedale Fondazione IRCCS San Matteo. La peculiarità dell'intervento consiste nel trasferimento di gran parte delle degenze a cui, per motivi strutturali, non è seguita la contestuale dismissione di parte degli spazi dedicati all'attività ambulatoriale, di quelli della didattica e di quelli della ricerca. E' allo studio la possibilità di concentrare le attività ambulatoriali in un'unica struttura, anche se ciò deve contemperarsi all'esigenza di lasciar liberi quanto prima i vecchi spazi delle cliniche, destinati al nuovo campus universitario, attualmente in fase di realizzazione da parte dell'Università di Pavia. La fattibilità dell'intervento finalizzato alla centralizzazione è condizionata al reperimento delle correlate risorse.

Nel corso del 2014 si è comunque provveduto a concentrare gli ambulatori di molte specialità e tutti i pre- ricoveri delle degenze che si effettuano nei reparti del nuovo ospedale.

L'organizzazione definita dal Piano di Organizzazione Aziendale (POA) approvato dalla Giunta con DGR n. IX/4857 del 13/02/2013, prevede l'articolazione in 9 Dipartimenti gestionali: Emergenza-Urgenza, Chirurgia, Area Medica, Malattie Infettive, Testa-Collo, Cardiotoracovascolare, Materno-Infantile, Oncoematologico, Servizi e 2 Dipartimenti funzionali interaziendali (Dipartimento Interaziendale Provinciale Oncologico e Dipartimento di Medicina Trasfusionale e di Ematologia). Ogni Dipartimento è articolato in Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali e Strutture Semplici.

Il ciclo della performance e i risultati 2014

Per l'anno 2014 si richiamano gli obiettivi generali che la Direzione ha espresso negli indirizzi di budget, riportati nel Piano delle performance 2013-2015 - revisione 2014, oltre agli obiettivi 2014 assegnati dal Consiglio di Amministrazione alla Direzione Generale.

Tali obiettivi sono stati tradotti in obiettivi specifici delle strutture complesse e semplici dipartimentali e sono stati negoziati nell'ambito del processo di budget, che si è svolto secondo le seguenti fasi:

- *negoiazione degli obiettivi*: il processo è terminato a fine aprile con la sottoscrizione da parte dei direttori di struttura e di dipartimento delle schede di budget.
- *monitoraggio periodico*: mensilmente sono stati diffusi i report sull'andamento dell'attività e dei costi rispetto agli obiettivi. Nel mese di giugno è stato effettuato un primo monitoraggio sull'andamento dell'attività e dei costi del primo quadrimestre. Dall'analisi effettuata, sono emerse come critiche le situazioni di

alcune Strutture che, pur avendo diminuito l'attività, hanno incrementato il livello dei costi. Tali Strutture sono state invitate dalla Direzione Sanitaria a relazionare in merito alle criticità segnalate. Nel mese di ottobre è stata effettuata una ulteriore verifica sull'andamento dell'attività e dei costi del secondo quadrimestre, con segnalazione delle criticità riscontrate.

- *valutazione di 1^a istanza* Il Comitato Budget si è riunito il 30/03/2015 e il 01/04/2015 per la valutazione dei risultati, analizzando i dati di consuntivo e le controdeduzioni presentate da ciascuna Struttura: tali incontri hanno portato, a seguito di un'analisi puntuale di ciascuna situazione ad una decisione di accoglimento o rigetto delle osservazioni presentate.
La valutazione finale del Comitato di budget si è svolta considerando principalmente i seguenti elementi
 - o andamento dell'attività rispetto ai costi;
 - o eventuali criticità derivanti dal trasferimento alla nuova palazzina DEA;
 - o controdeduzioni dei Direttori di Struttura
 Le risultanze della valutazione del Comitato Budget sono state pubblicate tramite il sistema di reportistica aziendale il giorno 03/04/2015. Eventuali situazioni critiche di alcune Strutture non chiarite nel corso degli incontri del Comitato Budget, sono state prese in considerazione dal Direttore Sanitario. I risultati definitivi sono stati pubblicati ed il processo si è concluso con la sottoscrizione delle schede così condivise .
- *valutazione di 2^a istanza* del Nucleo di Valutazione, la documentazione inviata al Nucleo di Valutazione il 24/4/2015.

Si riportano di seguito i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi strategici ed operativi, premettendo l'analisi dell'andamento generale dal punto di vista dell'equilibrio economico finanziario, dell'andamento dell'attività di assistenza e di ricerca, della qualità e della formazione.

1. EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO

Il risultato dell'esercizio 2014 è in sostanziale pareggio.

Il confronto tra i dati di consuntivo 2013 e 2014 evidenzia un incremento dei ricavi totali (al netto dei costi capitalizzati) complessivamente per Euro/1000 16.305 (+4.41%), dovuto principalmente ad un aumento di contributi in c/esercizio per 23.651 Euro/1000 (di cui 20.403 da Regione Lombardia). Si evidenziano inoltre un incremento di prestazioni ambulatoriali e di erogazione farmaci file f per 3.127 Euro/1000 e una diminuzione di ricavi da DRG per 4.005 Euro/1000 (l'andamento dell'attività sanitaria viene analizzato al Cap. 2).

I costi totali (al netto dei capitalizzati) sono aumentati complessivamente per 8.548 Euro/1000 (+4,95%), principalmente per incrementi di costi per Oneri Finanziari e Straordinari (+ 6.698 Euro/1000), Beni e Servizi (+5.693 Euro/1000), e ammortamenti (+ 3.741 Euro/1000). Il costo del personale assistenza è invece diminuito di 625 Euro/1000 (compresa irap) (-0,4%).

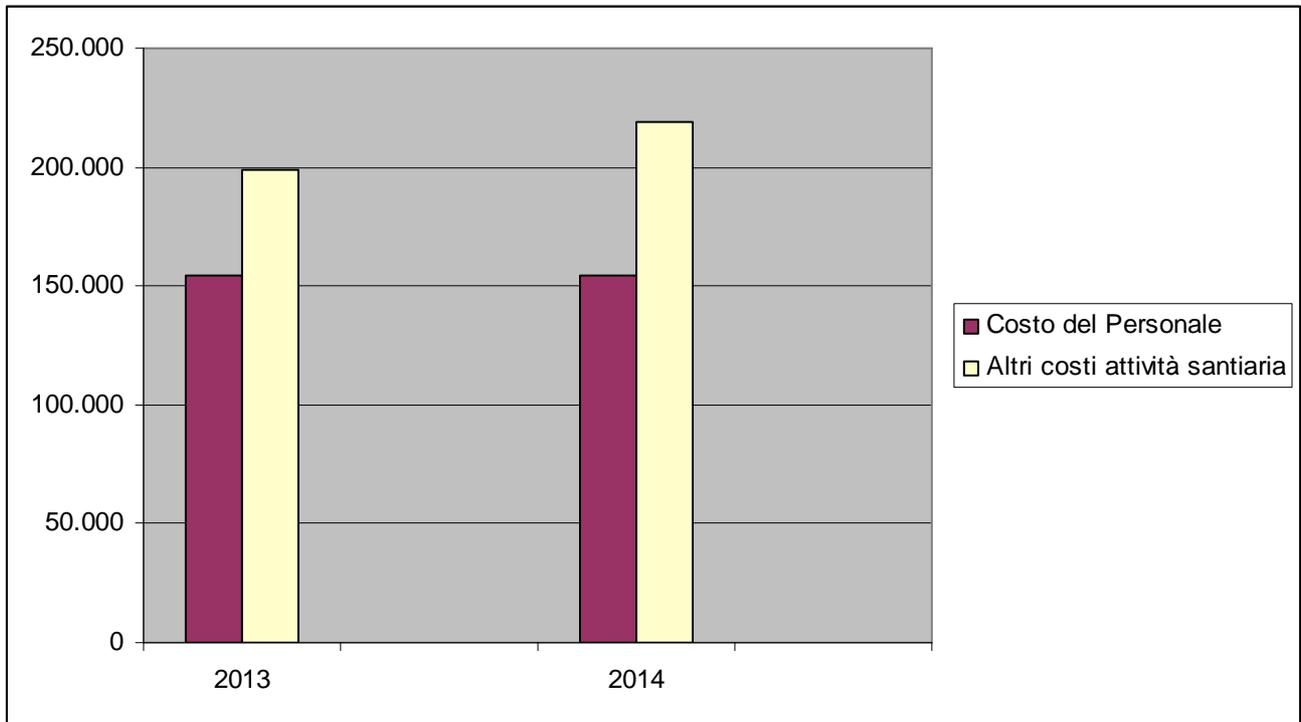
Per quanto riguarda il costo del personale assistenza, nella tabella seguente si riportano i confronti tra l'esercizio 2014 e l'esercizio 2013.

Si evidenzia una riduzione del costo del personale sia in termini assoluti che come incidenza sul totale costi attività sanitaria, a seguito dell'incremento dei costi della produzione.

Anno	Costo del Personale	Altri costi attività sanitaria	Totale Costi Attività sanitaria	Personale	Altri Costi
2013	154.576	198.493	353.069	43,78%	56,22%
2014	153.947	218.701	372.648	41,31%	58,69%

AOICod.	Voce	2013	2014	Variazione
		Consuntivo al 31/12/2013	Consuntivo al 31/12/2014	
		A	B	(B-A)
	RICAVI			
AOIR01	DRG	173.629	169.624	- 4.005
AOIR02	Funzioni non tariffate	28.810	28.810	-
AOIR03	Ambulatoriale	48.230	49.396	1.166
AOIR04	Neuropsichiatria	-	-	-
AOIR05	Screening	219	224	5
AOIR06	Entrate proprie	18.671	14.236	- 4.435
AOIR07	Libera professione (art. 55 CCNL)	9.327	9.274	- 53
AOIR08	Psichiatria	-	-	-
AOIR09	File F	36.356	38.312	1.956
AOIR10	Utilizzi contributi es. precedenti	488	714	226
AOIR11	Altri contributi da Regione (al netto rettifiche)	12.182	32.585	20.403
AOIR12	Altri contributi (al netto rettifiche)	10.626	13.874	3.248
RICR01	Ricavi Attività di Ricerca	21.754	20.723	- 1.031
AOIR13	Proventi finanziari e straordinari	228	778	550
AOIR15	Prestazioni sanitarie	9.401	7.676	- 1.725
	Totale Ricavi (al netto capitalizzati)	369.921	386.226	16.305
	COSTI			
AOIC01	Personale	154.576	153.947	- 629
AOIC02	IRAP personale dipendente	10.290	10.294	4
AOIC03	Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	7.422	8.009	587
AOIC04	Beni e Servizi (netti)	156.066	161.759	5.693
AOIC05	Ammortamenti (al netto dei capitalizzati)	4.931	8.672	3.741
AOIC06	Altri costi	11.415	12.955	1.540
RICC01	Costi Attività di Ricerca	21.754	20.723	- 1.031
AOIC07	Accantonamenti	4.542	6.487	1.945
AOIC08	Oneri finanziari e straordinari	3.827	10.525	6.698
	Totale Costi (al netto capitalizzati)	374.823	393.371	18.548
AOIR14	Contributo da destinare al finanziamento del PSSR, progetti obiettivo, miglioramento qualità offerta e realizzazione piani di sviluppo regionali (FSR indistinto)	4.902	7.145	2.243
	Risultato economico	-	-	-
Totale costi attività sanitaria		353.069	372.648	19.579

(Valori in migliaia di Euro)



Gli indicatori di bilancio evidenziano un andamento virtuoso per quanto riguarda i costi del personale e, per quanto riguarda gli acquisti di beni sanitari, a fronte di un generale aumento di costi (ad esclusione delle protesi), una generalizzata riduzione dell'incidenza sui ricavi della gestione caratteristica (ad esclusione del costo di farmaci ed emoderivati).

FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO - CONSUNTIVO ANNO 2014

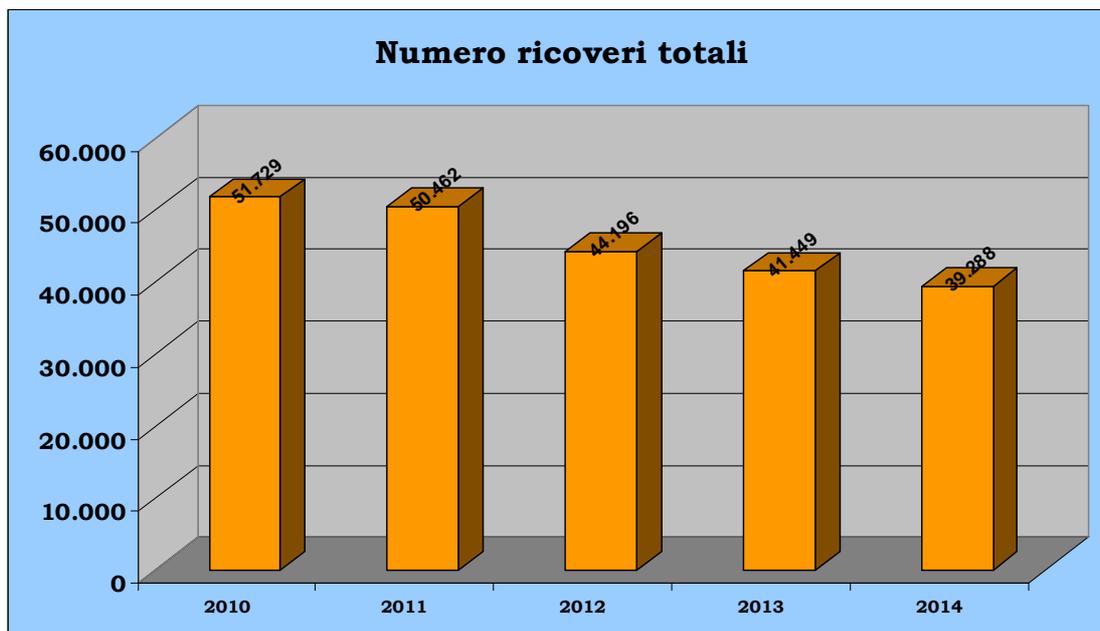
924 FONDAZIONE POLICLINICO SAN MATTEO - PV

Indicatori economici-gestionali		Consuntivo di 31/12/2012	Consuntivo di 31/12/2013	Consuntivo di 31/12/2014	Consuntivo di 31/12/2012	Consuntivo di 31/12/2013	Consuntivo di 31/12/2014
Indicatore 1:	Costi del personale	154.163	155.907	156.460	46,99%	44,81%	42,97%
	Ricavi della gestione caratteristica	328.099	347.939	364.144			
Indicatore 2	Costi per beni e servizi	163.146	174.447	183.828	49,72%	50,14%	50,48%
	Ricavi della gestione caratteristica	328.099	347.939	364.144			
<u>Sottindicatore 2.1:</u>	Acquisti di beni sanitari	99.736	104.709	108.211	30,40%	30,09%	29,72%
	Ricavi della gestione caratteristica	328.099	347.939	364.144			
<u>Sottindicatore 2.1.1:</u>	Farmaci ed emoderivati	54.036	58.711	61.631	16,47%	16,87%	16,92%
	Ricavi della gestione caratteristica	328.099	347.939	364.144			
<u>Sottindicatore 2.1.2:</u>	Materiali diagnostici	10.955	12.281	12.739	3,34%	3,53%	3,50%
	Ricavi della gestione caratteristica	328.099	347.939	364.144			
<u>Sottindicatore 2.1.3:</u>	Presidi chirurgia e materiali sanitari	19.663	18.097	18.111	5,99%	5,20%	4,97%
	Ricavi della gestione caratteristica	328.099	347.939	364.144			
<u>Sottindicatore 2.1.4:</u>	Materiali protesi	11.847	12.203	10.889	3,61%	3,51%	2,99%
	Ricavi della gestione caratteristica	328.099	347.939	364.144			
<u>Sottindicatore 2.2</u>	Acquisti di beni non sanitari	9.926	9.853	9.417	3,03%	2,83%	2,59%
	Ricavi della gestione caratteristica	328.099	347.939	364.144			

2. ANDAMENTO DELL'ATTIVITA' SANITARIA

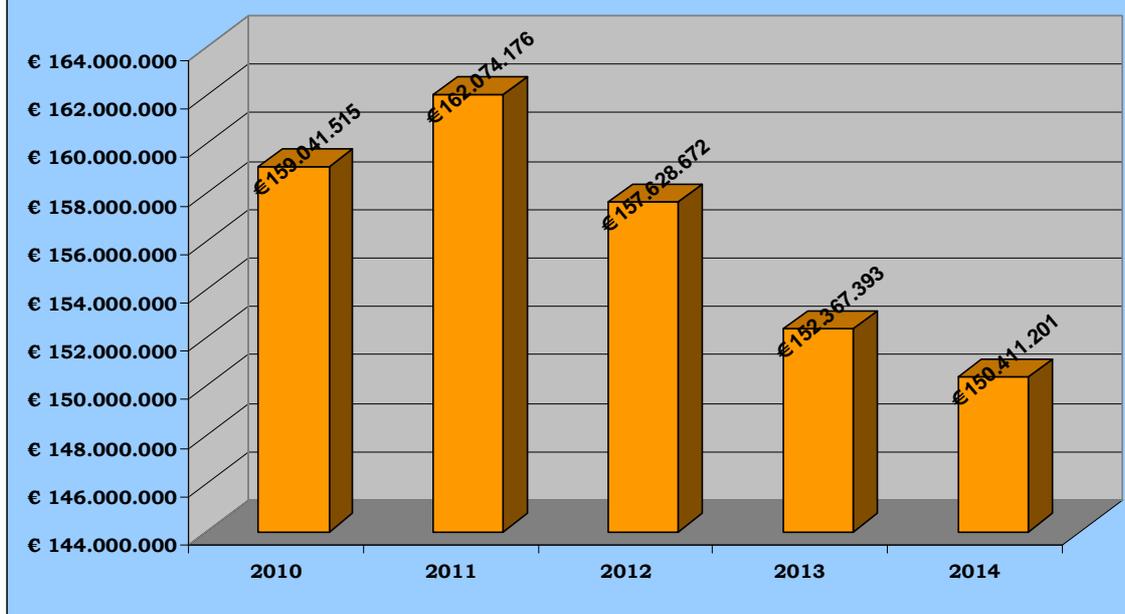
L'andamento delle attività sanitarie è immediatamente apprezzabile dai grafici sotto riportati relativi ad alcuni indicatori di attività riferiti agli ultimi cinque anni.

Il numero dei ricoveri ordinari è in costante diminuzione, così come declinato in specifico dalle norme regionali che dispongono: la conversione dei posti letto di ricovero ordinario in posti letto tecnici, modalità assistenziali a maggior appropriatezza organizzativa ed attenzione ai ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriatazza (DGR 1479 del 30/03/2011; DGR 1962 del 06/07/2011 e DGR n. X/2989 del 23/12/2014 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015").



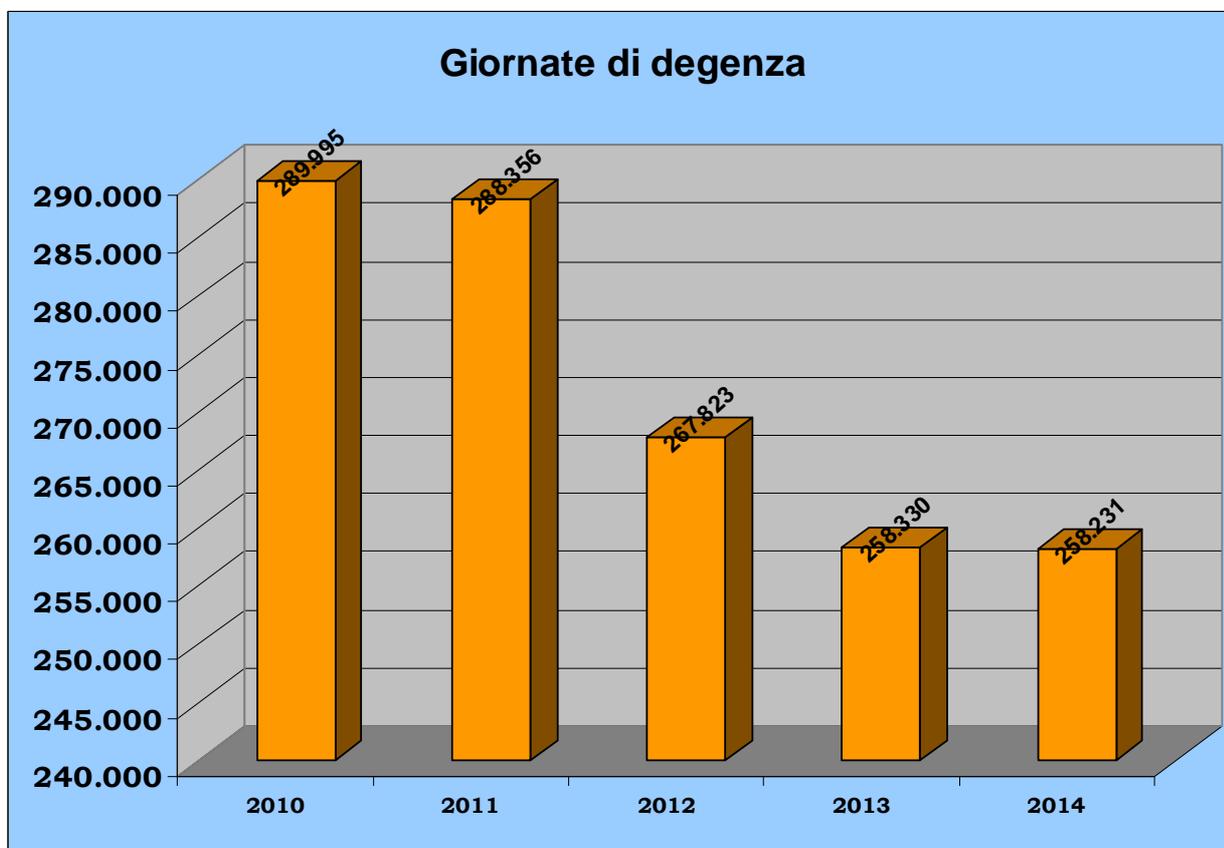
La Fondazione, essendo sede di DEA-EAS di II livello ha accessi sia per ricoveri programmati che per ricoveri urgenti da Pronto Soccorso. La produzione ha superato nel 2014 il budget per cittadini regionali oggetto del contratto stipulato con l'ASL per una quota di produzione pari al +1,4% cui si aggiunge un'importante attività extra regione ed extra budget pari a circa il 23% sul totale.

Attività di ricovero: valorizzazione economica

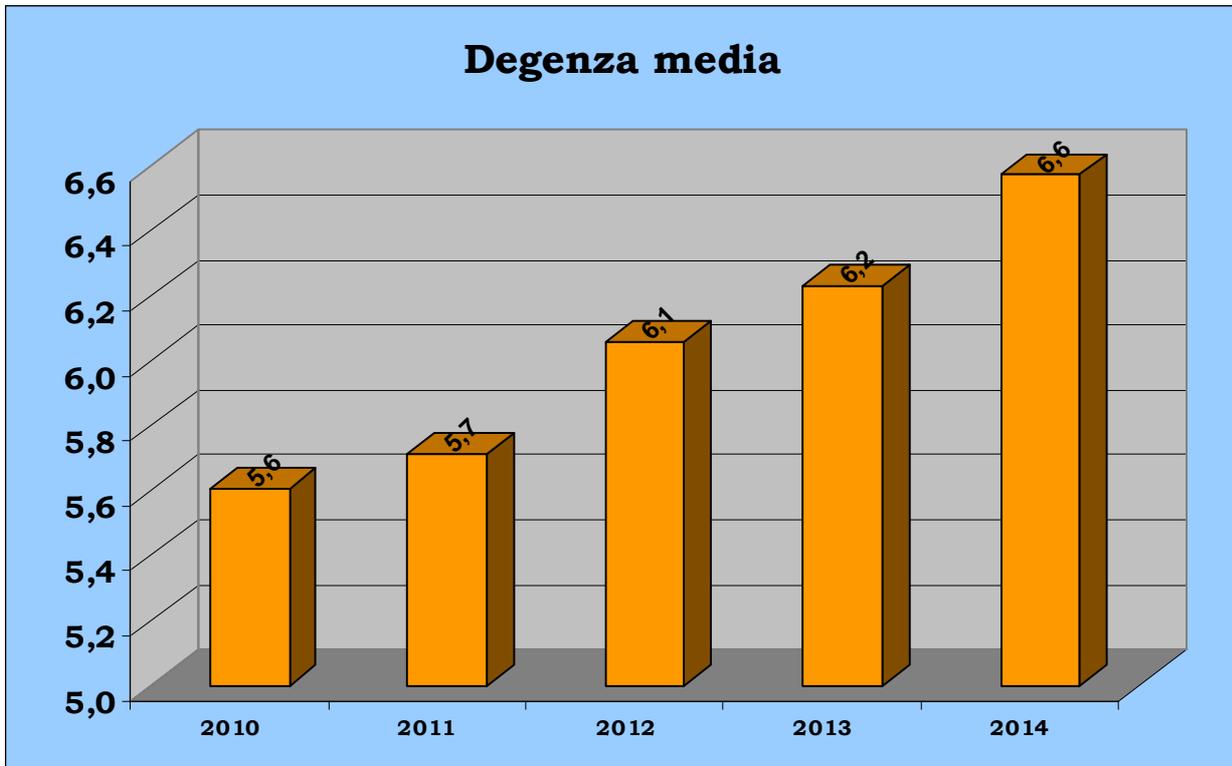


Le giornate di degenza, a fronte della riduzione di posti letto, hanno subito un' importante diminuzione tra il 2011-2013 mentre negli ultimi due anni la situazione è stabile per l' aumento dell' età media dei pazienti e la severità delle patologie che richiedono l'ospitalizzazione.

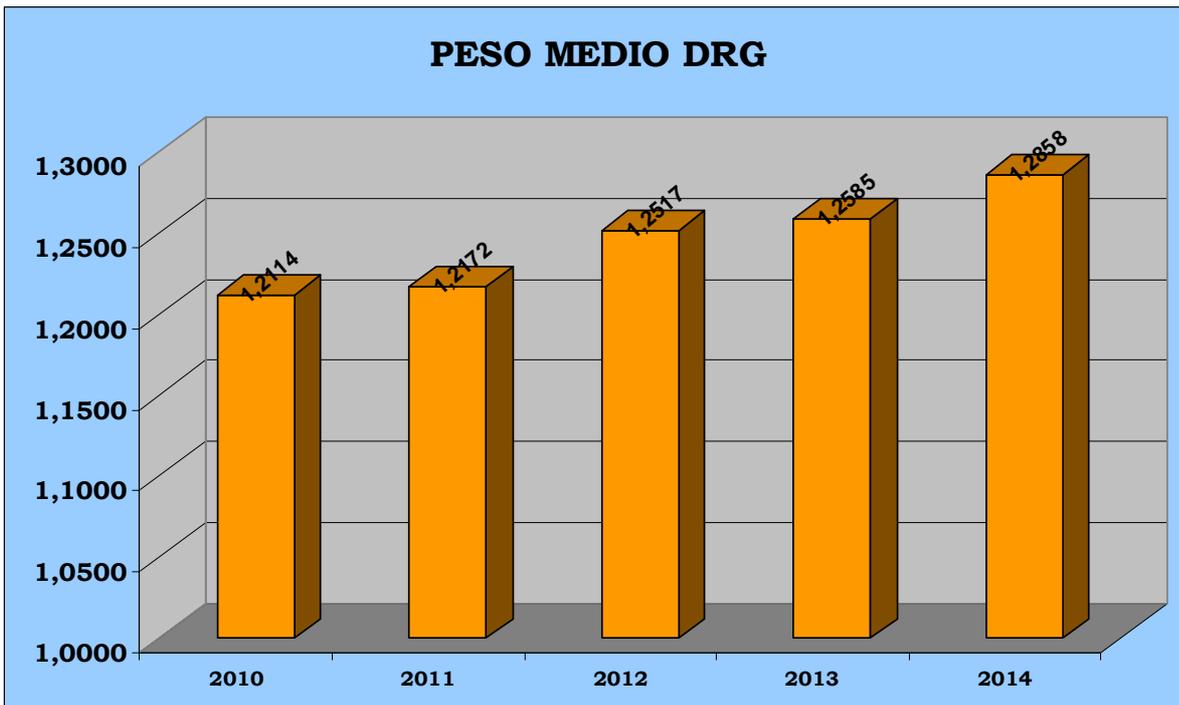
Giornate di degenza



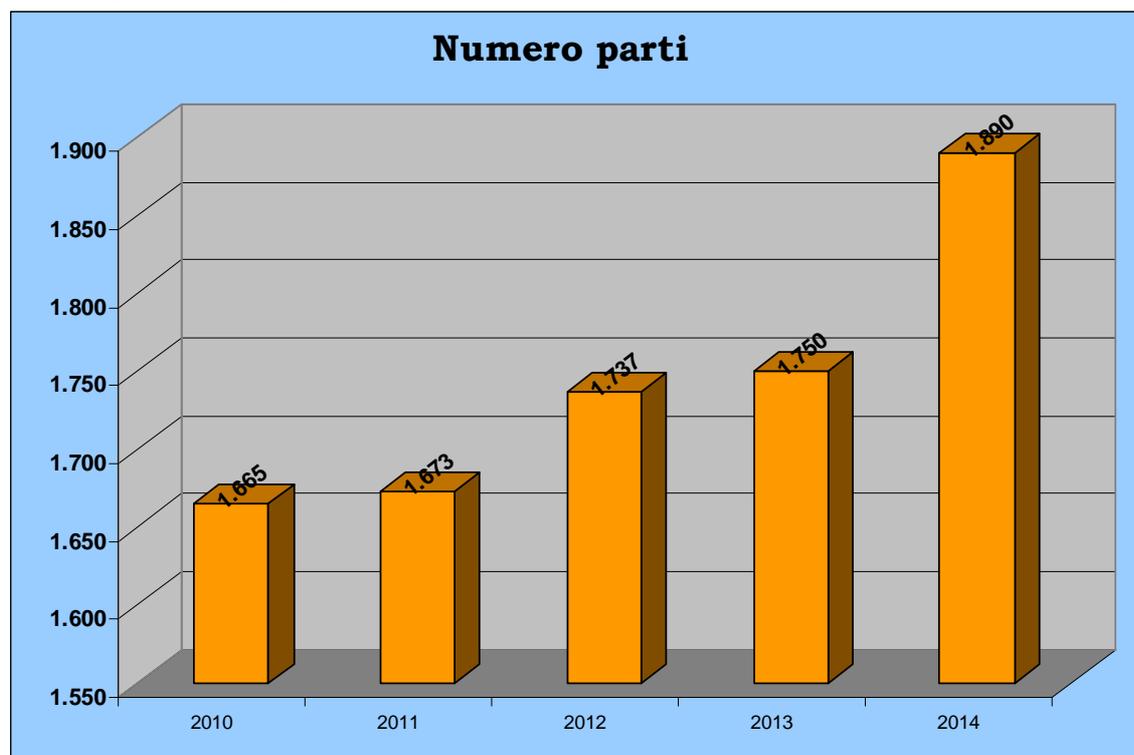
La degenza media è progressivamente aumentata attestandosi a 6,6 giorni di media nel 2014 ottenuta sia dal calo delle degenze brevi di 0-1 giorno che per una maggior complessità dei casi trattati.



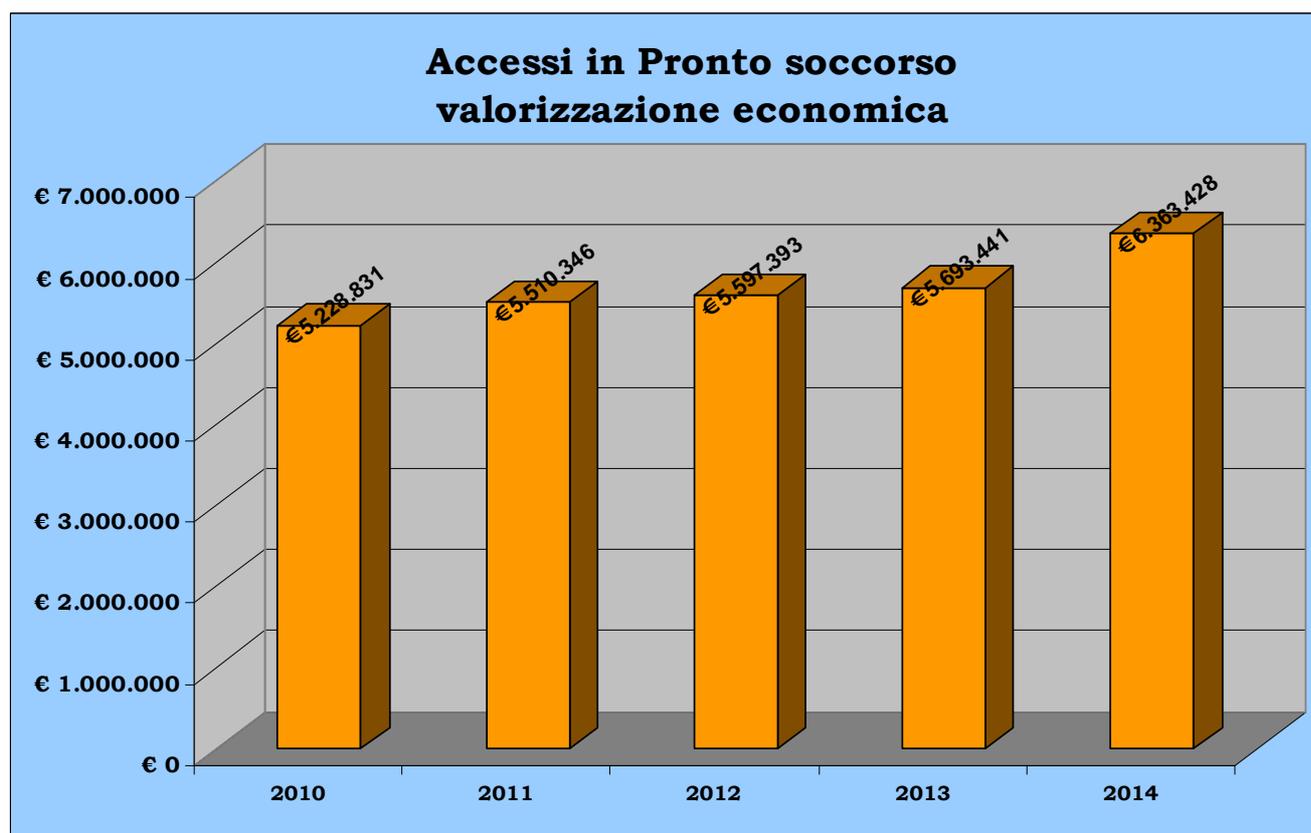
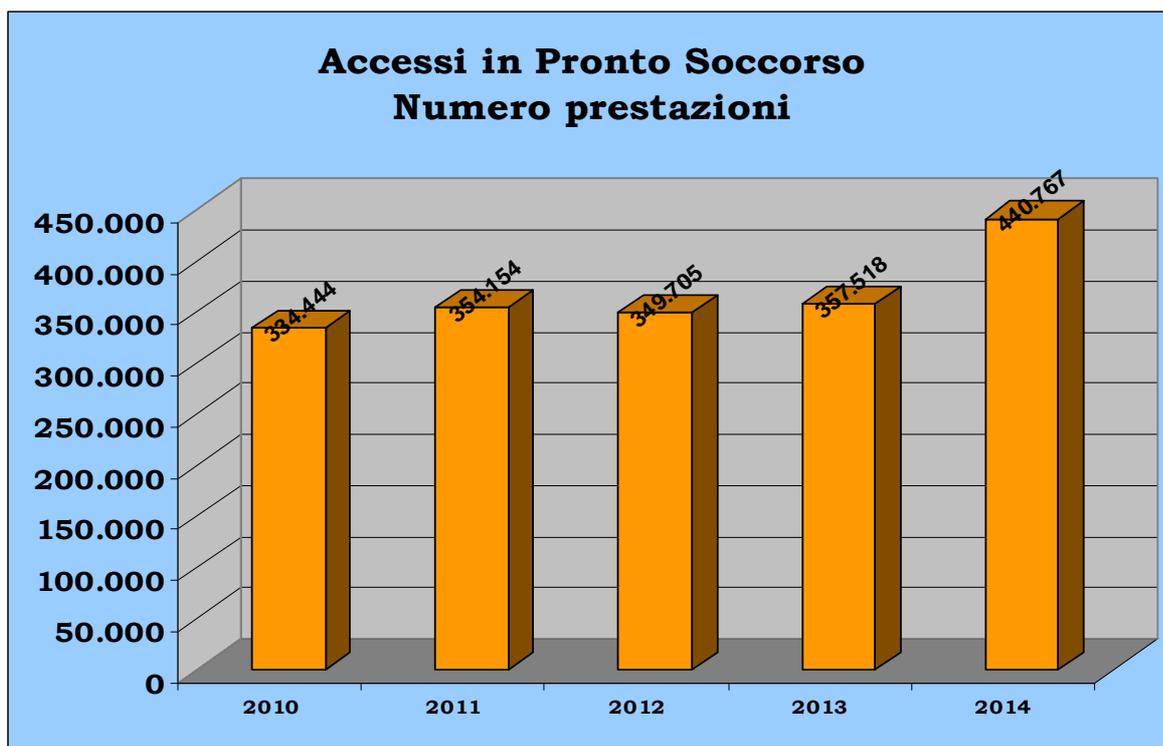
A dimostrazione della severità dei casi trattati si mostra di seguito l'incremento costante del valore di peso medio del DRG di ricovero che nell'ultimo anno è pari all' 1.28 con un incremento del +2,16 % rispetto al 2013



Il numero dei parti è in continuo incremento per la chiusura dei punti nascita vicini con numero di parti inferiori ai volumi di sicurezza, previsti dalla normativa Nazionale e Regionale che si è associata alla attrattività delle Strutture di Ostetricia e Ginecologia con Neonatologia e Terapia Intensiva neonatale. La nostra struttura fornisce assistenza per gravidanze e parti a rischio elevato, nonché per neonati patologici bisognosi di Terapia Intensiva, garantendo competenze di alta specialità e tecnologie all'avanguardia H24.

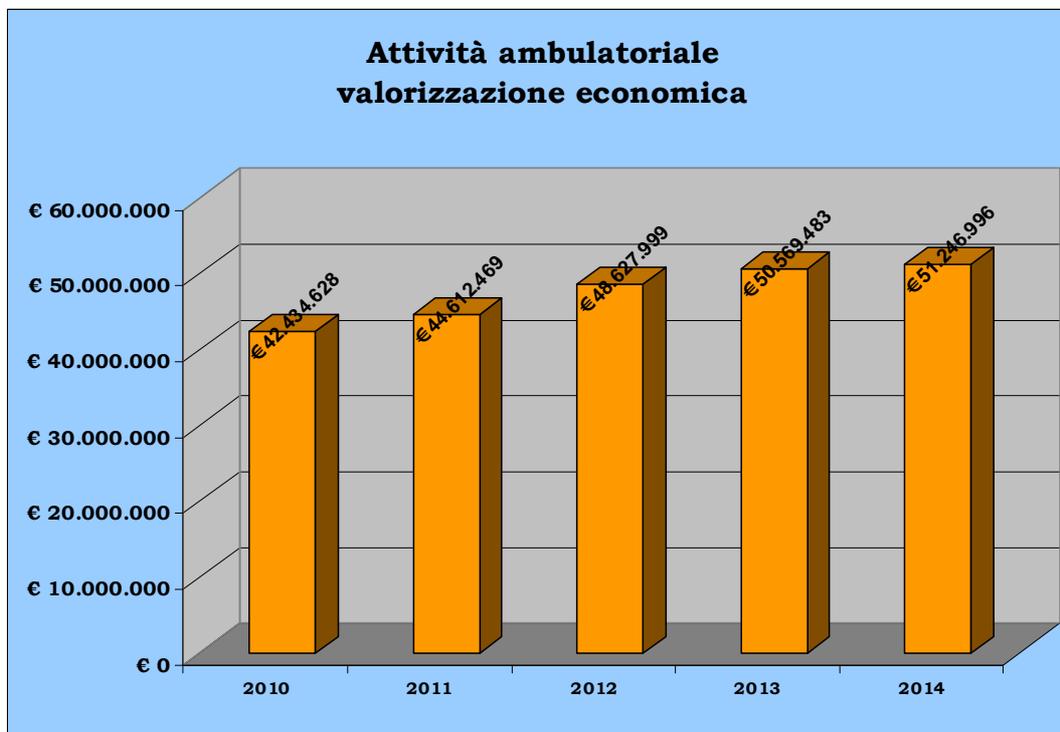
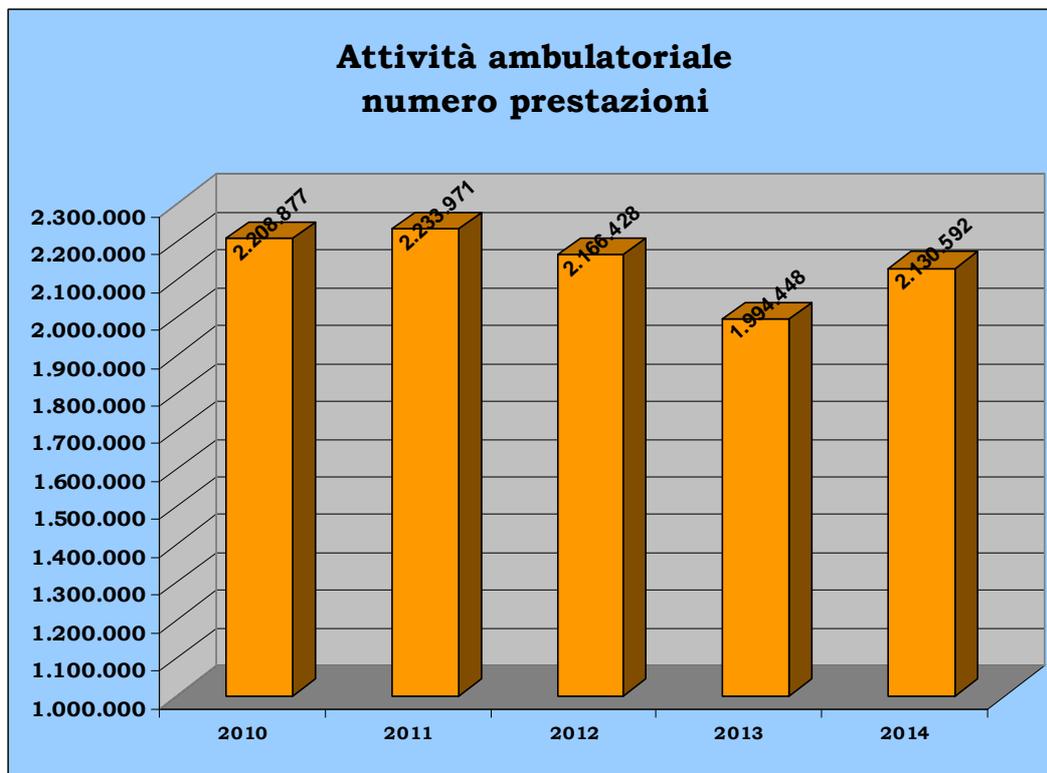


Il numero di prestazioni erogate in Pronto Soccorso, nell'anno 2014, è in continuo aumento con un picco nel 2014 dovuto anche all'apertura del Nuovo ospedale sede di DEA-EAS di II livello:



Il numero delle prestazioni ambulatoriali ha risentito della trasformazione delle attività di DH in Chirurgia ambulatoriale a bassa complessità assistenziale (BIC) e Macroattività ambulatoriale complessa (MAC), cui corrispondono pacchetti di prestazioni con un rimborso omnicomprensivo, pertanto il numero prestazioni è in lieve

riduzione mentre la valorizzazione economica è in lieve incremento.



3. ANDAMENTO DELL'ATTIVITA' DI RICERCA E DIDATTICA

Per quanto riguarda l'attività di ricerca continua il lavoro svolto da tutti i professionisti del San Matteo che consente allo stesso di essere nelle prime posizioni nazionali per quanto riguarda la produzione scientifica. Di seguito si riportano i dati relativi ai lavori scientifici pubblicati dai ricercatori dell'Ospedale durante il 2014 e comparsi sulle riviste indicizzate in Medline e/o nel Science Citation Index. Le pubblicazioni censite sono esclusivamente lavori in extenso in cui è chiaramente presente l'affiliazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo di Pavia.

Poichè molti lavori sono il risultato della collaborazione tra più Strutture dell'Ospedale, il numero totale delle pubblicazioni disaggregate per Unità Operativa (997), risulta essere sensibilmente superiore a quello realmente prodotto (732).

I grafici sotto riportati mostrano il trend della produzione scientifica dal 1992 al 2014 indicando sia il numero di articoli scientifici pubblicati su riviste indicizzate in Medline e/o nel Science Citation Index (prima figura) che l'impact factor complessivo annualmente ottenuto (seconda figura).

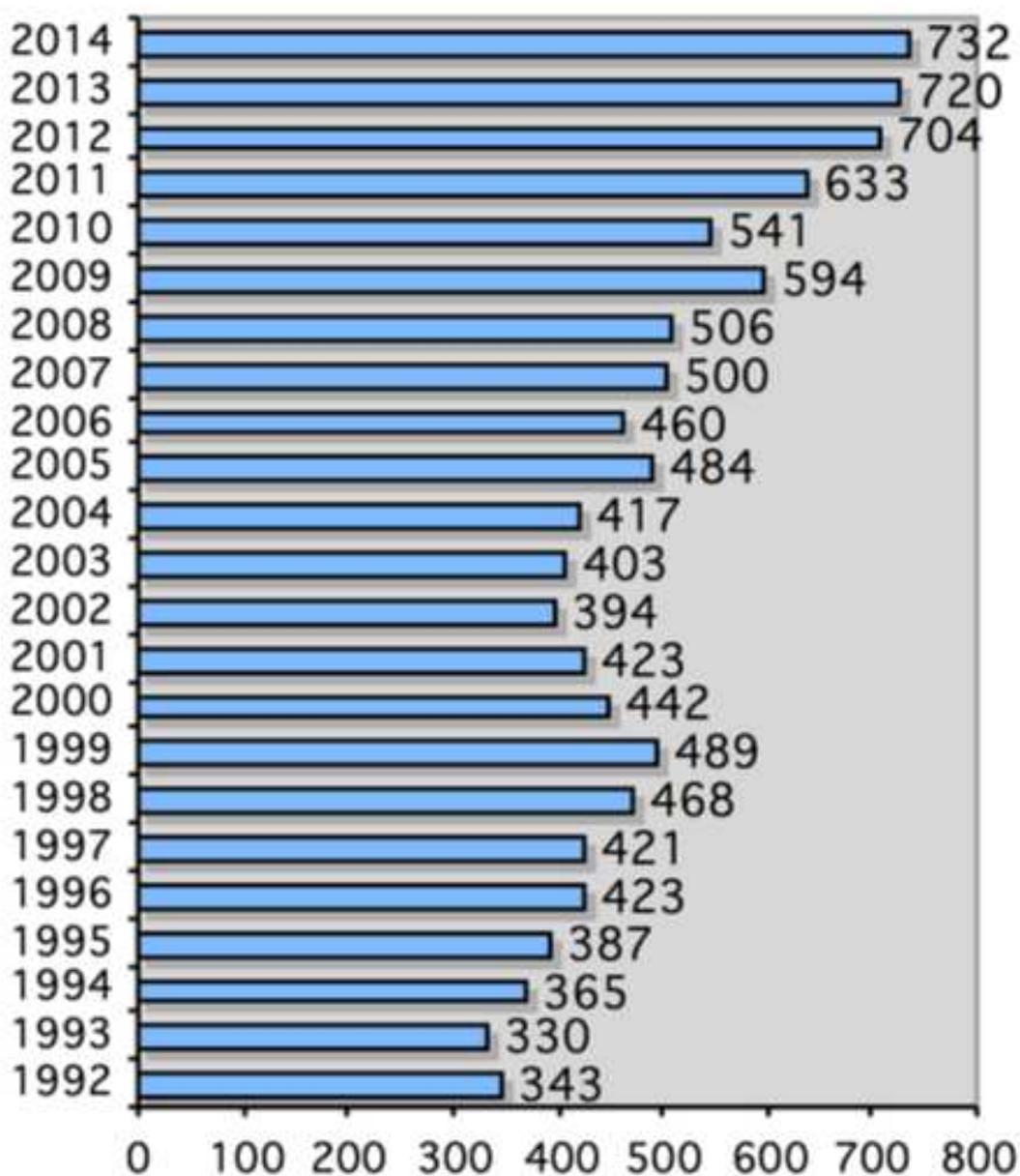
Come si può osservare, analizzando il primo grafico, fino al 1999 si è verificata una progressiva crescita quantitativa seguita nel 2000-2004 da un lieve assestamento e poi da una sensibile risalita fino ai massimi livelli raggiunti nel 2014 con 732 pubblicazioni scientifiche.

Nel secondo grafico si valuta l'andamento della produzione scientifica attraverso l'analisi del punteggio di impact factor, indicatore qualitativo oltre che quantitativo dell'attività di ricerca. Nel 2014, pur non superando il tetto massimo raggiunto nel 2013, il punteggio totale di impact factor si mantiene comunque su livelli molto alti e abbondantemente sopra quota 3.000.

Tra i lavori qui censiti, 665 sono quelli con IF e il loro punteggio medio è di 4,71, rispetto al 5,37 del 2013, al 4,98 del 2012, al 4,89 del 2011, al 4,88 del 2010, al 5,26 del 2009, al 4,53 del 2008, al 4,82 del 2007, al 4,19 del 2006, al 4,72 del 2005, al 4,43 del 2004, al 4,25 del 2003, al 4,02 del 2002, al 3,80 del 2001, al 3,84 del 2000, al 3,06 del 1999 e al 3,51 del 1998.

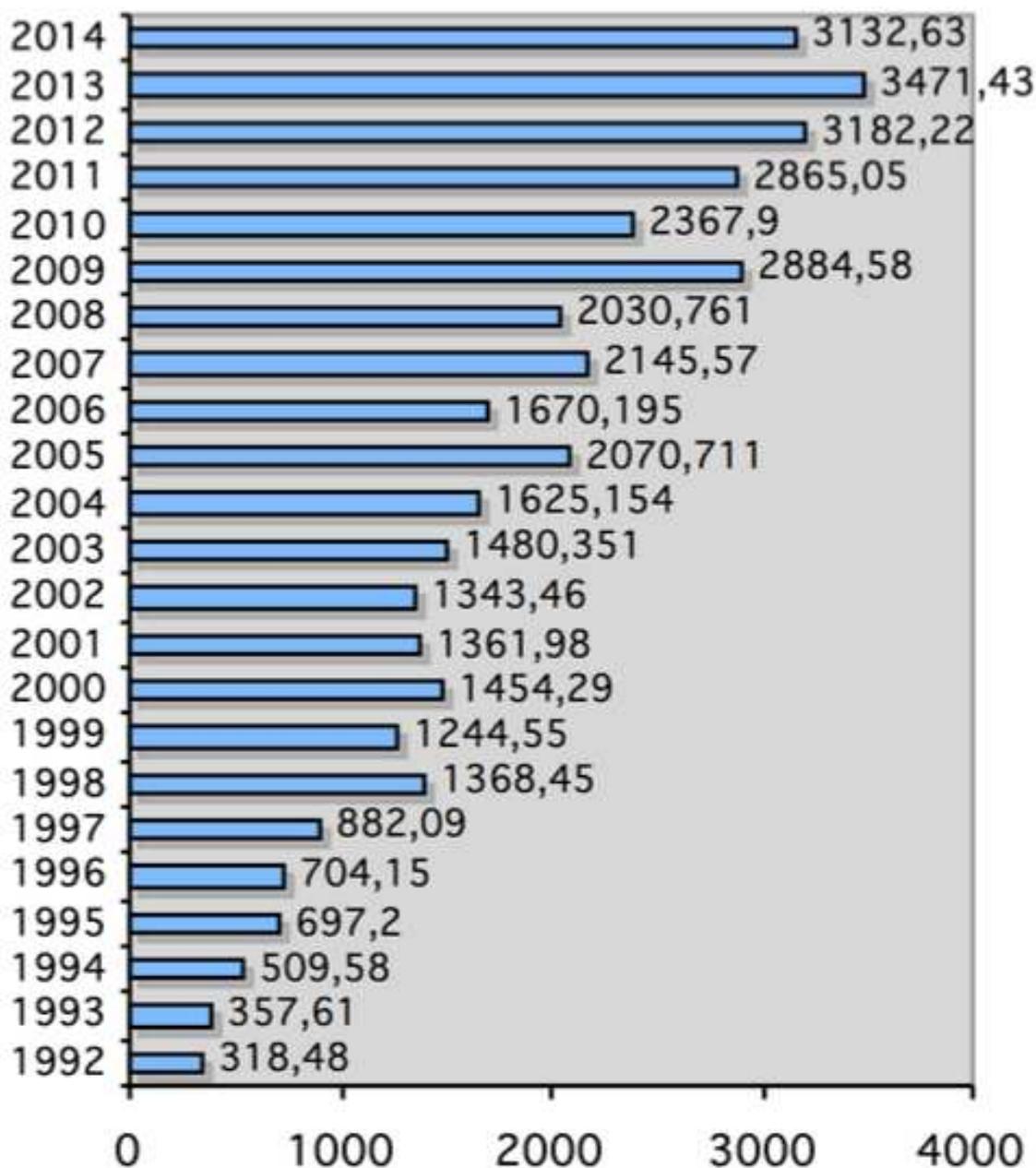
Gli indicatori, in sintesi, rimangono sempre su livelli molto alti a conferma della bontà e della qualificazione dell'attività di ricerca svoltasi al San Matteo nel 2014.

Grafico n. 1
Andamento della produzione scientifica anni 1992-2014.
Numero di lavori in extenso censiti su Medline e
Science Citation Index



* informazioni ricavate dall'analisi dei dati sulla produzione scientifica fornita annualmente dalle singole unità operative (anni 1992-2014).

Grafico n. 2
Impact Factor e Produzione scientifica 1992-2014



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

4. QUALITA' DELL'ASSISTENZA

Anche nel corso del 2014 sono state svolte numerose attività finalizzate al monitoraggio del rischio clinico, in conformità con le linee guida regionali e si è provveduto alla stesura del Piano Annuale di Risk Management.

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

La necessità di definire e riordinare in ottica dipartimentale i percorsi clinici e assistenziali ha, infine, dato luogo alla produzione di 4 nuovi Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, oltre che al consueto monitoraggio dell'attuazione di quelli già in uso.

Anche per l'anno 2014 è stata confermata la Certificazione del Sistema di Gestione per la Qualità dell'intera Fondazione secondo i requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2008.

Il monitoraggio della qualità dell'assistenza percepita dell'utenza si è svolto attraverso l'analisi delle segnalazioni ricevute dall'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico e l'analisi dei dati raccolti dai questionari di customer satisfaction, i cui report sono stati pubblicati sulla intranet aziendale a disposizione degli operatori.

5. FORMAZIONE

Attraverso la Struttura Formazione e Sviluppo, la Fondazione organizza la propria attività formativa in linea con il Piano Formativo Aziendale (PFA) sulla base di un costante monitoraggio delle esigenze formative, anche in relazione alla alta specializzazione dei servizi offerti al cittadino con dotazioni di tecnologie diagnostico-terapeutiche avanzate ed innovative e la gestione delle patologie ad alta complessità.

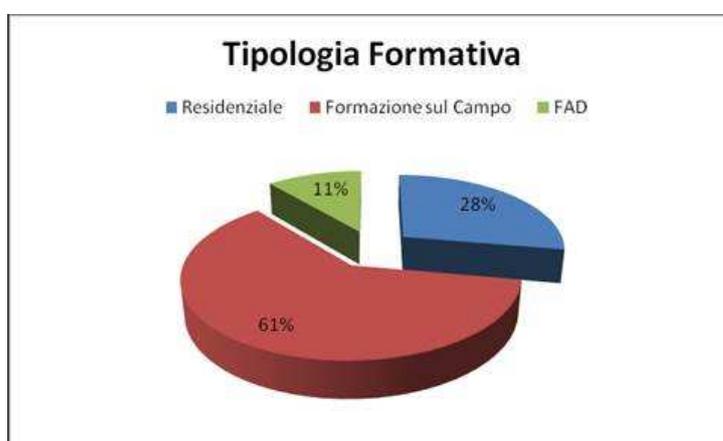
In linea con gli obiettivi del Direttore Generale, gli obiettivi prioritari del PFA 2014 sono stati:

- Supportare i cambiamenti e l'innovazione nei processi organizzativi e decisionali legati al trasferimento presso la nuova struttura DEA della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo lavorando sulla cultura e riorganizzazione dei percorsi clinici, sul governo clinico del Dipartimento;
- Implementare la cultura e la prevenzione del fenomeno "violenza di genere" attraverso numerose e diverse tipologie di attività formative;
- Individuare, sperimentare e diffondere strumenti di misurazione, valutazione e trasparenza della *performance* come processo che può e deve contribuire al miglioramento organizzativo, gestionale e qualitativo del lavoro svolto e come sistema operativo attraverso il quale è possibile coinvolgere tutti i collaboratori, rendendoli informati e partecipi dei valori e principi dell'organizzazione aziendale e più responsabili dei successi, e dei limiti, collettivi e individuali;
- Implementare linee di intervento in ambito di gestione del rischio in base alle criticità emerse promuovendo una "*cultura del rischio*" fondata sulla convinzione che gli errori rappresentano, se adeguatamente analizzati, preziose opportunità di apprendimento e di miglioramento;
- Implementare la cultura della qualità;
- Sostenere la ricerca scientifica e la collaborazione con altre Fondazioni IRCCS pubbliche lombarde;
- Potenziare la formazione On The Job (FSC) e la FAD;
- Sostenere la formazione in materia di sicurezza e salute del lavoro.

Nella Tabella seguente sono presentati i dati riassuntivi relativi all'offerta formativa.

EDIZIONI realizzate	ORE FORMATIVE per eventi formativi	N. ISCRITTI	N. A VERBALE	N. PARTECIPAZIONI	PARTECIPANTI CHE HANNO ACQUISITO ECM	CREDITI EROGATI AI PARTECIPANTI	TOTALE CREDITI EROGATI
202	1723,5	13180	12454	12312	8758	85075,75	85989,50

Nel grafico sono visibili le tipologie di attività formativa che si sono sviluppate nell'arco del 2014:



Ai fini della implementazione del Curriculum Formativo sono state anche effettuate 4213 procedure nel sistema informativo della Fondazione legate alla formazione individuale che ha permesso di acquisire **34019,10** crediti formativi ECM.

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

6. RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI STRATEGICI - ISTITUZIONALI

Nel corso del 2014 è stata data attuazione a tutti i piani che coinvolgono la Fondazione e sono state svolte tutte le attività programmate, conseguendo gli obiettivi assegnati dal Consiglio di Amministrazione alla Direzione Generale, finalizzati, tra l'altro, ad accrescere l'interazione e la collaborazione tra la Fondazione e gli altri enti e operatori territoriali.

Si riporta una breve sintesi circa il raggiungimento degli obiettivi/adempimenti assegnati alla Direzione Generale

• PERSONALE

Si è proceduto alla compilazione e trasmissione del Piano Assunzioni 2014 secondo le indicazioni regionali: Regione Lombardia ha autorizzato il Piano con DGR/X/2305 del 01/08/2014, fissando il termine per la relativa realizzazione al 31/07/2015. Al 31/12/2014, delle complessive 69 assunzioni a tempo indeterminato autorizzate (54 per il comparto e 15 per la dirigenza) ne risultano realizzate 18 (14 per il comparto e 4 per la dirigenza).

Sono state rispettate le scadenze per l'invio dei flussi informativi relativi al personale rispettando coerenza, qualità e completezza dei dati secondo indicazioni regionali.

• ECONOMICO FINANZIARIO

Sono state rispettate le scadenze di trasmissione del BPE, dei CET, del Budget di Cassa e Bilancio d'esercizio 2012 e 2013.

In merito all'attuazione del D.Lgs 118/2011 sono stati mantenuti tutti i parametri previsti dalla norma.

È a pieno regime il sistema SCRIBA, che permette la trasmissione informatizzata dei dati contabili alla Regione, rappresentando l'anello di congiunzione con il sistema contabile regionale. Il sistema garantisce tempistiche di trasmissione immediate, canalizzate sia nei tempi che nel contenuto. Sono state rispettate le scadenze richieste da Regione: 21/05/2014 preconsuntivo 2013 e 3/8/2014 pre-CET 2014.

Sono state rispettate tutte le scadenze per l'invio in Regione di dati di Contabilità analitica previste nel 2014.

• RISK MANAGEMENT/QUALITA'

In ottemperanza a quanto previsto dalle linee di indirizzo regionale per l'armonizzazione dei sinistri, il San Matteo dispone di una procedura relativa alla modalità di gestione dei sinistri in SIR. Sono stati individuati e inviati alla DG salute di Regione Lombardia entro la scadenza prevista i nominativi del medico legale e del legale, rappresentanti del V raggruppamento a cui afferisce la Fondazione. Sono stati presenziati gli incontri dei rappresentanti di ogni Azienda all'interno del V raggruppamento ed gli incontri dei coordinatori di ogni raggruppamento presso la DG Salute di Regione Lombardia.

Sono stati rispettati tutti gli adempimenti previsti dalle Linee Guida di Risk Management: in particolare sono stati inviati alla DG Salute la rendicontazione dei progetti e degli eventi formativi in tema di Risk Management, l'autocertificazione in merito all'attività svolta nel 2014 dal Comitato di Valutazione Sinistri, dal Gruppo di Coordinamento e Gestione del Rischio e rispetto all'attività di Ascolto e Mediazione Trasformativa dei Conflitti. Infine è stato attestato l'aggiornamento del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità rispetto alle segnalazioni di eventi sentinella pervenute nell'anno 2014. La Fondazione ha inoltre provveduto, secondo le scadenze previste, all'aggiornamento del database regionale rispetto ai dati relativi ai sinistri, alle polizze, alle cadute e agli infortuni.

Sono state recepite le Linee Guida per l'elaborazione e lo sviluppo del Piano integrato per il Miglioramento dell'organizzazione (PIMO) e, in ottemperanza delle stesse, nel marzo 2014 è stato redatto il Piano di Miglioramento della Qualità. Nel corso del 2014, la Struttura Qualità e Risk Management ha partecipato agli incontri del Gruppo di lavoro "Miglioramento della Qualità e della Sicurezza del paziente e alle riunioni indette dalla Regione, ed è stato elaborato il PIMO con le specifiche schede di indicatori alla scadenza prevista (febbraio 2015).

- **COMUNICAZIONE**

Nel corso del 2014 è proseguito il trasloco degli ambulatori del nuovo ospedale DEA. In coerenza con il Piano 2014, le attività di comunicazione effettuate attraverso radio, giornali e web sono state orientate soprattutto a facilitare l'accesso dei pazienti nella nuova struttura. Sono state inoltre aggiornate le mappe dei padiglioni del San Matteo e le schede di presentazione delle Strutture Sanitarie. Tale attività, coordinata dalla Struttura Qualità/URP, ha interessato tutte le Strutture Complesse e si è conclusa con la produzione di brochure da mettere a disposizione degli utenti sia in formato cartaceo sia in formato digitale su sito web istituzionale. È stata inoltre garantita adeguata visibilità alle campagne informative promosse da Regione Lombardia quali "Libro Bianco", "Ambulatori Aperti", ecc. È proseguita l'attività di adeguamento del sito web alla normativa in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza amministrativa. Infine, entro le scadenze indicate dalla Regione, la Fondazione ha provveduto all'invio della rendicontazione delle attività svolte.

- **FORMAZIONE**

Il Piano Formativo Aziendale è stato deliberato con Determina del Direttore generale n.3/DG/1276 del 24/12/2013 ed è stato inserito a sistema come da normativa di Regione Lombardia. Successivamente è stato integrato con ulteriori eventi formativi e deliberato con Determina Integrativa del Direttore Generale n.3/D.G./1021 del 23/10/2014. Del Piano Formativo Aziendale sono stati erogati l'85% degli eventi formativi inseriti.

L'attività formativa aziendale viene rendicontata agli Organi competenti con specifica relazione chiamata Rapporto della Formazione Aziendale.

- **SISTEMA ACQUISTI**

Nel secondo semestre 2014 la Fondazione ha aderito alla Convenzione ARCA per la fornitura di farmaci, alla convenzioni Consip per il servizio di telefonia fissa e connettività IP4, per il noleggio di fotocopiatrici e per carte petrolifere per il rifornimento carburante. 16 gare aggregate sono state aggiudicate in qualità di capofila, 3 in qualità di mandante e 10 sono state le adesioni ex post a gare esperite da altre AO del Consorzio di appartenenza. Sono stati rispettati gli adempimenti e le scadenze di Regione Lombardia per quanto concerne le relazioni trimestrali per l'acquisizione di beni e servizi, nonché i flussi informativi richiesti per i prezzi dei dispositivi medici analizzati. Inoltre, è continuata l'attività di fattiva collaborazione all'interno del Consorzio di appartenenza e i rapporti con gli altri Consorzi di Regione Lombardia.

- **DONAZIONI E TRAPIANTI**

Il 23/12/2013 è stata approvata e firmata la determina (n. 3/D.G./1269) per l'assegnazione del budget dedicato alle attività di prelievo e trapianto relativamente al

I° semestre 2014; con determina n. 3/D.G./472 del 8/5/2014 è stato approvato il budget per i restanti mesi dell'anno.

- E' stato segnalato il 100% dei pazienti in morte encefalica.
- Ci sono stati 91 donatori di cornee su 983 decessi.
- Ci sono stati 30 donatori di tessuti ossei da vivente su 219 interventi per impianto di protesi in elezione.

- **PIANI REGIONALI DI SETTORE E DI SVILUPPO**

Sono stati costituiti tavoli di lavoro interaziendali per la Rete Oncologica Lombarda (ROL) per l'adesione ai PDTA Mammella (tumori invasivi della mammella) e carcinoma colon rettale, operativamente afferenti al DIPO, al quale partecipano tutte le Strutture di ricovero e cura del territorio provinciale. Sono state effettuate 4 riunioni finalizzate alla elaborazione e al monitoraggio dell'applicazione aziendale e territoriale di PDTA individuati a livello regionale come percorsi di riferimento ed all'analisi dello strumento di visualizzazione delle informazioni derivanti dai dati dei flussi regionali (SDO e attività ambulatoriale) relativamente agli indicatori del carcinoma mammario e carcinoma del colon retto

- **GOVERNANCE DEL SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO**

Le rilevazioni periodiche dei tempi di attesa sono state effettuate ed inserite nel sistema web nei tempi previsti

Si è provveduto a dare seguito alle indicazioni regionali attivando attività per l'abbattimento delle liste di attesa con ampliamento degli orari di accesso alla Struttura consoni alle esigenze di utenti impegnati in attività lavorative. I dati relativi ai tempi di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio, a partire dal mese di ottobre 2014, vengono regolarmente pubblicati con cadenza settimanale sia sul sito internet aziendale che sul sito ASL della Provincia di Pavia.

- **PROGETTO CRS-SISS**

E' aumentato il numero dei prescrittori informatizzati da 80 (a inizio anno) a 125.

Fascicolo sanitario elettronico: il numero dei referti ambulatoriali, di laboratorio e di radiologia è in linea con i target; il rilascio delle credenziali GASS ha raggiunto l'obiettivo preposto.

Prescrizioni di protesica: la prescrizione è totalmente on line.

Le prenotazioni tramite Call Center Regionale hanno superato abbondantemente il target e sono nell'ordine di 6.000/7.000 al mese.

Sono stati eseguiti i piani impostati relativamente all'accoglienza, comunicazione e promozione delle prenotazioni in farmacia e da internet.

L'integrazione INAIL e i Certificati di malattia da reparto sono stati regolarmente attivati.

E' stato attivato in collaborazione con il Comune di Pavia il progetto ICARO per la registrazione dei nuovi nati.

- **FARMACEUTICA**

In merito alla promozione sul territorio della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto e biosimilari, sono stati organizzati dall'ASL alcuni incontri del gruppo di lavoro da cui è scaturito il documento "Percorsi terapeutici condivisi con le strutture ospedaliere del territorio in ambito oncologico e nefrologico per l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci Biosimilari", pubblicato sul sito dell'ASL di Pavia. Inoltre, è stato approvato il "Protocollo di Intesa tra ASL e AO della Provincia di Pavia, i Presidi di rete Malattie Rare degli IRCCS (Pubblico e Privati accreditati Pavesi) e le strutture

private accreditate, Istituti Clinici di Pavia e Vigevano, per l'attuazione del percorso condiviso di presa in carico per le Malattie rare". Tale protocollo è stato condiviso e pubblicato sul sito intranet della Fondazione.

Per quanto riguarda il File F, si evidenzia la correttezza del dato rendicontato su un totale di 64.639 record inviati. Con particolare riferimento ai nuovi farmaci per il trattamento dell'HCV, si precisa che sono rendicontati in File F tipologia 18 ed i record specifici inviati risultano corretti.

- **APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI**

E' stato esaminato ed inviato in ASL entro i tempi stabiliti il campione del 3% della produzione (1.250 cartelle cliniche), riferito alla qualità della documentazione clinica. L'ASL ha poi esaminato 90 pratiche con un livello di affidabilità di 0,96. Per quanto attiene all'autocontrollo di congruenza, è stato sottoposto ad esame nel corso del 2014, un campione di circa 2.000 SDO, corrispondenti a circa il 5% dell'attività: di queste, 1.696 sono state inviate in ASL, che ne ha poi esaminate 90, riscontrando una corrispondenza di 86, con un indice di affidabilità di 0,96.

- **PRESTAZIONI DI SCREENING**

Nel corso del 2014 sono state erogate tutte le prestazioni richieste nell'ambito dei programmi di screening mammografico (primo e secondo livello) e del colon retto (secondo livello) in accordo con la programmazione concordata con l'ASL di Pavia. Per quanto riguarda la prevenzione del tumore della cervice uterina, vengono erogate le prestazioni di secondo livello (colposcopia): per queste ultime prestazioni è in avanzato stato di realizzazione la possibilità di prenotazione diretta su agende dedicate da parte del Centro Screening ASL.

- **CONTROLLO DI GESTIONE**

Le schede di budget sono state negoziate e sottoscritte nel periodo 3 marzo-28 aprile 2014. Sono stati poi effettuati 2 monitoraggi infra-annuali (nei mesi di giugno e ottobre) in merito alla verifica dell'andamento dei dati di attività e di costo.

- **FLUSSI INFORMATIVI**

Tutti i flussi (SDO, AMB, PS 6SAN, CEDAP, MEF, CONSUMI DM, FILE F, FILE R) sono stati inviati mensilmente secondo le scadenze previste.

7. 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 2014 sono stati assegnati gli obiettivi specifici delle strutture, di cui si riporta di seguito una sintesi del raggiungimento:

Obiettivo 2014	Strutture	Raggiungimento		
	assegnatarie	% PIENO	% PARZIALE	% NULLO
Attività di ricovero	36	92%	8%	0%
Attività ambulatoriale	53	85%	15%	0%
Costo acquisto beni	50	88%	10%	2%
Prestazioni interne	68	56%	34%	10%
Godimento ferie residue anni precedenti	88	90%	0%	10%
Implementazione del sistema di valutazione della dirigenza e del comparto secondo il progetto aziendale	56	93%	0%	7%
Rispetto dei flussi informativi	50	94%	0%	6%
Comunicazione - Presentazione delle SS.CC.	48	100%	0%	0%
Definizione e attuazione della cartella clinica ambulatoriale, MAC, BIC	37	100%	0%	0%
Budget di spesa	11	100%	0%	0%
Uniformare la gestione dei farmaci attraverso la predisposizione di protocolli di preparazione dei principali farmaci in uso nel Blocco Operatorio	22	100%	0%	0%
Adesione al protocollo antibiotico profilassi operatoria	17	100%	0%	0%
Ottimizzazione attività di sala operatoria	17	100%	0%	0%
Miglioramento della sicurezza clinica dei pz e della gestione delle infezioni osp. da germi sentinella	14	93%	0%	7%
Supervisione e monitoraggio criticità relative all'esecuzione del capitolato delle pulizie	53	100%	0%	0%
Condivisione tra più strutture e ottimizzazione dell'utilizzo delle apparecchiature elettromedicali	7	100%	0%	0%
Redazione della Procedura Aziendale sulla prevenzione e la gestione degli stravasi di farmaci	7	100%	0%	0%
PDTA trapianti donatori-riceventi	6	50%	17%	33%
Trasparenza e anticorruzione	5	100%	0%	0%
Automazione e revisione organizzativa dei Laboratori	4	100%	0%	0%
Correttezza flussi informativi regionali	4	100%	0%	0%
Partecipazione alla stesura del PDTA pazienti con carcinoma del polmone	4	100%	0%	0%
Riorganizzazione dell'attività ambulatoriale	4	100%	0%	0%
Studio fattibilità su razionalizzazione PS	4	100%	0%	0%
IO sulla revisione anagrafica pazienti	3	100%	0%	0%
Ottenimento finanziamenti alla ricerca (corrente e finalizzata)	3	100%	0%	0%
PDTA lesioni focali fegato	3	100%	0%	0%
Produzione scientifica	3	100%	0%	0%
Promozione attività scientifica della Fondazione	3	100%	0%	0%
Redazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente disfagico per la prevenzione della broncopneumonia ab ingestis	3	100%	0%	0%
Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico	3	100%	0%	0%
Appropriatezza della terapia con emocomponenti e plasmaderivati:				
Produzione delle schede di richiesta di Albumina e Immunoglobuline	2	100%	0%	0%
Appropriatezza terapeutica ed utilizzo dei farmaci antimicrobici	2	100%	0%	0%
Attività di trapianto da vivente	2	100%	0%	0%
Attuazione della revisione organizzativa dell'attività radiologica	2	100%	0%	0%
IO per definizione interazione Fisica Sanitario e Radioterapia	2	100%	0%	0%
PDTA procedura TIPS	2	100%	0%	0%
Redazione IO per la gestione della comunicazione interna riguardante il personale attivo in Fondazione	2	100%	0%	0%
Redazione IO sulla modalità di utilizzo piastre elettrobisturi	2	100%	0%	0%
Risk Management - Revisione procedura aziendale P16 - prevenzione e gestione cadute	2	100%	0%	0%
Valutazione periodo seduto	2	100%	0%	0%
Altri obiettivi per singola struttura	96	97%	2%	1%
Totale obiettivi	802	91%	5%	3%