



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



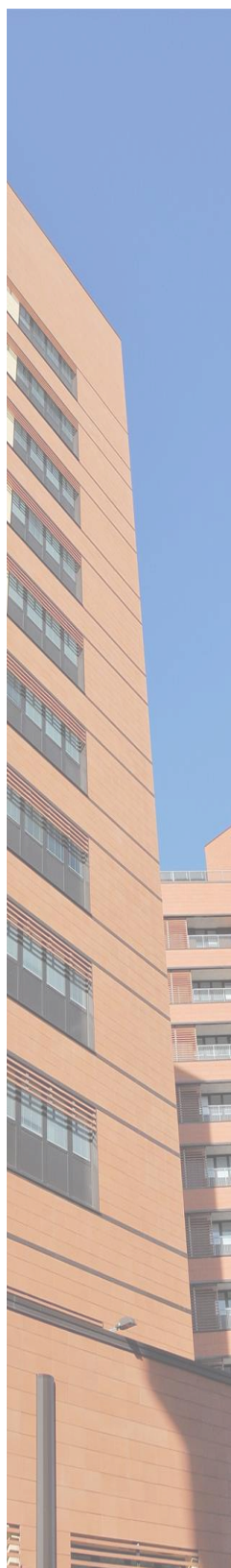
Regione
Lombardia



La presente Relazione è lo strumento che conclude il ciclo di gestione della performance 2025 ed evidenzia i risultati rispetto agli obiettivi indicati nel Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) 2025 - 2027

RELAZIONE PERFORMANCE

Anno 2025



	Premessa	1
	La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo	2
	Il ciclo della performance e il monitoraggio PIAO	24
	Gli obiettivi strategici e istituzionali della Fondazione	26
	Equilibrio economico finanziario	31
	Andamento dell'attività sanitaria	50
	Andamento dell'attività di ricerca	110
	Qualità dell'assistenza	134
 	Trasparenza, accessibilità, accoglienza e rapporti con l'utenza	152
 	Innovazione, ammodernamento e potenziamento tecnologico	172
	Riqualificazione edilizia ed impiantistica e logistica ospedaliera	202
	Formazione	208
	Raggiungimento obiettivi operativi di budget	222
	Performance individuale	245
	Ringraziamenti	252



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 2025 ed evidenzia i risultati rispetto agli obiettivi inseriti nel PIAO 2025-2027, approvato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 6 del 30/01/2025.

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.



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario

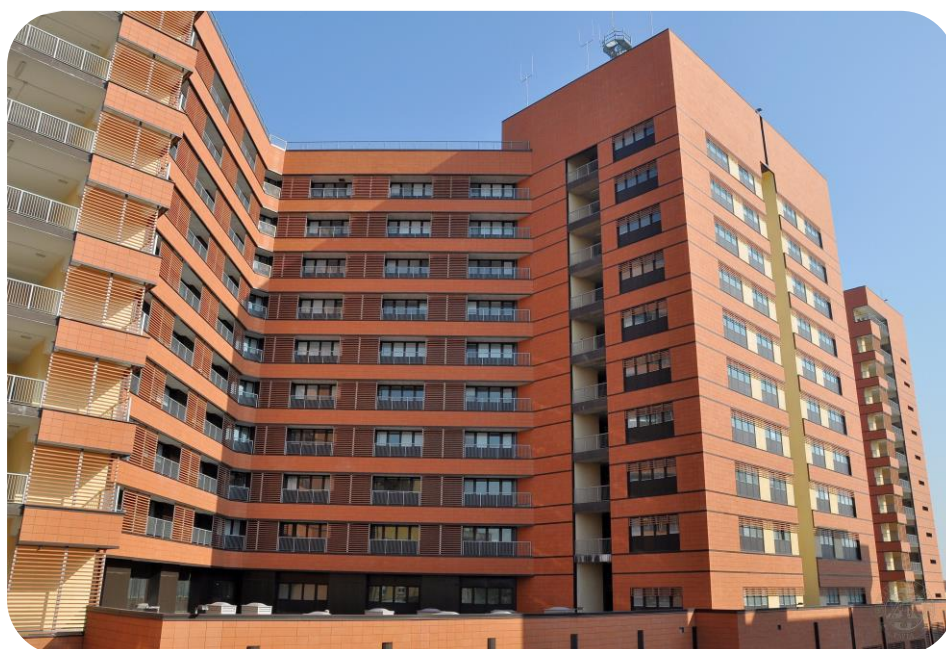


Regione
Lombardia

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.

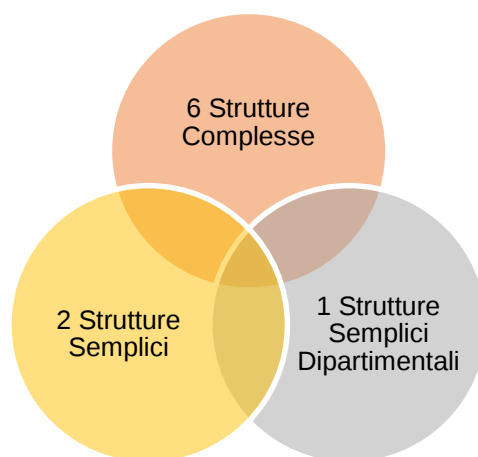


La Fondazione intende utilizzare tutte le leve che permettano di sviluppare motivazione negli operatori, promuovendo e valorizzando le relazioni interne con forme strutturate di partecipazione organizzativa (lavoro in equipe), coinvolgendo le diverse espressioni professionali nei processi di sviluppo 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:



Nel corso del 2025, 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 o convenzionate con l'Università degli Studi di Pavia) 9 Strutture, tra SC, SSD e SS come di seguito evidenziato:



Tipo Struttura	Denominazione Struttura	Data di attivazione	Provvedimento
SC	Oculistica	01/11/2025	Decreto DG n. 938 del 21/07/2025
SC	Chirurgia Vascolare	01/11/2025	Decreto DG n. 1327 del 17/10/2025
SC	Qualità e Risk Management - Contenzioso	16/11/2025	Decreto DG n. 1378 del 28/10/2025
SC	Urologia	01/06/2025	Decreto DG n. 673 del 30/05/2025
SC	Reumatologia	01/12/2025	Decreto DG n. 1592 del 01/12/2025
SC	Dietetica e Nutrizione Clinica	01/11/2025	Decreto DG n. 1424 del 04/11/2025
SSD	Patologia Genetica Molecolare	16/03/2025	Decreto DG n. 292 del 12/03/2025
SS	SS Laboratorio di Genomica e Bioinformatica	01/11/2025	Decreto DG n. 1379 del 28/10/2025
SS	SS Aritmologia ed Elettrofisiologia	01/05/2025	Decreto DG n. 534 del 24/04/2025

Alcuni dati di eccellenza della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

I risultati ottenuti testimoniano la capacità della Fondazione IRCCS di coniugare tradizione, ricerca, innovazione tecnologica e centralità della persona in un modello organizzativo solido e sostenibile. Questi risultati premiano la qualità clinica, la sicurezza dei percorsi assistenziali e l'impegno costante nell'innovazione e nella ricerca. Ma premiano anche l'attenzione alla relazione di cura e all'esperienza dei pazienti, dimensione sempre più centrale nella valutazione dei sistemi sanitari.



Riconoscimenti nel 2025

Il Policlinico San Matteo è stato confermato IRCCS per altri due anni (2026-2027) da parte del Ministero della Salute

L'IRCCS Policlinico San Matteo ha visto confermato 3 Bollini Rosa da Fondazione Onda anche per il biennio 2026-2027

L'IRCCS Policlinico San Matteo, anche per il biennio 2024 - 2025, ha ricevuto il Bollino Azzurro da Fondazione Onda ETS per la salute uro-andrologica

Il Policlinico San Matteo è stato inserito tra i 250 migliori ospedali al mondo nella classifica "World's Best Hospitals 2026", pubblicata da Newsweek: 134° al Mondo, 8° in Italia, 5° in Lombardia e 3° come ospedale pubblico lombardo



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

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 2025

843 posti letto
attivi ⁽¹⁾

34.478
pazienti
ricoverati

245.650
giornate di
degenza



1,973 mln di
prestazioni
ambulatoriali
(escluso PS esterni) ⁽³⁾



90.586 accessi
al Pronto
Soccorso ⁽⁴⁾

1.121.836
prestazioni
erogate in

Pronto Soccorso

714.144
esterni ⁽²⁾

407.692
interni ⁽²⁾

(1) Posti letto attivi (ordinari + day hospital) rilevati al 31/12/2025.

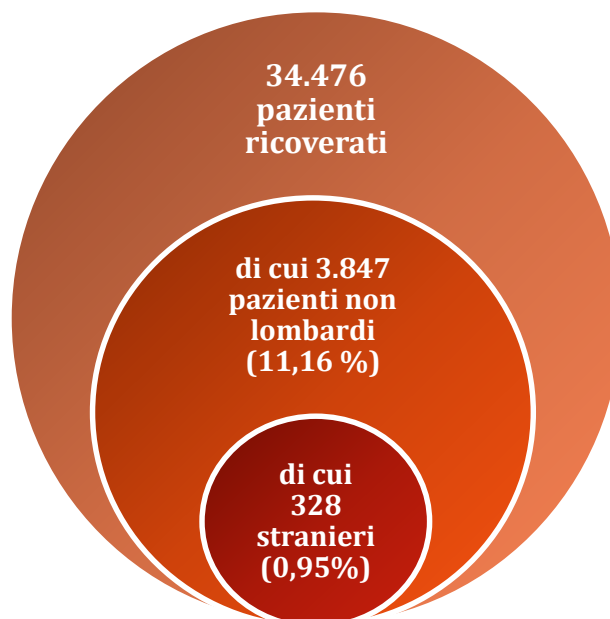
(2) Esterni = prestazioni erogate a pazienti in seguito dimessi; Interni = prestazioni erogate a pazienti in seguito ricoverati.

(3) esclusa la Libera Professione.

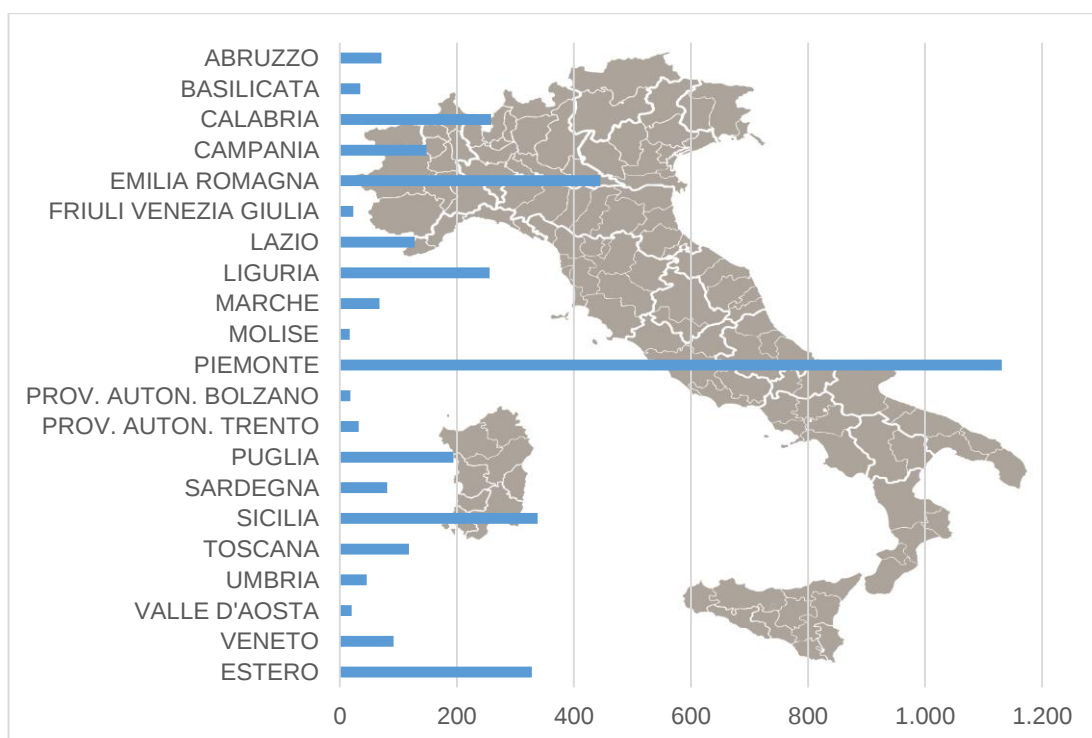
(4) accessi complessivi, compresi gli abbandoni per rinuncia alla visita o prima di concludere le visite previste.



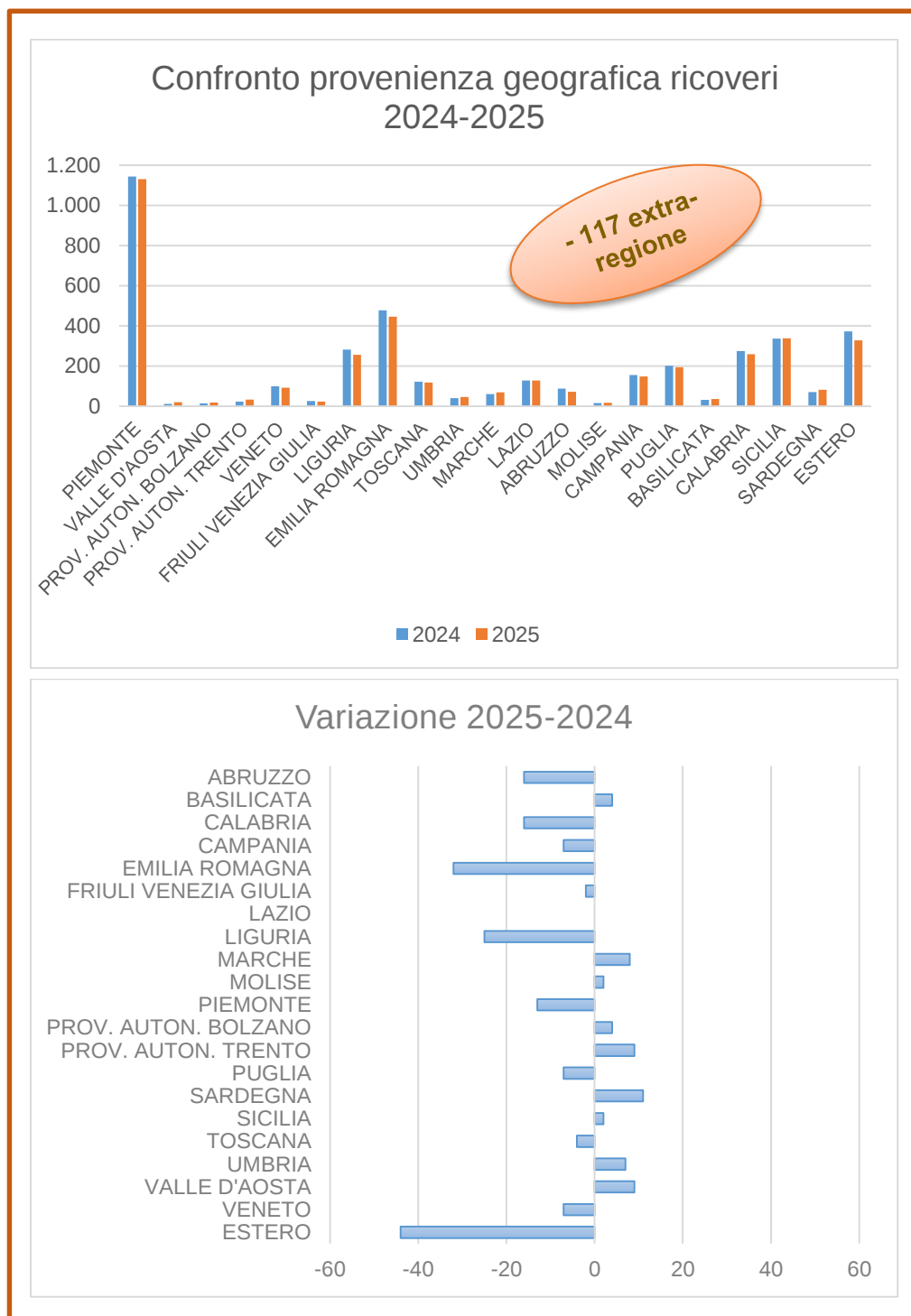
La capacità di attrarre pazienti di altre Regioni riflette il carattere di eccellenza che caratterizza la Fondazione e può essere considerata misura obiettiva della qualità delle prestazioni e servizi erogati.



Distribuzione dei pazienti extra regione



Rispetto all'anno precedente, nel 2025 si registra un lieve decremento di ricoveri con provenienza geografica extra-regionale.



Personale

4.109 operatori, dipendenti e non dipendenti, tra medici, infermieri, OSS, tecnici e amministrativi rispondono quotidianamente con competenza ai bisogni dell'utenza e si dedicano alla ricerca.

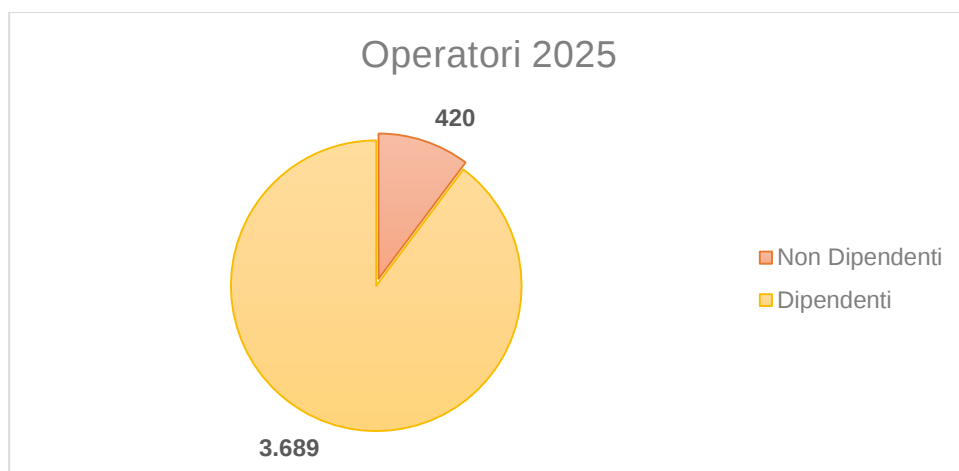
I 4.109 operatori al servizio della Fondazione IRCCS e della sua utenza si suddividono in 3.689 dipendenti e 420 non dipendenti.

[dati 2025 SC
Gestione delle
Risorse Umane]

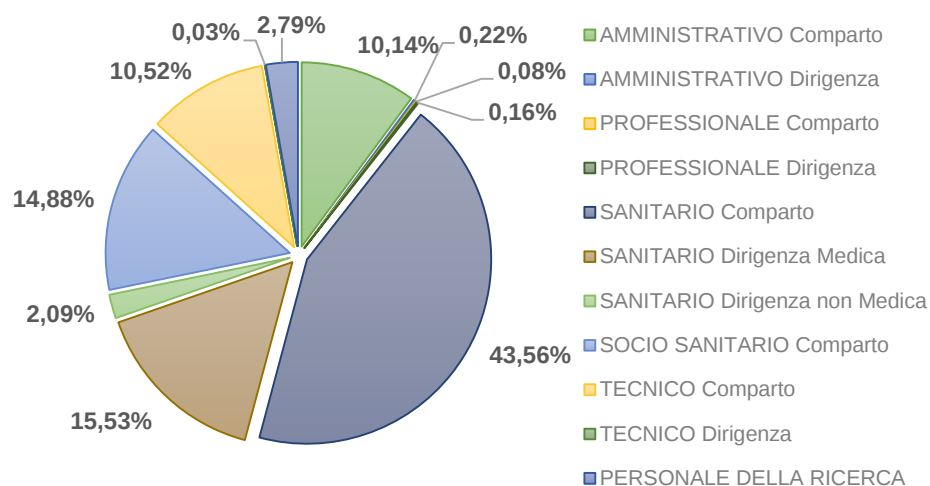


Tipologia		Desc. Ruolo	Classifica zione	N.	Sesso F	Sesso M
Dipendenti	Dipendenti Ospedalieri	AMMINISTRATIVO Comparto	Assistenza	374	294	80
		AMMINISTRATIVO Dirigenza	Assistenza	8	3	5
		PROFESSIONALE Comparto	Assistenza	3	0	3
		PROFESSIONALE Dirigenza	Assistenza	6	2	4
		SANITARIO Comparto	Assistenza	1.607	1.233	374
		SANITARIO Dirigenza Medica	Assistenza	573	331	242
		SANITARIO Dirigenza non Medica	Assistenza	77	68	9
		SOCIO SANITARIO Comparto	Assistenza	549	409	140
		TECNICO Comparto	Assistenza	388	180	208
		TECNICO Dirigenza	Assistenza	1	1	0
	Collaboratore profess.di ricerca sanit.	PERSONALE DELLA RICERCA	Ricerca Piramide	48	47	1
	Dipendenti Ospedalieri- Ricercatore sanitario	PERSONALE DELLA RICERCA	Ricerca Piramide	55	47	8
Totale dipendenti				3.689	2.615	1.074
Non Dipendenti	Universitari Convenzionati	SANITARIO Dirigenza Medica	Assistenza	77	18	59
		SANITARIO Dirigenza non Medica	Assistenza	4	4	0
	Convenzione IRCCS C. Mondino	PERSONALE NON DIPENDENTE	Assistenza	59	38	21
	Libero Professionista Ricerca	PERSONALE NON DIPENDENTE	Ricerca	65	50	15
	Libero Professionista Assistenza	PERSONALE NON DIPENDENTE	Assistenza	55	29	26
	Libero Professionista Gestione Emergenziale	PERSONALE NON DIPENDENTE	Assistenza	51	19	32
	Borsa di Studio	PERSONALE NON DIPENDENTE	Ricerca	67	50	17
	Lavoratori Interinali	AMMINISTRATIVO Comparto	Assistenza	7	7	0
		SOCIO SANITARIO Comparto	Assistenza	18	16	2
		TECNICO Comparto	Assistenza	17	4	13
	Totale non dipendenti				420	235
TOTALE COMPLESSIVO				4.109	2.850	1.259

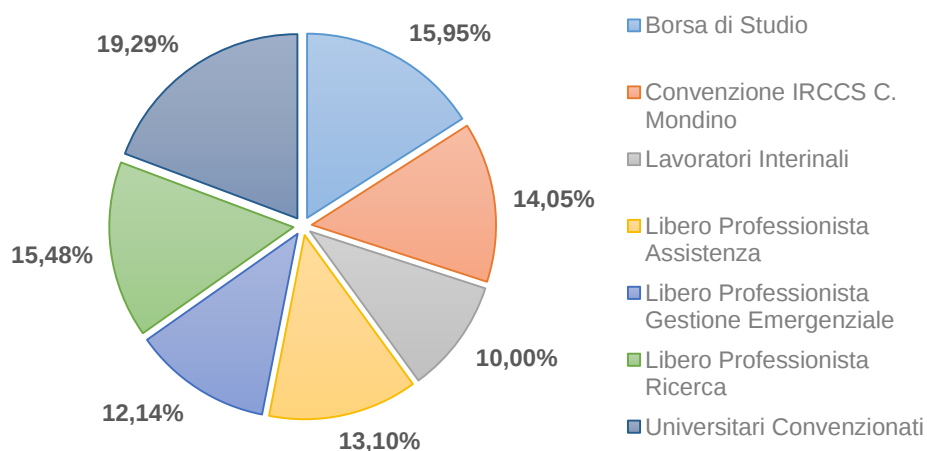
14.109 operatori
al servizio della
Fondazione IRCCS e
della sua utenza **si**
suddividono in
3.689 dipendenti
e 420 non
dipendenti (dati
2025).



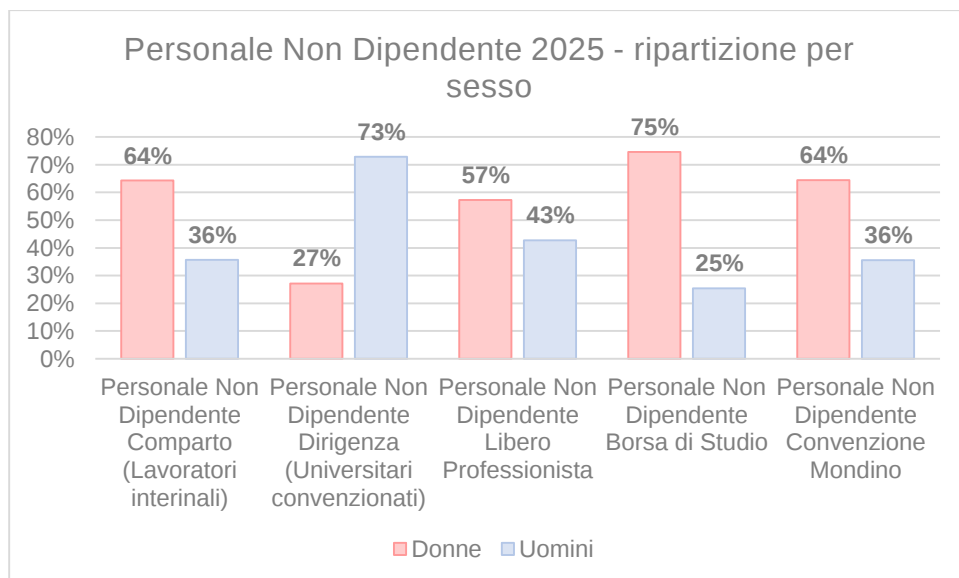
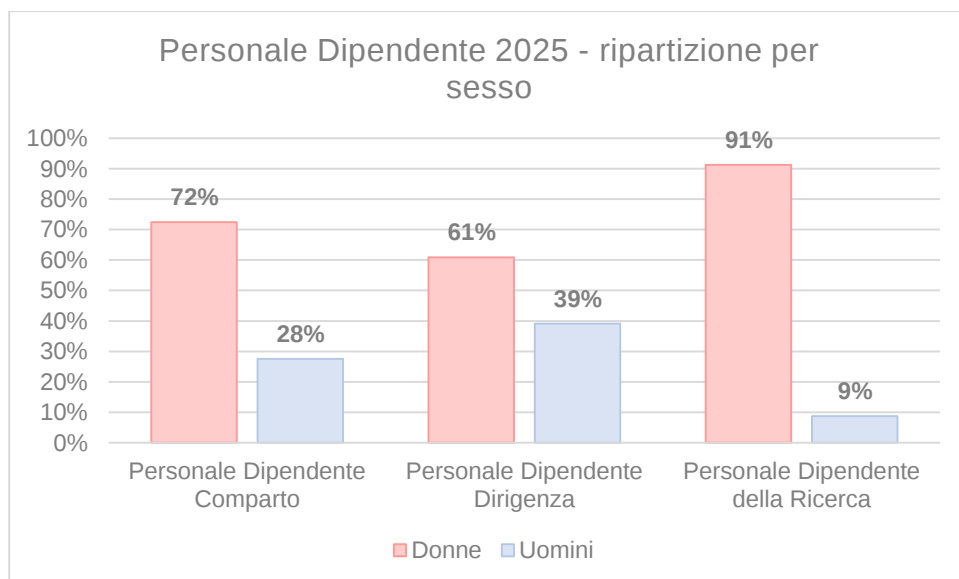
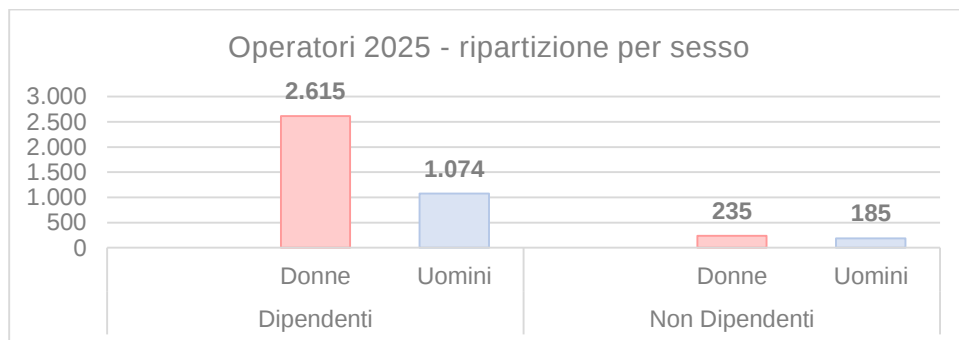
Personale Dipendente 2025 - per ruolo



Personale Non Dipendente 2025 - per ruolo



Gli operatori complessivi vedono una netta prevalenza di donne rispetto agli uomini, così come la quasi totalità delle categorie considerate (dati 2025).



Attività di Ricerca 2025

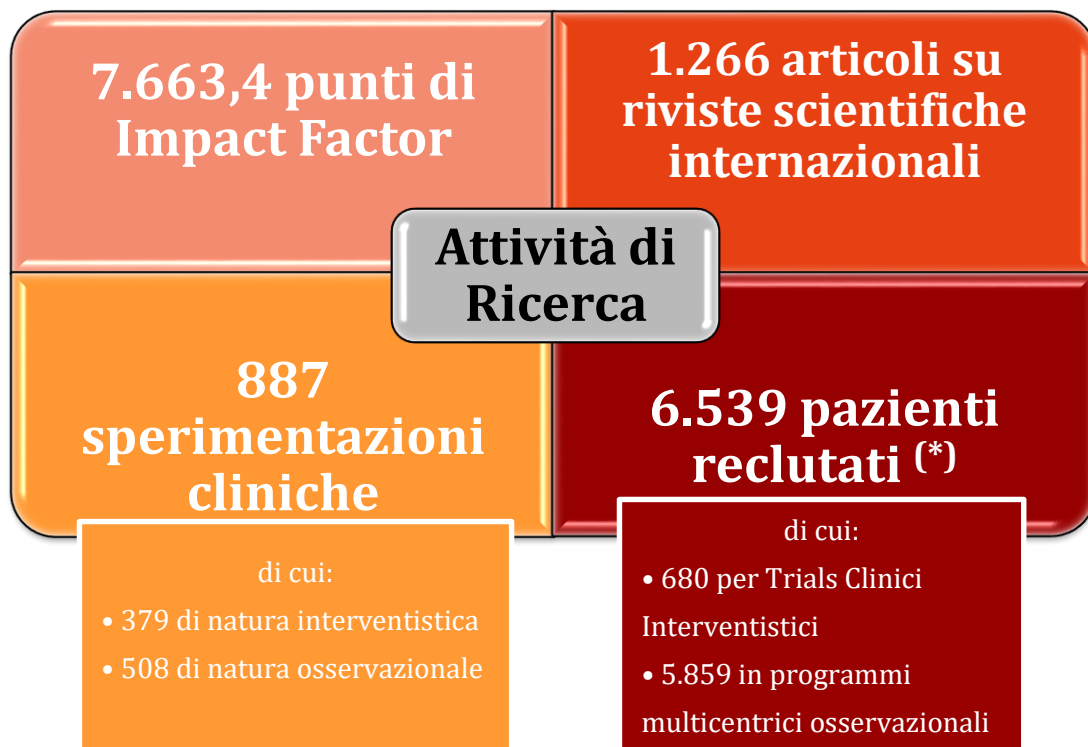
Fare ricerca è missione istituzionale degli IRCCS e il San Matteo è riferimento nel mondo per la ricerca biomedica nazionale e per le collaborazioni scientifiche internazionali.

Alcuni numeri di sintesi evidenziano l'impatto che hanno avuto le attività di Ricerca sul 2025.

() dati riferiti alla ricerca corrente oggetto di rendicontazione ministeriale.*

Complessivamente, risultano 49.041 pazienti reclutati (di cui: 1.017 per Trials Clinici Interventistici e 41.708 in programmi multicentrici osservazionali).

*Collaborazioni scientifiche internazionali dei ricercatori del San Matteo al
31/12/2025*



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

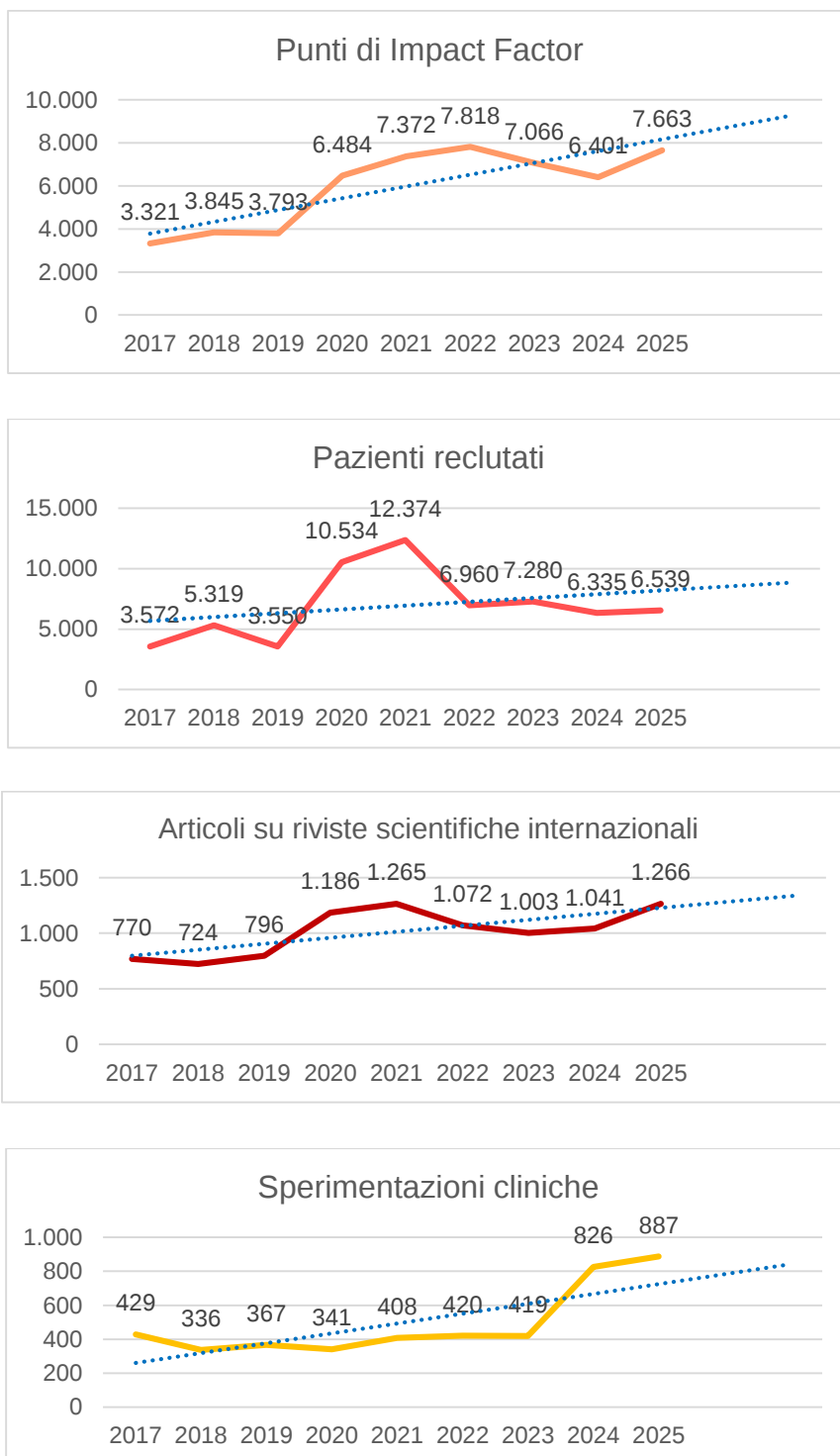
Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

Andamento di alcuni indicatori caratterizzanti l'attività di ricerca svolta presso la Fondazione (anni 2017-2025).

Per quanto riguarda il numero dei pazienti reclutati nel 2025, i dati si riferiscono alla ricerca corrente oggetto di rendicontazione ministeriale. Complessivamente, risultano 49.041 pazienti reclutati (di cui: 1.017 per Trials Clinici Interventistici e 41.708 in programmi multicentrici osservazionali).



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 2025 (Decreto DG n. 1653 del 19/12/2024).

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). Nel 2025 sono presenti anche donazioni da donatori anonimi. Le donazioni riguardano sia somme di denaro (contributi all'assistenza e alla ricerca) che beni mobili (principalmente apparecchiature e dispositivi sanitari). Nel 2025 sono state effettuate anche due donazioni promissorie per abbellimento locali.



Donazioni accettate con Delibera CdA nel 2025							
N. donazioni effettuate	N. donazioni suddivise per tipologia donante					Oggetto donazione	Valore complessivo delle donazioni (Euro)
	Persone fisiche	Associazioni	Imprese	Enti	Anonimo		
44	32	3	8	1	0	Contributo assistenza	89.836,00 €
71	61	5	5	0	0	Contributo ricerca	75.008,00 €
27	1	15	0	1	10	Beni mobili	240.748,30 €
2	0	2	0	0	0	Donazione promissoria (abbellimento locali)	52.208,00 €

Totale	Totale	Totale	Totale	Totale	Totale
144	94	25	13	2	10

Totale
457.800,30 €





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 contemplano le aree di attività secondo una gerarchia che parte dall'ambito prioritario, corrispondente alla *mission* dell'organizzazione (la soddisfazione dei bisogni di salute), cui seguono altri ambiti strumentali al principale (organizzazione, processi, qualità, output, input, ecc.).

La performance viene misurata a livello complessivo aziendale rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali, prioritariamente derivati dagli obiettivi strategici regionali, sui quali viene valutata la Direzione Generale, a livello di singola 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

Nel corso del 2025 la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo ha perseguito con continuità gli obiettivi strategici, organizzativi, infrastrutturali e di integrazione tra assistenza e ricerca, conseguendo risultati significativi che hanno contribuito al rafforzamento del ruolo dell'Istituto quale polo di riferimento regionale e nazionale. Le attività realizzate hanno interessato ambiti di elevata rilevanza istituzionale, con impatti concreti sull'organizzazione aziendale, sulle reti cliniche, sull'innovazione tecnologica, sugli investimenti strutturali e sul consolidamento della missione di ricerca.

1. Attivazione del Centro Regionale Malattie Infettive (CeReMI)

Nel 2025 è stato completato il percorso di attivazione del Centro Regionale Malattie Infettive (CeReMI), costituito come Dipartimento Funzionale Interaziendale tra la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo e l'ASST Fatebenefratelli Sacco. L'attività ha richiesto un articolato percorso di confronto con Regione Lombardia e con i soggetti coinvolti, finalizzato alla definizione dell'assetto organizzativo, delle responsabilità scientifiche e gestionali e delle modalità operative del nuovo Centro.

Il risultato raggiunto ha consentito alla Fondazione di assumere un ruolo centrale nella rete regionale dedicata alla prevenzione, alla sorveglianza epidemiologica, alla gestione delle emergenze infettivologiche e allo sviluppo della ricerca nel settore delle malattie infettive. L'attivazione del CeReMI è stata inoltre accompagnata dall'assegnazione di specifiche risorse economiche pluriennali finalizzate allo sviluppo delle attività assistenziali, scientifiche e organizzative.

2. Sviluppo del modello HUB e SPOKE

La Fondazione ha consolidato nel 2025 il proprio ruolo di HUB di riferimento per i territori di Pavia, Lodi e Crema attraverso l'avvio di un sistema strutturato di collaborazione con ATS e ASST territoriali.



L'attività svolta ha portato alla formalizzazione di accordi e progettualità condivise in numerosi ambiti specialistici, tra cui pediatria, neonatologia, pneumologia, chirurgia toracica, radiodiagnostica, anestesia e rianimazione. Sono stati inoltre sviluppati accordi quadro per la migliore gestione del personale e per la costruzione di percorsi assistenziali integrati.

L'azione realizzata ha consentito di rafforzare l'integrazione tra le strutture della rete sanitaria, favorendo la diffusione delle competenze specialistiche del San Matteo e creando le condizioni per una progressiva estensione dei modelli collaborativi multidisciplinari a livello territoriale.

3. Potenziamento della chirurgia robotica

Nel 2025 la chirurgia robotica ha registrato una significativa crescita dell'attività assistenziale e tecnologica. Gli interventi effettuati sono passati da 380 procedure nel 2024 a 519 procedure nel 2025, con un incremento di 139 interventi pari a circa il 37%.

Il risultato è stato reso possibile dall'ampliamento dell'utilizzo delle piattaforme robotiche disponibili, dall'introduzione e dal pieno impiego del sistema Versius e dall'incremento dell'attività svolta attraverso il sistema Da Vinci Xi. L'espansione della chirurgia robotica ha interessato in particolare le discipline di Urologia, Chirurgia Generale, Chirurgia Toracica e Ginecologia.

La crescita registrata conferma la capacità della Fondazione di investire nell'innovazione tecnologica e di consolidare il proprio posizionamento quale centro di riferimento regionale per la chirurgia ad elevata complessità.

4. Sviluppo dei percorsi oncologici integrati ospedale-territorio

Nel corso del 2025 la Fondazione ha partecipato al progetto pilota regionale dedicato alla realizzazione di percorsi oncologici integrati tra ospedale e territorio.

L'attività ha consentito di sviluppare modelli innovativi di presa in carico dei pazienti oncologici attraverso il coinvolgimento delle Case della Comunità e degli Infermieri di Famiglia e Comunità. Sono stati definiti percorsi condivisi tra professionisti ospedalieri e territoriali, favorendo la continuità assistenziale e l'erogazione di servizi di prossimità.



La sperimentazione ha portato all'arruolamento di 26 pazienti, di cui 16 affetti da neoplasia mammaria e 10 da neoplasia del colon, presi in carico presso le Case della Comunità di Vigevano, Casorate Primo e Broni. L'esperienza ha rappresentato un importante laboratorio organizzativo per la definizione di nuovi modelli di integrazione ospedale-territorio.

5. Attuazione dell'aggiornamento del POAS

Nel 2025 è stata assicurata l'attuazione dell'aggiornamento del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico, con il conseguente adeguamento dei processi organizzativi, dei sistemi informativi e degli strumenti di gestione aziendale.

L'attività ha riguardato l'aggiornamento dei centri di costo, della contabilità analitica, degli applicativi per la gestione delle risorse umane e degli strumenti di comunicazione istituzionale. Contestualmente è stato avviato il processo di adeguamento degli assetti organizzativi e dipartimentali previsti dal nuovo modello aziendale.

Particolare rilievo ha assunto l'attuazione delle procedure di conferimento degli incarichi di direzione e responsabilità delle strutture organizzative, che ha consentito di completare la messa a regime del nuovo assetto organizzativo e di garantire la piena operatività delle strutture aziendali.

6. Governance e monitoraggio dei progetti PNRR

Nel corso del 2025 la Fondazione ha assicurato il presidio delle progettualità finanziate nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, attraverso una costante attività di coordinamento, monitoraggio e rendicontazione.

Le attività hanno riguardato gli interventi relativi alle Case di Comunità di Pavia e Belgioioso, all'Ospedale di Comunità di Belgioioso, alle grandi apparecchiature sanitarie e ai progetti di digitalizzazione.

È stato inoltre rafforzato il sistema interno dei controlli mediante l'aggiornamento del Gruppo di Lavoro dedicato alle verifiche sui progetti PNRR, con l'obiettivo di garantire il monitoraggio continuo dello stato di avanzamento, della documentazione amministrativa e degli adempimenti previsti dai livelli istituzionali competenti.



7. Realizzazione del nuovo sito istituzionale

Nel 2025 è stato completato il progetto di rinnovamento del sito web istituzionale della Fondazione.

L'intervento ha comportato la revisione complessiva dell'architettura informativa, l'aggiornamento dei contenuti, il miglioramento dell'accessibilità e l'implementazione di nuove funzionalità orientate a cittadini, utenti e stakeholder.

Il progetto è stato sviluppato attraverso un articolato percorso di pianificazione che ha coinvolto i Sistemi Informativi, l'Ufficio Comunicazione e la Direzione Generale. Il nuovo portale rappresenta uno strumento fondamentale per il rafforzamento della trasparenza, della comunicazione istituzionale e della reputazione dell'Ente.

8. Sviluppo del progetto High Level Isolation Unit (HLIU)

Nel 2025 sono stati compiuti rilevanti avanzamenti nel progetto High Level Isolation Unit (HLIU), destinato alla realizzazione di un'infrastruttura ad alto biocontenimento per la gestione delle malattie infettive ad elevata contagiosità.

L'attività ha consentito di completare il percorso di approvazione del progetto definitivo e di consolidare la governance dell'intervento attraverso il coinvolgimento di Regione Lombardia, ENI e dei soggetti tecnici incaricati della progettazione.

Il progetto prevede la realizzazione di un reparto altamente specializzato comprensivo di aree di degenza BSL3 e BSL4, laboratorio BSL4, percorsi dedicati di accesso e trasporto dei pazienti e nuove aree per l'accoglienza protetta. L'intervento rappresenta una delle più significative iniziative di sviluppo infrastrutturale nel settore delle malattie infettive a livello nazionale.

9. Predisposizione del Documento di Indirizzo alla Progettazione (DIP)

Nel corso del 2025 è stato completato il Documento di Indirizzo alla Progettazione relativo al programma di investimenti finanziato per complessivi 96,6 milioni di euro destinati alla riqualificazione e alla messa in sicurezza del patrimonio edilizio della Fondazione.



Il documento individua un ampio programma di interventi finalizzati all'adeguamento sismico e antincendio, alla riqualificazione impiantistica e alla riorganizzazione funzionale di numerosi padiglioni ospedalieri.

L'investimento interesserà circa 19.730 metri quadrati di superfici da riqualificare, oltre a circa 2.440 metri quadrati di nuove costruzioni, con l'obiettivo di incrementare significativamente il livello di sicurezza e conformità normativa delle strutture sanitarie e di sostenere lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi e assistenziali.

10. Integrazione tra assistenza e ricerca nel modello IRCCS

Nel 2025 la Fondazione ha rafforzato il percorso di integrazione tra attività assistenziale e attività di ricerca, valorizzando uno degli elementi distintivi della missione istituzionale dell'IRCCS.

L'attività ha portato alla definizione di linee strategiche condivise tra Direzione Generale e Direzione Scientifica orientate a favorire la ricerca traslazionale, la multidisciplinarietà, l'innovazione organizzativa e l'utilizzo integrato delle infrastrutture scientifiche.

Particolare attenzione è stata posta allo sviluppo di modelli di governance condivisa, all'allineamento tra Piano Triennale della Ricerca e bisogni assistenziali, al rafforzamento delle biobanche e delle piattaforme di gestione dei dati clinici e scientifici, nonché alla valorizzazione delle competenze professionali dedicate alla ricerca.

Considerazioni finali

I risultati conseguiti nel 2025 evidenziano una performance complessivamente positiva della Fondazione, caratterizzata dal raggiungimento di obiettivi strategici di elevato valore istituzionale e organizzativo. Le attività realizzate hanno rafforzato il ruolo della Fondazione quale IRCCS di riferimento regionale e nazionale, favorendo lo sviluppo delle reti cliniche, il potenziamento dell'innovazione tecnologica, l'avanzamento degli investimenti infrastrutturali, il miglioramento dei modelli organizzativi e il consolidamento dell'integrazione tra assistenza e ricerca, generando le condizioni per un ulteriore sviluppo dell'Istituto negli anni successivi.





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

Equilibrio economico finanziario

Dati ed informazioni del capitolo sono tratti dai contenuti del Bilancio di Esercizio 2025 (BES 2025), approvato con Deliberazione CdA n. 12 del 29/04/2026 e trasmesso a Regione Lombardia per approvazione. Al momento della redazione della presente Relazione, la Fondazione IRCCS ha ricevuto gli esiti dell'istruttoria regionale sul BES 2025 (nota Prot. A1.2026.0461157 del 03/06/2026), con parere favorevole con prescrizioni a cui fornire riscontro entro il 30 settembre 2026, senza l'obbligo di redazione di una nuova versione del bilancio d'esercizio 2025.

Il bilancio d'esercizio 2025 espone un risultato in pareggio.

La tabella seguente espone il livello dei ricavi, relativo al sezionale assistenza, dell'anno 2025 rispetto al 2024.

Ricavi	Anno 2024 (*)	Anno 2025 (*)	Differenza (*)
DRG	175.943	186.350	10.407
Funzioni non tariffate	19.832	20.166	335
Ambulatoriale	60.342	65.446	5.104
Screening	677	692	15
Entrate proprie	17.443	17.763	320
Libera professione	9.160	8.717	-443
File F	76.366	79.685	3.318
Contributo PSSR	45.000	54.555	9.555
Utilizzi contributi esercizi precedenti	3.398	4.298	900
Altri contributi da Regione	38.970	38.075	-894
Altri contributi	7.397	12.136	4.739
Proventi finanziari e straordinari	5.446	5.132	-314
Prestazioni sanitarie	12.870	12.942	72
Rettifiche altri contributi da Regione	5	645	640
Rettifiche altri contributi	284	951	667
Totale	472.554	504.361	31.807

(*) Valori espressi in migliaia di euro (€/000).

I dati di produzione DRG 2025, pari a €186 milioni, coincidono con l'assegnazione ricevuta con decreto regionale, che comprende la quota di mobilità attiva extraregionale



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

assegnata a Regione Lombardia nell'ambito del riparto del Fondo Sanitario indistinto 2025, per un ammontare di €8,7 milioni. L'aumento registrato rispetto al 2024, pari a +€10,4 milioni, è riconducibile all'aumento dei ricoveri verso pazienti fuori regione per complessivi €10,3 milioni che, al netto di quanto sopra evidenziato con riferimento al riparto mobilità FSN, evidenzia ancora un aumento di €1,6 milioni. In lieve aumento anche i ricoveri verso pazienti regionali per +€178 migliaia e la quota di maggiorazioni tariffarie per +€73 migliaia. In modesta riduzione i ricoveri per stranieri comunitari ed extracomunitari, per complessivi -€160 migliaia. Il contratto definito con l'ATS di Pavia (€158.000.000 incluso fuori regione e stranieri) è stato pienamente raggiunto a fine anno, raggiungendo un livello di produzione al netto di maggiorazioni tariffarie e rimessa mobilità regionale di €158.301.922.

In termini numerici, nel 2025 si registra una riduzione del numero dei ricoveri del -0,6% (-224 casi) rispetto al 2024 su cui pesano i 3 giorni lavorativi in meno e la chiusura delle due sale angiografiche per lavori di sostituzione.

In termini di valorizzazione di produzione lorda si registra invece un incremento sul 2024, di circa 1 milione, pari a +0,6%, legato all'aumento della complessità clinica dei casi trattati, che caratterizza il ruolo di "HUB" del San Matteo. Classificando i ricoveri per APR si evidenzia l'aumento nel settore cardiologico degli interventi con utilizzo di valvole cardiache (+73 casi; +€2.012 migliaia rispetto al 2024), impianto di defibrillatori +33 casi +€980 migliaia, e, nel settore onco-ematologico, dei trapianti di midollo osseo (+17 casi; +€563 migliaia rispetto al 2024), oltre a +40 interventi toracici, + 8 trapianti di rene. I Drg che evidenziano le maggiori riduzioni sono invece riconducibili a Edema polmonare e insufficienza respiratoria (-159 casi, -€820 migliaia), Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con IMA (-60 casi -€624 migliaia), Parto vaginale (-221 casi -€509 migliaia) e Interventi su anca e femore eccetto sostituzione di articolazione per trauma (-60 casi, -€507 migliaia). Il tasso di occupazione delle sale operatorie è sostanzialmente allineato all'anno precedente.

Le funzioni non tariffate, pari a €20.166 migliaia sul BES 2025, registrano un aumento di €335 migliaia rispetto al 2024. L'assegnazione include prevalentemente il riconoscimento per il funzionamento della rete di emergenza urgenza (pronto soccorso) e la funzione di ricerca.



L'attività ambulatoriale, incluso screening, pari a €66.139 migliaia, coincide con l'assegnazione ricevuta con decreto regionale. L'aumento registrato rispetto al 2024, pari a +€5.119 migliaia, è riconducibile ad attività per lombardi per +€4.404, verso pazienti fuori regione e stranieri +€704 migliaia. Il contratto definito con l'ATS di Pavia (€ 62.000.000) è stato oggetto di revisione nel mese di dicembre concordando un aumento €3 milioni. Rispetto a tale limite, si conferma un pieno raggiungimento a fine anno, raggiungendo un livello di produzione del 101,8%.

In termini di produzione lorda, si evidenzia un aumento delle prestazioni erogate rispetto al 2024 di circa +€4.215 mila, pari al +6,2%. I maggiori aumenti, oltre all'effetto tariffe del nuovo NTR di circa 1%, in termini di valorizzazione, si rilevano per prestazioni ematologiche di Genetica/citogenetica (+€1.000 migliaia), Radioterapia (+€958 migliaia), Oculistica (+€520 migliaia), le radiologie (+€555 migliaia), la Biochimica (+€475 migliaia). Si evidenzia, per le prestazioni di laboratorio, a fronte di un lieve aumento di Chimico clinica (+€144 migliaia), la riduzione della valorizzazione di prestazioni di microbiologia (-€453 migliaia, pari al -12%) per effetto delle nuove tariffe.

Le Entrate proprie sono pari ad €17.763 migliaia nel BES 2025, con un aumento rispetto al 2024 di €320 migliaia. L'aumento è legato agli incassi per rimborsi assicurativi per €742migliaia di cui il principale (€ 705 migliaia) è relativo a FARO (in liquidazione) per la seconda tranche di ripartizione, nonché al rimborso delle utenze verso l'Università di Pavia per l'attivazione del Campus universitario per +€325 migliaia; si evidenzia inoltre un aumento dei ticket su prestazioni di specialistica ambulatoriale di €170 migliaia. Tali valori risultano compensati da una diminuzione di -€585 mila delle prestazioni non sanitarie (di cui € 378 migliaia legate alla rendicontazione dei costi indiretti del Servizio Psichiatria verso l'ASST di Pavia) e da -€349 migliaia per rimborsi cessione sangue ed emocomponenti da aziende intercompany.

I ricavi per l'attività di libera professione, pari a €8.717 migliaia sul BES 2025, registrano una riduzione di -€443 migliaia rispetto al BES 2024. L'analisi delle voci che compongono il bilancio della libera professione evidenzia la riduzione dell'attività di ricovero per -€207 migliaia e dell'ambulatoriale di -€258 migliaia, mentre l'attività di consulenza svolta fuori orario di servizio in regime di convenzione con altre aziende sanitarie rimane sostanzialmente in linea. 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 €79.685 migliaia sul BES 2025, hanno registrato un aumento di €3.318 migliaia rispetto alla produzione 2024. Gli aumenti rispetto al BES2024 sono concentrati sui farmaci oncologici (+€2,9 milioni) e per malattie rare di pertinenza reumatologica (+€535 migliaia). In particolare, si segnala l'incremento di €1.310 migliaia per l'utilizzo del DARATUMAMAB per il trattamento del mieloma multiplo e l'amiloidosi, di +€873 migliaia per il TAFAMIDIS, utilizzato per particolari forme di amiloidosi cardiaca, di +€551 migliaia per ILARIS- CA-NAKINUMAB utilizzato per le malattie autoinfiammatorie rare, di +€495 migliaia per il PHESGO (PERTUZU-MAB+TRASTUZUMAB) utilizzato per carcinoma mammario, di +€424 migliaia per CABLIVI, utilizzato per il trattamento di porpora trombotica trombocitopenica.

I consumi di File F includono anche quelli derivanti dai farmaci innovativi acquistati per le strutture private, pari a €1,7 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 €4.298 migliaia, e, per la quota di utilizzi regionali, riguarda prevalentemente l'utilizzo delle risorse finalizzate al recupero liste d'attesa. La voce include anche le risorse a gestione diretta, pari a €2.927 migliaia, riconducibili prevalentemente all'attività di sperimentazione farmaci finanziata con risorse incassate negli anni precedenti.

Utilizzo contributi vincolati di esercizi precedenti	Anno 2024 (*)	Anno 2025 (*)	Differenza (*)
Da Regione	1.268	273	-1.268
Prestazioni Orarie Aggiuntive (Q23)		86	86
Recupero Liste d'Attesa (Q23)		144	144
Centro Regionale Malattie Infettive – Ceremi - (risorse Panflu)		42	42
Assunzioni Personale Dipendente PANFLU (2021/2023) Quota 2023	1.216		-1.216
PRESTAZIONI IRCCS A PAZIENTI IN MOBILITA' ATTIVA L.178/2020 ART.1 C.496	52		-52
Da altri – contributi pubblici	98	1.098	999
Da altri – contributi da privati	2.031	2.927	896
Totale	3.398	4.298	627

(*) Valori espressi in migliaia di euro (€/000).



I contributi regionali, ammontano a €38.075 migliaia sul BES 2025 e subiscono una riduzione di -€894 migliaia, come indicato di seguito.

Altri contributi da Regione	Anno 2024 (*)	Anno 2025 (*)	Differenza (*)
Rinnovi contrattuali	5.187	4.402	-785
Storicizzazione costi anni precedenti	18.213	18.213	0
Incremento tariffa oraria medici	878	1.328	450
Incremento tariffa oraria infermieri	563	693	130
Fondi contrattuali dirigenza medica	661	851	189
Stabilizzazione del personale del SSN	771	774	3
Terapie Intensive - Risorse Art 2 DL34/2020 (L. 77/2020)	4.734	4.734	0
Quote INAIL	34	35	1
Fondo per prestazioni di alta specialità degli IRCCS per pazienti extraregionali	897	1.021	123
Acquisto vaccini Piano Naz Prev Vaccinale	10	14	4
RAR (compreso oneri ed Irap)	1.740	2.099	359
Accantonamento franchigie/SIR	2.682	1.881	-801
Sorveglianza e profilassi malattie infettive	144	164	21
Ricoveri Cittadini Extracomunitari Coopint	2	2	0
Sorveglianza Delle Sindromi Respiratorie	137		-137
Farmaci Rsv (Virus Respiratorio Sinciziale)	154		-154
Corsi AIDS	168	129	-39
Fleet management	1.006	1.118	112
Studio per l'applicazione dell'Intelligenza Artificiale in sanità	0	60	60
Formazione in ambito ostetrico dei professionisti sanitari	0	3	3
Continuità assistenziale ostetrica	0	47	47
Progetto Ccm 2023 Infezioni Neonatali Gravi Da Enterovirus In Italia	497		-497
Esacri	492	504	12
Screening LAB-Prestazioni ambulatoriali (extra LEA)	-	1,394	1,394
Esenzione ticket cod. bianco Forze Armate (extra LEA)	-	0,284	0,284
Screening DNA fetale non invasivo da sangue materno (extra LEA)	-	3,076	3,076
Altri contributi da Regione	38.970	38.075	-894

(*) Valori espressi in migliaia di euro (€/000).



Il contributo PSSR, pari a €54,5 milioni sul BES 2025, presenta un aumento di €9,5 milioni.

La voce Altri contributi per €12.136 migliaia accoglie i contributi assegnati nell'anno, relativi prevalentemente all'attività di sperimentazione clinica (€5.337 migliaia), anche no-profit (€257 migliaia), ai redditi da patrimonio (€1.708 migliaia), ai contributi AIFA (€4.353 migliaia, fra cui si segnala in particolare un contributo AIFA per €4.180 milioni per terapia genica CASGEVY). Inoltre, risultano anche € 147 migliaia per donazioni ricevute oltre che € 328 migliaia per contributi ricevuti da Ats-Asst-Fondazioni della Regione e che sono tutti rilevati sulla base della necessaria documentazione giustificativa (atti ufficiali/ fatture emesse).

I proventi straordinari, pari ad €5.132 migliaia, include una sopravvenienza attiva per €1.188 migliaia connessa alla copertura della svalutazione dell'immobilizzazione in corso "Palazzina Uffici", una sopravvenienza per quote F.S.N. vincolato per €3.491 migliaia relativa all'assegnazione da Ministero della Salute (D.Min.Salute 30/12/25 n.480) per la numerosità dei trapianti pediatrici di tipo allogenico, prestazioni sanitarie intercompany relative all'anno precedente per €6 migliaia, sopravvenienze per €248 migliaia in esito alla definizione transattiva della controversia con la ditta AUTHENTICA SPA – Servizio di ristorazione (DG 1284/2025), nonché €167 migliaia legate allo stralcio di partite debitorie pregresse approvato con decreto DG n. 167/2025, per il quale è stato acquisito parere positivo da parte del Collegio Sindacale. I proventi finanziari sono relativi a interessi attivi calcolati su rimborsi da dipendenti per €29 migliaia, per rateizzazione di somme dovute.

Le prestazioni sanitarie, pari a €12.942 migliaia sul BES 2025, registrano un aumento di €72 migliaia, riconducibile all'aumento ai subacuti per +€228 migliaia, alle altre prestazioni sanitarie per +€198 migliaia, a fronte di riduzione per farmaci in doppio canale (File F tip. 6) per -€314 migliaia e per cure palliative per -€35 migliaia.

La tabella seguente espone il livello dei costi relativo al sezionale assistenza dell'anno 2025 rispetto al 2024.



Costi	Anno 2024 (*)	Anno 2025 (*)	Differenza (*)
Personale	173.868	188.955	15.087
IRAP personale dipendente	12.029	12.608	579
Libera professione	6.935	6.668	-267
Beni e Servizi	239.908	257.906	17.998
Ammortamenti	6.088	5.741	-347
Altri costi	10.468	12.481	2.013
Accantonamenti dell'esercizio	20.081	18.936	-1.145
Oneri finanziari e straordinari	3.177	1.066	-2.112
Totale	472.554	504.361	31.807

(*) Valori espressi in migliaia di euro (€/000).

Il costo del personale (escluso IRAP), pari a €188.955 migliaia, risulta coerente con l'assegnazione delle risorse ricevuta con decreto regionale. La voce registra un aumento rispetto al 2024 (+€15.087 migliaia) riconducibile all'arruolamento del personale assunto nell'ultima parte dell'anno 2024 e nel primo semestre del 2025, autorizzato nel PTFP 2024–2026 e successivamente confermato nel PTFP 2025–2027, per €3,2 milioni e alle risorse derivanti dalle applicazioni contrattuali (rinnovi CCNL) e per il finanziamento delle assunzioni stabili (DL 34/2020, legge 234/2021 e DL 73/2021) e variabili (DL 35/2019) per €11,8 milioni.

La voce "beni e servizi", pari a €257.906 migliaia sul BES 2025, subisce un aumento di +€17.998 migliaia rispetto al BES 2024 che, al netto dei costi finanziati da specifici contributi non previsti in BPE, equivale ad un aumento di €13.181 migliaia. La voce, al netto dei costi finanziati da contributi di terzi, presenta quindi il seguente andamento.

	BES 2024 netto (*)	BES 2025 netto (*)	Differenza (*)
Beni sanitari (BS)	25.671	27.625	1.955
Dispositivi medici (DM)	53.894	58.702	4.808
Altri beni e servizi (ABS)	64.139	67.555	3.415
Collaborazioni, comandi, interinali (COLL)	4.603	5.097	494
Subtotale beni e servizi	148.307	158.979	10.672
File F e doppio canale	85.748	88.742	2.993
Assicurazione	3.271	2.786	-485
Beni e servizi	237.326	250.507	13.181

(*) Valori espressi in migliaia di euro (€/000).



Il dettaglio della voce “beni e servizi” vede quanto segue.

- Beni sanitari (€27.625 migliaia): nell'esercizio 2025 si è registrato un aumento dei beni sanitari di +€1.955 migliaia, di cui +€1.029 migliaia per farmaci, +€909 per ossigeno, +€389 migliaia per prodotti chimici, e +€231 migliaia per altri beni sanitari, parzialmente compensato da riduzione di -€338 migliaia per emoderivati e -€265 migliaia per sangue ed emocomponenti.

Gli aumenti di farmaci sono legati principalmente all'incidenza di terapie innovative ad alto costo in ematologia e reumatologia che richiedono la prima somministrazione in regime di ricovero, nonché alcuni casi particolari di degenza ad alto costo in ematologia. L'aumento per gas medicali è legato all'attivazione della nuova gara, gli aumenti sui prodotti chimici sono legati all'introduzione, nel corso del 2024, di nuovi diagnostici, mentre gli aumenti per altri beni sanitari sono legati alle prestazioni per elettrofisiologia.

Si segnala nel primo semestre del 2025 la somministrazione di TERAPIA GENICA CASGEVY (Vertex) per €4.180 milioni su pazienti autorizzati da AIFA, a seguito dell'individuazione del San Matteo quale centro somministratore, garantendo altresì la copertura dei costi grazie al cosiddetto “fondo 5%”.

- Dispositivi medici (€58.702 migliaia), registrano un aumento di +€4.808 migliaia rispetto al BES 2024, riconducibile a materiali diagnostici (CND W) per +€1.671 migliaia, legati alla diagnostica automatizzata per estrazione e amplificazione di dna/rna e ai reagenti per analisi molecolari mediante tecnologia next generation sequencing (NGS), ad accessori apparecchiature (CND Z) per +€366 migliaia, a dispositivi legati al progressivo spostamento verso attività ad alto costo (protesi, tavi, mitraclip, stimolatori DBS, protesi vascolari, robotica, ai service di emodinamica, impianti di Lvad, che confluiscono in Dispositivi per apparato Cardiocircolatorio CND C (+€1.124 migliaia), ai dispositivi impiantabili CND J (+€775 migliaia) e CND P (+€246 migliaia), oltre ad aumenti generalizzati in relazione all'incremento della casistica dei ricoveri per circa +€900 migliaia. Tali incrementi sono parzialmente compensati da riduzione di Dispositivi medici con repertorio e senza CND (tipo2, kit) (-€138 migliaia) e Dispositivi medici: Cnd T - Dispositivi di protezione e ausili per incontinenza (-€184 migliaia).



● Altri beni e servizi (€67.555 migliaia): la voce registra un aumento di spesa di +€3.415 rispetto all'anno precedente. I maggiori scostamenti riguardano l'andamento dei costi energetici, ma si evidenziano anche scostamenti per noleggi, in relazione a contratti partiti nel corso del 2024, che incidono maggiormente nel 2025 (in particolare, Sistema esoscopico 3D per SC Otorinolaringoiatria e Sistema robotico Versius, trasferito da ASST Santi Paolo e Carlo) e a nuove gare per service che impattano sui canoni di noleggio, servizi sanitari legati sorveglianza sanitaria e al service di emogas e trasporti sanitari, nonché a servizi non sanitari appaltati, in particolare ristorazione, smaltimento rifiuti, vigilanza, per vigilanza antincendio e gestione centrale termica (per le ultime fattispecie, si tratta di servizi avviati durante il 2024), oltre ad acquisizione di un servizio di consulenza per l'implementazione di un sistema BIM-Building Information Modeling. Tali aumenti sono parzialmente compensati da riduzione di costi per manutenzioni.

Più in dettaglio, gli aumenti rispetto al Consuntivo 2024 sono da riferirsi ad utenze per riscaldamento ed elettricità per +€1.014 migliaia, a noleggi, in prevalenza sanitari, per +€1.155 migliaia, servizi sanitari complessivamente per +€176 migliaia, servizi non sanitari appaltati complessivamente per +€1.045 migliaia per cui gli aumenti maggiori riguardano mensa degenti (+€387 migliaia) e servizio di smaltimento rifiuti (+€421 migliaia), altri servizi non sanitari per +€427 migliaia. In riduzione le manutenzioni su mobili e macchine -€301 migliaia e le manutenzioni su apparecchiature sanitarie per -€324 migliaia.

● Collaborazioni (€5.097 migliaia): la voce espone un aumento di +€494 migliaia rispetto al BES 2024, legato a consulenze sanitarie da privato (+€323 migliaia) e costo personale interinale, in prevalenza sanitario (+€254 migliaia) parzialmente compensati da riduzione di costi per collaborazioni coordinate e continuative sanitarie (-€83 migliaia).

● File F e doppio canale (€88.742 migliaia): registra un aumento di +€2.993 migliaia rispetto al BES 2024, riconducibile per +€3.288 mila al file F "tradizionale" e a una riduzione di -€295 mila ai farmaci in doppio canale (tip. 6).

● Assicurazione (€2.786 migliaia): la voce, relativa al premio assicurativo, risulta in riduzione di -€485 rispetto al BES 2024.



La voce "Ammortamenti", pari a €5.741 migliaia sul BES 2025, risulta in riduzione di -€347 migliaia rispetto al BES 2024 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 €12.481 migliaia, risulta in aumento di +€2.013 migliaia rispetto al BES 2024, essenzialmente in relazione alla svalutazione dell'immobilizzazioni materiali in corso "Palazzina Uffici" (€1.188 migliaia) e all'integrazione prudenziale del fondo svalutazione crediti (+€856 migliaia). In aumento anche l'attività di consulenza in area a pagamento per +€211 migliaia, i rimborsi spese agli organi societari e direttivi per +€129 migliaia, di imposte e tasse e ires per +€114 migliaia, a fronte di una riduzione di costo per personale universitario per -€74 migliaia e irap per personale non dipendente per -€40 migliaia.

Gli accantonamenti di periodo, pari a €18.936 migliaia, includono l'accantonamento per franchigia assicurativa per €2.586 migliaia, l'accantonamento per quote inutilizzate contributi vincolati dell'esercizio da Regione per quota FSR Vincolato per €3.492 migliaia (contributo Ministero Salute per trapianti allogenici pediatrici), l'accantonamento a quote inutilizzate di altri contributi per €7.241 migliaia, l'accantonamento ai sensi del decreto Balduzzi per €391 migliaia e perequativa per €593 migliaia, rinnovi contrattuali per €4.402 migliaia e funzioni tecniche per €231 migliaia.

Gli oneri finanziari e straordinari, pari a €1.066 migliaia sul BES 2025, sono riconducibili agli interessi passivi su mutui per €495 migliaia e a sopravvenienze passive per €570 migliaia. In particolare, le sopravvenienze passive includono € 75 migliaia per fatture relative ad anni precedenti verso aziende intercompany, €206 migliaia per accordo transattivo per contenzioso nell'ambito del servizio di lavanolo, €34 migliaia per congruagli prezzi appalto smaltimento rifiuti, €35 migliaia per stralcio utenze anno 2024 dell'Università di Pavia per Clinica Odontoiatrica, €45 migliaia per indennità anni pregressi per compenso consigliere CDA in quiescenza, nonché arretrati di prestazioni sanitarie da privati e da aziende fuori Regione. Si registrano inoltre € 71 migliaia per insussistenze passive per Fatture da Emettere anni precedenti non più fatturabili o già fatturate.



Sezionale ricerca

Il bilancio del sezionale della ricerca espone un risultato in pareggio. La tabella seguente presenta il livello dei ricavi dell'anno 2025 rispetto al 2024.

	BES 2024	BES 2025	Differenza
Utilizzi contributi esercizi precedenti	13.685.705	19.550.379	5.864.674
Altri contributi	33.404.366	19.823.701	-13.580.665
Proventi finanziari e straordinari	0	20.000	20.000
Totale	47.090.071	39.394.080	-7.695.991

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 € 19.551 migliaia sul BES 2025. La voce, movimentata in corso d'anno solo a fronte della manifestazione dei costi afferenti i singoli progetti di ricerca, vede un aumento di €5,8 milioni legato allo svolgimento delle progettualità nel corso del 2025 finanziate con contributi assegnati nel 2024.

La voce "altri contributi" ammonta ad €19.824 migliaia sul BES 2025, riconducibile alle assegnazioni di ricerca, risulta in riduzione di -€13,5 milioni rispetto l'anno precedente, che era stato caratterizzato dall'assegnazione di un progetto di ricerca da parte della Commissione Europea di circa 8 milioni di euro.

Nel 2025 la voce include sia l'assegnazione di ricerca corrente per circa €3,5 milioni (-€353 mila rispetto al 2024), sia le assegnazioni dei contributi di ricerca finalizzata per €17,8 milioni. Tra questi si segnala:

- i contributi assegnati dal Ministero della Salute per €11,6 milioni, che includono prevalentemente il contributo di €7 milioni sono legati al contributo finalizzato per BIBLIOSAN, necessario al funzionamento del sistema in rete delle biblioteche degli enti di ricerca biomedici italiani voluto dal Ministero della Salute e il contributo finalizzato al finanziamento della Piramide della ricerca (€ 3,8 milioni);



- contributi da vari Enti pubblici per €3,8 milioni, riconducibili al funzionamento del Bibliosan (circa €2 milioni) e all'assegnazione di ricerche finalizzate, tra cui il progetto "FUNGAL GENOMICS AND ANTAGONISTIC COMMUNITY INTERACTIONS, (FUGACI)" per €490 mila, "FROM BED TO BENCH: THE WAY TO INNOVATION" per €400 mila e "MED4REPAIR - SMART ADVANCED MEDICAL DEVICES FOR TISSUE REPAIR" per €388 mila, oltre al contributo 5x1000 per €408 mila erogato dal MEF;
- contributi da enti privati per €2,3 milioni, riconducibili vari ai progetti di ricerca, tra cui: "INEQUALITY AND CANCER: INVESTIGATING ACCESS TO RESOURCES FOR PREVENTION AND TREATMENT (ICARE)" per €200 mila, "COLLABORATIVE PLATFORM OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE LEARNING FROM OMICS TECHNOLOGIES" per €457 mila, "PROGETTAZIONE, RICERCA E SVILUPPO SPERIMENTALE PER LA TERAPIA BNCT" per €252 mila, oltre che donazioni da vari soggetti.

	BES 2024	BES 2025	Differenza
Personale	5.975.770	6.025.002	49.232
IRAP personale dipendente	407.536	404.204	-3.332
Beni e Servizi	17.162.637	21.101.887	3.939.250
Altri costi	336.834	355.868	19.034
Accantonamenti dell'esercizio	23.197.201	11.484.124	-11.713.077
Oneri finanziari e straordinari	10.093	22.995	12.902
Totale	47.090.071	39.394.080	-7.695.991

Le voci legate al costo del personale (oltre IRAP), pari a €6.025 migliaia, subiscono un aumento di +€49 migliaia rispetto al BES 2024. La voce include costi per personale dipendente a tempo indeterminato per €1.212 migliaia e costi per personale del ruolo della ricerca (c.d. Piramide) per €4.813 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 31/12/2025, 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 €21.102 migliaia, risulta in aumento rispetto al BES 2024, registrando un incremento di costi per €3.939 migliaia, riconducibili in prevalenza ai contributi passivi erogati agli enti che collaborano ai progetti di ricerca per i quali la Fondazione risulta essere ente coordinatore.

La voce "Altri costi", pari a €355 migliaia, registra un modesto aumento di €19 mila rispetto al BES 2024.

Gli accantonamenti dell'esercizio, pari a €11.484 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 €6.391 migliaia;
- accantonamento per contributi assegnati da enti pubblici è €3.150 migliaia;
- accantonamento per contributi e donazioni effettuati da privati per €1.935 migliaia.

Gli oneri finanziari e straordinari, pari a €22 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 2025 rispetto al 2024.



	BES 2024	BES 2025	Differenza
Libera professione		1.257.055	1.257.055
Altri contributi	4.815.812	4.371.251	-444.561
Proventi finanziari e straordinari	168.210	41.546	-126.664
Rettifiche altri contributi	304	2.751	2.447
Totale Ricavi	4.983.718	5.667.101	683.383
Personale	2.954.557	3.152.729	198.172
IRAP personale dipendente	212.671	211.512	-1.159
Libera professione		1.257.055	1.257.055
Beni e Servizi	349.505	323.174	-26.331
Altri costi	1.466.985	722.631	-744.354
Totale Costi	4.983.718	5.667.101	683.383

Il bilancio del sezionale 118 evidenzia una riduzione del contributo assegnato pari a -€445 migliaia rispetto ad un aumento dei proventi per libera professione di +€1.257 migliaia relativo ai servizi di consulenza sanitaria in area pagamento (art. 91 c.2 lett. A CCNL 19/21 Dirigenza) in relazione alla modifica avvenuta a partire dal luglio 2025 della remunerazione dei turni fuori orario di servizio sui mezzi di soccorso - “Sistema Premiante” in seguito all’entrata in vigore della DGR n. 4677 del 7/7/25 “Determinazioni in merito alla collaborazione tra Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU) e gli enti sanitari pubblici per l’attività di emergenza urgenza extraospedaliera”. Dall’analisi del bilancio del sezionale 118 emerge un aumento di costi del personale per +€197 migliaia (considerando complessivamente Personale e IRAP), parzialmente compensato dalla riduzione di costi per beni e servizi (-€26 migliaia), e dalla riduzione del saldo positivo della gestione straordinaria (-€127 migliaia). La riduzione su altri costi è legata alla modifica di registrazione del costo per “Sistema premiante”, che come sopra evidenziato dal secondo semestre 2025 viene rilevato come costi di libera professione (Servizi di consulenza sanitaria in area pagamento (art. 91 c.2 lett. A CCNL 19/21 Dirigenza). Più in dettaglio si evidenziano i seguenti andamenti:

- costi del personale (escluso IRAP): la voce, pari a €3.153 migliaia sul BES 2025, registra uno scostamento di +€198 migliaia, legato a incremento del personale del comparto, maggior uso dei fondi contrattuali e applicazione CCNL Dirigenza;
- libera professione: la voce, pari a € 1.257 migliaia sul BES 2025, accoglie tali costi dal luglio 2025;



- beni e servizi: la voce, pari a €323 migliaia sul BES 2025, in lieve riduzione rispetto al costo 2024 (-€26 migliaia), è composta costi per beni sanitari (€91 migliaia), beni non sanitari (€2migliaia), servizi non sanitari (€103 migliaia), in prevalenza per utenze, ristorazione e rimborsi spese viaggio, formazione non esternalizzata da privato (€87 migliaia), manutenzioni (€39 migliaia) e noleggi (€1 migliaia);
- altri costi: la voce, pari a €723 migliaia (in riduzione di €744 migliaia rispetto al 2024), comprende il costo per turni fuori orario di servizio sui mezzi di soccorso – “Sistema Premiante” e relativa IRAP, che fino a giugno 2025 veniva rilevato fra i costi per Servizi di consulenza sanitaria in area pagamento (art. 55 c.2 CCNL) per poi confluire nei costi di libera professione.
- sopravvenienze attive: le sopravvenienze attive sono pari a € 44 migliaia, in riduzione di € 127 migliaia, rispetto al BES 2024, 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 2025 è caratterizzata da un aumento della liquidità di €18,867 milioni, dopo aver rimborsato mutui passivi per €4,8 milioni ed aver effettuato investimenti per €2,4 milioni.

La variazione rilevata nelle disponibilità liquide è legata prevalentemente alla diminuzione di crediti parte corrente v/ATS di Pavia.

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
Anno 2024	-36,8
I Trimestre 2025	-32,37
II Trimestre 2025	-28,05
III Trimestre 2025	-15,57
IV Trimestre 2025	-31,45
Totale anno 2025	-26,77

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 2025 si sono registrati pagamenti commerciali per €254 milioni, rilevando un aumento del 14,4% (+€32 milioni) rispetto all'anno 2024. 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 2026, sia in termini di stock del debito pagato che di tempestività dei pagamenti. Infatti, al 31 marzo 2026 sono stati effettuati pagamenti per un valore di €66,2 milioni confermando sempre il segno negativo nei tempi di pagamento, che raggiungono i -36 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 2026, 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 2025	229.279.188	24.262.505	274.287	7.525	278.523	254.102.029	16.159.908
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 2025 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 2025

924

FONDAZIONE POLICLINICO S. MATTEO - PV

		Valore netto al 31/12/2024	Valore netto al 31/12/2025	Valore netto al 31/12/2024	Valore netto al 31/12/2025
<u>Indicatori economici-gestionali</u>					
Indicatore 1:	Costi del personale	175.670.746	190.841.571	41,65%	43,07%
	Ricavi della gestione caratteristica	421.818.052	443.077.570		
Indicatore 2:	Costi per beni e servizi	254.717.455	276.347.347	60,39%	62,37%
	Ricavi della gestione caratteristica	421.818.052	443.077.570		
Sottoindicatore 2.1:	Acquisti di beni sanitari	165.079.195	182.522.006	39,14%	41,19%
	Ricavi della gestione caratteristica	421.818.052	443.077.570		
Sottoindicatore 2.1.1:	Farmaci ed emoderivati	100.552.180	113.352.394	23,84%	25,58%
	Ricavi della gestione caratteristica	421.818.052	443.077.570		
Sottoindicatore 2.1.2:	Materiali diagnostici	15.221.591	17.482.495	3,61%	3,95%
	Ricavi della gestione caratteristica	421.818.052	443.077.570		
Sottoindicatore 2.1.3:	Presidi chirurgici e materiali sanitari	9.183.591	9.918.335	2,18%	2,24%
	Ricavi della gestione caratteristica	421.818.052	443.077.570		
Sottoindicatore 2.1.4:	Materiali protesici	12.484.543	13.197.532	2,96%	2,98%
	Ricavi della gestione caratteristica	421.818.052	443.077.570		
Sottoindicatore 2.2:	Acquisti di beni non sanitari	1.924.828	1.888.255	0,46%	0,43%
	Ricavi della gestione caratteristica	421.818.052	443.077.570		
Sottoindicatore 2.3:	Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	8.854.234	9.470.621	2,10%	2,14%



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

	Ricavi della gestione caratteristica	421.818.052	443.077.570		
Sottoindicatore 2.4:	Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	4.753.314	4.921.309	1,13%	1,11%
	Ricavi della gestione caratteristica	421.818.052	443.077.570		
Sottoindicatore 2.5:	Servizi non sanitari	37.421.272	39.469.501	8,87%	8,91%
	Ricavi della gestione caratteristica	421.818.052	443.077.570		
Sottoindicatore 2.6:	Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	861.972	883.734	0,20%	0,20%
	Ricavi della gestione caratteristica	421.818.052	443.077.570		
Sottoindicatore 2.7:	Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	16.285.561	15.911.845	3,86%	3,59%
	Ricavi della gestione caratteristica	421.818.052	443.077.570		
Sottoindicatore 2.8:	Godimento di beni di terzi	6.202.859	7.477.313	1,47%	1,69%
	Ricavi della gestione caratteristica	421.818.052	443.077.570		
Indicatore 3:	Costi caratteristici	481.135.128	516.064.625	114,06%	116,47%
	Ricavi della gestione caratteristica	421.818.052	443.077.570		
Indicatore 4:	Costi caratteristici	481.135.128	516.064.625	102,55%	103,20%
	Totale costi al netto amm.ti sterilizzati	469.156.385	500.063.408		

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.





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.

Il 2025, complessivamente, si mantiene sostanzialmente allineato sui dati del 2024, con lievi variazioni in aumento o in diminuzione per gli ambiti sanitari relativi alle attività di ricovero ed a quelle ambulatoriali. Variazioni più sensibili si registrano per altri indicatori specifici presi in considerazione (parti, Pronto Soccorso, File F).

L'andamento dell'attività sanitaria svolta all'interno della Fondazione IRCCS nel 2025 è apprezzabile dai dati e dai grafici sotto riportati relativi ad alcuni indicatori di attività riferiti agli ultimi anni.

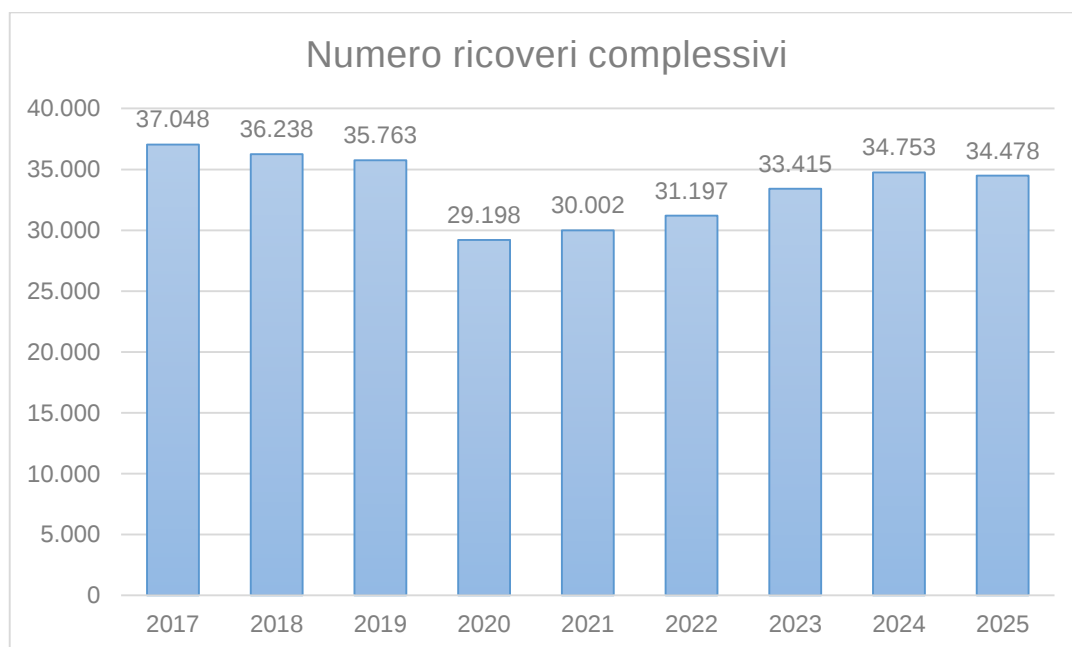
Attività di ricovero

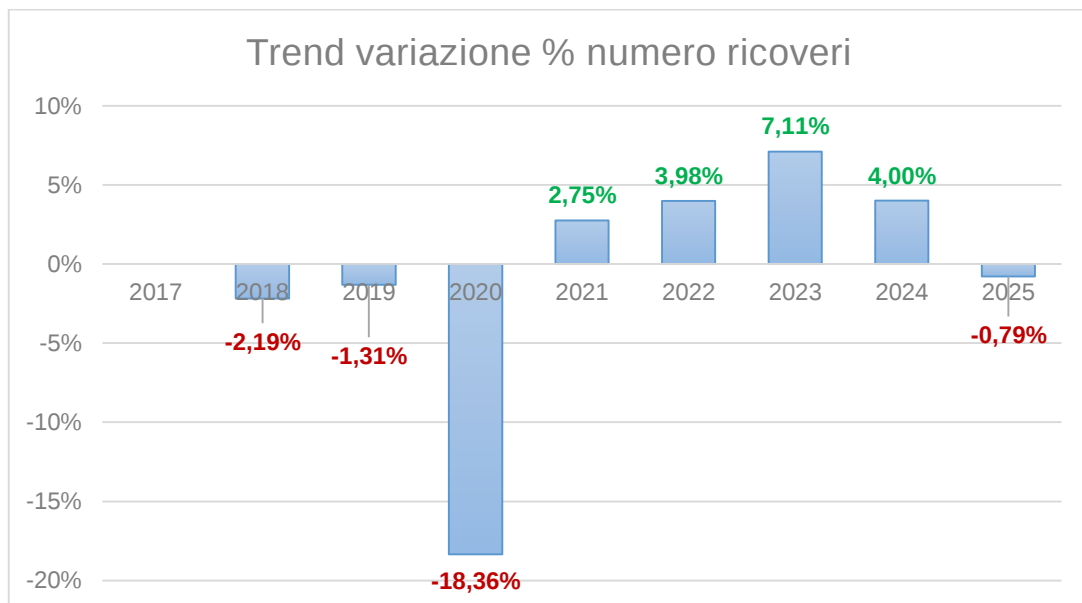
L'attività di ricovero valutata sul periodo 2017-2025 sconta, com'era prevedibile, l'impatto della pandemia da Covid-19, presentando dati al ribasso negli ultimi anni



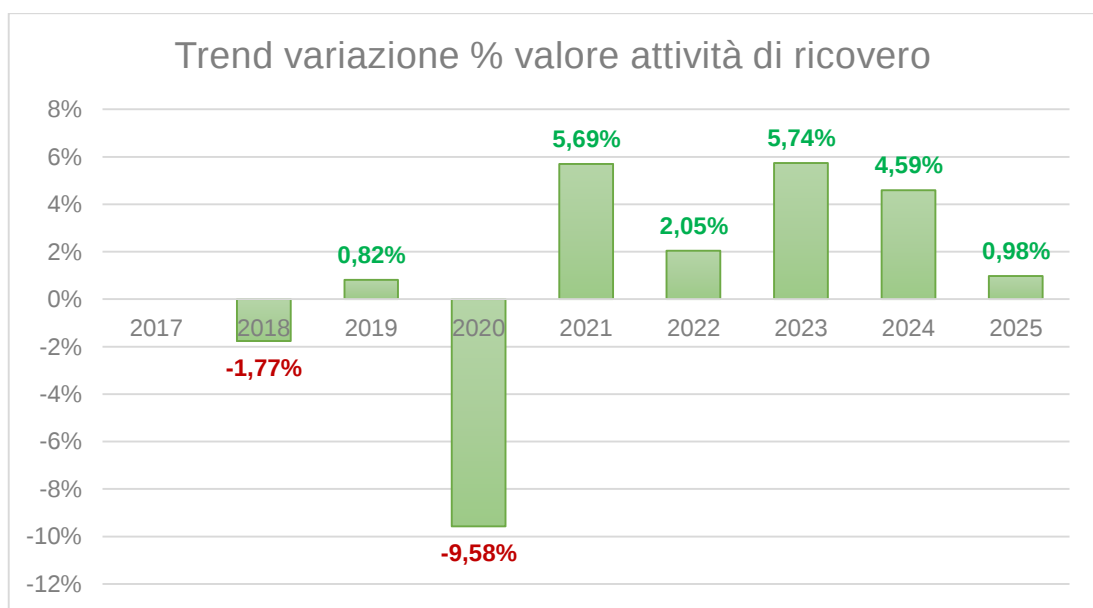
rispetto al periodo precedente la crisi pandemica, anche se in progressiva ripresa: vedi 2021vs2020, 2022vs2021 e soprattutto 2023vs2022. Il confronto 2024-2023 prosegue il trend incrementale anche se in modo meno marcato rispetto al balzo del 2023. Col 2025 si registra una lieve flessione rispetto al 2024 per numero di ricoveri e giornate di degenza complessive, ma un incremento nella valorizzazione economica dei ricoveri.

In particolare, i grafici sull'andamento complessivo di ricoveri sugli ultimi nove 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). Nel 2025 si registra invece una modesta riduzione in rapporto al 2024 (-0,79%, pari a -275 ricoveri, rispetto al 2024) dovuti in parte al fatto di aver avuto 3 giorni lavorativi in meno da calendario e alla chiusura temporanea di due sale angiografiche per lavori di sostituzione.





Analizzando l'andamento della valorizzazione economica dei ricoveri per lo stesso novennio (2017-2025), 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 €). Il 2025 segna un ulteriore incremento, seppur più contenuto, sull'anno precedente, confermando l'andamento positivo del recente arco temporale post-Covid 19 (+0,98%, pari a 1.569.728 €). Tale crescita economica è legata principalmente all'aumento della complessità clinica dei casi trattati, specialmente nel settore cardiologico (interventi con utilizzo di valvole cardiache; impianto di defibrillatori) e nel settore oncoematologico (trapianti di midollo osseo), ai quali si aggiungono numeri in aumento riguardanti interventi toracici e trapianti di rene.



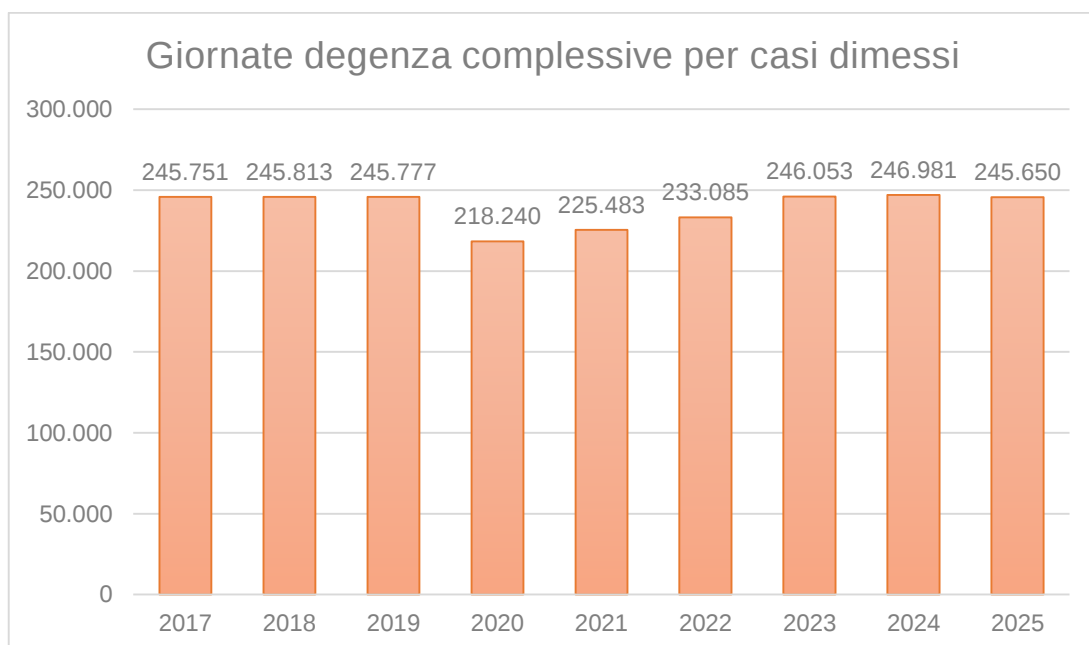
Prendendo in considerazione le giornate di degenza complessive (per casi dimessi al 31 dicembre), i grafici di riferimento mettono in risalto una situazione di sostanziale invarianza per il periodo 2017-2019 ed una drastica riduzione avuta nel 2020 (-11,20%, pari a -27.537 giornate di degenza, rispetto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

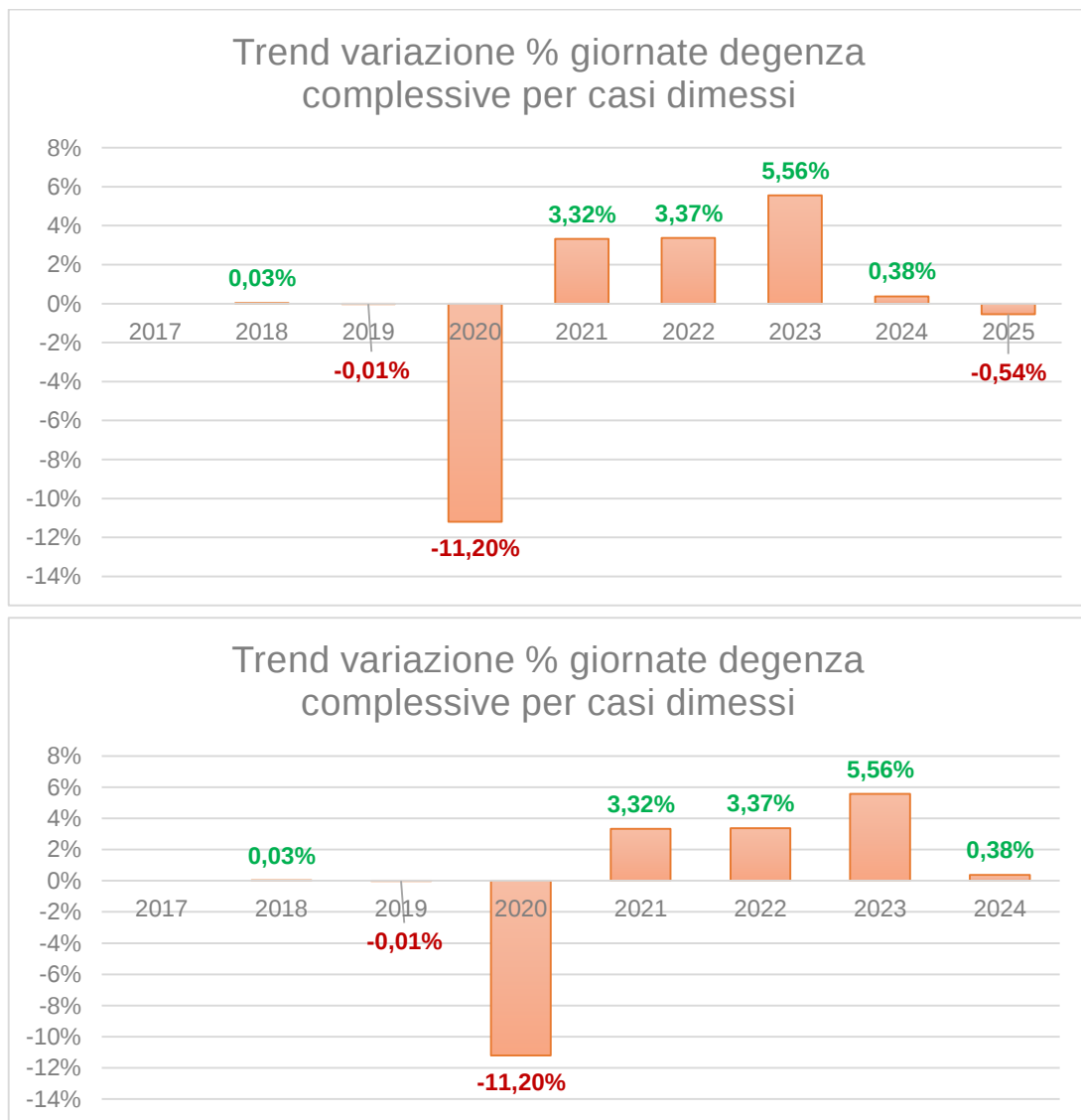
- il 2021, rispetto al 2020, performa un +3,32%, pari a 7.243 giornate di degenza;
- il 2022, rispetto al 2021, prosegue il trend positivo conseguendo un + 3,37%, pari a 7.602 giornate di degenza.

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.

Il 2025 mostra una leggera flessione (-0,54%), pari a -1.331 giornate di degenza, rispetto al contesto del 2024.



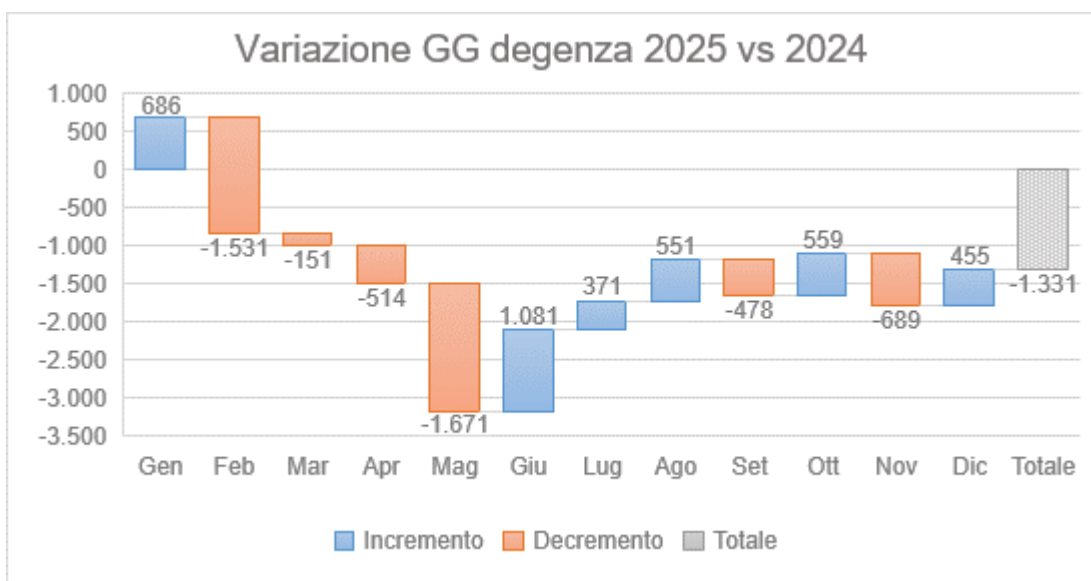
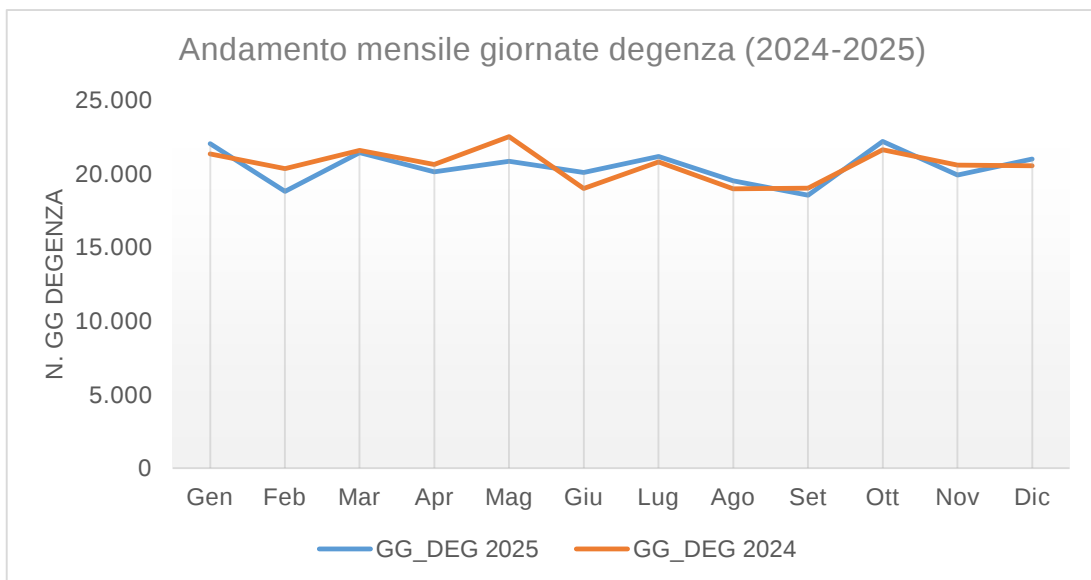


Analizzando l'andamento mensile delle giornate di degenza risulta per il 2025 una media mensile di 20.471 giornate, in leggero calo (-111 gg) rispetto al 2024 (media mensile 20.582 giornate).

I mesi 2025 in cui si sono registrati i numeri più elevati in termini di giornate di degenza risultano essere gennaio e ottobre (+22k gg), marzo e luglio (con +21k gg). Di contro, i mesi con un quantitativo di giornate di degenza ampiamente sotto la media risultano essere febbraio e settembre (< 19k gg) e agosto (con 19,5k gg).



Il confronto con il 2024 presenta una situazione in cui si registrano variazioni in aumento per 6 mesi su 12 (soprattutto giugno), mentre si rilevano variazioni in diminuzione sui restanti mesi (in particolare febbraio e maggio).



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.

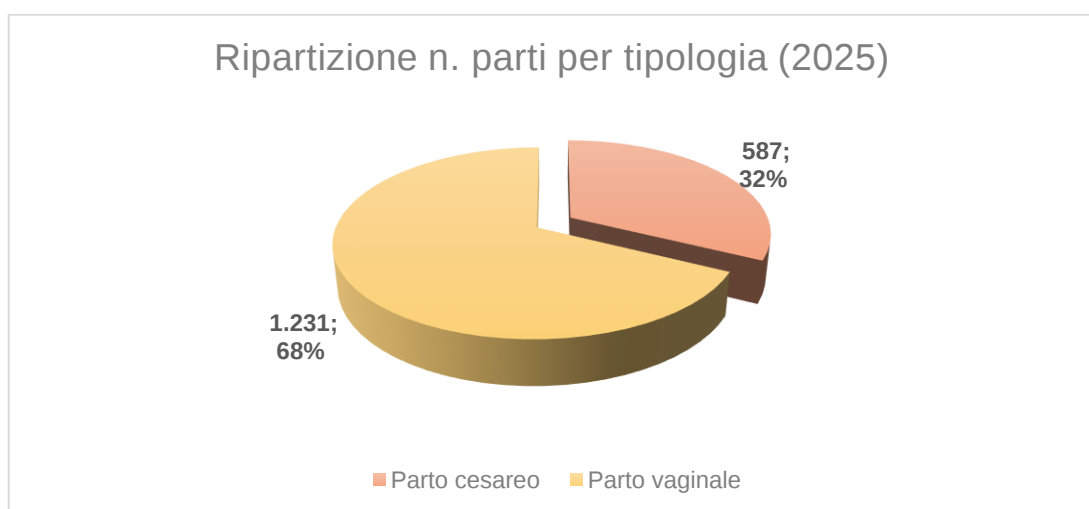
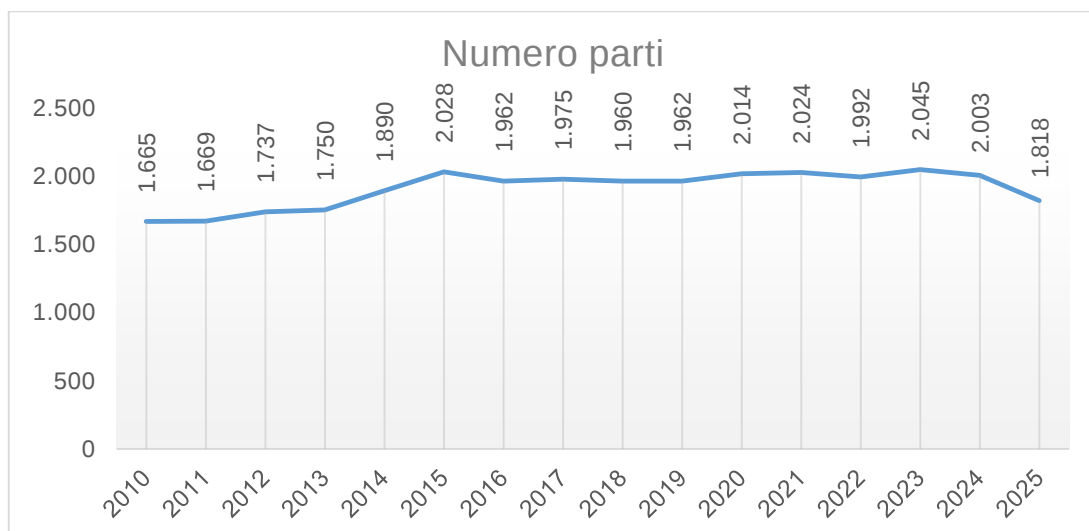
Il 2023 invece presenta numeri decisamente in controtendenza con quelli del 2022. Rispetto all'anno precedente si sono registrati n. 2.045 parti (suddivisi in n. 528; 26% parti cesarei e n. 1.517; 74% parti vaginali) pari ad un + 2,66%, conseguendo il picco assoluto in termini numerici per gli ultimi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



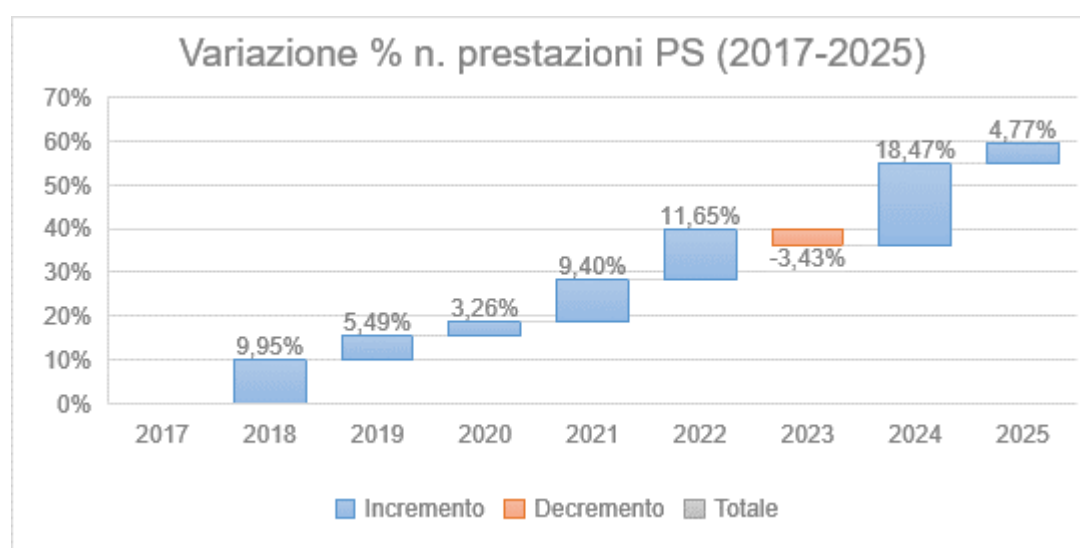
cesarei e n. 1.435; 72% parti vaginali) pari a un -2,05% sul dato 2023. Rispetto al 2023, la riduzione (-42 unità) è da attribuire alla maggiore contrazione del numero dei parti vaginali (-82 unità) non compensata dall'aumento dei parti cesarei (+40 unità).

Nel 2025 si verifica un calo significativo nel numero dei parti rispetto al 2024. Su tale riduzione influisce significativamente il fattore della denatalità, ormai diffusa a livello nazionale. Al 31/12/2025 sono stati rilevati 1.818 parti sull'anno (suddivisi in n. 587, 32% parti cesarei e n. 1.231, 68% parti vaginali), pari a un considerevole -9,24% rispetto all'anno precedente. Rispetto ad un leggero incremento dei parti cesarei sul 2024 (+19 unità, pari al +3,35%) si rileva il significativo incremento nella riduzione dei parti vaginali (-14,22% sul 2024, pari a -204 unità).



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 (PS). Per il 2025 la crescita sul numero di prestazioni di PS prosegue seppur in modo più contenuto rispetto al dato registrato l'anno precedente.



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. Questa situazione creata si attribuisce al contesto pandemico.

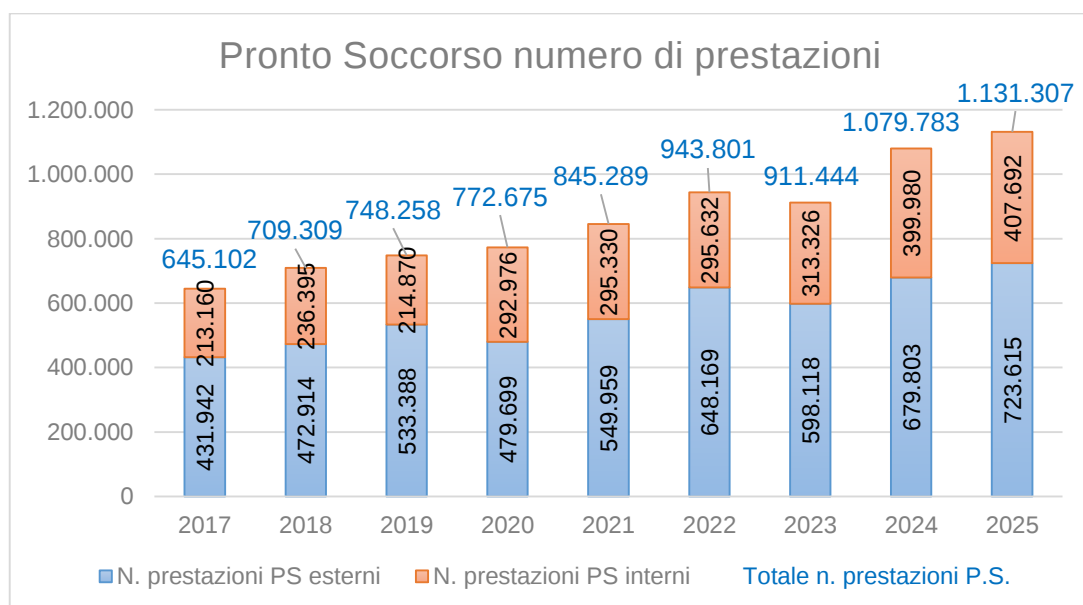
Col biennio 2021-2022 l'andamento delle quantità di prestazioni erogate a pazienti in seguito dimessi riprende a crescere in modo superiore rispetto a quello delle prestazioni erogate a pazienti successivamente ricoverati.

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%).

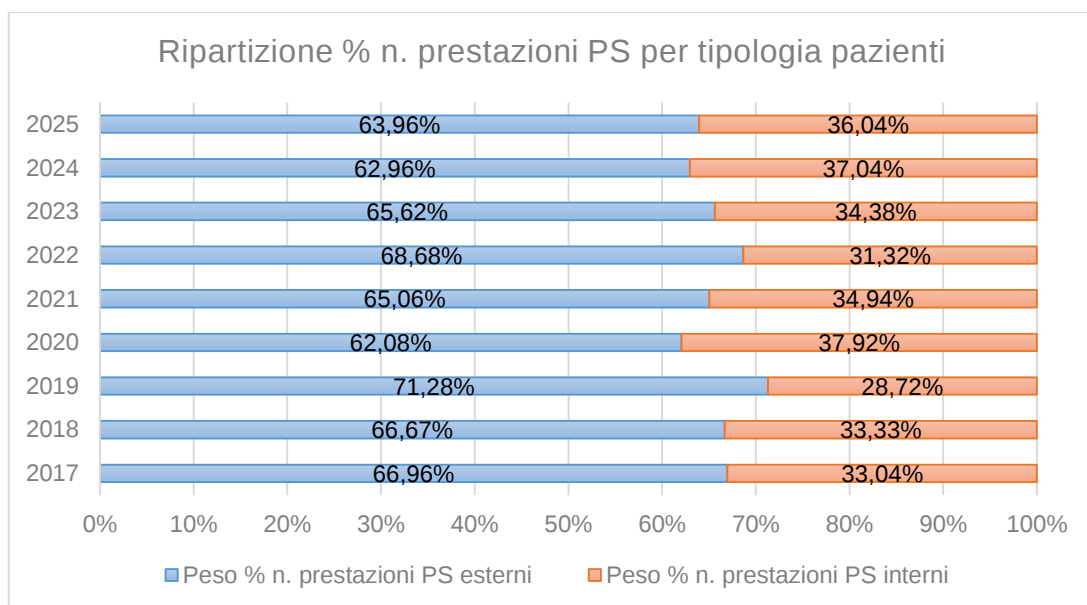
Il 2024 ha visto un'inversione di tendenza rispetto al 2023, riprendendo con più vigore l'andamento crescente degli anni precedenti il 2023, tant'è vero che registra, nel periodo '17-'24, il maggior scarto percentuale nell'analisi effettuata sulla variazione annuale rispetto all'anno che precede (+18,47%,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

Con riferimento al 2025, come già anticipato, il trend è proseguito con una traiettoria positiva (+4,77% il differenziale sul 2024), caratterizzato da un incremento del 6,44%, rispetto all'anno '24, del numero di prestazioni erogate verso **pazienti "esterni" (ossia pazienti che una volta ricevute le cure in PS sono stati dimessi)** e da un incremento del 1,93%, rispetto all'anno '24, del numero di prestazioni erogate a **pazienti "interni" (ossia pazienti che ricevute le prime cure di PS sono stati in seguito ricoverati)**.



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.

Nel 2025, in attesa della riattivazione ed ampliamento della Sezione Astanteria (richiesta effettuata nel 2025), dell'attivazione del reparto di Medicina d'Urgenza previsto per i primi mesi del 2026 e la conclusione del concorso per il reclutamento del personale infermieristico da destinarvi, il progressivo efficientamento dell'organizzazione delle attività di Pronto Soccorso ha consentito la gestione dell'incremento, seppur lieve, del numero di accessi al PS e l'erogazione di un numero superiore di prestazioni in PS rispetto al 2024.



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.

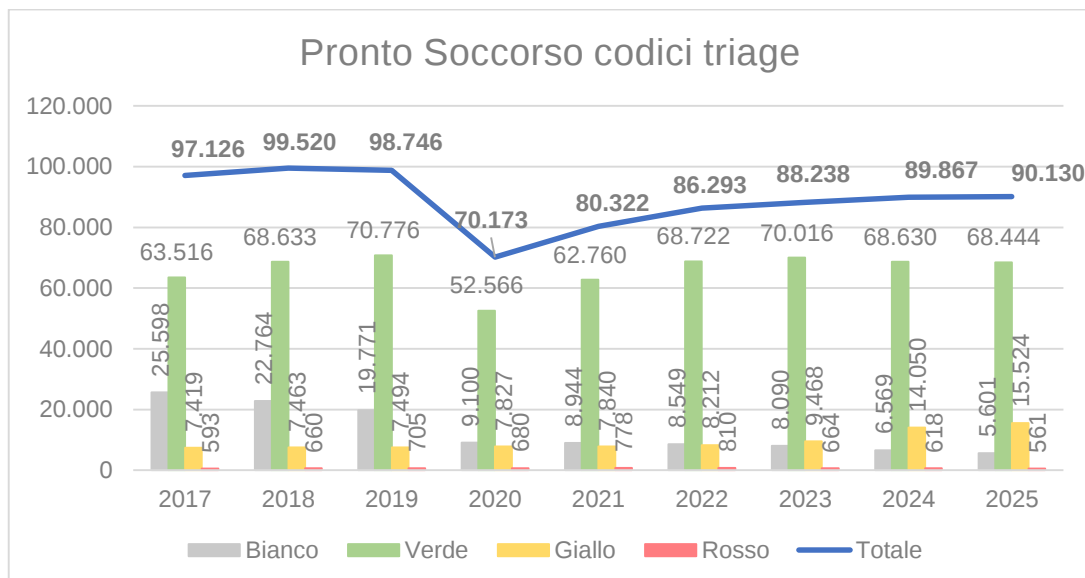
Analizzando per codici triage, per poter confrontare in modo omogeneo le varie annualità comprese nell'arco temporale 2017-2025 si è ricorso all'utilizzo della "vecchia" classificazione per codici colori "Rosso-Giallo-Verde-Bianco" rispetto a quella di più recente istituzione per la quale sarebbe stato difficile scindere i codici gialli ante-riforma in codici arancione e azzurro.

Rispetto al 2024 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 2025 (ma anche per il 2024 e parte del 2023), ai fini di illustrazione grafica dei dati e per un confronto con le annualità precedenti, 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.

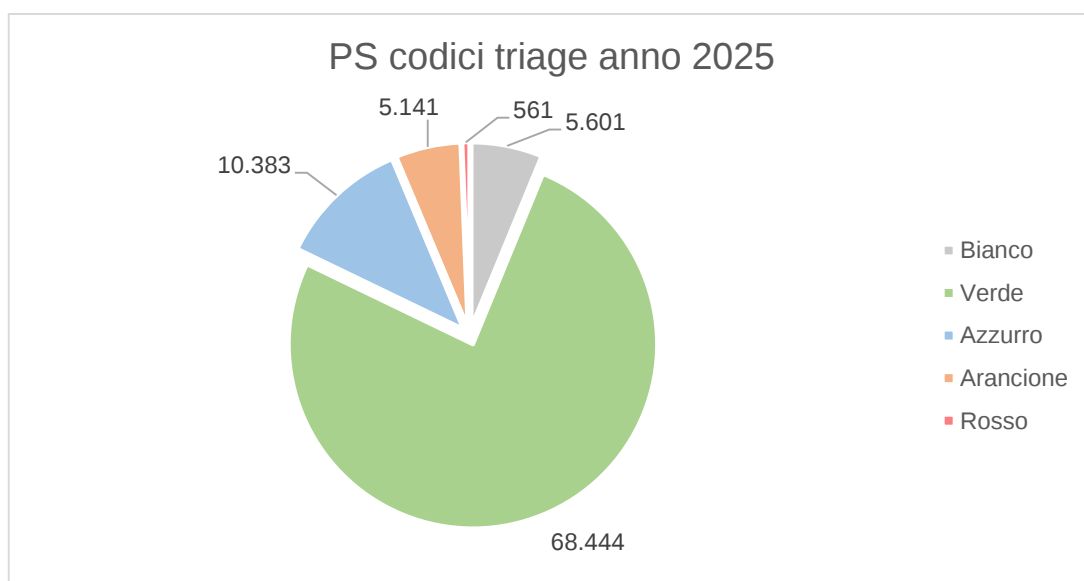
Con gli ultimi mesi del 2023 sono stati infatti introdotti anche dall'IRCCS San Matteo i nuovi codici colore per la gestione dei casi al Pronto Soccorso al fine di adeguarsi alle nuove Linee di indirizzo nazionali per il triage (fino al 25/09/2023 il triage di PS ha utilizzato la consueta classificazione 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

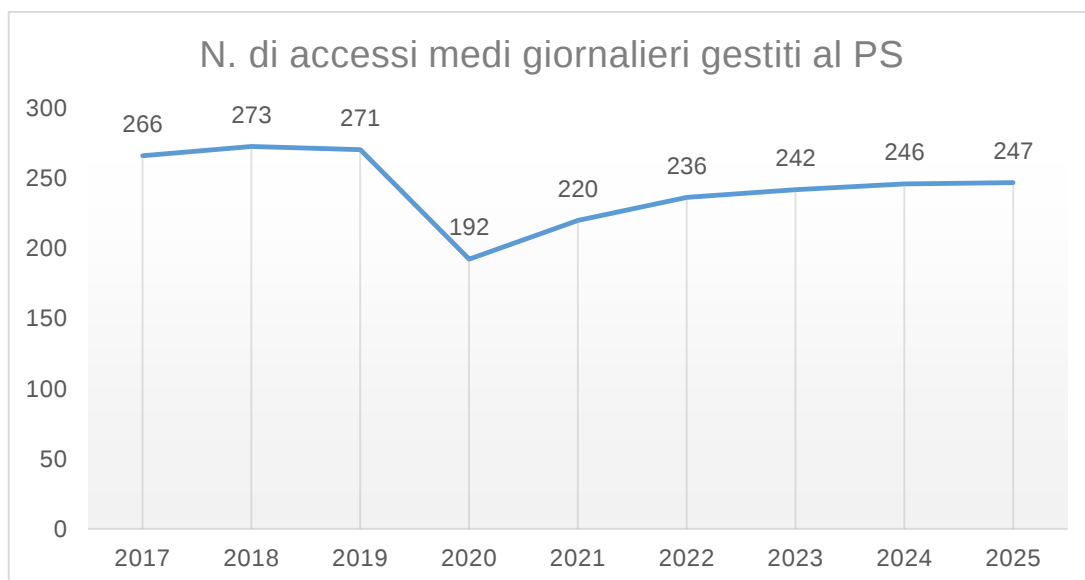
Graficamente, considerando la nuova codifica del triage di PS, il 2025 vede la seguente situazione:



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 2017-2025. 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.

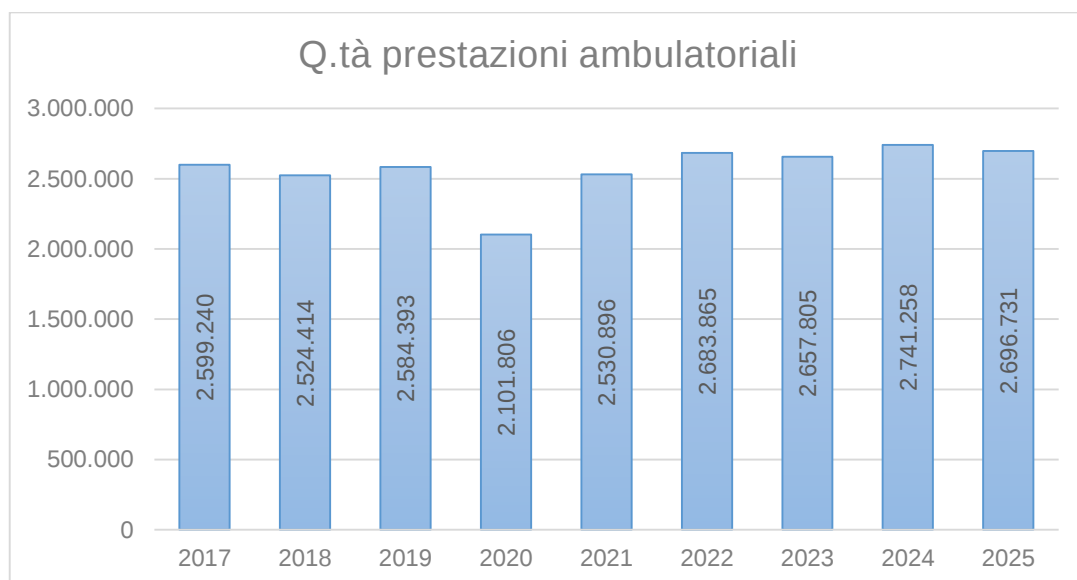
Il 2024 registra un aumento di prestazioni ambulatoriali erogate rispetto al 2023 del 3,14% (pari a circa 83.500 prestazioni). Anche in questo caso la prosecuzione delle azioni attuate volte al contenimento dei tempi di attesa fornisce una valida spiegazione per l'incremento del numero di prestazioni. 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.

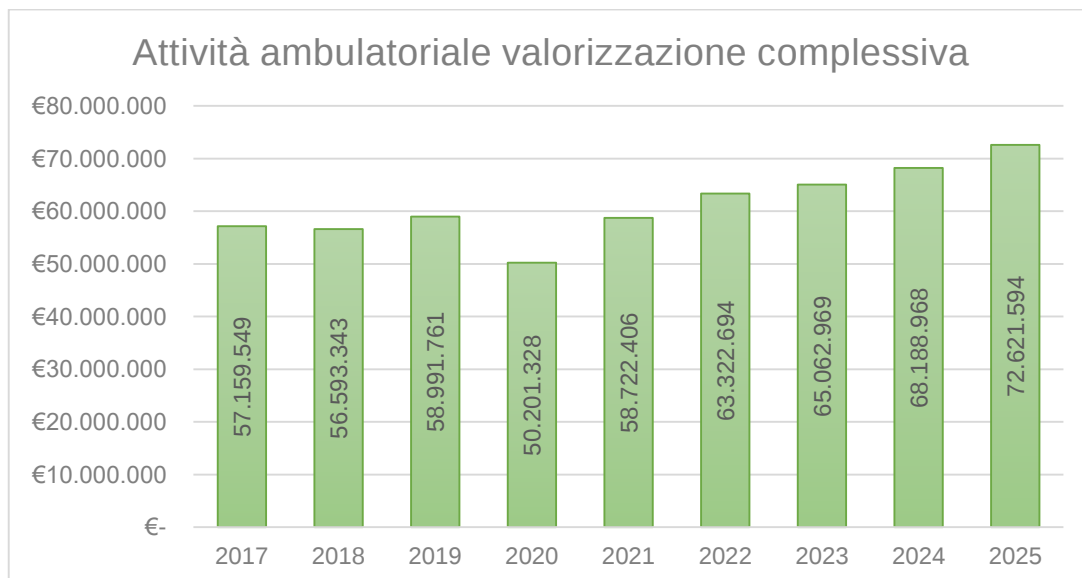
Per quanto riguarda il 2025 si segnala una riduzione del numero di prestazioni ambulatoriali erogate rispetto al 2024 corrispondente a -1,62% (pari a circa -44.500 prestazioni). In controtendenza alla riduzione registrata sul numero di prestazioni ambulatoriali si evidenzia la crescita avuta in termini di valorizzazione economica, +6,50% sul 2024, equivalente a poco più di 4,4 mln €. Tale incremento è principalmente attribuibile, oltre all'effetto della variazione delle tariffe del nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale, all'aumento avuto sulle seguenti prestazioni: ematologiche di genetica/citogenetica; radioterapia; oculistica; radiologiche; biochimica.

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.

Screening

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

La Fondazione IRCCS partecipa allo screening organizzato da ATS Pavia; tale attività rientra nelle attività previste nel contratto.

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 2025 quattro 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;
- screening prostata (avviato nel 2025).

Per tutti gli screening vengono garantire anche le prestazioni di approfondimento e la successiva presa in carico per interventi chirurgici o trattamenti di altra natura.

Nel 2025 ha preso avvio anche il nuovo Sistema regionale unico per la gestione degli



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

screening "ScreenUp", reso disponibile nella fase iniziale per la gestione del programma di screening per il tumore della prostata. Nel novembre 2025 si è provveduto alla formazione specifica di specialisti ed operatori per la gestione delle attività di rendicontazione delle attività di screening all'interno della nuova piattaforma regionale. L'ATS di Pavia monitora periodicamente i tempi di presa in carico e refertazione delle prestazioni di screening erogate.

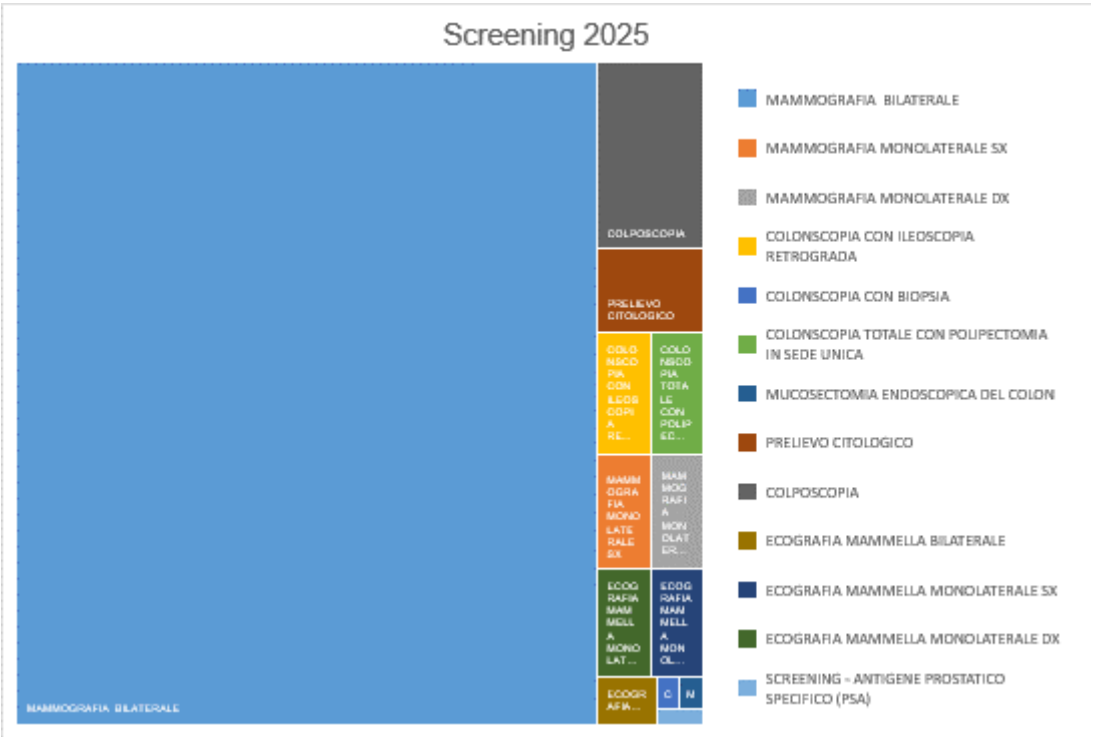
Per ciascun programma di screening, sono stati definiti i volumi minimi di prestazioni di primo e secondo livello. Sulla base dei volumi concordati con ATS Pavia, vengono fornite le disponibilità di slot per le prenotazioni.

Le tabelle successive illustrano i volumi di prestazioni erogate per tipologia di screening nel 2025 e rispetto al 2024.

Screening mammografico		Volume erogato		Diff. '25vs'24	
		2024	2025		
Volumi di primo	MAMMOGRAFIA BILATERALE	10.392	10.804	412	▼ 3,96%
Volumi di secondo livello	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE SX	153	177	24	▲ 15,69%
	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE DX	140	166	26	▲ 18,57%
	ECOGRAFIA MAMMELLA BILATERALE	81	79	-2	▼ -2,47%
	ECOGRAFIA MAMMELLA MONOLATERALE SX	160	158	-2	▼ -1,25%
	ECOGRAFIA MAMMELLA MONOLATERALE DX	133	161	28	▲ 21,05%
Screening colon retto		Volume erogato		Diff. '25vs'24	
		2024	2025		
Volumi secondo livello/approfondimento	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA	78	181	103	▲ 132,05%
	COLONSCOPIA CON BIOPSIA	188	21	-167	▼ -88,83%
	COLONSCOPIA TOTALE CON POLIPECTOMIA IN SEDE UNICA	209	178	-31	▲ -14,83%
	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DEL COLON	19	21	2	▲ 10,53%

Screening cervice uterina		Volume erogato		Diff. '25vs'24	
		2024	2025		
Volumi primo livello	PRELIEVO CITOLOGICO	223	250	27	▲ 12,11%
Volumi secondo livello	COLPOSCOPIA	545	553	8	▼ 1,47%

Screening prostata		Volume erogato		Diff. '25vs'24	
		2024	2025		
Volumi primo livello	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)	//	19	19	



Contenimento dei tempi di attesa - Programmazione prestazioni ambulatoriali e ricoveri

La DGR 3720 del 30/12/2024 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2025”, in particolare, il paragrafo n° 8 - “Piano operativo regionale per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero”, prevede in continuità con le azioni intraprese nel 2024 (di cui alla DGR n. XII/2224 del 22/04/2024 e DGR n. XII/2756 del



15/07/2024), l'adozione per il 2025 di un per il contenimento dei tempi di attesa finalizzato al raggiungimento di livelli di prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero pari a quelli raggiunti nei livelli 2024 (o nel 2023 se maggiori a quelli del 2024). Pertanto, in ottemperanza alla DGR 3720 del 30/12/2024, nelle more dell'approvazione del Piano operativo regionale per il 2025, a fronte dei finanziamenti regionali già stanziati, al fine di assicurare:

- l'incremento dell'offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero;
- il mantenimento dell'estensione dell'apertura degli ambulatori nelle fasce orarie pomeridiane e nel fine settimana;
- il contenimento dei tempi di attesa, almeno per le prestazioni monitorate o particolarmente critiche;

a partire dal mese di febbraio ha pianificato attività ambulatoriali e sedute operatorie aggiuntive in area a pagamento.

Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale, le prestazioni sono state individuate nell'ambito

delle prestazioni monitorate in tema di tempi di attesa, secondo le linee guida del nuovo tracciato PNGLA 2024-2026, elencate in tabella come segue:

Cod. PNGLA	PRESTAZIONE	CODICE NOMENCLATORE
1	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	89.7A.3
2	PRIMA VISITA ANGIOLOGICA	89.7A.2
3	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	89.7A.6
4	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA	89.7A.7
5	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA O DIABETOLOGICA	89.7A.8
6	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	89.7B.2
7	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	89.7A.9
8	PRIMA VISITA GERIATRICA (DISCIPLINA 21)	89,07
9	PRIMA VISITA GINECOLOGICA	89.26.1
10	PRIMA VISITA NEFROLOGICA	89.7B.4
11	PRIMA VISITA NEUROLOGICA	89,13
12	PRIMA VISITA OCULISTICA	95,02



Cod. PNGLA	PRESTAZIONE	CODICE NOMENCLATORE
13	PRIMA VISITA ONCOLOGICA	89.7B.6
14	PRIMA VISITA ORTOPEDICA	89.7B.7
15	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	89.7B.8
16	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	89.7B.9
17	PRIMA VISITA REUMATOLOGICA (DISCIPLINA 71)	89,7
18	PRIMA VISITA UROLOGICA O ANDROLOGICA	89.7C.2
19	PRIMA VISITA EMATOLOGICA (DISCIPLINA 18)	89,7
20	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	45,23
21	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	88.71.4
22	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo	88.72.2
23	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	88.73.5
24	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO	88.77.4
	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO	88.77.6
25	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI	88.76.3
26	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale	88.78.2
27	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	88.76.1
	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	88.75.1
	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE	88.74.1
28	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	88.73.1
	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA	88.73.2
29	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE	88.79.3
30	ECOGRAFIA SCROTALE	88.79.6
	ECOCOLORDOPPLER SCROTALE	88.79.E
31	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)	89,50
32	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO	93.08.C
	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO	93.08.D
	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE	93.08.B
	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	93.08.A
33	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]	45,13
34	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	95.41.1
	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	95.41.2
35	IMPEDENZOMETRIA	95,42
36	MAMMOGRAFIA BILATERALE	87.37.1
	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	87.37.2
37	ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE	87.11.3
38	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	88.95.4



Cod. PNGLA	PRESTAZIONE	CODICE NOMENCLATORE
	RM DELL'ADDOME SUPERIORE	88.95.1
39	RM DEL COLLO	88.91.6
40	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE	88.91.1
41	RM DEL RACHIDE CERVICALE	88.93.2
	RM DEL RACHIDE DORSALE	88.93.3
	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE	88.93.4
	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO	88.93.5
	RM DELLA COLONNA IN TOTO	88.93.6
	RM ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE	88.94.B
	RM DEL BACINO	88.94.A
	RM DEL BRACCIO	88.94.5
	RM DEL GINOCCHIO	88.94.D
	RM DEL GOMITO	88.94.6
	RM DEL PIEDE	88.94.G
	RM DEL POLSO	88.94.8
	RM DELLA CAVIGLIA	88.94.F
	RM DELLA COSCIA (RM DEL FEMORE)	88.94.C
	RM DELLA GAMBA	88.94.E
	RM DELLA MANO	88.94.9
	RM DELLA SPALLA	88.94.4
	RM DELL'AVAMBRACCIO	88.94.7
42	RX DELLA COLONNA CERVICALE	87,22
	RX DELLA COLONNA DORSALE	87,23
	RX DELLA COLONNA LOMBOSACRALE	87,24
	RX STANDARD SACROCOCCIGEA	87.24.6
43	RX DEL PIEDE [CALCAGNO]	88.28.2
	RX DELLA CAVIGLIA	88.28.1
	RX DEL FEMORE	88.27.1
	RX DEL GINOCCHIO	88.27.2
	RX DELLA GAMBA	88.27.3
	RX DEL GOMITO	88.22.1
	RX DELL'AVAMBRACCIO	88.22.2
	RX DEL POLSO	88.23.1
	RX DELLA MANO	88.23.2
	RX DELLA SPALLA	88.21.2

Cod. PNGLA	PRESTAZIONE	CODICE NOMENCLATORE
	RX DEL TORACE	87.44.1
44	SPIROMETRIA GLOBALE	89.37.2
	SPIROMETRIA SEMPLICE	89.37.1
45	TC DELL'ADDOME SUPERIORE	88.01.1
	TC DELL'ADDOME INFERIORE	88.01.3
	TC DELL'ADDOME COMPLETO	88.01.5
46	TC DEL BRACCIO	88.38.H
	TC DEL GINOCCHIO	88.39.4
	TC DEL GOMITO	88.38.J
	TC DEL PIEDE	88.39.7
	TC DEL POLSO	88.38.L
	TC DELLA CAVIGLIA	88.39.6
	TC DELLA COSCIA (TC DEL FEMORE)	88.39.3
	TC DELLA GAMBA	88.39.5
	TC DELLA MANO	88.38.M
	TC DELLA SPALLA	88.38.G
	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE	88.39.2
	TC DELL'AVAMBRACCIO	88.38.K
	TC DI CAVIGLIA E PIEDE	88.39.9
	TC DI GINOCCHIO E GAMBA	88.39.8
	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO	88.38.P
	TC DI POLSO E MANO	88.38.Q
	TC DI SPALLA E BRACCIO	88.38.N
	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE	88.38.A
	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO	88.38.B
	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE	88.38.C
	TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	88.38.5
47	TC CRANIO-ENCEFALO	87.03
48	TC MASSICCIO FACCIALE	87.03.2
49	TC DEL TORACE	87.41
50	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE	89.41

Inoltre, a fronte della richiesta pervenuta da ATS Pavia di incrementare l'offerta dello screening di primo e secondo livello, a garanzia dei tempi di attesa, sono state



mantenute in essere sedute ambulatoriali aggiuntive, in particolare per l'erogazione di mammografie e di colonscopie.

Per le prestazioni di ricovero il PNGLA 2025-2027 prevede il monitoraggio delle prestazioni sotto riportate.

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
15	Intervento protesi ginocchio	00.80; 00.81; 00.82; 00.83; 00.84; 81.54; 81.55	

La DGR 3720 del 30/12/2024, per quanto riguarda i ricoveri programmati, sottolinea però l'importanza di individuare volumi adeguati per le prestazioni di ricovero in area



oncologica, ortopedica, cardiovascolare e per gli interventi minori, individuando il case mix sulla base delle necessità territoriali rilevate, con particolare riferimento al contenimento dei tempi di attesa.

Pertanto, in riferimento alle indicazioni della DGR 3720, sono state identificate le procedure chirurgiche presenti in lista di attesa (di ricovero o ambulatoriali/BIC) ritenute critiche in quanto caratterizzate da elevati volumi di domanda, come da elenco seguente:

CODICE INTERVENTO E DESCRIZIONE
13.41 - FACOEMULSIFICAZIONE ED ASPIRAZIONE DI CATARATTA
68.12 - ISTEROSCOPIA
38.59 - LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE
64.0 - CIRCONCISIONE
56.0 - ESTRAZIONE ENDOSCOPICA DALL'URETERE E PELVI RENALE DI: COAGULO, CALCOLO, CORPO ESTRANEO
21.5 - RESEZIONE SOTTOMUCOSA DEL SETTO NASALE
51.23 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA
21.61 - TURBINECTOMIA MEDIANTE DIATERMIA O CRIOCHIRURGIA
81.54 - SOSTITUZIONE TOTALE DEL GINOCCHIO
60.29 - ALTRA PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE
28.2 - TONSILLECTOMIA SENZA ADENOIDECTOMIA
28.6 - ADENOIDECTOMIA SENZA TONSILLECTOMIA
04.43 - LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE
81.45 - ALTRA RIPARAZIONE DEI LEGAMENTI CROCIATI
80.26 - ARTROSCOPIA DEL GINOCCHIO
53.05 - RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI
28.3 - TONSILLECTOMIA CON ADENOIDECTOMIA
60.11 - BIOPSIA TRANSPERINEALE (PERCUTANEA) (AGOBIOPSIA) DELLA PROSTATA
77.51 - ASPORTAZIONE DI BORSITE CON CORREZIONE DEI TESSUTI MOLLI ED OSTEOTOMIA DEL PRIMO METATARSO
63.1 - ASPORTAZIONE DI VARICOCELE E IDROCELE DEL CORDONE SPERMATICO
61.2 - ASPORTAZIONE DI IDROCELE (DELLA TUNICA VAGINALE)
22.63 - ETMOIDECTOMIA
19.4 - MIRINGOPLASTICA
49.46 - ASPORTAZIONE DELLE EMORROIDI

Si è ritenuto pertanto necessario garantire l'erogazione, nell'ambito delle sedute operatorie incentivate attivate dal mese di febbraio, delle prestazioni previste dal PNGLA e degli interventi critici elencati nella suddetta tabella.

A seguito di ulteriori analisi in merito ai tempi di attesa, alla possibilità di garantire un aumento di volumi in relazione alle risorse disponibili e considerate le criticità emerse in corso di contrattazione di budget, si è proposto, a partire dal mese di giugno, di ampliare la casistica delle prestazioni aggiuntive erogabili comprendendo anche le seguenti prestazioni ritenute critiche:

- AMBULATORIALI EXTRA-PNGLA:

PRESTAZIONE	CODICE NOMENCLATORE
VISITA AUDIOLOGICA, VISITA FONIATRICA	95,43
INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso: Visita ed esami pre procedura.	14,79

- PROCEDURE CHIRURGICHE (in ricovero o ambulatoriale/BIC) EXTRA-PNGLA:

Codice intervento e Descrizione
81.02 - ALTRA ARTRODESI CERVICALE, CON APPROCCIO ANTERIORE
80.51 - ASPORTAZIONE DI DISCO INTERVERTEBRALE
57.49 - ALTRA RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE DELLA VESCICA

Regione Lombardia, con DGR n. XII/4556 del 16/06/2025, recante oggetto "Determinazioni in ordine al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale previste nel PNGLA 2025", ha fornito ulteriori indicazioni e precisazioni finalizzate ad ulteriori azioni mirate alla riduzione delle liste di attesa, sia ambulatoriale che di ricovero, declinando le soglie di volumi minimi richiesti alla fondazione IRCCS per il periodo giugno-dicembre 2025.

Successivamente, ATS Pavia, con nota Prot. 44292/2025 del 26/06/2025 "Volumi



prestazioni PNGLA DGR n. XII/4556", ha richiesto alla Fondazione IRCCS di segnalare eventuali criticità sui volumi assegnati nel caso non risultassero integralmente conseguibili, indicando al contempo la massima erogazione presunta che si prevede di poter garantire.

Con data 01/07/2025, la Fondazione IRCCS ha provveduto a trasmettere ad ATS Pavia il prospetto nel quale è stata declinata l'analisi dei target assegnati e delle criticità nel raggiungimento degli obiettivi assegnati.

La valutazione del target raggiungibile è stata elaborata includendo tutte le classi di priorità, tutti i tipi prestazione ad eccezione delle prestazioni con flag tipo prestazione 'P'- Pronto Soccorso (inclusa quindi anche l'attività di screening) ed escludendo le prestazioni associate all'onere 4, 5 e 6.

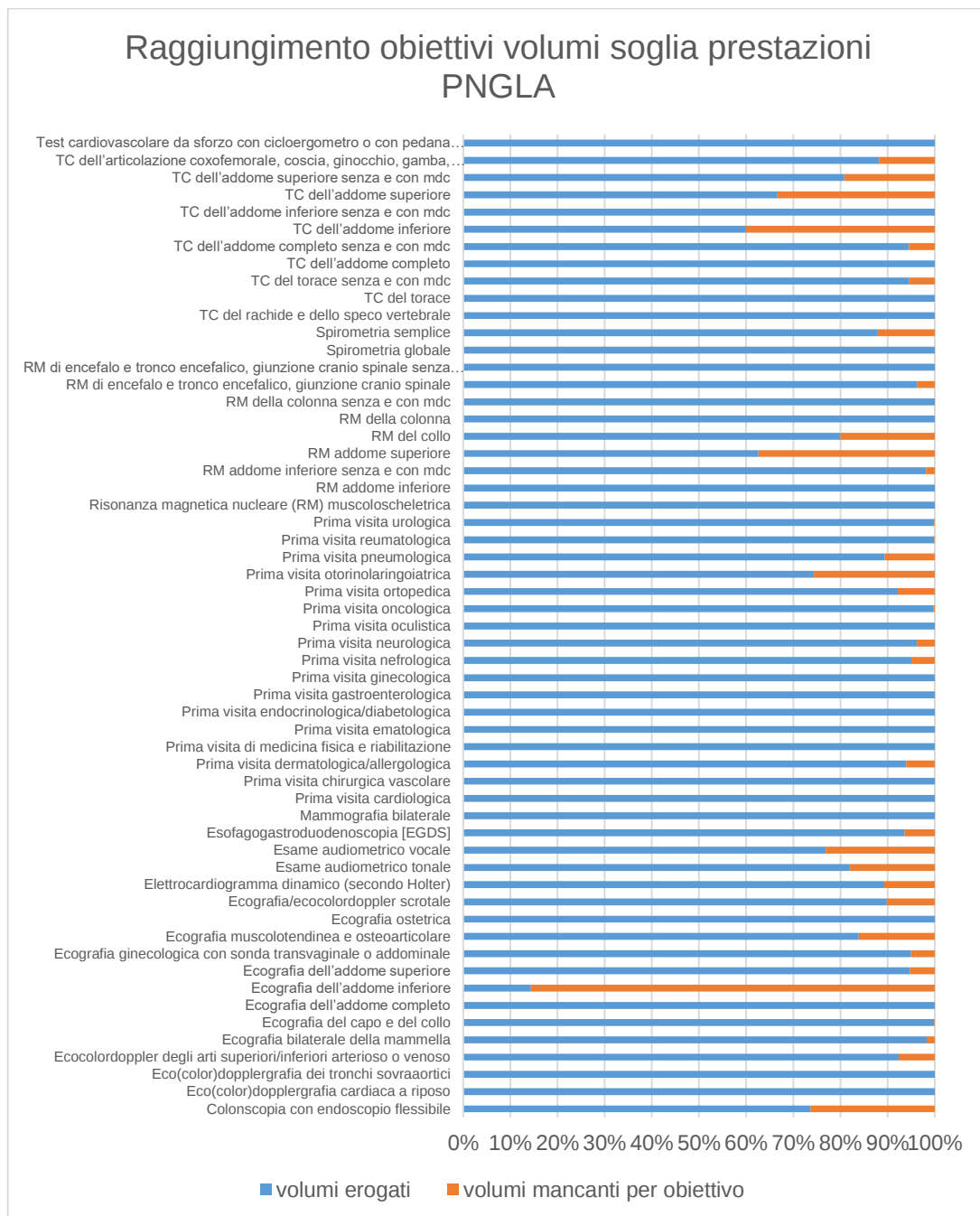
La stima dei volumi raggiungibili si è basata sull'andamento dell'erogato 2024, nonché dei mesi da gennaio a maggio del 2025.

Con DGR n. XII/ 5057 del 29/09/2025 "Ulteriori determinazioni del Piano Operativo Regionale Anno 2025 per il contenimento dei tempi di attesa approvato con DGR N. XII/4556/2025", Regione Lombardia ha, tra l'altro, provveduto ad approvare la rimodulazione del Piano operativo regionale per il contenimento dei tempi di attesa previsto nella DGR n. XII/4556/2025 come da allegati:

- Allegato n. 1: "Raggruppamenti di prestazioni oggetto del PRGLA 2025", che modifica e sostituisce integralmente l'Allegato n. 1 della DGR n. XII/4556/2025;
- Allegato n. 2: "Volumi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto del PNGLA per gli Enti Erogatori Pubblici - Periodo Giugno-Dicembre 2025".

Viene illustrato graficamente l'esito sul raggiungimento degli obiettivi previsti per il 2025 relativi ai volumi soglia delle prestazioni ambulatoriali PNGLA. Dati forniti dalla SS gestione Operativa estrapolandoli dal sistema regionale Tableau (piattaforma di Business Intelligence e Data Visualization utilizzata da Regione Lombardia).

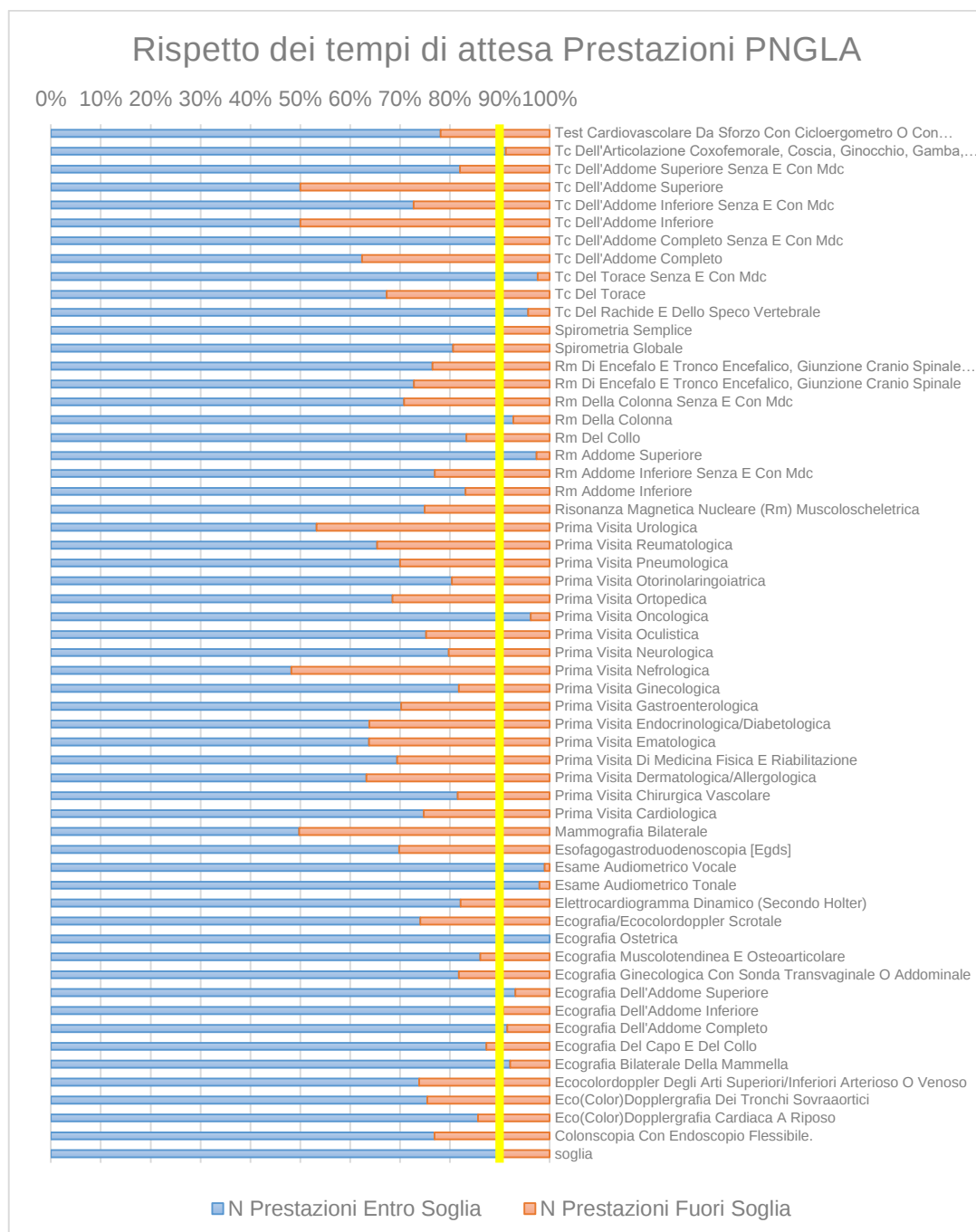




Fonte: Tableau - Regione Lombardia - prestazioni sanitarie specialistiche.

Il grafico successivo rappresenta il quadro sintetico 2025 sul rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali PNGLA (obiettivi previsti 2025). La retta gialla, collocata in corrispondenza del 90% è il valore soglia previsto da raggiungere. Dati forniti dalla

SS gestione Operativa estrapolandoli dal sistema regionale Tableau (piattaforma di Business Intelligence e Data Visualization utilizzata da Regione Lombardia).



Fonte: Tableau - Regione Lombardia - prestazioni sanitarie specialistiche.



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

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 2025 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-'25 in modo da poter raffrontare in modo omogeneo l'intero arco temporale 2019-2025, mentre il confronto tra 2025 e 2024 consente per determinate analisi di considerare a parte la ex tipologia 16 emocomponenti.

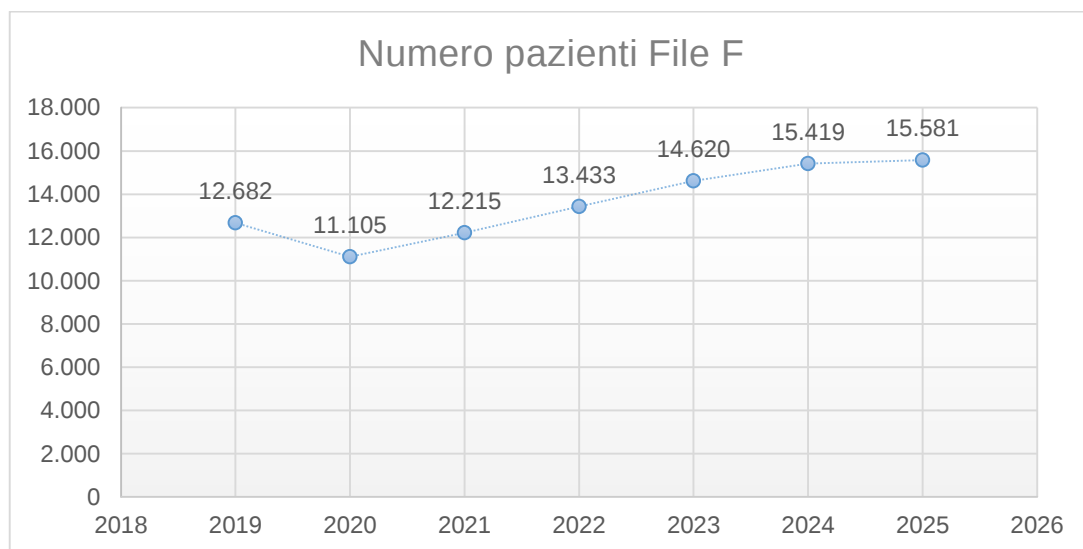
La somministrazione di farmaci File F ed emocomponenti avvenuta nel 2025 presso la Fondazione IRCCS vede un incremento di valore assoluto rispetto al 2023 di quasi 3,4 mln €, pari al 4% circa del valore ed un aumento del numero di pazienti di 162 unità (+ 1,1%).

La curva del trend sul periodo 2019-2025 presenta un andamento crescente, anche se, sui vari anni, non perfettamente speculare nella sua inclinazione, sia per il numero pazienti che per l'importo economico del File F e degli emocomponenti.

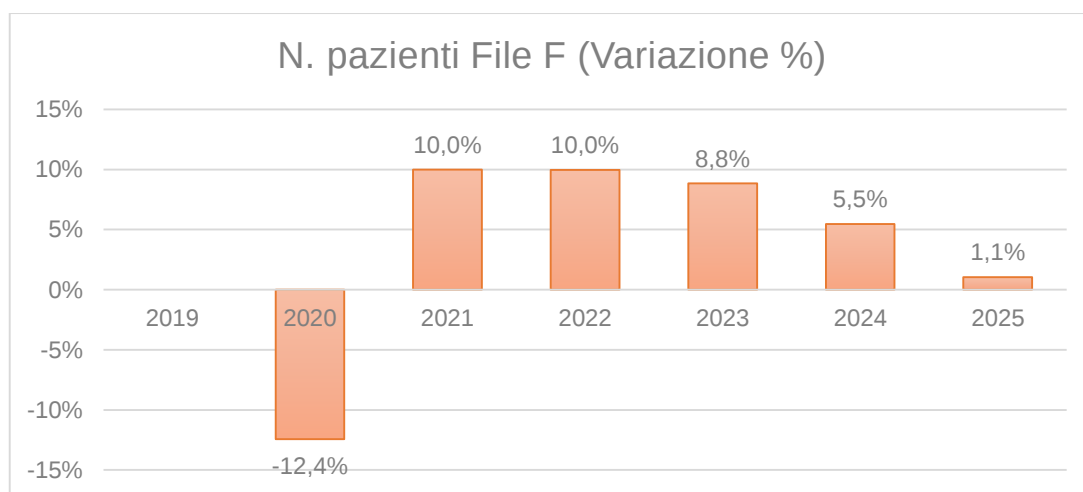
L'abbassamento della curva, con uno scarto negativo rilevante sia in termini di pazienti che di valore, registratosi nel 2020 è imputabile alle difficoltà che la crisi pandemica di coronavirus, soprattutto nel suo periodo di maggior impatto, ha causato ad ogni servizio sanitario. Il progressivo trend 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. Nel 2025 si registra una flessione nella crescita rispetto al 2024, mantenendo comunque un trend positivo. Tale flessione si percepisce maggiormente sul numero di pazienti trattati (appiattimento della curva) rispetto alla valorizzazione economica.

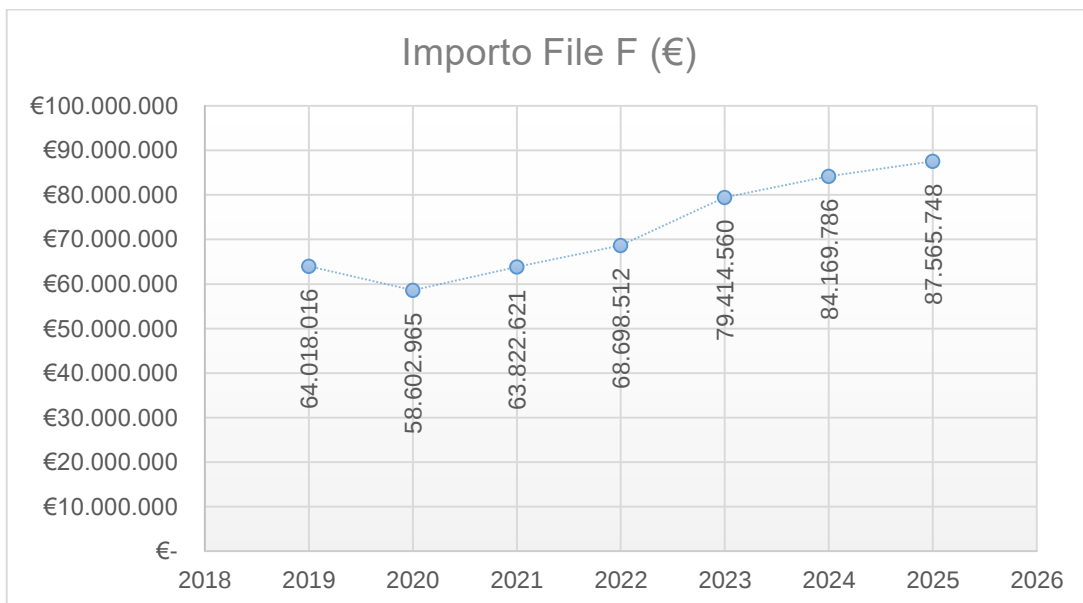


N.B.: i valori sono comprensivi anche della ex tipologia 16 Emocomponenti in modo da poter confrontare omogeneamente tutte le annualità (si precisa che dal 2022 è uscita dal Flusso File F in quanto è stato istituito un flusso a parte "Emocomponenti").

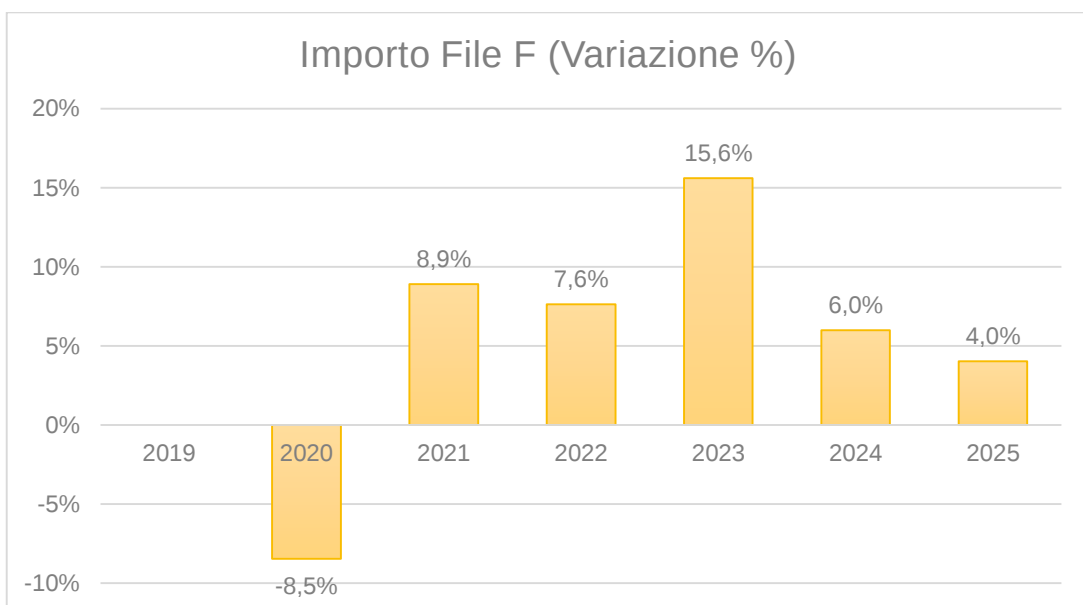


N.B.: i valori sono comprensivi anche della ex tipologia 16 Emocomponenti in modo da poter confrontare omogeneamente tutte le annualità (si precisa che dal 2022 è uscita dal Flusso File F in quanto è stato istituito un flusso a parte "Emocomponenti").



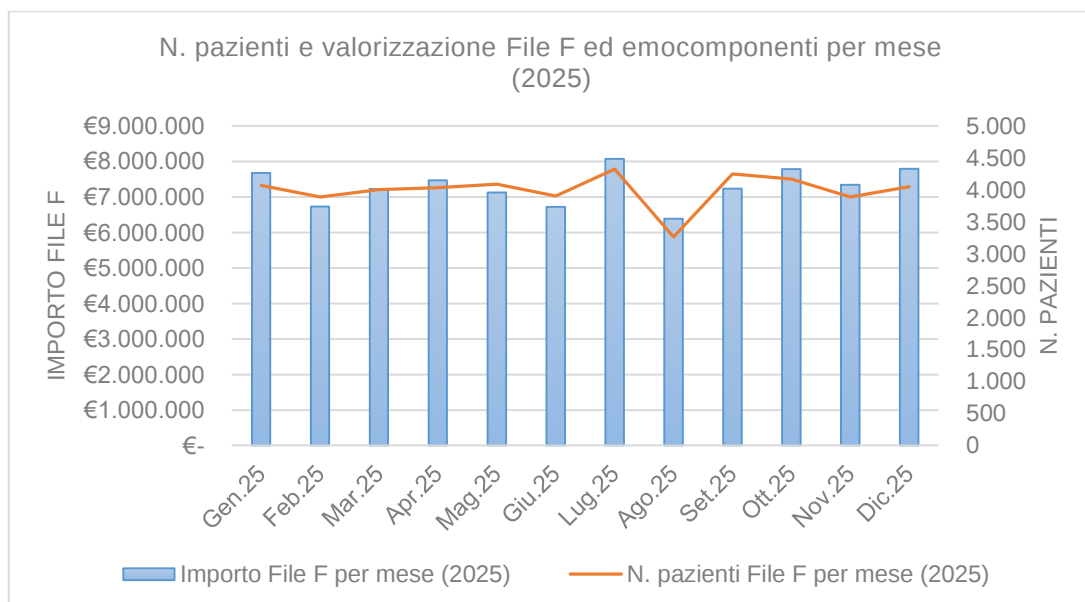


N.B.: i valori sono comprensivi anche della ex tipologia 16 Emocomponenti in modo da poter confrontare omogeneamente tutte le annualità (si precisa che dal 2022 è uscita dal Flusso File F in quanto è stato istituito un flusso a parte "Emocomponenti").



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 2025 presenta nella distribuzione dei pazienti un range compreso tra 3.250-4.300 circa, mentre per la valorizzazione economica la forbice è compresa tra 6,4mln-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 ottobre i pazienti si riducono, mentre il valore € aumenta e viceversa per il mese di maggio).



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

Il confronto sul biennio 2025-2024, prendendo in considerazione la tipologia di farmaci File F somministrati, vede alcune variazioni significative. In particolare:

- dal 1 gennaio 2024 (nota regione Lombardia prot. G1.2023.0043502 del 26/10/2023) sono state introdotte le categorie CO e DD, riducendo il numero delle tipologie valorizzate a sé stanti in precedenza (le tipologie 1, 2, 4, 5, 8, 9 e 14 rendicontate fino al 2023, dal 2024 confluiscono nelle due categorie di nuova istituzione);

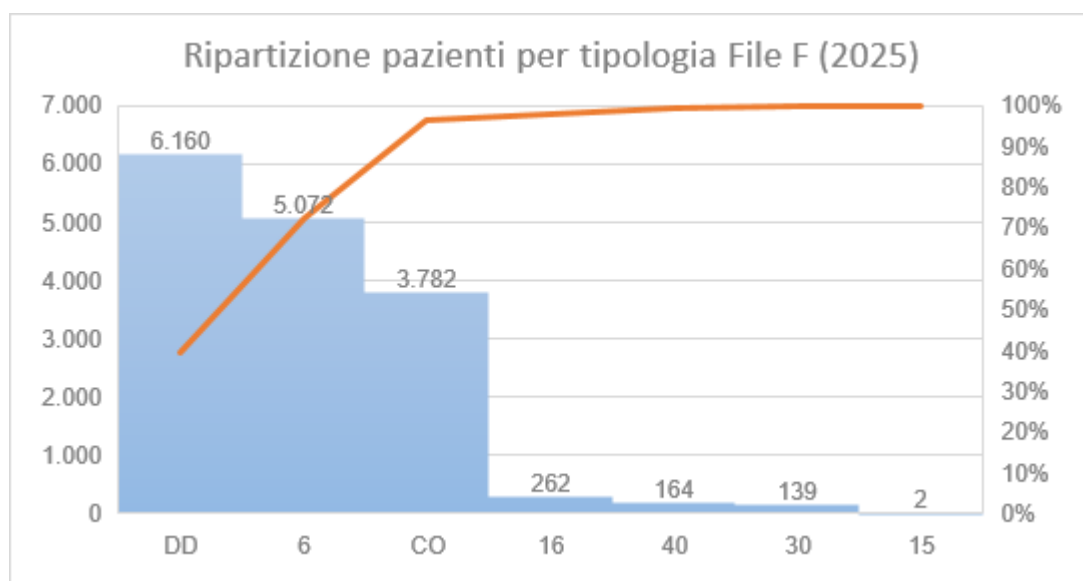
- dal 1 gennaio 2025 (nota Regione Lombardia prot. G1.2024.0044658 del 27/11/2024) i farmaci di cui alla legge 648/96 e off-label, fino a quel momento rendicontati in tipologia 3, devono essere rendicontati in tipologia CO e DD e non più in tipologia 3;
- escludendo l'importo degli emocomponenti e considerando solamente le nuove tipologie di File F, il valore del File F delle due macrocategorie CO e DD copre per il 2025 rispettivamente il 48,72% per la tipologia DD (farmaci distribuiti ed utilizzati a domicilio dal paziente) ed il 33,77% per la tipologia CO (farmaci somministrati in regime ospedaliero escluso il ricovero ed il DH oncologico).
- la tipologia 3 presenta valore "0" nel 2025 in quanto rientrante nelle suddette due categorie di nuova istituzione;
- la tipologia 40 presenta la variazione % maggiore;
- le tipologie 6 e 30 conseguono lievi decrementi;
- gli emocomponenti registrano una sostenuta flessione;
- complessivamente, l'incremento del valore economico del File F (emocomponenti esclusi) si attesta nel 2025 sul +4,18% rispetto al 2024; corrispondente ad un +4,03% nel computo comprensivo degli emocomponenti.

Riepilogo Tipologia File F	Importo 2025 (€)	Importo 2024 (€)	Differenza importo (€)	Differenza importo %
15 Risk Sharing	-715.424	-738.799	23.375	-3%
3 FARMACI (COMMA 4 ART1 LEGGE 648) NON REGISTRATI	0	888.873	-888.873	-100%
30 Farmaci innovativi oncologici	4.123.073	4.387.991	-264.918	-6%
40 Farmaci innovativi non oncologici di cui al fondo nazionale (escluso HCV)	1.060.760	2.550.416	-1.489.657	-58%
6 FARMACI CUF 37 (DOPPIO CANALE)	9.064.704	9.342.886	-278.183	-3%
CO FARMACI SOMMINISTRATI REGIME OSP. ESCLUSO RICOVERO E DH ONCO	31.208.022	28.317.973	2.890.049	10%
DD FARMACI DISTRIBUITI ED UTILIZZATI A DOMICILIO DAL PAZIENTE	42.510.151	38.998.197	3.511.954	9%
TOTALE File F	87.251.284	83.747.537	3.503.748	4,18%
Emocomponenti (ex Tipologia 16 del File F)	314.464	422.249	-107.785	-26%
Totale File F + Emocomponenti	87.565.748	84.169.786	3.395.962	4,03%

N.B.: l'analisi presentata si limita alla valutazione degli scostamenti per importi assoluti tra il 2025 ed il 2024 differenziando per tutte le tipologie di File F.



Per quanto riguarda il 2025, la maggior parte dei pazienti si concentra sulle tipologie di farmaci DD e 6 e successivamente sulla tipologia CO. Le ulteriori tipologie (compresi emocomponenti) sono interessate in modo marginale raggiungendo complessivamente il 3,64%.



*Attività vaccinale ed in
attuazione del Piano
Pandemico PanFlu*

Attività vaccinale

In funzione della campagna annuale vaccinale, per il 2025 Regione Lombardia, facendo seguito alla nota ministeriale protocollo 0000669-25/07/2025-DGEME-DGEME-P “Prevenzione e controllo dell’influenza: raccomandazioni per la stagione 2025-2026” ha fornito, agli Enti e soggetti interessati, le indicazioni operative per la campagna vaccinale 2025/2026 in Regione Lombardia per i vaccini antinfluenzale e anti-RSV per i nuovi nati.

Le indicazioni operative hanno riguardato cinque tipologie di vaccinazioni: vaccinazione antinfluenzale; vaccinazione anti-pneumococco; vaccinazione anti-Herpes Zooster; vaccinazione anti-Covid 19; immunizzazione anti-RSV.

I vaccini antinfluenzali sono co-somministrabili con quelli anti-pneumococco, vaccinazione anti-Herpes Zooster, anti-Covid 19.



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

✓ *Campagna vaccinale antinfluenzale e anti-Covid 19*

In Lombardia dal 1 ottobre 2025 è stata avviata la campagna vaccinale con offerta attiva e gratuita per la stagione autunnale/invernale 2025-2026 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 al 13 ottobre) si è rivolta alle categorie più a rischio. Successivamente, a partire dal 13 ottobre, 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 ed i vaccini anti-Covid 19, anti-pneumococco e anti-Herpes Zooster (tali vaccini risultano co-somministrabili con quello antinfluenzale).

- Vaccinazione rivolta ai pazienti fragili in carico alla Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo e loro caregivers a partire dal 6/10, per pazienti con programma vaccinale in atto presso l'Ambulatorio Vaccinale interdipartimentale al Padiglione 42 (Malattie Infettive) e per pazienti inviati all'ambulatorio stesso da tutte le unità operative della Fondazione IRCCS.
- 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 nelle giornate del 12/12 e 16/12;
 - Ambulatori itineranti presso il Pad. 43 DEA dalle 10.00 alle 13.00 nelle giornate del 11/12 e 15/12.

In data 18/10/2025 è stato organizzato il VAX-DAY presso l'Ambulatorio Vaccinale (Pad. 42 piano terra – Malattie Infettive).

✓ *Campagna di immunizzazione anti-RSV*

Con le indicazioni operative per la campagna vaccinale 2025/2026 Regione Lombardia



ha fornito anche le indicazioni per la campagna di immunizzazione anti-RSV per i bambini nati a partire dal 01/04/2025, con inizio dal 1 ottobre 2025.

A partire dal 1° ottobre 2025 e fino al 31 marzo 2026, con possibilità in casi selezionati di proseguire anche per il mese di aprile, è stato reso disponibile in Regione Lombardia l'anticorpo monoclonale contro il Virus Respiratorio Sinciziale (RSV) per i neonati.

Le indicazioni regionali precisano che è possibile offrire l'anticorpo monoclonale anche ai bambini nati tra il 01/01/2025 e il 31/03/2025 non immunizzati nella campagna precedente, in caso di richiesta attiva da parte del genitore o di condizioni di rischio.

Inoltre, viene precisato che per i bambini nati nel 2024 in particolari condizioni di grave rischio clinico che li rendono eligibili per l'immunizzazione anti-RSV è possibile procedere alla somministrazione dell'anticorpo monoclonale nella campagna di immunizzazione 2025/2026 (anche se già immunizzati nella campagna precedente) seguendo le indicazioni specifiche fornite per il dosaggio. In base all'età del bambino.

Risulta possibile proteggere il neonato tramite la somministrazione, nel primo anno di vita, dell'anticorpo monoclonale anti-RSV (Beyfortus, in due diverse formulazioni) durante la stagione invernale.

Nella campagna di immunizzazione 2025:

- per i neonati che nascono dal 01/10/2025 al 31/03/2026 l'anticorpo monoclonale viene offerto presso il Punto Nascita ospedaliero;
- per i bambini nati dal 01/04/2025 al 30/9/2025 invece viene offerto dai Pediatri di Libera Scelta (PLS) oppure presso i Centri Vaccinali.

L'immunizzazione deve essere registrata tempestivamente tramite il portale vaccinale ARVAX anche per evitare doppie somministrazioni e per garantire la corretta programmazione degli approvvigionamenti.

La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, in quanto sede di punto nascita, a partire dal 1 ottobre 2025, ha aderito alla campagna di immunizzazione anti RSV.

In Fondazione IRCCS, il numero di dosi di Nirsevimab somministrate in regime di ricovero per la stagione 2025-2026 è stato di n. 976 dosi, con una copertura media del 95%, permettendo di abbattere il numero di ricoveri per bronchiolite a 3 casi accertati.



Per quanto riguarda la campagna vaccinale 2025-2026 si riportano di seguito i volumi suddivisi per tipologia di vaccino e per target (operatori e pazienti):

CAMPAGNA VACCINALE		
Totale somministrazioni dal 01/10/2025		
CVT SAN MATTEO - MEDICINA DEL LAVORO		
ANTICOVID	COMIRNATY LP.8.1	397
ANTINFLUENZALE	FLUCELVAX	498
ANTINFLUENZALE	INFLUVAC	465
ANTIPNEUMOCOCCO	PREVENAR	7
ANTIPNEUMOCOCCO	PNEUMOVAX	1
ANTI HERPES ZOSTER	SHINGRIX	10
CVT POLICLINICO S. MATTEO – PAVIA (DIALISI, ONCO,EMATO)		
ANTICOVID	COMIRNATY LP.8.1	42
ANTINFLUENZALE	FLUCELVAX	0
ANTINFLUENZALE	INFLUVAC	113
ANTIPNEUMOCOCCO	PREVENAR	0
ANTIPNEUMOCOCCO	PNEUMOVAX	0
ANTI HERPES ZOSTER	SHINGRIX	0
CVT SAN MATTEO - MALATTIE INFETTIVE		
ANTICOVID	COMIRNATY LP.8.1	86
ANTINFLUENZALE	FLUCELVAX	1
ANTINFLUENZALE	INFLUVAC	312
ANTIPNEUMOCOCCO	PREVENAR	79
ANTIPNEUMOCOCCO	PNEUMOVAX	42
ANTIPNEUMOCOCCO	CAPVAXIVE	153
ANTI HERPES ZOSTER	SHINGRIX	13
CVT SAN MATTEO - OSTETRICIA-GINECOLOGIA		
ANTICOVID	COMIRNATY LP.8.1	0
ANTINFLUENZALE	FLUCELVAX	0
ANTINFLUENZALE	INFLUVAC	80
CVT SAN MATTEO - PEDIATRIA		
ANTINFLUENZALE	FLUENZ SPRAY	12
ANTINFLUENZALE	INFLUVAC	57
ANTI-RSV	BEYFORTUS	423

CAMPAGNA VACCINALE	
Totale somministrazioni dal 01/10/2025	
MEDICINA DEL LAVORO	
ANTINFLUENZALE	963
ANTICOVID	397
ANTIPNEUMOCOCCO	8
ANTI HERPES ZOSTER	10
PAZIENTI FRAGILI	
ANTINFLUENZALE	575
ANTICOVID	128
ANTIPNEUMOCOCCO	134
ANTI HERPES ZOSTER	13
ANTI-RSV	423

Attività in attuazione del Piano Pandemico PanFlu

Si riportano le azioni attuate nel 2025 correlate al Piano pandemico PanFlu:

- nel 2025 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 25/11/2025, su indicazione regionale, è stata effettuata esercitazione relativa ad uno stato di allerta pandemica a causa del riscontro della positività a nuovo sottotipo di influenza aviaria con sospetto di trasmissione interumana nel contesto di altri nosocomi regionali. In Fondazione IRCCS è stato isolato dal Laboratorio di virologia il nuovo sottotipo influenzale in un paziente ricoverato in RIA 1 e un paziente ricoverato in pneumologia. 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 2022-2024 e successivamente aggiornato (con Delibera CdA n. 94 del 19/12/2025 è stato proposto l'aggiornamento al POAS. Con DGR n. 5762 del 23/02/2026 è stato approvato il suddetto aggiornamento, stabilendo che le modifiche approvate hanno decorrenza da tale data).

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 2025) con gli avanzamenti a dicembre 2025.

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

La finalità del progetto è volta al conseguimento di 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. Inoltre, tra gli obiettivi vi è anche l'ottenimento di 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.



In data 6 settembre 2025 è stato trasferito il DH oncologico al terzo piano del Padiglione 29.

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 stato portato a termine il 15 dicembre 2025 il trasferimento delle attività ambulatoriali e di DH della SC Ematologia, prima situati al piano terra del Padiglione 14.

La conclusione del progetto ha permesso 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 risultano essere 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.

Tale progetto è promosso e realizzato da ENI S.p.A. in collaborazione e coordinamento con le Strutture tecniche e sanitarie della Fondazione IRCCS.

Il progetto è stato sottoposto nel mese di settembre 2023 alla Conferenza dei Servizi.



Nel mese di marzo 2025 è stata inviata istanza di co-finanziamento a Regione Lombardia per € 3.250.000, e per la quale è pervenuta successiva autorizzazione da parte regionale.

Pertanto, l'intervento sarà realizzato grazie a un investimento complessivo di 7,55 milioni di euro, di cui 4,3 milioni messi a disposizione da ENI S.p.A. e 3,25 milioni finanziati da Regione Lombardia.

Nel corso del 2025 sono proseguiti gli incontri del gruppo di lavoro per la definizione del progetto definitivo.

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.

Nel corso del 2025 sono proseguiti i lavori per il completamento della ristrutturazione



degli spazi.

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.

Nel corso del 2025 è stato realizzato il progetto definitivo.

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.
- n) Nel 2025 si è provveduto ad inviare istanza di riattivazione/ampliamento della UO Astanteria, in attesa del percorso di riclassificazione della Medicina d'Urgenza, che ha esitato positivamente con decreto ATS n. 612/DGI del 04/09/2025.
- o) A fine 2025 è stato portato a termine il concorso per il reclutamento del personale infermieristico, ai fini di avvio dell'attività ad inizio 2026.

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.

É 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, sono proseguiti 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 ha come finalità quella di consentire 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.

Nel corso del 2025 sono proseguiti i lavori, al fine di consentire un trasferimento



dell'attività ad inizio 2026.

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, che prevede l'avvio dei lavori nel corso del 2026.

Nel 2025 sono state avviate le attività preliminari di sopralluogo per lo svuotamento dei locali oggetto di cantiere.

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 ha avuto 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.



Rete regionale dei Centri di senologia (BREAST UNIT) – Monitoraggio degli indicatori di volume e qualità come da DRG XII/3458 del 25/11/2024

Si relaziona di seguito in merito al monitoraggio degli obiettivi per l'anno 2025 come da DGR n. XI/7755 del 28/12/2022 e DGR n. XII/3458 del 25/11/2024:

- H02Z (NSG) – Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% di tolleranza) interventi annui: **il target risulta raggiunto;**
- H03C (NSG) – Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella: **il target risulta raggiunto;**
- BU01 (Diagnosi) – Percentuale di nuovi casi che effettuano una cito-istologia nei 50 giorni precedenti l'intervento chirurgico: **il target risulta raggiunto;**
- BU02 (Trattamento) – Percentuale di nuovi casi sottoposti a tecnica chirurgica radicale che effettuano la ricostruzione della mammella: **il target non risulta raggiunto;**
- BU03 (Follow up) – Percentuale di nuovi casi che avviano un trattamento medico entro 2 mesi dall'intervento: **il target risulta raggiunto;**
- BU04 (Follow up) – Percentuale di nuovi casi che avviano un trattamento radioterapico adiuvante entro 4 mesi dall'intervento chirurgico: **il target risulta raggiunto;**
- BU05 (Follow up) - Percentuale di pazienti sottoposti a valutazione multidisciplinare senologica sui casi incidenti: **il target risulta raggiunto;**
- BU06 (PNE – Appropriatezza) – Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella (PNE 605): **il target risulta raggiunto;**
- BU07 (PNE – Appropriatezza) – Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella (PNE 612): **il target risulta raggiunto;**
- BU08 (PNE – Appropriatezza) – Proporzione di interventi di ricostruzione, inserzione di espansore o impianto di protesi nel ricovero indice per intervento



chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella (PNE 606): **il target non risulta raggiunto.**

Esclusivamente per gli indicatori **BU02** (Percentuale di nuovi casi sottoposti a tecnica chirurgica radicale che effettuano la **ricostruzione della mammella**) e **BU08** (Proporzione di **interventi di ricostruzione, inserzione di espansore o impianto di protesi** nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella), entrambi riferiti alla chirurgia ricostruttiva, si rileva un disallineamento rispetto ai target.

La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, al fine di garantire un'offerta adeguata alle donne che contestualmente alla chirurgia demolitiva, volessero sottoporsi ad interventi di ricostruzione ha previsto nell'ambito del Dipartimento Chirurgico l'attivazione di una struttura di Chirurgia Plastica. Tale struttura sarà pienamente attiva a partire dal secondo trimestre 2026, pertanto si prevede un miglioramento degli indicatori sopra citati per l'anno 2026.

✓ **Monitoraggio obiettivi operativi per l'anno 2025**

*Esiti
monitoraggio
obiettivi
operativi 2025*

Con il Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO) 2025-2027 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 31/12/2025 specificando lo stato di avanzamento del progetto/processo.



Obiettivi di performance operativi 2025		Esiti del monitoraggio al 31/12/2025
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.	In data 6 settembre 2025 è stato trasferito il DH oncologico al terzo piano del Padiglione 29.
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 2025 è stato realizzato il progetto definitivo.
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 UOC Malattie Infettive	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 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.	Nel marzo 2025 è stata inviata istanza di co-finanziamento a Regione Lombardia per € 3.250.000. Nel corso del 2025 sono proseguiti gli incontri del gruppo di lavoro per la definizione del progetto definitivo.
Realizzazione e trasferimento Laboratori di Microbiologia e Virologia, comprensivi di laboratorio BLS 3, dal padiglione 30 al padiglione 42 Malattie Infettive	Miglioramento organizzativo, anche in vista della futura unità ad altro livello di isolamento che sarà realizzata all'interno del medesimo padiglione, con miglioramento dell'integrazione dei percorsi tra la SC Microbiologia e Virologia e la SC Malattie Infettive. Miglioramento strutturale e tecnologico grazie alla realizzazione dei nuovi laboratori, comprensivi del laboratorio BLS3.	Nel corso del 2025 è stato realizzato il progetto definitivo. Sono state inoltre avviate le attività preliminari di sopralluogo per lo svuotamento dei locali oggetto di cantiere.
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 rifunzionalizzazione 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.	Nel corso del 2025 sono proseguiti i lavori per il completamento della ristrutturazione degli spazi.



Obiettivi di performance operativi 2025		Esiti del monitoraggio al 31/12/2025
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	
	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.	
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.	In concomitanza con il trasferimento del DH oncologico al terzo piano del Padiglione 29, negli spazi lasciati liberi presso il Padiglione 32, è stato portato a termine il 15 dicembre 2025 il trasferimento delle attività ambulatoriali e di DH della SC Ematologia, prima situati al piano terra del padiglione 14.
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.	Come da Decreto DG n. 506 del 17/04/2025, a seguito di: - una riorganizzazione delle risorse economico-finanziarie, da parte di Regione Lombardia, correlata alla nuova programmazione pluriennale regionale degli investimenti sanitari, nonché alla revisione dei criteri e delle modalità di ripartizione, stanziamento ed assegnazione delle risorse confluite nel Fondo di cui all'art. 1, comma 95, della Legge 30 dicembre 2018 n. 145, finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e allo sviluppo del Paese; - del mancato fattivo seguito alla previsione di finanziamento di cui alla DGR Regione Lombardia n. XII/2478 del 3 giugno 2024, con conseguente oggettiva impossibilità per la Fondazione di disporre un effettivo impegno finanziario in relazione alle risorse in oggetto per la realizzazione delle opere di riassetto e riordino della complessiva area ospedaliera; - la richiesta regionale di redazione del Documento di Indirizzo alla Progettazione (DIP) per la progettualità finanziata dalle

Obiettivi di performance operativi 2025		Esiti del monitoraggio al 31/12/2025
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	
		risorse provenienti dal Fondo ex art. 1, comma 95, della Legge n. 145/ 2018 e di cui la Fondazione risulta beneficiaria attenendosi alle finalità originarie indicate nella nota della Direzione Generale Welfare, prot. G1_2023_3172 del 03 aprile 2023, con particolare riferimento a "contenere interventi da realizzare su strutture ospedaliere e considerare, in via prioritaria, interventi di adeguamento e messa a norma (normativa antincendio e adeguamento sismico) (...)"; - il mancato fattivo ed operativo seguito da parte di Regione Lombardia in relazione alla prosecuzione del relativo iter realizzativo per gli studi di fattibilità trasmessi relativi alle opere e ai lavori di "Riassetto e riordino dell'area del Policlinico San Matteo"; si è proceduto, per necessità, alla sospensione, allo stato – e fino alla definizione del nuovo quadro programmatico regionale e le ridefinizioni organizzative con il POAS 2025-2027 – dell'operatività delle funzioni/attività correlate alla realizzazione dei nuovi poli ospedalieri e le unità organizzative ad esso correlate, in coerenza con le adottande disposizioni da parte della 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 2025 si è provveduto ad inviare istanza di riattivazione/ampliamento della UO astanteria, in attesa del percorso di riclassificazione della medicina d'urgenza, che ha esitato positivamente con decreto ATS n. 612/DGI del 04/09/2025. A fine 2025 è stato portato a termine il concorso per il reclutamento del personale infermieristico, ai fini dell'avvio dell'attività ad inizio 2026.
Trasferimento Banca Occhi	Il trasferimento della banca degli occhi al Padiglione 32 consentirà alla struttura di avere ambienti adeguati dove svolgere l'attività, al	Nel corso del 2025 sono proseguiti i lavori, al fine di consentire un



Obiettivi di performance operativi 2025		Esiti del monitoraggio al 31/12/2025
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	
presso Padiglione 32	fine anche di garantire sicurezza e ottimi risultati clinici dei trapianti.	trasferimento dell'attività ad inizio 2026.
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 2025 si è proceduto con le valutazioni progettuali, ai fini del suo perfezionamento, per avviare l'esecuzione nel 2026. In linea di massima è prevista, al Pad. 29 2° piano, la ristrutturazione di n. 5 stanze di degenza (totale 10 PL) da destinare ad una week/day surgery multidisciplinare. Il progetto ha l'obiettivo di ridurre le liste d'attesa per piccoli interventi soprattutto per le specialità di ginecologia, otorino e urologia. Permetterebbe inoltre di lasciare la casistica complessa al DEA e completare un'offerta formativa anche più ampia. È prevista inoltre la riattivazione di n. 3 sale operatorie presso il B.O. del Pad 29 V piano. Il progetto inoltre darebbe spazio di sala e degenze per la chirurgia plastica di recente attivazione. La ristrutturazione prevede rifacimento impianto elettrico, revisione impianto gas medicali e creazione di bagni nelle stanze. La SC Ingegneria Clinica, nel corso del 2025 e primi mesi 2026, ha provveduto ad acquistare le attrezzature base ai fini della messa in funzione di 3 sale operatorie.
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 monoplano 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 2025 è stata predisposta una relazione per Regione Lombardia al fine di aver accesso al finanziamento per l'acquisto delle apparecchiature e i relativi lavori strutturali necessari.
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	La Legge n. 15/2025 ha prorogato al 31 dicembre 2025 la scadenza degli incentivi a supporto del processo di riorganizzazione della

Obiettivi di performance operativi 2025		Esiti del monitoraggio al 31/12/2025
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	
	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.	rete dei laboratori del Servizio Sanitario Nazionale, di cui all'art. 29 della Legge 23 luglio 2021, n. 106. Con DGR n. XII/4938/2025 – "Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025" – è stata recepita tale proroga anche per il raggiungimento dell'obiettivo relativo al potenziamento delle attività analitiche di sequenziamento di nuova generazione (Next Generation Sequencing – NGS). Pertanto, anche per la "NGS Facility" della Fondazione il termine per il conseguimento dell'obiettivo sul volume di attività è stato prorogato al 31 dicembre 2025, confermando quanto già previsto dalla DGR n. XI/6989/2022. Nello specifico la NGS Facility ha raggiunto pienamente il volume minimo complessivo di almeno 5.000 campioni/prestazioni annue con tecnologia NGS.
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 2025 sono stati elaborati i seguenti documenti: • PDTRA 09 - per la gestione dei pazienti con patologia tumorale del pancreas e della regione periampollare presso la Pancreas Unit Aziendale; • ALL PDTRA 09.1 – Acronimi; • ALL PDTRA 09.2 – Organigramma; • ALL PDTRA 09.3 – Indicatori. Ad integrazione degli stessi nel 2026 è stato editato il seguente allegato al PDTRA: • ALL PDTRA 09.04 – Presentazione dei casi clinici provenienti dagli Ospedali SPOKE al Gruppo Multidisciplinare della Pancreas Unit (HUB) della Fondazione Policlinico San Matteo di Pavia.
Avvio e implementazione interfacciamento con l'Order Manager Regionale	Completamento dell'implementazione del progetto di potenziamento della rete informatica dei Servizi di Medicina di Laboratorio, ai sensi della DGR n.	Nel 2025 il progetto non è stato avviato perché il fornitore non era pronto. Pertanto, in accordo con Regione Lombardia si è deciso di far slittare l'avvio al 2026.

Obiettivi di performance operativi 2025		Esiti del monitoraggio al 31/12/2025
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	
(OMRe) dei Laboratori	XI/7672/2022 e della DGR n. XII /2560 del 17/06/2024.	Come attività propedeutica, nel 2025, è stata effettuata tutta l'attività di migrazione della Virologia e Microbiologia sotto il Laboratorio Unico Virtuale (LUV), andando a rivedere e omogeneizzare le codifiche delle prestazioni.
Revisione ed adeguamento laboratori BSL3 officina farmaceutica Cell Factory c/o Pad. 27	Revisione ed adeguamento del laboratorio BSL3 presso la Cell Factory, al fine di adeguarlo alle prescrizioni AIFA.	Nel corso del 2025 sono proseguiti i lavori di esecuzione volti al completamento del progetto di adeguamento dei Laboratori a Contaminazione controllata di livello BSL 3 per la realizzazione di un progetto "cellule CAR-T". La natura delle attività svolte all'interno dei laboratori consistono nella lavorazione di prodotti cellulare per terapie avanzate (ATMP) e, in particolare, prodotti di terapia genica quali cellule CAR-T.
Installazione ed allestimento di un laboratorio di spettrometria di massa	Il laboratorio conterrà due spettrometri di massa che verranno utilizzati prevalentemente per l'attività di ricerca. La strumentazione consentirà di effettuare analisi di massa accurata su campioni.	Il laboratorio è entrato in funzione a seguito di lavori edili e impiantistici di adeguamento dei locali e dell'installazione di n. 2 spettrometri di massa.



Prof. V. Bellotti
Direttore Scientifico

Andamento dell'attività di Ricerca

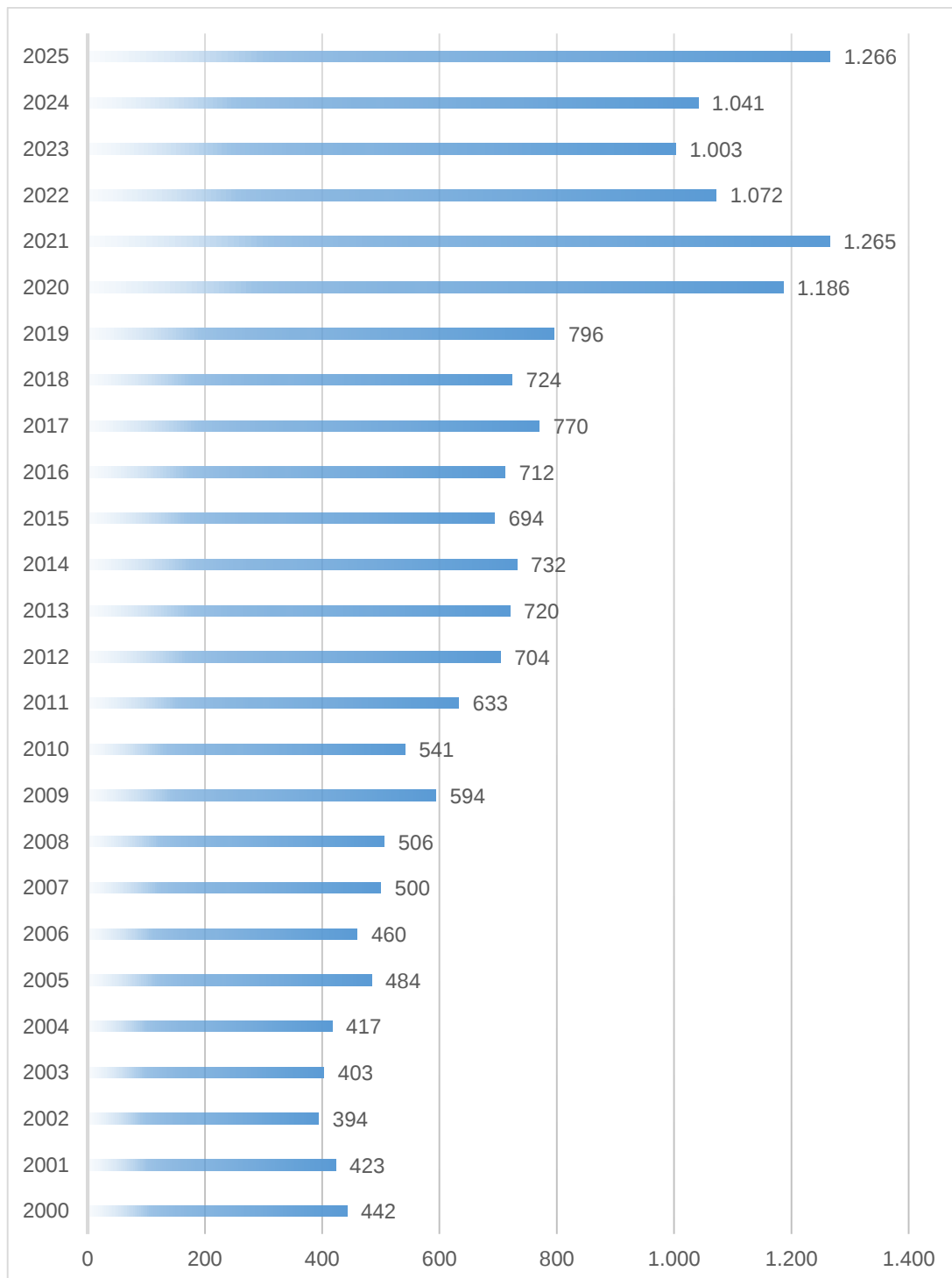
Nel 2025 l'emergenza dovuta alla pandemia da Covid-19 ha esaurito i suoi effetti da circa due anni.

Il numero di lavori scientifici pubblicati dai ricercatori dell'Ospedale durante il 2025 e comparsi sulle riviste indicizzate in Medline, Scopus e/o nel Science Citation Index è stato pari a 1.266, superiori all'epoca pre-pandemia.

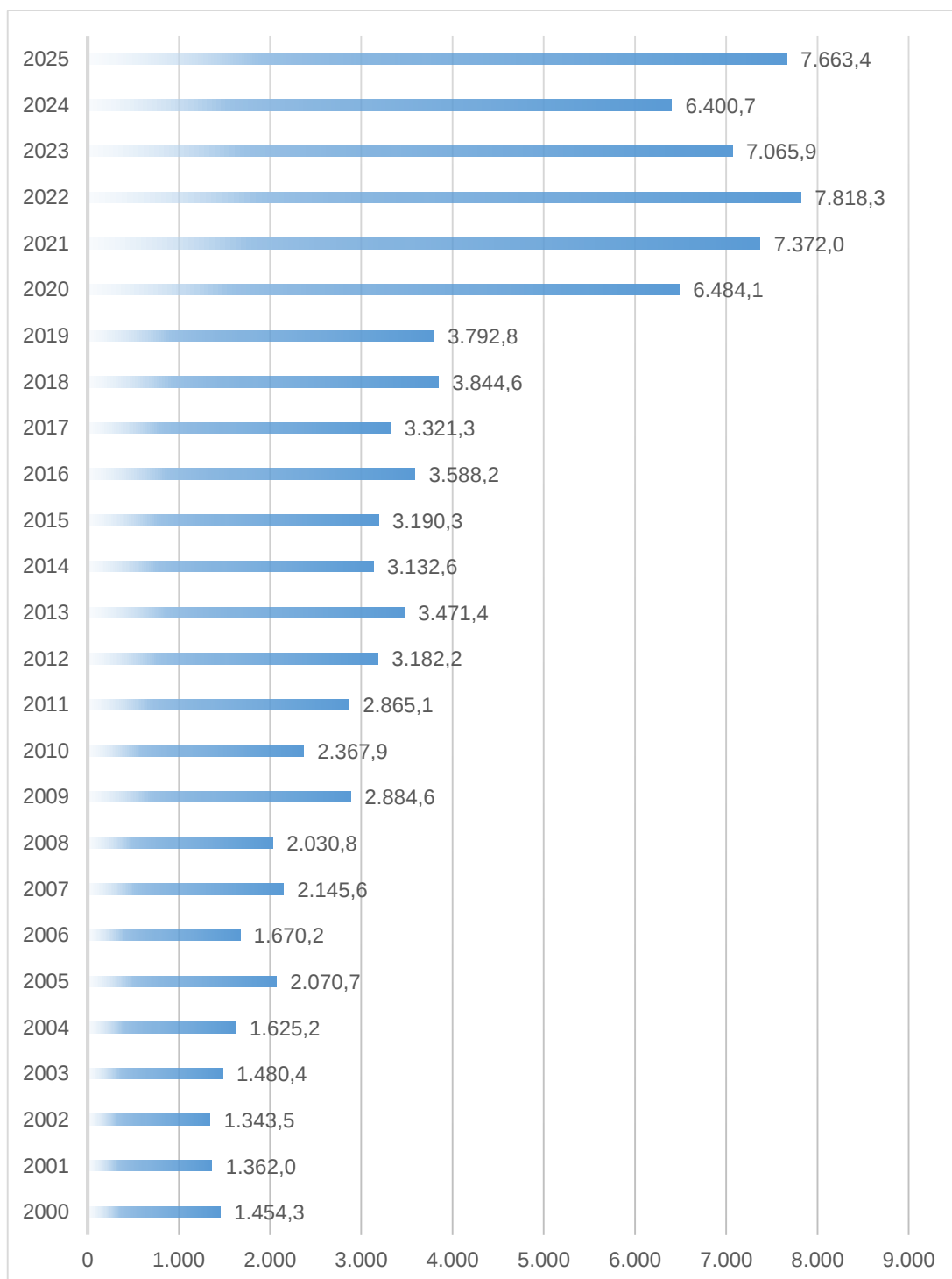
Il trend della produzione scientifica dal 2000 al 2025 in relazione sia al numero di articoli scientifici pubblicati su riviste indicizzate in Medline e/o nel Science Citation Index sia all'impact factor (IF) complessivo annualmente ottenuto, presenta una forte impennata dal 2020, dovuta in parte alla 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 2025 si registra un aumento significativo rispetto all'anno precedente con un aumento dell'impact Factor totale, che si attesta comunque a un livello superiore al 2019, nonostante la costante diminuzione, post-pandemia, dell'impact factor di tutte le riviste scientifiche.



**Andamento della produzione scientifica anni 2000-2025:
numero di lavori in extenso su Medline, Scopus e Science Citation Index**



Impact Factor anni 2000-2025



Nel corso del 2025 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 stato inoltre approvato l'accordo quadro con l'Università di Pavia sulla c.d. "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 questo accordo nel 2025 è stato registrato un incremento del numero di universitari che hanno presentato richiesta di adesione alla piattaforma, raggiungendo un totale complessivo di 35 aderenti.

La Fondazione ha svolto anche nel 2025 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, nell'ultimo anno, ha ottenuto numerosi finanziamenti europei in qualità di Coordinatore di progetto, consolidando il proprio ruolo nella ricerca internazionale.

Tra i principali progetti finanziati rientra "Repurposing 4-phenylbutyrate as new treatment for osteogenesis imperfecta" (acronimo: PROOF), dedicato allo sviluppo di nuove strategie terapeutiche per l'Osteogenesi Imperfetta attraverso studi preclinici condotti su modelli sperimentali dedicati. Il progetto coinvolge, oltre alla Fondazione IRCCS, sei partner europei provenienti da diversi Paesi: Paesi Bassi (Amsterdam UMC – Human Genetics), Spagna (Biomedical Research Institute of Malaga and Platform in Nanomedicine), Svezia (Karolinska Institutet), Italia (IRCCS



Rizzoli), Estonia (Tartu University Hospital) e la Osteogenesis Imperfecta Federation Europe con sede in Belgio.

Nel 2025 la Fondazione IRCCS partecipa inoltre, in qualità di Affiliated Entity, al progetto europeo EU4H-2023-JA-07 "Establish an EU Network of Comprehensive Cancer Infrastructures", in parallelo al percorso di certificazione OEIC della Fondazione IRCCS quale Comprehensive Cancer Center.

Altri progetti di respiro internazionale finanziati nel 2025 che vedono la Fondazione IRCCS coordinatore sono il progetto "Precision Medicine for Cardiac Arrest (PREMEDICARE)", finanziato nell'ambito della COST Action dell'European Cooperation in Science and Technology, e il progetto "Fungal Genomics and Antagonistic Community Interactions (FuGACI)", finanziato nell'ambito del bando JPIAMR 2024.

✓ **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.

Nel corso dell'anno 2025 è stato concluso il percorso di stabilizzazione del personale di cui sopra, come stabilito all'art. 3-ter del decreto-legge n. 51 del 10 maggio 2023, convertito con legge n. 87 del 3 luglio 2023, e sono stati assunti a tempo indeterminato n. 8 Collaboratori professionali di ricerca sanitaria e di n. 8 Ricercatori sanitari.



Nel corso dell'anno 2025, 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, sono stati calcolati e retribuiti i premi di relativi all'anno 2023.

Al 31/12/2025, risultavano in servizio n. 56 Ricercatori sanitari e n. 48 Collaboratori professionali di ricerca sanitaria.

Nel 2025, si è provveduto ad immettere in servizio all'espletamento dei concorsi programmati con l'assunzione di n. 5 Ricercatori sanitari.

Nel corso dell'anno 2026 è previsto lo svolgimento delle procedure concorsuali per l'immissione in servizio di n. 9 Ricercatori sanitari.

✓ **Attività del Grant Office**

Nel corso del 2025 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 2025 si segnala il supporto ai seguenti bandi:

- Fondazione Cariplo;
- Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica;
- Horizon Europe;
- European Joint Programme on Rare Diseases (EJP RD);
- European Partnership on Personalised Medicine (EP PerMed);
- European Rare Disease Research Alliance (ERDERA);
- COST Action;
- Ricerca Finalizzata del Ministero della Salute;
- Ministero delle Imprese e del Made in Italy;
- AIRC;



- AIFA;
- Fondazione Roche;
- Fondazione Pfizer;
- Fondazione Comunitaria Provincia di Pavia;
- Fondazione Cassa Deposito e Prestiti (CDP);
- Fondazione Telethon;
- Fondazione TIM;
- 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 2025 e proseguono con vari argomenti attinenti alla ricerca.

Inoltre, nel 2025, è stato organizzato il corso di Grant Writing, rivolto ai ricercatori del San Matteo e tenuto da docenti dell'Università di Pavia. Il corso mirava a fornire concetti base della progettazione europea, e stimolare i ricercatori a confrontarsi con la scrittura di grant non solo a livello nazionale ma anche internazionale.

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.

✓ **Studi clinici e Clinical Trial Center**

A partire dal 1° febbraio 2023 è stato istituito ufficialmente il Clinical Trial Center della Fondazione, con la costituzione della SSD Biostatistica e Clinical Trial Center.

Nel corso degli ultimi anni, pertanto, le attività si sono fortemente incentrate sulla crescita e il potenziamento di tutte le attività legate al Clinical Trial Center.

Dopo l'istituzione dell'ufficio di "Start up" con una iniziale copertura di 2 posizioni lavorative, nel 2025, per un aumento della gestione degli studi clinici si è passati a 4 unità, in modo da proseguire efficacemente nel fornire supporto al personale della Fondazione coinvolto in studi clinici profit e no profit, garantendo assistenza e consulenza agli sperimentatori per l'avvio amministrativo degli studi e l'inserimento degli stessi in clinicaltrial.gov, nel Registro Studi Osservazionali RSO, Clinical Trials Information System (CTIS).

È stata finalizzata nel 2025 la strutturazione e l'implementazione digitale della nuova piattaforma Clinical Trial Management System (CTMS) nella piattaforma REDCap, con migrazione di tutti i dati relativi alla gestione delle sperimentazioni cliniche che vedono la Fondazione IRCCS come centro Partecipante/Proponente.

È stato aggiornato il Tariffario aziendale per l'erogazione di prestazioni nell'ambito di sperimentazioni cliniche/ ricerche conto terzi profit, approvato con Decreto del DG N.5/D.G./1686 del 28/12/2023.

Il Clinical Trial Center della Direzione Scientifica nel 2025 ha proseguito una più ampia attività di accentramento di gestione e organizzazione delle Sperimentazioni Cliniche delle unità operative della Fondazione non dotate di personale qualificato nella gestione e conduzione di sperimentazioni cliniche, per migliorarne la qualità arrivando a 35 UO e con un totale di 12 persone coinvolte attivamente nella gestione degli studi. Nello stesso tempo, ha collaborato, proseguendo le attività mediante



gruppi di lavoro, con gli study coordinator di tutti i Trial Office presenti in Fondazione per procedere con la standardizzazione di tutti i processi che riguardano trasversalmente le UO.

Nel 2025 la Fondazione ha gestito un portfolio di circa 887 studi clinici dei quali 379 (pari al 42,7%) studi di natura interventistica e 508 (pari al 57,3%) di natura osservazionale.

Gli studi interventistici farmacologici attivi sono 309, 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 38 studi, 20 sono gli studi interventistici che hanno visto coinvolta la Fondazione, di cui 6 profit e 14 quelli di natura no-profit.

✓ **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 2025 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 IRCCS.



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), che ha permesso la costituzione della Commissione Brevetti e Spin off Congiunta e l'adozione di un secondo regolamento congiunto che è stato recepito dalla Fondazione IRCCS con delibera n. 5/C.d.A./03 del 26 gennaio 2023 "Regolamento per la creazione di nuove realtà imprenditoriali nelle forme di spin off/start-up (Reg. n. 87/2023).

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.

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 2025 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.

✓ Documentazione scientifica

Il Servizio di Documentazione Scientifica ha fornito nel 2025 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;
- supporto e collaborazione alla stesura di protocolli di ricerca mirati allo sviluppo di strategie di ricerca bibliografiche, sia ai fini della pubblicazione scientifica sia per l'aggiornamento professionale continuo;
- 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;
- 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 stato approvato dal CdA nel 2018.

Negli ultimi anni (dal 2019) la Fondazione ha portato avanti numerose attività e acquisizione di beni e servizi (v. quanto riportato nelle Relazioni sulla Performance



degli anni precedenti) che hanno portato alla costituzione della Biobanca San Matteo. Il progetto è stato gestito e diretto 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. Il procedimento di affidamento in outsourcing del progetto di realizzazione della Biobanca è stato ultimato: 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.

In data 26 gennaio 2026 con decreto n. 6/D.G./44 è stato approvato il Regolamento per l'istituzione della Biobanca della Ricerca della Fondazione (Reg. n. 112/2026). Contestualmente all'istituzione della Biobanca, è stato costituito uno specifico Comitato Tecnico Scientifico della Biobanca (CTS-b), con funzioni di supervisione e supporto scientifico alle attività di raccolta, gestione e conservazione del materiale biologico. Il CTS-b opera in stretta collaborazione con il Direttore Scientifico e rappresenta l'organo competente per la valutazione delle richieste di utilizzo dei campioni biologici conservati presso la Biobanca, previa analisi dei progetti scientifici presentati dai richiedenti. Il CTS-b è costituito da: Direttore Scientifico in qualità di Direttore della Biobanca, Responsabile SC Gestione, supporto e monitoraggio della ricerca, RUP della Biobanca, Rappresentante delle associazioni di pazienti, 9 ricercatori provenienti da almeno 5 differenti aree tematiche della fondazione, Esperto legale, Segreteria.

Costituisce obiettivo strategico della Fondazione il conseguimento della certificazione della Biobanca quale Nodo Nazionale dell'infrastruttura europea BBMRI-ERIC (Biobanking and Biomolecular Resources Research Infrastructure). Tale percorso di accreditamento consentirà alla Biobanca di operare secondo standard qualitativi riconosciuti a livello europeo, garantendo elevati livelli di



qualità, tracciabilità e sicurezza dei campion e dei dati correlati e rafforzandone il ruolo nell'ambito delle infrastrutture di ricerca promuovendo collaborazioni scientifiche nazionali e internazionali

✓ **Reti di Ricerca**

Il 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 – 1 progetti attivi nel 2025 (CVRISK-IT);
- Rete Aging – 1 progetti attivi nel 2025 (I-COMET);
- Rete Neuroscienze e Riabilitazione (RIN);
- Rete Apparato Muscolo Scheletrico (RAMS);
- Rete Dermatologica;
- Rete Alleanza contro il Cancro (ACC);
- Rete OECI;
- Rete DIGICORE;
- Rete BIBLIOSAN – Coordinamento Nazionale 2003-2025.

La nostra Fondazione fa anche parte della rete europea oncologica OECI, 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 2025 il Centro HUB è ancora in possesso delle caratteristiche di eccellenza per mantenere il suo ruolo nelle Reti.

Sempre in ambito di reti di Ricerca, ricordiamo che anche per il 2025 l'IRCCS San Matteo è socio di:

- Associazione Netval;
- GIDIF.

✓ 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 dalla dr.ssa Scudeller, 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 documento "Regolamento per la gestione della cattiva condotta nella ricerca (Misconduct) (Reg. n. 113/2026)" preparato in condivisione Direzione Generale, SC Affari Generali, Direzione Amministrativa, è stato approvato con Decreto del Direttore Generale n. 6/D.G./45 del 26/01/2026.

✓ 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.



Nei 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.

L'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, è stato smaltito e si è assistito a una progressiva normalizzazione delle tempistiche.

Dal novembre 2025 la risorsa assegnata a queste attività è stata trasferita all'Ufficio Privacy.

✓ **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 per un totale di 71 enti.

Nell'ambito di tale rete, vengono rese disponibili ai ricercatori risorse documentali provenienti dalle principali case editrici scientifiche internazionali, a condizioni economicamente vantaggiose grazie alla contrattazione centralizzata. L'offerta comprende, oltre alle riviste scientifiche, anche banche dati bibliografiche e strumenti informatici finalizzati al monitoraggio e alla valutazione dell'attività di ricerca svolta dagli enti aderenti.

A tali risorse si affianca un'articolata attività formativa, rivolta sia ai bibliotecari sia ai ricercatori, incentrata sull'utilizzo delle risorse in abbonamento, sui principi di etica della ricerca, sull'individuazione delle riviste predatorie e, più recentemente, sull'impatto dell'intelligenza artificiale nel contesto dell'informazione scientifica. A tale proposito nel 2025 è stato avviato l'abbonamento a Scopus AI; risorsa progettata per la ricerca scientifica che fornisce risposte basate esclusivamente su fonti verificate e pubblicazioni peer-reviewed contenute nel database Scopus.



Dal 2022 sino alla fine del 2025, Bibliosan ha inoltre finanziato circa 1.900 APC (Article Processing Charges) a supporto della pubblicazione ad accesso aperto da parte dei ricercatori. A seguito di un'approfondita analisi dei costi sostenuti negli ultimi anni per il pagamento delle APC, a partire dal 2026 sarà resa disponibile ai ricercatori che pubblicano in Open Access una scontistica dedicata con alcuni gruppi editoriali.

✓ **Monitoraggio obiettivi operativi per l'anno 2025**

*Esiti
monitoraggio
obiettivi
operativi 2025*

Con il Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO) 2025-2027 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 2025-2027, 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 31/12/2025 specificando quali indicatori le Pubblicazioni scientifiche indicizzate attinenti alla linea e relativo Impact Factor.

Obiettivi di performance operativi 2025		Esiti del monitoraggio al 31/12/2025 (*)
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;	• N° pubblicazioni: 138 • Punti Impact Factor: 849,70 • N° riviste internazionali su cui si è pubblicato: 122



Obiettivi di performance operativi 2025		Esiti del monitoraggio al 31/12/2025 (*)
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	
	- 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.	
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; - 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.	• N° pubblicazioni: 89 • Punti Impact Factor: 830,70 • N° riviste internazionali su cui si è pubblicato: 51
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.	• N° pubblicazioni: 192 • Punti Impact Factor: 1.500,70 • N° riviste internazionali su cui si è pubblicato: 127

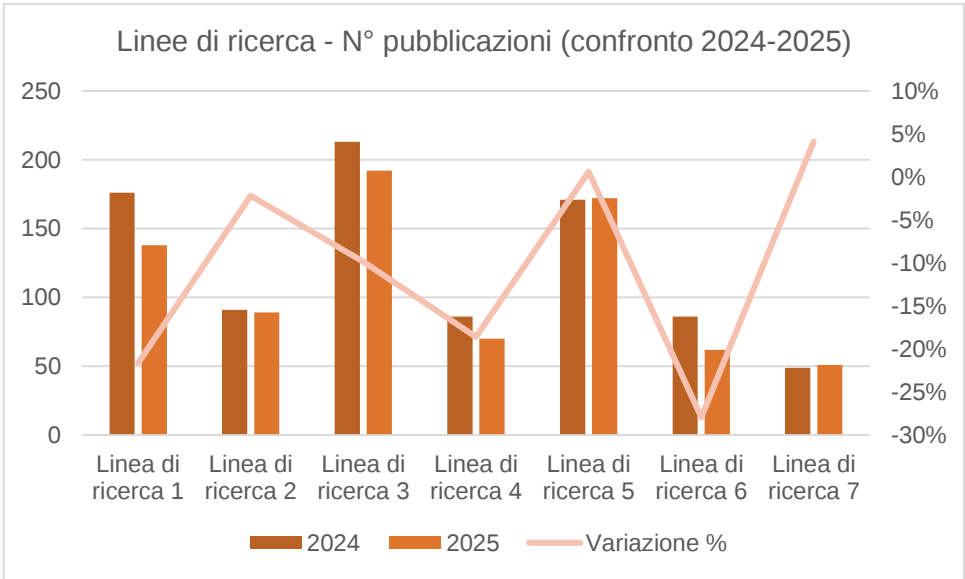
Obiettivi di performance operativi 2025		Esiti del monitoraggio al 31/12/2025 (*)
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	
	- per vasculopatie degenerative e genetiche, coronariche e periferiche: innovazione della gestione ibrida - chirurgica ed interventistica- nelle malattie aneurismatiche arteriose; trombosi arteriose e venose: ruolo di meccanismi di morte cellulare programmata delle cellule del trombo.	
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 patogenetici della bronchiolite obliterante e sviluppo di terapie basate su partiparticelle 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 cellulo-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.	• N° pubblicazioni: 70 • Punti Impact Factor: 452,80 • N° riviste internazionali su cui si è pubblicato: 67
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;	• N° pubblicazioni: 172 • Punti Impact Factor: 867,80 • N° riviste internazionali su cui si è pubblicato: 122

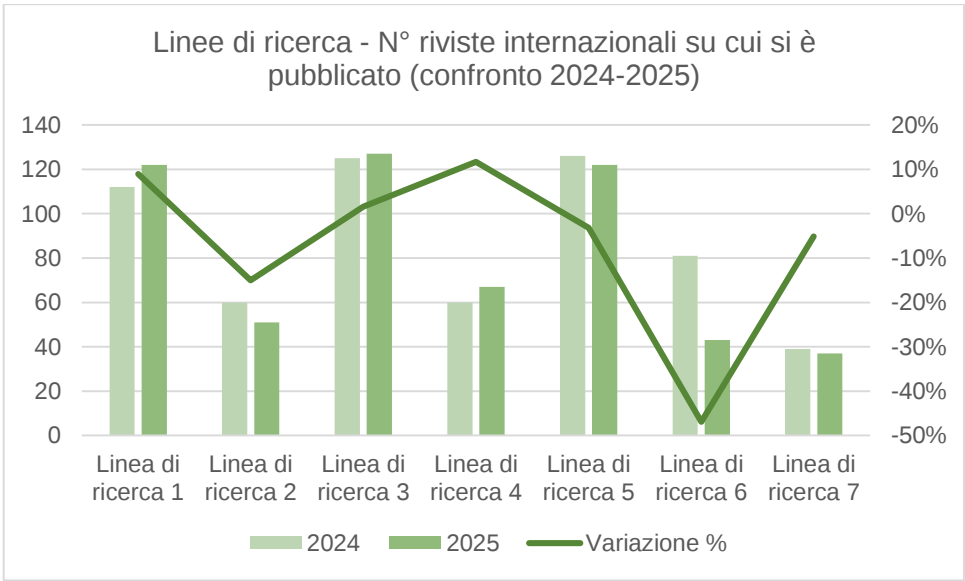
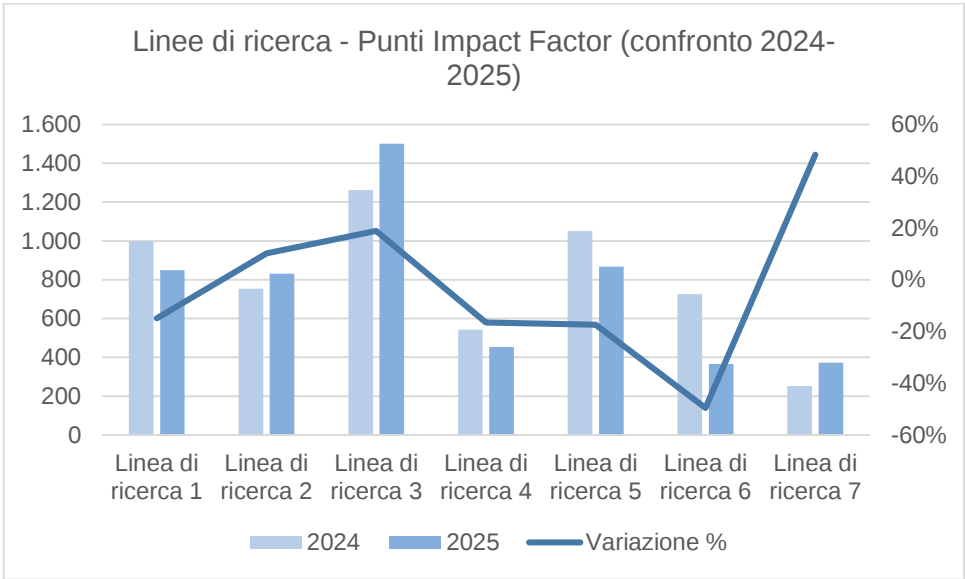
Obiettivi di performance operativi 2025		Esiti del monitoraggio al 31/12/2025 (*)
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	
	- identificazione precoce di responders e non responders a terapie immunomodulanti e antimicrobiche; - preliminari approcci immunoterapeutici ai tumori emersi nel contesto 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.	
Linea di ricerca 6 (area tematica Trapiantologia): Indicazioni al trapianto e malattie trapiantabili	Tra i risultati attesi: - le diagnosi di precisione per tutti i SOT; - 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.	• N° pubblicazioni: 62 • Punti Impact Factor: 366,00 • N° riviste internazionali su cui si è pubblicato: 43
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 mileloablativi e di immunosoppressione nelle malattie mieloproliferative; 2) HSC in malattie genetiche rare per es. anemie di Fanconi (trapianto di CSE T-depletate	• N° pubblicazioni: 51 • Punti Impact Factor: 373,50 • N° riviste internazionali su cui si è pubblicato: 37

Obiettivi di performance operativi 2025		Esiti del monitoraggio al 31/12/2025 (*)
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	
	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.	

(*) Al numero totale delle pubblicazioni bisogna aggiungere 492 lavori (con Impact Factor 2.422,20) 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 2024-2025, 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			
	2024	2025	Variazione %
N° pubblicazioni extra linee di ricerca/parametri riconosciuti dal MinSalute	169	492	191%
Punti Impact Factor extra linee di ricerca/parametri riconosciuti dal MinSalute	815,7	2.422,2	197%





Dott. L. Polo
*Direttore 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 2025 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 2025".

La SC Qualità e Risk Management – Contenzioso (QRM) ha garantito il monitoraggio continuo delle attività inerenti alla gestione della Qualità e del Risk Management, fornendo supporto alle Strutture Aziendali nell'ambito della sicurezza delle cure e della gestione dei processi.

Nel corso del 2025 è proseguita l'adesione al progetto HERMLomb per la segnalazione degli eventi avversi, degli eventi sentinella, delle cadute e degli agiti violenti secondo quanto previsto da Regione Lombardia. Parallelamente la SC QRM ha proseguito le attività correlate al Progetto HERM regionale per la mappatura dei rischi aziendali, coinvolgendo le SC Farmacia Ospedaliera, Gestione acquisti e Bilancio, programmazione finanziaria e contabilità e sviluppando una matrice HFMEA innovativa (HERM Risk Register modificato 1.0) finalizzata alla mappatura integrata dei rischi e delle opportunità dei processi aziendali. È stato inoltre sviluppato un registro integrato delle Non Conformità ed Eventi Avversi in grado di elaborare automaticamente i dati raccolti e produrre report dedicati.

Nel corso del 2025 la SC QRM ha inoltre avviato, con il supporto della società PROGEA, un progetto di Risk Assessment aziendale mediante utilizzo del tool QURA® (Questionario Unificato di Risk Assessment), finalizzato alla mappatura del rischio e all'identificazione delle aree di miglioramento organizzativo.

Al fine di verificare il processo di somministrazione del farmaco, anche nel 2025 la SC QRM ha proseguito il monitoraggio dei dati provenienti dalle registrazioni sul software aziendale ORBIT, riportando la casistica alle Strutture nel corso delle verifiche di prima parte e delle attività formative, al fine di correggere eventuali comportamenti non sicuri. Parallelamente è proseguita la revisione della Procedura Aziendale P10 relativa alla gestione dei farmaci.



*Attività svolte
nel 2025
nell'ambito dei
progetti
operativi di Risk
Management*

Nell'ambito della Gestione delle Emergenze in Fondazione, la SC QRMC ha partecipato alle attività previste nell'ambito del Piano Pandemico (PANFLU), alle relative simulazioni richieste da Regione Lombardia e alle attività di predisposizione della documentazione aziendale correlata alla gestione delle crisi e della continuità operativa.

Nel 2025 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;
 - predisposizione del Piano Aziendale di Risk Management (PARM) e della Relazione Annuale di Risk Management;
 - attività di monitoraggio e rendicontazione mediante applicativo regionale HERMLomb;
 - revisione della Procedura Aziendale per la prevenzione e gestione degli atti di violenza nei luoghi di lavoro in recepimento della DGR 3672/2024;
 - attività di formazione degli operatori relativamente alla prevenzione degli agiti violenti.
- **Area Travaglio/Parto:**
 - 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;
 - partecipazione ai progetti di sorveglianza della mortalità perinatale;
 - segnalazione in SIMES dei trigger che presentano caratteristiche riconducibili a eventi sentinella;



- organizzazione e realizzazione delle attività formative e di simulazione in ambito ostetrico rivolte agli operatori della Fondazione e agli SPOKE.
- **Infezioni/sepsi:**
 - supporto alle attività del CIO;
 - svolgimento di audit documentali sulle cartelle cliniche relative a casi di sepsi;
 - attività di sopralluogo finalizzate alla verifica dell'applicazione delle linee guida CDC per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.
- **Rischio Nutrizionale:**
 - implementazione delle indicazioni regionali riferite al rischio nutrizionale;
 - 'inserimento in whospital della scheda dedicata STRONGKIDS nell'area infantile;
 - prosecuzione dell'implementazione della Procedura Aziendale P37;
 - inserimento delle schede di screening nutrizionale nelle cartelle informatizzate;
 - predisposizione delle attività formative correlate.
- **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;
 - partecipazione ai percorsi formativi regionali "Patient safety e full risk based thinking", "La sicurezza del paziente in sala operatoria" e il "Corso per Mediatori di conflitti".

**Mantenimento
requisiti di
qualità –
Certificazioni**

La SC Qualità e Risk Management (QRMC) nel 2025 ha svolto il programma annuale di audit interni presso le SSCC della Fondazione, finalizzato alla verifica del mantenimento dei requisiti di qualità e sicurezza e propedeutico alla visita di sorveglianza dell'ente terzo per il mantenimento della certificazione ISO 9001:2015.

Nel corso dell'anno sono state revisionate e aggiornate le checklist per le visite ispettive interne ed è stato predisposto il report annuale delle verifiche ispettive.

La visita di sorveglianza dell'ente terzo, svolta nel mese di dicembre 2025, ha confermato il mantenimento del Sistema di Gestione della Qualità Aziendale certificato secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015.

Nel corso del 2025 la SC QRMC ha inoltre collaborato con la SC Gestione Acquisti relativamente alle attività inerenti all'affidamento del Servizio di Certificazione del Sistema Gestione Qualità.

Parallelamente la Struttura è stata costantemente impegnata nel supporto all'accreditamento e/o rinnovo delle certificazioni da parte di enti esterni (ATS, CNT,



CNS, KEDRION, EFI, IBMDR, JACIE, ESMO, EUSOMA, ERN, OECl, AIFA, KITE-GILEAD, NOVARTIS, VERTEX, BMS, GENENTA ecc.), comprendente sia l'attività di affiancamento alla produzione documentale necessaria, sia il supporto durante e dopo le verifiche ispettive.

In particolare, nel 2025 la SC QRMC è stata coinvolta:

- nella predisposizione della documentazione necessaria agli audit relativi agli studi clinici di Fase I;
- nelle attività documentali correlate alle terapie CAR-T e alle terapie geniche innovative;
- nella predisposizione dell'Istruzione Operativa per la convalida dei sistemi informatici applicati alla sperimentazione clinica e nelle attività di Gap Analysis relative agli applicativi utilizzati negli studi clinici;
- nella predisposizione e revisione della documentazione relativa alla riclassificazione dei laboratori;
- nella predisposizione della documentazione per audit ATS, CNT, CNS, EFI e PMA;
- nella gestione delle attività documentali correlate agli audit privacy;
- nella predisposizione dei piani di miglioramento e delle risposte alle raccomandazioni formulate dagli auditor;
- nella revisione periodica della documentazione delle Strutture della Fondazione.

Nel corso del 2025 è inoltre proseguito il percorso di accreditamento OECl della Fondazione come Comprehensive Cancer Center (CCC). La SC QRMC ha collaborato alla predisposizione del Piano Strategico oncologico, del Piano Qualità e Sicurezza oncologica, del Piano della Ricerca oncologica e del Piano di Budget del Cancer Center, partecipando agli incontri del Tavolo di Lavoro e del Board del CCC e supportando le attività di raccolta e caricamento delle evidenze richieste per la valutazione preliminare e la visita on site degli auditor OECl.



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

In continuità con gli anni precedenti sono proseguite le attività di:

- 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 verifiche documentali effettuate nel corso dei sopralluoghi nei Blocchi Operatori relativamente alla valutazione intra e post-operatoria del fabbisogno trasfusionale.

Parallelamente è proseguita l'attività di elaborazione, revisione, diffusione e aggiornamento dei PDTA e della documentazione aziendale finalizzata a uniformare i percorsi clinico-assistenziali, migliorare l'efficacia terapeutica, la sicurezza delle cure e l'appropriatezza organizzativa.

Nello specifico nel 2025:

- è stato pubblicato il PDTA per la gestione del paziente con arteriopatia ostruttiva cronica periferica (AOCP);
- è stato pubblicato il PDTRA Upper GI;
- è stato pubblicato il PDTRA relativo alla gestione dei pazienti con patologia tumorale della mammella;
- è stato pubblicato il PDTA delle neoplasie dell'apparato urinario;
- sono proseguite le attività di revisione e implementazione dei PDTRA relativi alle patologie oncologiche del pancreas, del distretto testa-collo, delle discrasie plasmacellulari, dei linfomi, delle mastocitosi e dei tumori solidi pediatrici;
- sono proseguite le attività di elaborazione dei PDTA relativi alla Chirurgia Bariatrica, al paziente dializzato, alla Fibromialgia, al Rendu Osler e ai tumori epiteliali del timo;
- è proseguita la revisione del PDTA 22 per il riconoscimento precoce e il trattamento iniziale della sepsi e dello shock settico;



- è proseguita l'elaborazione della documentazione relativa alla gestione dell'ictus emorragico e del PDTA-R interaziendale Stroke;
- è stata pubblicata l'Istruzione Operativa relativa alla gestione dei Gruppi Multidisciplinari/Multiprofessionali (MDT);
- è stata pubblicata la revisione della Procedura Aziendale P21 per l'Urgenza Rianimatoria e il Soccorso Sanitario in Fondazione;
- è proseguita la revisione della IO 8.3 relativa alla gestione dei sistemi a temperatura controllata;
- è proseguita la revisione della Procedura Aziendale per la prevenzione e gestione degli atti di violenza nei luoghi di lavoro;
- sono state elaborate e revisionate istruzioni operative, consensi informati, note informative e documentazione relativa a PMA, radioterapia, criopreservazione, televisita, teleconsulto, gestione documentale e profilassi perioperatoria;
- è stata pubblicata la Policy relativa al piano PREVIOS per la prevenzione e gestione degli atti di violenza;
- è proseguita la revisione della documentazione relativa al rischio nutrizionale e alla gestione dei farmaci.

Sono inoltre stati elaborati e aggiornati documenti dedicati alla gestione del percorso nascita, alla gestione integrata ostetrico-neonatale, alla dimissione protetta mamma-neonato, all'analgesia peri-midollare e alla gestione dei carrelli di sala parto e sala operatoria.

Nel corso del 2025 la SC QRMC ha inoltre collaborato all'editaggio e alla revisione di regolamenti aziendali relativi agli incentivi per funzioni tecniche, agli Enti del Terzo Settore, alla gestione dei crediti, agli incarichi di funzione, al patrocinio legale, alla mobilità esterna, alla Biobanca della Ricerca e alla gestione della cattiva condotta nella ricerca.

Nel 2025 sono proseguite le attività formative e di aggiornamento rivolte sia al personale della SC QRMC sia ai Referenti Qualità e Rischio della Fondazione, nell'ambito del



miglioramento continuo del Sistema Qualità, della sicurezza delle cure e della gestione del rischio clinico.

Sono stati inoltre organizzati corsi residenziali, Formazione Sul Campo, attività FAD e corsi di simulazione in ambito ostetrico, nonché attività formative relative alla comunicazione, alla prevenzione dei conflitti, alla legge 24/2017, ai consensi informati, alla violenza di genere e alla prevenzione delle aggressioni agli operatori sanitari. Sono stati inoltre sviluppati specifici percorsi formativi relativi all'autodeterminazione e contenzione, alla prevenzione del suicidio in ambito ospedaliero, alla catena di custodia, al consenso informato e DAT e alla sicurezza del processo trasfusionale.

In ottemperanza alla DGR N. XII/1141 del 16/10/2023 relativa all'area dell'offerta formativa per la tutela e prevenzione della salute riproduttiva, la SC QRMC ha proseguito il progetto di formazione con simulazione sul Risk Management in sala parto e nella gravidanza per i professionisti sanitari di area ostetrica, organizzando attività formative rivolte sia agli operatori della Fondazione sia agli SPOKE e predisponendo la progettazione delle attività formative previste per il 2026.

Nel corso del 2025 è inoltre proseguito il monitoraggio dell'aderenza alle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza del paziente in ambito chirurgico mediante sopralluoghi presso i Blocchi Operatori e le sale interventistiche, effettuati congiuntamente con Direzione Medica di Presidio e Direzione Professioni Sanitarie, finalizzati alla verifica dell'applicazione della Check List 2.0 regionale, delle linee guida CDC e del percorso di Patient Blood Management.

Nel 2025 è proseguito il monitoraggio della qualità dell'assistenza percepita dall'utenza sia attraverso le segnalazioni ricevute dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (reclami e report customer online), sia tramite questionari cartacei e online relativi alle prestazioni sanitarie, ai servizi di pulizia e al servizio di ristorazione.

La SC QRMC ha promosso la diffusione dei questionari online mediante utilizzo di QR Code dedicati e sta supportando l'integrazione dei QR Code nella documentazione sanitaria di dimissione e nei referti ambulatoriali.

*Qualità
dell'assistenza
percepita
dall'utenza*



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

Nel corso dell'anno la Struttura ha inoltre partecipato ai sopralluoghi per la verifica della qualità del servizio di pulizie e del servizio di ristorazione 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 da parte dei DEC dei servizi esternalizzati rappresenta uno strumento utile al perseguimento del miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati.

Riconoscendo l'importanza che l'attività di Ascolto e Mediazione trasformativa riveste ai fini del ripristino del rapporto di fiducia tra l'utente e la Fondazione, e dunque, anche di riduzione del contenzioso, nel 2025 la SC QRMC ha garantito la partecipazione di un operatore in staff alla nuova edizione del corso per mediatori al fine di riprendere e implementare un'attività strutturata degli incontri di mediazione, con l'obiettivo di rispondere alle esigenze del cittadino, favorirne la comunicazione e ridurre situazioni di conflittualità all'interno della Fondazione.

✓ Monitoraggio obiettivi operativi per l'anno 2025

Esiti monitoraggio obiettivi operativi 2025

Con il Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO) 2025-2027 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 2025-2027, 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 31/12/2025 specificando per i vari indicatori individuati i risultati conseguiti e gli output prodotti.



Obiettivi di performance operativi 2025			Esiti del monitoraggio al 31/12/2025
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Indicatori di monitoraggio	
Gestione Travaglio/Parto	Obiettivi più rilevanti: <u>Qualità dei servizi</u> - Proseguire la registrazione e la segnalazione dei trigger, "materni" e "fetali/neonatali", nel sistema CeDAP provvedendo ad effettuare audit dedicati, secondo quanto previsto dalle indicazioni regionali; - Proseguire l'invio delle segnalazioni all'ISS-Ministero della Salute relativi a: - Near miss ostetrici in Italia: la sepsi, l'eclampsia, l'embolia di liquido amniotico e l'emoperitoneo spontaneo in gravidanza; - Principali cause di morbidità/mortalità materna e perinatale: la sepsi, l'eclampsia, il distacco di placenta, la rottura d'utero, l'emoperitoneo spontaneo, l'embolia da liquido amniotico e la 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; - Formazione con simulazione sulla gestione dei casi clinici in sala parto e nella gravidanza per i professionisti sanitari di Area Ostetrica.	- Inserimento dati nel sistema CEDAP - Invio delle segnalazioni all'ISS - Verbali degli Audit sui trigger - Report Eventi Avversi - Produzione documentazione dedicata a travaglio e parto	- I dati inseriti in Ormaweb, applicativo aziendale dedicato alle Sale Operatorie e utilizzato anche per i parti, sono trasmessi in parallelo al portale CeDAP (n. 138 CeDAP compilati riportanti segnalazione di trigger, "materni" e "fetali/neonatali nel corso del 2025). - Periodicamente è avvenuto il controllo dell'effettiva registrazione dei dati relativi a tutti i parti in entrambi i sistemi. - Sono state inviate all'ISS n°7 segnalazioni di eventi in ambito materno-neonatale - È stato effettuato 1 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. - Sono stati prodotti report relativi ai trigger che vengono condivisi con i professionisti coinvolti nelle attività di Sala Parto. - Non sono stati segnati eventi sentinella relativi all'area travaglio/parto. - Nel corso del 2025 sono stati elaborati i seguenti documenti dedicati a travaglio e parto: - IO 029-052.7 - Gestione integrata ostetrico-neonatale dei feti e neonati con aspettative di vita assenti o gravemente ridotte in sala parto e in terapia intensiva neonatale - IO 029-052.8 – Dimissione protetta di mamma e neonato - IO PDTA 29.1 - Codice colore taglio cesareo

Obiettivi di performance operativi 2025			Esiti del monitoraggio al 31/12/2025
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Indicatori di monitoraggio	
			- IO PDTA 29.3 - Percorso nascita assistenza in caso di aborto spontaneo/volontario - IO 029.18 Gestione dei carrelli sala parto e sala operatoria - IO 029 – 095.3.1 – Analgesia peri-midollare - ALL PDTA 46.1 - Induzione al travaglio di parto - Modalità di somministrazione e dosaggio dell'ossitocina - ALL IO PDTA 29.1.1 – Flow Chart di attivazione - ALL IO 095.3 – 029.1.1 - Materiali per l'analgesia perimidollare per il travaglio di parto Nel corso del 2025 sono stati erogati 9 corsi di simulazione sulla gestione dei casi clinici in sala parto e nella gravidanza per i professionisti sanitari di Area Ostetrica ed è stata effettuata la macroprogettazione per 16 corsi da erogare nel 2026.
Gestione Infezioni-SEPSI	Obiettivi più rilevanti: - Attuazione del piano operativo annuale; - Revisionare PDTA 22 - Riconoscimento precoce e trattamento iniziale della sepsi e shock settico nell'adulto - Promuovere l'adesione ai PDTA dedicati all'interno della Fondazione; - Monitorare, attraverso sopralluoghi mirati, l'adesione alle raccomandazioni dell'Istituto Superiore di Sanità per la prevenzione delle infezioni e ai protocolli di terapia antibiotica.	- Monitoraggio epidemiologia microrganismi multiresistenti e/o sentinella nell'ambito delle attività del CIO - Audit cartelle sepsi	- 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 di cui fa parte il direttore della SC QRMC con lo scopo di condividere le informazioni con i diversi specialisti e diffonderle tramite i presenti ai rispettivi colleghi. - Secondo le linee operative di Regione Lombardia è stato eseguito audit documentale su circa 20 cartelle (campionate secondo quanto indicato nelle Linee Operative di RM). - Sono state campionate cartelle di tutta la Fondazione che

Obiettivi di performance operativi 2025			Esiti del monitoraggio al 31/12/2025
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Indicatori di monitoraggio	
		- Monitoraggio consumo gel alcolico - Controlli igiene ambientale	rientravano nel portale di regione Lombardia con diagnosi di sepsi e shock settico tra le prime tre diagnosi. È stata utilizzata la scheda di sorveglianza proposta da Regione Lombardia. Il monitoraggio del consumo di gel alcolico non è più gestito dalla SC Qualità e Risk Management – Contenzioso. 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, QPMC ed Economato) accompagnato da un rappresentante della ditta operante presso la struttura esaminata. Nel corso dell'anno 2025 sono stati effettuati 48 sopralluoghi.
Gestione della sicurezza del malato in sala Operatoria	Obiettivi più rilevanti: - Svolgere sopralluoghi con la preordinata Check List 2.0 presso tutti i Blocchi Operatori della Fondazione al fine di verificare l'aderenza dei comportamenti a quanto previsto dalle Raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza in sala operatoria e di mantenere alta l'attenzione degli operatori nei confronti di tale tematica.	- Verbali di sopralluogo e database rilevazioni - Compilazione Check List 2.0	- Nel corso dell'anno 2025 sono state valutate 55 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 prevenzioni del sito chirurgico (Raccomandazione n.2 e n.3), con la redazione di verbali condivisi

Obiettivi di performance operativi 2025			Esiti del monitoraggio al 31/12/2025
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Indicatori di monitoraggio	
		- Audit documentali	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. - 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 55 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, rivalutazione, data e firma medico specialista ove presente ancora il cartaceo) - consensi informati (analisi già trattata nell'item della check list 2.0) - Note Informative - evidenza presa visione referti esami (data e firma del medico) - Dress Code - Chiusura porte durante l'intervento - Cambio letto di degenza con barella apposita per l'entrata in Sala operatoria.
Miglioramento della qualità dell'assistenza e della sicurezza delle cure	Obiettivi più rilevanti: - Perseguimento accreditamenti e certificazioni di qualità e all'eccellenza (ISO 9001:2015, ATS, CNT, CNS, KEDRION, IBMDR, JACIE, ESMO, EUSOMA, ERN, OECI)	- Esito verifiche di terza parte	Contestualmente alle verifiche ispettive interne previste ai fini della certificazione secondo la norma ISO 9001:2015 nel 2025 sono stati effettuati 66 audit di prima parte, funzionali all'audit di terza parte, documentali presso le strutture sanitarie della Fondazione, nei quali è stato valutato il grado di applicazione

Obiettivi di performance operativi 2025			Esiti del monitoraggio al 31/12/2025
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Indicatori di monitoraggio	
			della documentazione aziendale nella gestione della documentazione sanitaria. Gli esiti degli audit sono riportati nel Report delle verifiche ispettive anno 2025. È in fase di elaborazione il report annuale delle segnalazioni eventi avversi 2025. Nel 2025 il totale delle segnalazioni registrate è di 681 stratificate in: - 24 agiti violenti; - 405 segnalazioni di cadute; - 114 eventi avversi; - 138 trigger materno fetali/neonatali; - 40 eventi avversi con danno; - 57 senza danno; - 3 eventi sentinella; - 14 near miss Inoltre, nel 2025 è stata uploadata tutta la documentazione propedeutica alla visita on site dell'ente terzo OECL.
Sviluppo PBM	Obiettivi più rilevanti: <u>Sicurezza nella pratica trasfusionale</u> - Implementazione del modello culturale ed organizzativo del Patient Blood Management tra i professionisti sanitari. - Pubblicazione Procedura Aziendale per il Patient Blood Management - Revisione P22 - Procedura per la gestione della terapia trasfusionale	- Redazione e pubblicazione della Procedura Aziendale PBM	Nel 2025 è stata prodotta la seguente documentazione: - Procedura Aziendale P 38 – Patient Blood Management ancora in fase di condivisione. La revisione della P22 - Procedura per la gestione della terapia trasfusionale è stata prevista tra gli obiettivi di budget 2026.
Promozione sicurezza processo trasfusionale	Obiettivi più rilevanti: <u>Sicurezza nella pratica trasfusionale</u> - Acquisire conoscenze atte a prevenire eventi avversi e near miss correlati alla pratica trasfusionale. - Migliorare l'appropriatezza, favorire la salute del paziente e ridurre il rischio trasfusionale.	- Report semestrale EA - Audit casi clinici	- L'elaborazione del report ormai è annuale e per il 2025 è in corso di elaborazione. - Nel 2025 è stato svolto 1 audit su casi clinici correlati alla pratica trasfusionale.

Obiettivi di performance operativi 2025			Esiti del monitoraggio al 31/12/2025
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Indicatori di monitoraggio	
		- Progetto di Formazione	- Nel 2025 è stata erogata un'edizione del corso.
Gestione del rischio in Pronto Soccorso	Obiettivi più rilevanti: <u>Qualità dei servizi e completamento delle procedure</u> - Pubblicazione PDTA per la gestione dello Shock Cardiogeno. - Pubblicazione PDTA per il trattamento dell'Arresto cardiocircolatorio (ACC) refrattario mediante rianimazione cardiopolmonare extracorporea (ECPR). - Revisione P 27 Prevenzione e Gestione degli atti di violenza nei luoghi di lavoro.	- Elaborazione documenti	- Nel 2025 sono proseguiti i lavori di revisione del PDTA per la gestione dello Shock Cardiogeno e della Procedura Aziendale P 27 Prevenzione e Gestione degli atti di violenza nei luoghi di lavoro.
Gestione del paziente in Fondazione	Obiettivi più rilevanti: <u>Qualità dei servizi e completamento delle procedure</u> - Elaborazione PDTRA percorsi oncologici - Elaborazione PDTA per il paziente candidato a Chirurgia Bariatrica - Elaborazione PDTA per la gestione del paziente dialitico - Elaborazione PDTA per la gestione del paziente con arteriopatia ostruttiva cronica periferica (AOCP) - Elaborazione PDTA per la gestione del paziente con patologia oncologica a carico del Pancreas - Pubblicazione IO sull'educazione del paziente/caregiver - Pubblicazione IO sulla Gestione dei Gruppi Multidisciplinari/Multiprofessionali (MDT) - Pubblicazione Procedura aziendale P21 per l'urgenza rianimatoria e il soccorso sanitario in Fondazione	- Pubblicazione documenti - Elaborazione documenti	Nel 2025 sono stati elaborati tutti i PDTRA previsti per i percorsi oncologici, inoltre sono stati elaborati i seguenti documenti: - PDTA per il paziente candidato a Chirurgia Bariatrica - PDTA per la gestione del paziente con patologia oncologica a carico del Pancreas Sono stati inoltre pubblicati i seguenti documenti: - IO sull'educazione del paziente/caregiver - IO sulla Gestione dei Gruppi Multidisciplinari/Multiprofessionali (MDT) - PDTA per la gestione del paziente dialitico - PDTA per la gestione del paziente con arteriopatia ostruttiva cronica periferica (AOCP) - Procedura aziendale P21 per l'urgenza rianimatoria e il soccorso sanitario in Fondazione
Gestione della prevenzione del Rischio	Obiettivi più rilevanti: <u>Digitalizzazione e qualità dei servizi</u>		

Obiettivi di performance operativi 2025			Esiti del monitoraggio al 31/12/2025
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Indicatori di monitoraggio	
nell'utilizzo dei farmaci	- Implementazione della cartella e del Foglio unico di terapia informatizzati - Monitorare eventi avversi da farmaco e relative applicazioni delle procedure (Raccomandazione Ministeriale n. 7); - Implementare strategie terapeutiche innovative come la terapia con ATMP - Revisione Procedura Aziendale P 10 per la gestione dei farmaci	- Audit documentali sulle cartelle - Report semestrale EA - Produzione di documentazione a supporto dell'implementazione della terapia con ATMP	- Nel 2025 sono stati effettuati 79 Audit documentali sulle cartelle: - n. 20 cartelle cliniche per sepsi; - n. 59 cartelle durante l'audit di prima parte (VII). - È in corso l'elaborazione del Report sugli EA. - È iniziata la revisione della Procedura Aziendale P 10.
Gestione Travaglio/Parto	Obiettivi più rilevanti: <u>Digitalizzazione</u> Proseguire l'utilizzo della Scheda Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS) in reparto e in Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico, attraverso i software aziendali quale parte integrante della documentazione clinica, in sostituzione della precedente scheda parametri, al fine di riconoscere tempestivamente la paziente ostetrica con quadro clinico critico.	Numero di Non Conformità aperte durante le verifiche ispettive interne per mancata compilazione informatizzata in Cartella clinica Scheda MEOWS (<1)	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, nell'anno 2025 non sono state aperte NC per mancata compilazione della MEOWS
Segnalazione eventi avversi, sentinella e cadute	Obiettivi più rilevanti: <u>Digitalizzazione</u> - Adesione al progetto HERMLomb per la segnalazione degli eventi avversi-sentinella e delle cadute nel software regionale - Invio degli agiti violenti secondo quanto previsto da Regione Lombardia	Inserimento registrazioni eventi	- Nel 2025 sono stati inseriti 132 eventi avversi-sentinella e delle cadute nel software HERMLomb - Sono stati inviati 21 agiti violenti secondo quanto previsto da Regione Lombardia
Trasparenza nei confronti del cittadino	Obiettivi più rilevanti: <u>Accessibilità all'amministrazione e qualità dei servizi</u> Per la trasparenza dei dati si provvederà così come richiesto dalla Legge 24/2017 alla	Pubblicazione relazione annuale	Nel 2025 è stata pubblicata la relazione annuale di Risk

Obiettivi di performance operativi 2025			Esiti del monitoraggio al 31/12/2025
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Indicatori di monitoraggio	
	pubblicazione sul sito della Fondazione della relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della Struttura.	di Risk Management	Management come richiesto dalla Legge 24/2017
Verifica della soddisfazione dell'utenza riguardo servizi sanitari e degli operatori	Obiettivi più rilevanti: <u>Semplificazione digitalizzazione e accessibilità dell'amministrazione</u> Per la trasparenza dei dati si provvederà così come richiesto dalla Legge 24/2017 alla pubblicazione sul sito della Fondazione della relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della Struttura	Aumento della numerosità delle customer compilate	Rispetto all'anno 2024 nel 2025 c'è stato un incremento del 212,5% della compilazione delle customer satisfaction relative ai servizi sanitari monitorato dalla SS Comunicazione e URP.
Completezza Nel 2025 accuratezza della documentazione	Obiettivi più rilevanti: <u>Efficienza nel completamento delle procedure e qualità dei procedimenti e servizi</u> Acquisire conoscenze atte migliorare la capacità di documentare con completezza e accuratezza il processo di cura del paziente per prevenire le ricadute medico giuridiche.	Progetti di Formazione	Al fine di acquisire conoscenze atte migliorare la capacità di documentare con completezza e accuratezza il processo di cura del paziente per prevenire le ricadute medico-giuridiche nel 2025 sono stati progettati ed erogati i seguenti corsi: - AUTODETERMINAZIONE E CONTENZIONE - EMOTRASFUSIONE: LE FASI DEL PROCESSO E I RISCHI CORRELATI - Sistema Qualità e Risk Management per tendere al miglioramento continuo: l'importanza delle segnalazioni; le denunce di infortunio e malattia professionale - LEGGE 24/2017 (GELLI BIANCO) e decreti attuativi: discussione guidata di casi selezionati - CATENA DI CUSTODIA: ESAMI TOSSICOLOGICI E OBBLIGHI DERIVANTI - PREVENZIONE E GESTIONE DEL SUICIDIO IN AMBITO OSPEDALIERO - Sistema Qualità e Risk Management: analisi metodi, strumenti e risultati - Consenso informato e Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT)

Obiettivi di performance operativi 2025			Esiti del monitoraggio al 31/12/2025
Progetto / processo	Risultati attesi / obiettivi	Indicatori di monitoraggio	
Favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere	Obiettivi più rilevanti: <u>Pari opportunità e l'equilibrio di genere</u> - Acquisire conoscenze atte garantire benessere, pari opportunità e inclusività - Acquisire conoscenze atte garantire uguaglianza di genere e valorizzazione delle diversità	- Progetti di Formazione	- A dicembre 2024 il direttore della SC QRMC ha partecipato all'erogazione del corso: - <i>UGUAGLIANZA DI GENERE- VALORIZZAZIONE DELLE DIVERSITÀ E DELLE BUONE PRATICHE.</i> - Tale progetto non è stato più riproposto.



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 2025 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 (ANAC).

Il monitoraggio svolto nel 2025 ha posto in evidenza un buon livello di adeguamento delle singole sezioni agli obblighi di pubblicazione prescritti dalla normativa. 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.

L'attività svolta nel corso del 2025 è stata significativamente influenzata dall'introduzione di un nuovo sito web istituzionale, che ha contribuito a migliorare l'accessibilità alle informazioni rendendo più efficiente la consultazione dei documenti pubblicati.

Particolare rilievo assume l'introduzione di un motore di ricerca dedicato alle sottosezioni "*Bandi di gara e contratti*" e "*Concorsi*", che consente una consultazione più rapida ed efficace dei contenuti pubblicati, permettendo agli utenti di individuare con maggiore facilità bandi, avvisi e documentazione correlata.

L'aggiornamento della piattaforma web ha, tuttavia, comportato un significativo incremento delle attività di verifica e controllo di un elevato numero di documenti oggetto di pubblicazione, richiedendo, pertanto, un'approfondita attività di confronto tra i contenuti, al fine di garantirne la piena corrispondenza, l'integrità e l'aggiornamento.



Tale attività ha previsto un'attenta revisione della documentazione interessata dalla migrazione, attraverso controlli sistematici finalizzati a garantire l'allineamento delle informazioni trasferite.

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.

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							
DENOMINAZIONE SOTTOSEZIONE 1	DENOMINAZIONE SOTTOSEZIONE 2	DEN. OBBLIGO	Rif. Normativo	Contenuto Obbligo	TERMINE PUBBLICAZIONE	RESPONSABILE	MODALITA' DI MONITORAGGIO



Per quanto riguarda gli obiettivi in tema di Anticorruzione e Trasparenza indicati nel PIAO 2025-2027 si precisa quanto segue:

- con riferimento all'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione previste nel PIAO 2025/2027, il monitoraggio sul 2025 ha visto N. 65 processi individuati dai Direttori delle Strutture della Fondazione interessate con indicazione di N. 71 misure di prevenzione previste ed applicate nell'anno (su dichiarazione dei Direttori delle SSCC interessate).
- per quanto riguarda il perfezionamento dell'iter relativo alla gestione delle garanzie fidejussorie si è svolto un Audit nel corso del 2025 (conclusione 18/12/2025) nel quale sono state predisposte le Istruzioni operative relative alla gestione delle garanzie fidejussorie.
- in relazione al miglioramento fruibilità e potenziamento contenuti, dati e chiarezza informativa della sezione Amministrazione Trasparente, in particolare la sottosezione *"Altri contenuti"* – *"Attuazione progetti PNRR"*, come detto in precedenza, è stata effettuata la revisione delle sottosezioni Amministrazione Trasparente, ivi compreso il mantenimento aggiornato della sezione dedicata alle progettualità PNRR.

✓ **Accessibilità**

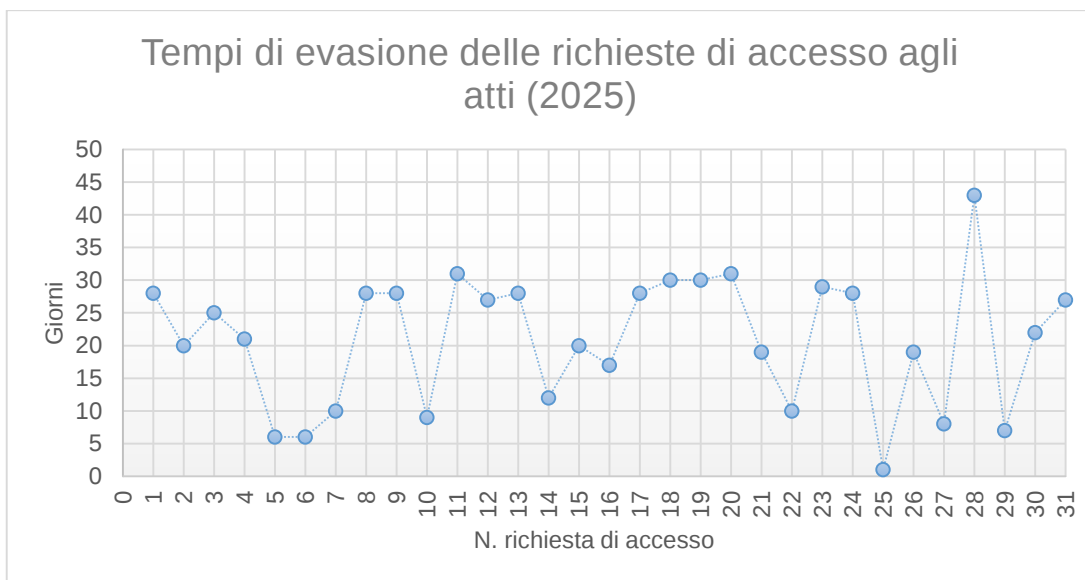
Il soggetto esterno può accedere ai dati, documenti ed informazioni della Fondazione IRCCS principalmente attraverso il canale della richiesta di accesso agli atti oppure tramite la consultazione del sito web ed in particolare della sezione *"Amministrazione Trasparente"*.

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. 31 richieste di accesso agli atti, ai dati, ai documenti (suddivise in n. 15 ricevute il I semestre '25 e n. 16 ricevute il II semestre '25), di cui:

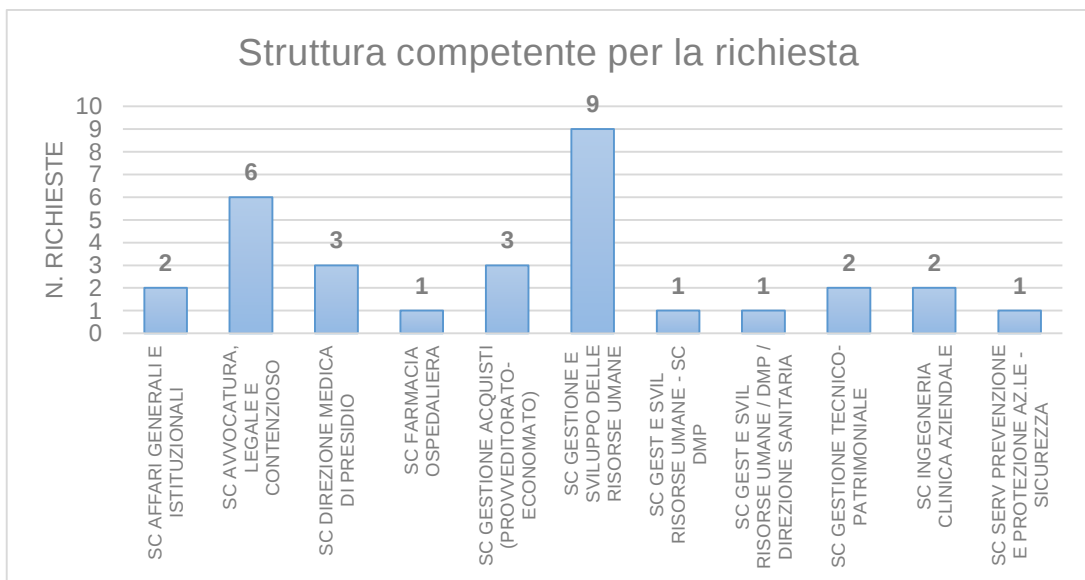
- 25 accesso documentale;
- 6 accesso civico generalizzato;
- 0 accesso civico semplice.



Tutte le richieste sono state evase con una tempistica variabile tra il giorno successivo alla ricezione richiesta ed un massimo di 43 giorni. In tre casi i tempi di risposta sono stati superiori ai 30 giorni (due risposte in 31 gg e una risposta in 43 gg). Il grafico seguente illustra la tempistica di evasione per le 35 richieste ricevute nel corso del 2025.



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 2025".

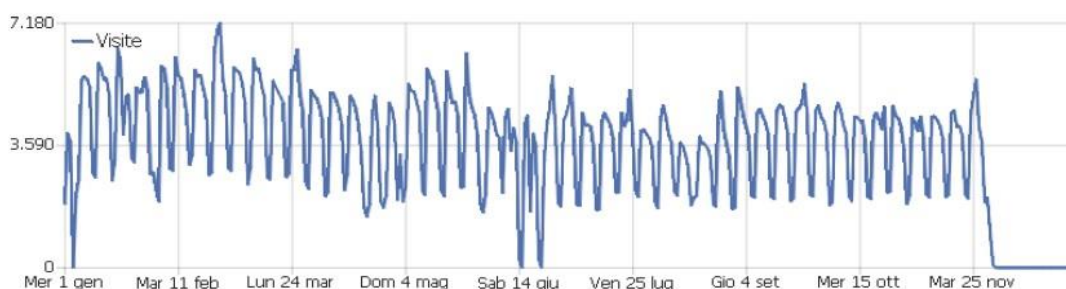
Di seguito si fornisce una serie di immagini del report di monitoraggio dei dati di traffico del sito istituzionale della Fondazione IRCCS da cui si evincono ed evidenziano una serie



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; le pagine web maggiormente consultate.

Sito web	Visite	Azioni nel sito	Visualizzazioni pagina	Ricavo	Conversioni	Ordini Ecommerce	Guadagni prodotto
Sito istituzionale [irpsm_pv]	1.292.754	3.125.451	2.672.061	0 €	0	0	0 €

Sommario delle visite



Nome	Valore
Visite	1.292.754
Azioni nel sito	3.125.451
Numero massimo di azioni in una visita	1.432
Azioni per visita	2
Durata media delle visite (in secondi)	00:02:13
% rimbalzi	51%

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 Stati Uniti, Canada, Russia, Regno Unito, Germania e Francia. Più distaccati si rivelano Lettonia, Turchia, Paesi Bassi, Irlanda, Iran, Austria, Spagna e Israele.



Paese

Paese	Visite	Azioni nel sito	Azioni per visita	Tempo medio sul sito	% rimbalzi	Ricavo
 Italia	1.133.993	2.737.232	2	00:02:15	50%	0 €
 Stati Uniti	20.303	37.463	2	00:01:16	72%	0 €
 Canada	19.323	39.439	2	00:02:06	61%	0 €
 Russia	17.908	41.112	2	00:02:00	57%	0 €
 Regno Unito	14.141	33.987	2	00:01:51	59%	0 €
 Germania	9.627	43.886	5	00:02:11	64%	0 €
 Francia	7.050	17.997	3	00:02:07	55%	0 €
 Lettonia	5.914	12.364	2	00:02:15	58%	0 €
 Turchia	5.651	12.850	2	00:01:54	55%	0 €
 Paesi Bassi	3.687	9.504	3	00:01:57	54%	0 €
 Irlanda	3.573	7.995	2	00:03:33	69%	0 €
 Iran	3.348	7.631	2	00:01:53	42%	0 €
 Austria	3.295	7.330	2	00:02:05	58%	0 €
 Spagna	3.238	7.462	2	00:01:46	60%	0 €
 Israele	3.027	8.307	3	00:02:17	51%	0 €
 Svizzera	2.534	5.604	2	00:01:40	59%	0 €
 Svezia	2.500	5.867	2	00:01:57	60%	0 €
 Bulgaria	2.182	4.572	2	00:01:45	57%	0 €
 Polonia	1.726	3.893	2	00:01:48	60%	0 €
 Giappone	1.544	4.581	3	00:02:32	47%	0 €
 Ucraina	1.471	3.566	2	00:01:56	54%	0 €
 Cechia	1.465	3.248	2	00:01:59	58%	0 €
 India	1.388	3.693	3	00:02:08	60%	0 €
Altri	21.995	61.768	3	00:02:04	57%	0 €

Le pagine maggiormente visitate, considerando le varie tematiche o aree di interesse, risultano prevalentemente: 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.); le attività assistenziali (esami e visite, con particolare riferimento alle prenotazioni ed alle preparazioni pre-esame; ricoveri; libera professione; ecc.); bandi e concorsi; mappa e viabilità interna; contatti e numeri utili; Dipartimenti e unità operative; come fare per...; ecc.



URL delle pagine

URL pagina	Visualizzazioni pagina	Visualizzazioni uniche	Tempo medio sulla pagina	% rimbalzi	% uscite
/site/home/sportello-del-dipendente.html	280.073	224.053	00:01:46	12%	95%
/site/home/attivita-assistenziale/ - Altri	257.155	217.820	00:00:58	65%	58%
/site/home.html	188.523	150.508	00:00:52	33%	46%
/site/home/attivita-assistenziale/esami-e-visite/prenot	94.931	73.086	00:01:32	53%	68%
/site/home/il-san-matteo/bandi-e-concorsi/cardCatassist	84.278	62.306	00:01:03	35%	41%
/site/home/il-san-matteo/bandi-e-concorsi/ - Altri	65.921	57.516	00:00:58	61%	31%
/site/home/attivita-assistenziale/libera-professione-in	45.634	36.198	00:01:20	57%	56%
/site/home/attivita-assistenziale/esami-e-visite/prepar	38.086	34.391	00:00:23	88%	96%
/site/home/attivita-assistenziale/esami-e-visite/prepar	38.387	34.008	00:00:20	86%	96%
/site/home/attivita-assistenziale/esami-e-visite.html	39.174	32.321	00:00:25	20%	16%
/site/home/il-san-matteo/mappa-e-viabilita-interna/mapp	33.762	28.466	00:00:55	51%	57%
/site/home/area-comunicazione/contatti-e-numeri-utili.h	30.376	25.673	00:01:15	64%	67%
/site/home/attivita-assistenziale/dipartimenti-e-unita-	29.726	21.640	00:00:37	21%	18%
/site/home/il-san-matteo/bandi-e-concorsi/cardCatricerc	29.776	21.127	00:01:11	37%	44%
/site/home/il-san-matteo/bandi-e-concorsi.html	24.802	18.892	00:00:20	20%	9%
/site/home/area-comunicazione/come-fare-per.../articolo	20.365	18.058	00:00:21	87%	97%
/site/home/attivita-assistenziale/esami-e-visite/prepar	18.934	16.940	00:00:23	87%	95%
/site/home/attivita-assistenziale/esami-e-visite/ritiro	23.027	16.651	00:02:11	33%	83%
/site/home/area-comunicazione/come-fare-per.../scheda30	17.612	14.973	00:01:28	46%	84%
/site/home/il-san-matteo/bandi-e-concorsi/cardCatassist	18.124	14.942	00:00:50	38%	30%
/site/home/attivita-assistenziale/dipartimenti-e-unita-	16.156	14.044	00:01:00	64%	46%
/site/home/il-san-matteo/5-per-mille.html	14.718	12.960	00:00:28	89%	94%
/site/home/attivita-assistenziale/scheda9225.html	14.945	11.936	00:01:09	58%	69%
Altri	1.243.997	1.029.386	00:00:59	60%	53%

✓ Nuovo sito web

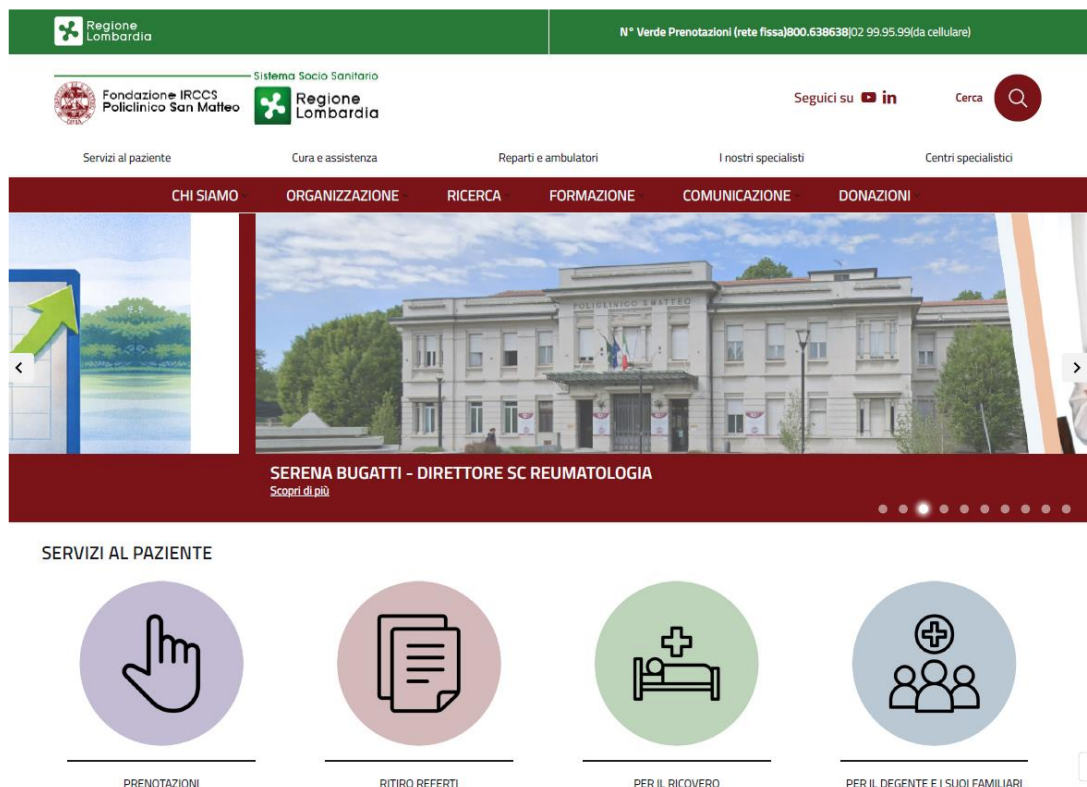
Il canale principale attraverso il quale veicolare verso l'esterno le informazioni relative ai servizi, attività e organizzazione della Fondazione, rivolgendosi alla platea di utenti/soggetti fisici, enti ed associazioni, risulta il sito web istituzionale dell'Ente.

Nel corso del 2025 l'Ufficio Comunicazione è stato impegnato nell'attività di aggiornamento del sito web aziendale, con migrazione del sito istituzionale su nuova piattaforma.

Il passaggio al nuovo sito aziendale è stato più di un semplice aggiornamento: il cambio di piattaforma ha rappresentato l'occasione per rivedere l'assetto complessivo del sito. La struttura è stata ottimizzata per garantire maggiore fruibilità e usabilità agli utenti, in linea con le disposizioni del Codice dell'Amministrazione Digitale.

Con la nuova impostazione sono state create anche sezioni assenti nel vecchio sito, come "I nostri specialisti" e "Centri specialistici", che hanno richiesto la realizzazione di nuovi contenuti.





Inoltre, sul nuovo sito aziendale è stato inserito un form per consentire la compilazione online di richieste di informazioni, suggerimenti, reclami ed encomi.

✓ 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. Presso alcuni 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 strutture di supporto amministrativo ai reparti/ambulatori (c.d. "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 o perché già inserite in percorsi di follow-up o per l'accesso a ambulatori specialistici di secondo livello (non prenotabili da altri canali). 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 Gestione liste d'attesa, incaricato della gestione delle prenotazioni con priorità su contatto dell'operatore CUP che non può gestire la pratica a sportello o su richiesta dell'utente pervenuta tramite URP, al fine di ricercare disponibilità nelle agende o sul territorio per rispettare la tempistica di priorità indicata nella ricetta emessa dal medico di base per esami e prestazioni specialistiche.
- L'Ufficio gestisce inoltre il sistema della lista di galleggiamento monitorando periodicamente le richieste che vengono inserite dal CCR o dall'Ente stesso per le richieste di appuntamento che non hanno esitato in una soluzione, cercando una soluzione mediante anche il supporto del Responsabile Unico Aziendale (RUA) in caso di necessità.



- L'Ufficio si occupa anche della Gestione del recupero degli appuntamenti fuori soglia prenotati dal CCR-GPFarma o dal paziente su richiesta di Regione Lombardia e su indicazione operativa del RUA.

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 2025 erano attivi 10 punti CUP ed 1 Punto Accettazione Pronto Soccorso, come di seguito elencati:

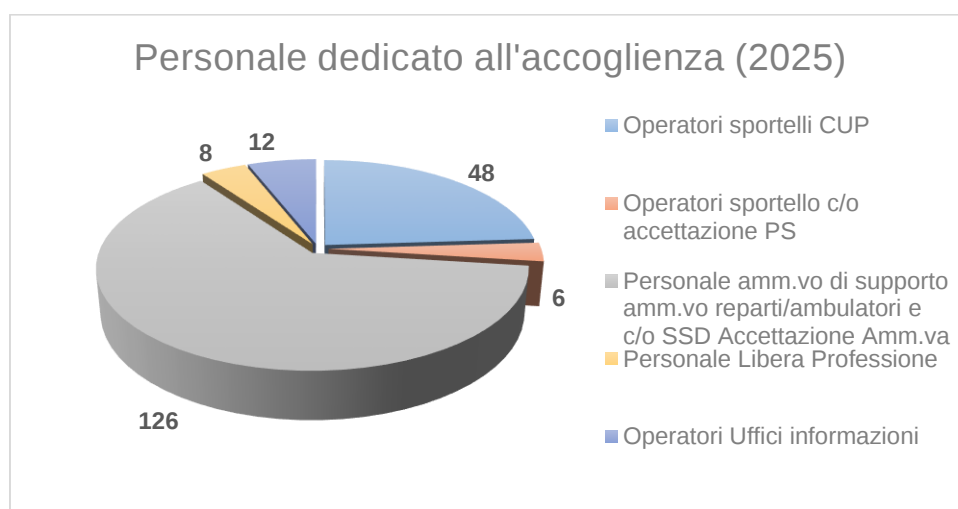
- CUP DEA (padiglione 43 Nuovo Ospedale, piano 0 – organizzato con 8 sportelli di cui 1 riservato alla Libera Professione);
- CUP Polifunzionale (padiglione 10 ingresso A – organizzato con 5 sportelli e 1 back-office);
- CUP Dermatologia (padiglione 5 – organizzato con 2 sportelli);
- CUP Oculistica (padiglione 23 – 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 2025 pari a 200 unità così ripartite:

- 48 unità operatori di sportello presso i CUP;
- 6 unità operatori di sportello presso l'accettazione Pronto Soccorso;
- 126 unità personale amministrativo per il supporto amministrativo reparti/ambulatori e 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).



Per il 2025 il volume delle pratiche gestite è rimasto pressoché invariato rispetto al 2024, confermando le circa 10.000 pratiche (relative alle attività di registrazione con definizione appuntamento, modifica per spostamento-completamento e pagamento) gestite mediamente a settimana dal personale dedicato all'accoglienza. 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 2025 o proseguite sull'attivazione avvenuta a fine 2024 si segnalano:

- Avvio del **servizio "INFO-PS"**, una piattaforma digitale innovativa pensata per accompagnatori e familiari dei pazienti che accedono al pronto soccorso. Il servizio consente di monitorare in tempo reale – anche da remoto – il percorso sanitario dei propri cari all'interno dell'area di emergenza-urgenza.

L'attesa in pronto soccorso è spesso vissuta con apprensione da parte dei familiari, soprattutto quando non è possibile ricevere aggiornamenti diretti; questo vale sia per chi si trova nelle aree esterne agli ambulatori, sia per chi è costretto ad attendere notizie da casa. Con InfoPS, il San Matteo offre un canale di comunicazione trasparente e costante, che consente di seguire, passo dopo passo, le attività sanitarie in corso e lo stato di avanzamento dei trattamenti.

Il servizio è disponibile al link <https://infops.smatteo.pv.it>, accessibile da qualsiasi dispositivo – smartphone, tablet o computer. Per accedere, serve inserire il codice fiscale del paziente e il numero che viene rilasciato al momento dell'accettazione al pronto soccorso.

Attraverso la piattaforma è possibile visualizzare in tempo reale le attività richieste ed eseguite: esami, visite, trattamenti. Inoltre, consente di consultare lo stato di affollamento del pronto soccorso.

I dati sono aggiornati costantemente, permettendo di sapere se il paziente è in attesa, in trattamento o se sono in corso procedure diagnostiche.

- Prosecuzione del progetto dedicato ad un **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.
- **Avvio progetto CUPRL** (CUP Unico Regionale della Lombardia), sulla base di un cronoprogramma di adesione regionale da parte degli Enti del SSR. Per la Fondazione IRCCS il progetto di adesione al CUP Unico ha comportato un'analisi dettagliata dei percorsi ambulatoriali per la correzione e modifica per



l'adattamento delle agende al nuovo sistema. Inoltre, sono stati gestiti alti volumi di appuntamenti per una migrazione puntuale dei dati.

Tra le fasi ed attività progettuali si evidenziano:

- La costituzione del gruppo di lavoro in data 13/08/2025, che ha visto coinvolte varie Strutture aziendali per competenza;
 - Le attività di: censimento erogatori (agende) e stanze; censimento apparecchiature; verifica di problematiche sui requisiti ed elementi dei dati da migrare quali assenza di calendario, duplicazione, "senza agenda", assenza di movimentazione recente, allineamento QD, Metodiche, Distretti; riconduzione dei codici prestazione in rapporto 1:1 con i codici SISS; allineamento e pulizia anagrafiche; integrazioni, fase preliminare.
 - Tra le azioni per la migrazione al nuovo sistema, l'allineamento di: prestazioni a durata incoerente, slot non omogenei, fasce di durata incoerente con durata slot, prescrizioni multibranca.
- **Potenziamento dei percorsi di accoglienza digitale all'interno dell'Ente.**

I 3 punti principali di Accoglienza della Fondazione IRCCS sono già dotati di totem con "self-accettazione" e di sistemi di incasso automatizzati (totem).

Il progetto estenderà le evoluzioni anche agli ulteriori punti accettazione non ancora dotati di tale funzionalità secondo il macro-piano di seguito riportato:

- DH Oncologia PAD 29: sistema di SELF Accettazione per i Pazienti afferenti al percorso MAC;
- Radiologia PAD 8: sistema di SELF Accettazione per i Pazienti della Radiodiagnostica;
- Malattie infettive PAD 42: aggiunta di un totem per i pagamenti, nuovo sistema di chiamata che coinvolgerà i due sportelli CUP, chiamata di secondo livello per l'ambulatorio dei prelievi e per gli ambulatori di visita;
- Dermatologia PAD 5: nuovo sistema di chiamata verso il CUP e verso gli Ambulatori;
- Oculistica PAD 23: verranno gestite le chiamate agli Ambulatori e al triage del Pronto Soccorso Oculistico;



- DEA PAD 43, Senologia PAD 33, CUP Polifunzionale PAD 10, Ortopedia PAD 29: estensione dell'accodamento agli ambulatori non ancora coinvolti.

✓ 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 2025 all'Ufficio Relazioni con il Pubblico sono pervenute 3.238 segnalazioni (1.432 formalizzate e 1.806 verbali); di queste, 1.635 sono pervenute telefonicamente, 1.422 via mail; 174 allo sportello, 6 sono giunte a mezzo stampa e 1 è stata consegnata in reparto dal paziente.

Delle 1.432 pratiche formalizzate: 1.284 si sono concluse con una risposta all'utente; 107 sono state chiuse per contatto diretto tra l'utente e la struttura; 19 sono state chiuse senza riscontro all'utente, per mancanza di autorizzazione al trattamento dei dati personali, da parte del diretto interessato.

Le restanti (22) 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.

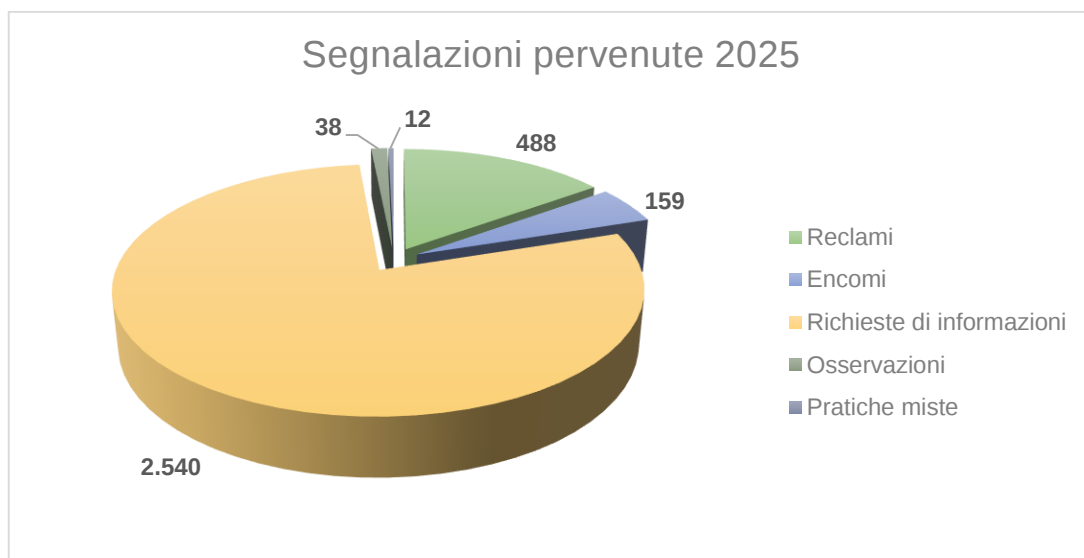
Le segnalazioni ricevute hanno riguardato le seguenti tre categorie:

- reclami;



- enomi;
- richieste di informazioni.

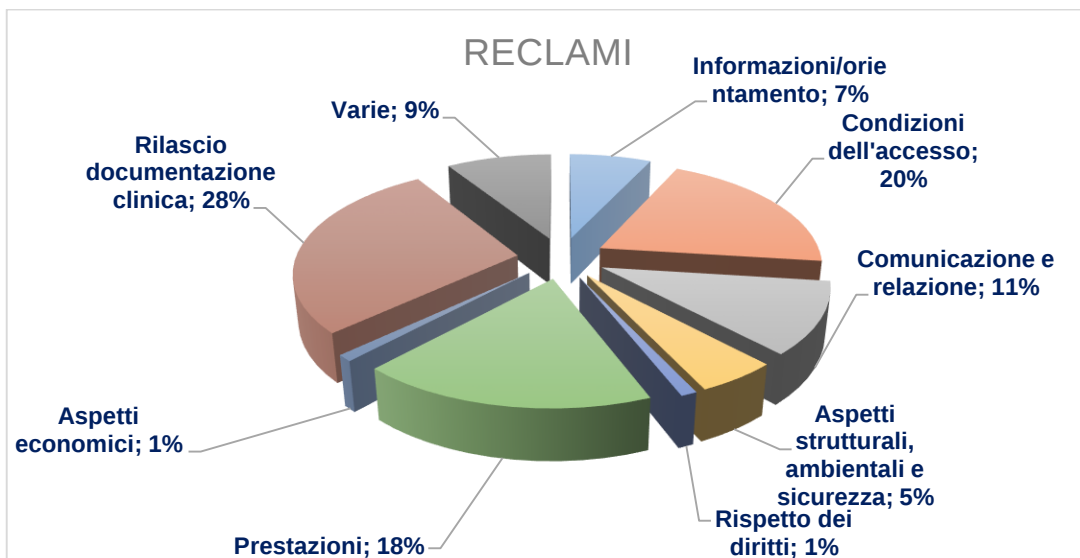
Nel numero complessivo delle /o segnalazioni anonime (38) e sono state gestite 12 pratiche miste (3 contenenti richiesta di informazioni e reclamo, 1 contenente richiesta di informazioni e osservazione, 6 contenenti reclamo ed encomio, 2 contenente encomio e osservazione).



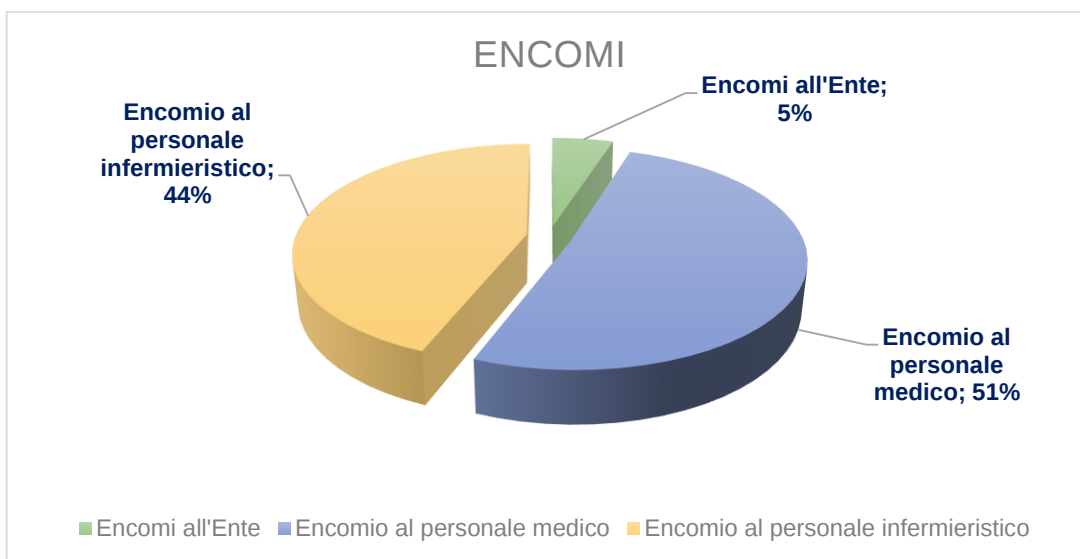
I **reclami** pervenuti sono risultati 488 (194 formalizzati e 294 verbali).

I contenuti dei reclami formalizzati riguardano prevalentemente le prestazioni (tempi di attesa, mancata prestazione, inadeguatezza organizzativa), nonché le modalità comunicative del personale.

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 159 (142 formalizzati e 17 verbali) ed hanno riguardato encomi all'Ente nel suo complesso, al personale medico e al personale infermieristico.



✓ Rilevazione customer satisfaction

Anche per il 2025, è stata riconfermata la modalità di compilazione della Customer Satisfaction Online. Al fine di sensibilizzare l'utenza e cercare di adeguarsi alle varie

indicazioni degli enti certificatori di potenziare la customer, è stata realizzata una locandina, che è stata affissa nelle aree ambulatoriali e di degenza delle varie Strutture.

Nel corso dell'anno 2025, sono pervenuti complessivamente 157 questionari: 76 relativi all'area ambulatoriale e 81 all'area di degenza.

I **questionari** relativi all'**attività ambulatoriale** analizzano i seguenti aspetti: servizio di prenotazione, tempo di attesa prenotazione/data, accettazione amministrativa, pulizia, comfort e accessibilità, rispetto degli orari, personale medico, chiarezza e completezza delle informazioni, personale infermieristico e/o tecnico sanitario; privacy.

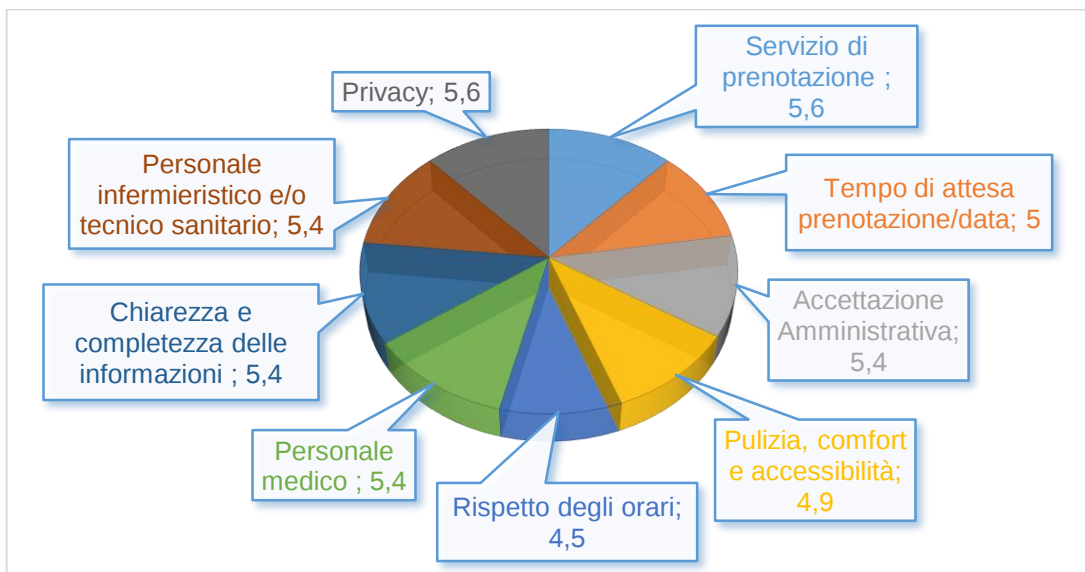
I **questionari** relativi alla **degenza** analizzano i seguenti aspetti: attesa per il ricovero, aspetti alberghieri e strutturali, personale infermieristico, personale medico, cure ricevute, informazioni sullo stato di salute, privacy, organizzazione generale e indicazioni post dimissioni.

Il gradimento viene espresso con un valore da 1 a 7 (1 per niente soddisfatto, 2 poco soddisfatto, 3 mediocrementemente soddisfatto, 4 sufficientemente soddisfatto, 5 discretamente soddisfatto, 6 abbastanza soddisfatto, 7 molto soddisfatto).

Rilevazione soddisfazione Area Ambulatoriale

Nel 2025 sono stati compilati 85 questionari, con un incremento del 212,5% rispetto all'anno precedente; di questi, 76 hanno espresso il consenso all'utilizzo dei dati raccolti per analisi e fini statistici.

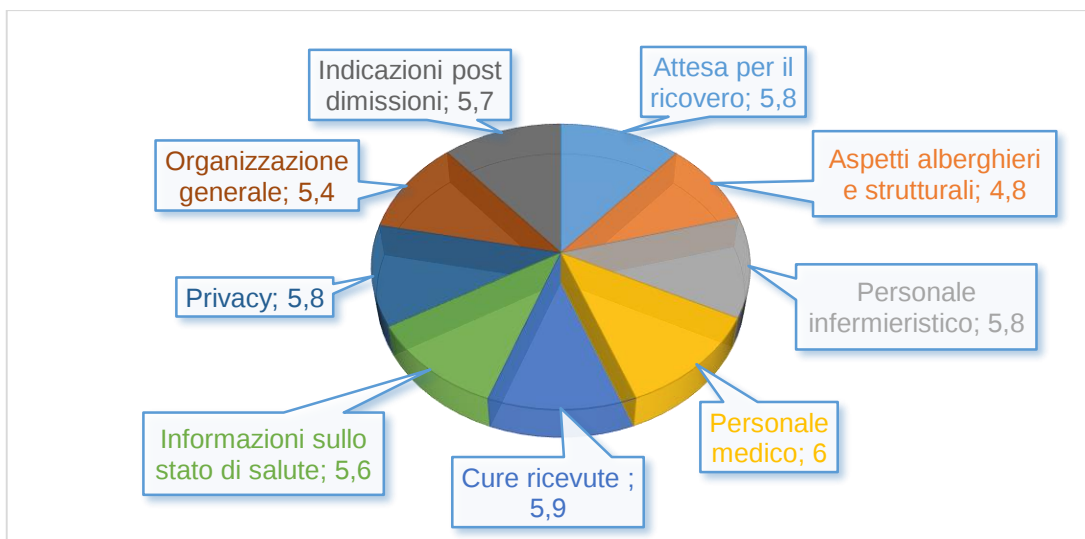
Il grado di soddisfazione si attesta attorno al 5 (discretamente soddisfatto). I commenti negativi vertono sugli aspetti organizzativi (per lo più i lunghi tempi di attesa) e sulla scortesia del personale, soprattutto quello amministrativo e di accoglienza. I commenti positivi, invece, vertono sugli aspetti professionali, per lo più in relazione al servizio svolto da medici e infermieri/personale tecnico.



Rilevazione soddisfazione Area Degenza

Nel 2025 sono stati compilati 99 questionari, con un importante incremento (275%) rispetto all'anno precedente; di questi, 81 hanno espresso il consenso all'utilizzo dei dati raccolti per analisi e fini statistici.

Il grado di soddisfazione si avvicina al 6 (abbastanza soddisfatto).





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 31/12/2025.



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

Elenco progetti di potenziamento / miglioramento dei Sistemi Informativi	Descrizione dei risultati attesi / obiettivi	Strutture coinvolte / beneficiarie	Tempi di realizzo	Esito per l'anno 2025
Aggiornamento dell'infrastruttura network e datacenter della Fondazione	L'obiettivo dell'intervento è quello di aggiornare tecnologicamente l'attuale infrastruttura di network e la parte di datacenter che presentano problemi di obsolescenza nonché per garantire i necessari aggiornamenti di sicurezza.	Sistemi Informativi; Gestione Tecnico Patrimoniale	2024-2025	È stato completato con successo l'aggiornamento tecnologico dell'infrastruttura network sia a livello di nodi centrali che di nodi periferici, compresa la parte WiFi, ed è stato eseguito l'adeguamento della parte iperconvergente del data center grazie ai due interventi finanziati dal PNRR (adesione a Convenzione CONSIP LAN8 e gara ICT SDAPA).
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	Si è proceduto con il consolidamento degli interventi messi in atto negli anni precedenti ed è stata attivata la prima fase di implementazione del nuovo sistema di gestione delle identità digitali (IAM) tramite integrazione con l'Active Directory aziendale degli utenti
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.	2024-2026	È stata regolarmente svolta l'attività richiesta di estrazione dati per la migrazione dall'esistente CUP al nuovo CUP unico regionale. In data 26 gennaio 2026 è avvenuto con successo l'avvio in produzione del CUPRL.
Adeguamento 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 proceduto con la messa in produzione della firma remota con invio dei referti strutturati secondo standard CDA2 dei verbali di PS ed è stata avviata la revisione del sistema di gestione dei laboratori (LIS) al fine di addivenire ad un unico sistema integrato (LUV, Laboratorio Unico Virtuale) che comprenda anche i settori della Virologia e Microbiologia. In accordo con Regione Lombardia si sta procedendo ad una analisi di dettaglio dei dati contenuti nei referti CDA2, al fine di migliorare la qualità dei dati stessi e renderli pronti per il nuovo gateway nazionale che consentirà l'interscambio tra i Fascicoli Sanitari Elettronici delle varie Regioni.

Elenco progetti di potenziamento / miglioramento dei Sistemi Informativi	Descrizione dei risultati attesi / obiettivi	Strutture coinvolte / beneficiarie	Tempi di realizzo	Esito per l'anno 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 biomedicale 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	2023-2027	Causa impossibilità da parte della azienda fornitrice a portare avanti il progetto per forza di cambiamenti societari (acquisizione da parte di altra azienda) si è dovuto prendere atto della situazione di stallo e si è cercato di addivenire ad un accordo transattivo, finalizzato ad una risoluzione consensuale del contratto, comprensiva di una quota risarcitoria a favore della Fondazione. Completato il percorso amministrativo di risoluzione del contratto si procederà con una nuova progettualità finalizzata alla ricerca ed acquisizione di un sistema già sviluppato e disponibile sul mercato.
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	È stato effettuato il collaudo centralizzato della nuova piattaforma PathoxWeb installata sul cloud regionale. L'avvio dei singoli Enti è previsto nel corso del 2026, così come l'acquisizione di tutte le apparecchiature hardware necessarie al funzionamento del modulo per la Digital Pathology.
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 Riduzione del rischio clinico	Soggetti coinvolti: SC Sistemi Informativi, SC Farmacia, SC Gestione Acquisti, SC Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità, SC Controllo di Gestione,	2025-2026	Constatata l'impossibilità di utilizzo dei fondi PNRR e in attesa di indicazioni in merito alle nuove iniziative regionali, si è proceduto con appaltare tramite AQ CONSIP l'aggiornamento della piattaforma software di gestione del ciclo delle richieste di farmaci e dispositivi da parte dei reparti e servizi. Il sistema avviato a fine 2025 su un reparto pilota verrà esteso a tutto l'ospedale nel corso del 2026.

Elenco progetti di potenziamento / miglioramento dei Sistemi Informativi	Descrizione dei risultati attesi / obiettivi	Strutture coinvolte / beneficiarie	Tempi di realizzo	Esito per l'anno 2025
	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 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		

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 2025 risultano effettuati 1.54 collaudi (+ 373 rispetto al 2024). 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 2025				
Descrizione apparecchiatura	Prese in carico	Proprietà	Proprietà di terzi	Totale complessivo
ACCESSORIO PER MICROTOMO		1		1
ACQUISIZIONE POSIZIONE, MODULO PER			1	1
AGITATORE DA LABORATORIO		1		1
amplificatore		1	1	2
amplificatore di seq nucleotidiche	1			1
AMPLIFICATORE DI SEQUENZE NUCLEOTIDICHE		6		6
ANALIZZATORE AUTOMATICO PER IMMUNOCHEMICA			4	4
ANALIZZATORE DI MICROARRAYS			2	2
ANALIZZATORE EMATOLOGICO AUTOMATICO			1	1
ANALIZZATORE IONOSELETTIVO PER Elettroliti			2	2
ANALIZZATORE MOLECOLARE AUTOMATICO PER DIAGNOSTICA			1	1
analizzatore multiparametrico			1	1
ANGIOGRAFIA DIGITALE, SISTEMA PER		1		1
ANGIOGrafo BIPLANO		1		1
APPARECCHIO MOTORIZZATO, GENERATORE PER			4	4
apparecchio per criochirurgia		1		1
APPARECCHIO PER ELETTROFORESI CAPILLARE			1	1
APPARECCHIO PER LAVAGGIO/DISINFEZIONE			3	3
ARMADIO			5	5
ARMADIO PER ASCIUGATURA			5	5
aspiratore		1		1
autocampionatore		2		2
AUTOTRASFUSIONE			6	6
BAGNO D'ACQUA		1		1
barella		1		1
BILANCIA ANALITICA	2	1		3



Collaudi effettuati 2025				
Descrizione apparecchiatura	Prese in carico	Proprietà	Proprietà di terzi	Totale complessivo
BILIRUBINOMETRO CUTANEO		1		1
BLOTTING, APPARECCHIO PER			2	2
BRONCOSCOPIO		1		1
CAMERA DI IONIZZAZIONE		1		1
CAMPIONATORE AUTOMATICO			1	1
CAPPA BIOLOGICA		1		1
CARICA BATTERIE		1		1
CARRELLO ELETTRIFICATO		7	4	11
carrello lavaggio		1		1
CARRELLO PER ENDOSCOPI		1		1
CELLE SALME		2		2
CENTRALE DI MONITORAGGIO		1		1
centrifuga		14		14
CENTRIFUGA REFRIGERATA		1		1
CITOFLUORIMETRO		1		1
COLONNA ENDOSCOPICA A DOPPIO PALLONE			1	1
COLORATORE PER VETRINI		1		1
COMPRESSORE			2	2
CONSOLE			1	1
CONSOLE DI COMANDO		1		1
CONSOLE PER GASTROSCOPIA			1	1
CONSOLLE			1	1
CONTAGLOBULI AUTOMATICO			1	1
CONTENITORE CRIOGENICO	1	2		3
CONTROLLO PER POMPE DI INFUSIONE, SISTEMA DI			17	17
CONTROPULSATORE			10	10
CRIOABLAZIONE, SISTEMA PER			1	1
CROMATOGRAFO IN FASE LIQUIDA AD ELEVATE PRESTAZIONI			1	1
CROMATOGRAFO SU STRATO SOTTILE, POMPA PER			1	1
DATALOGGER		23		23
DATALOGGER, SISTEMA PER		10		10
DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO		1		1
DILUITORE			1	1
DOSATORE			1	1
DOSIMETRO		3		3
ECG		1		1



Collaudi effettuati 2025				
Descrizione apparecchiatura	Prese in carico	Proprietà	Proprietà di terzi	Totale complessivo
ECOGRAFO		1	1	2
ECOOFTALMOGRAFO		1		1
ECOTOMOGRAFO		9	1	10
ECOTOMOGRAFO PORTATILE		1		1
ELABORATORE SEGNALI		1		1
ELASTOMETRO		1		1
ELETTROBISTURI			2	2
elettrocardiografo		2		2
ELETTROFORESI AUTOMATICA, APPARECCHIO PER			1	1
ELETTROFORESI CAPILLARE, APPARECCHIO PER			3	3
EMOFILTRAZIONE, APPARECCHIO PER			1	1
EMOGASANALIZZATORE			1	1
EMOVELOCIMETRO		2		2
ESTRATTORE PER ACIDI NUCLEICI			5	5
FLUORIMETRO		1		1
FLUSSO LAMINARE			2	2
FONTE LUCE		2		2
FONTE LUMINOSA		1		1
FONTE LUMINOSA PER ENDOSCOPIA		1		1
FRIGOFARMACI		4		4
frigorifero		2		2
FRIGORIFERO BIOLOGICO		1		1
GENERATORE A RADIOFREQUENZA			2	2
GENERATORE DI AZOTO		2	1	3
GENERATORE DI FLUSSO LAMINARE		1		1
GENERATORE PER LITOTRISSIA INTRAVASCOLARE			1	1
GRUPPO DI CONTINUITA'/UPS			1	1
GRUPPO UPS		1		1
IMPEDENZOMETRO		1		1
INCUBATORE AD ANIDRIDE CARBONICA		2		2
incubatrice		1		1
INIETTORE		4		4
INTERFACCIA, MODULO PER			1	1
IRRIGATORE			1	1
ISTEROSCOPIO		2		2
LACCIO EMOSTATICO PNEUMATICO		2		2



Collaudi effettuati 2025				
Descrizione apparecchiatura	Prese in carico	Proprietà	Proprietà di terzi	Totale complessivo
LAMA PLURIUSO PER VIDEOларINGOSCOPIO		2		2
lampada scialitica		4		4
LAPAROSCOPIO		3		3
LASER AD OLMIO			1	1
LASER CHIRURGICO			1	1
LASER OFTALMOLOGICO		1		1
LASER PER BIOPSIE		1		1
LAVAENDOSCOPI			13	13
LAVAGGIO E DISINFEZIONE, APPARECCHIO PER	1	1		2
LAVAPADELLE		1		1
letto		1		1
LETTO PER DEGENZA ELETTRIFICATO		10		10
LETTORE PER IMMUNOCHEMICA	1			1
LETTORE PIASTRE		1		1
LITOTRITORE			1	1
MANIPOLO			3	3
MAPPATURA CARDIACA, APPARECCHIO PER			1	1
MASTOSUTTORE		1	2	3
MICROFONO		1		1
MICROMANIPOLATORE		1		1
microscopio		2	1	3
MICROSCOPIO OTTICO		1		1
MICROTOMO		1		1
MODULO ACQUISIZIONE IMMAGINI		1		1
MODULO ACQUISIZIONE SEGNALE EEG			2	2
modulo ai		2		2
MODULO BIS		1		1
MODULO CO2		2		2
MODULO ELABORATORE			1	1
MODULO EMODINAMICA		1		1
MODULO MONITORAGGIO SISTEMA NERVOSO		2		2
MODULO MULTIPARAMETRICO		12		12
MODULO MULTIPARAMETRICO PER SIST. NERVOSO		8		8
MODULO PRESSIONE INVASIVA			1	1
modulo scalda colonna		1		1
monitor		28	2	30



Collaudi effettuati 2025				
Descrizione apparecchiatura	Prese in carico	Proprietà	Proprietà di terzi	Totale complessivo
MONITOR			2	2
MONITOR ENDOPORTABLE		1		1
MONITOR MULTIPARAMETRICO		6		6
MONITOR PC		12	2	14
MONITOR PER PC			1	1
MONITOR TELEVISIVO PER BIOIMMAGINI		4	16	20
MONITOR TOUCH		1		1
MONITORAGGIO DEL SISTEMA NERVOSO, SISTEMA PER IL		1		1
MORCELLATORE			1	1
MULTIMETRO		1		1
NEFELOMETRO		2		2
nutripompa			26	26
OSSIMETRO CEREBRALE			2	2
OTTICA NEFROSCOPIO (SN 1101055497)		1		1
OTTICA RIGIDA		12		12
pc		8	1	9
PCR		2		2
PERSONAL COMPUTER		1	2	3
PIPETTATRICE		1		1
PIPETTATRICE AUTOMATICA		7		7
POLTRONA OPERATORIA		1		1
pompa		4	1	5
POMPA CADD			1	1
POMPA DI INFUSIONE			260	260
POMPA PER IL VUOTO			1	1
POMPA PER INFUSIONE			2	2
POMPA PER VUOTO		2		2
porta monitor		1		1
porta pompe		1		1
PORTAMODULI		5		5
PORTATILE PER SCOPIA		2		2
posizionatore		2		2
PREPARATORE AUTOMATICO DI VETRINI			1	1
PULSOSSIMETRO		1	3	4
PURIFICATORE D'ARIA			3	3
REGISTRATORE		1		1



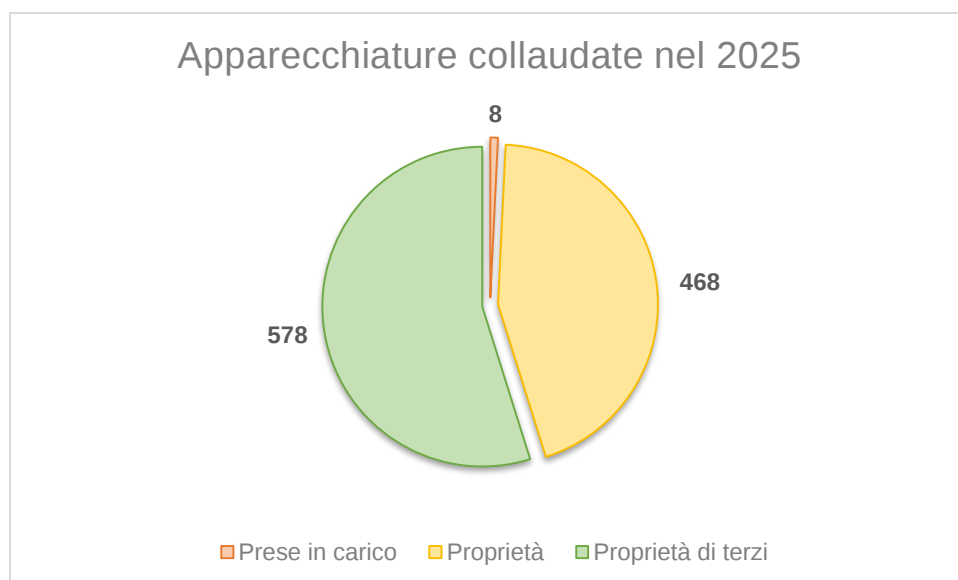
Collaudi effettuati 2025				
Descrizione apparecchiatura	Prese in carico	Proprietà	Proprietà di terzi	Totale complessivo
REGISTRATORE DI BIOIMMAGINI			1	1
REGISTRATORE HOLTER DEL PH GASTROESOFAGEO			2	2
REGISTRATORE HOLTER ECG		1		1
REGISTRATORE PER BIOIMMAGINI		1		1
REGISTRATORE PH			1	1
RIPRODUTTORE VIDEO O DIGITALE DI BIOIMMAGINI		8		8
RISCALDATORE SANGUIGNO			1	1
SALDATORE DI TUBI			32	32
SCHERMO PC		2		2
SENSORE DI CAMPO MAGNETICO			1	1
SEPARATORI CELLULARI SIMT			5	5
SERVER PC		4	3	7
SISTEMA ACQUISIZIONE		1		1
SISTEMA DI ANALISI FISIOLGICA CORONARICA			1	1
sistema di pompaggio		1		1
SISTEMA MONITORAGGIO SIST. NERVOSO		4		4
SISTEMA PER LA RIANIMAZIONE NEONATALE		12		12
SISTEMA POLIGRAFICO PER STUDI EMODINAMICI		1		1
SISTEMA RADIOLOGICO		1		1
SONDA		4	3	7
sonda		1		1
SONDA CONVEX			1	1
SONDA ECOGRAFICA		39		39
sonda tee		2		2
SONDA TRANSESOFAGEA		3	1	4
SONDA1		1		1
SONDA2		1		1
SONDA3		1		1
SPETTROFOTOMETRO		1		1
SPETTROFOTOMETRO DI MASSA		1		1
SPETTROMETRO		1		1
SPETTROMETRO DI MASSA			1	1
spylog		5		5
STAMPANTE		4		4
STAMPANTE			1	1
STAMPANTE DEDICATA	1			1



Collaudi effettuati 2025				
Descrizione apparecchiatura	Prese in carico	Proprietà	Proprietà di terzi	Totale complessivo
STAMPANTE PC		2	1	3
STAMPANTE PER PC		4	1	5
stampante(HC)		2		2
STAZIONE DI LAVAGGIO PER INDAGINI CELLULARI E/O MOLECOLARI	1			1
STIMOLATORE		1		1
TABLET		2	5	7
TAVOLO ANGIOGRAFICO		1		1
TAVOLO PER ANGIOGRAFIA		1		1
TAVOLO PORTA LASER		1		1
TAVOLO TOMOGRAFICO		1		1
telecamera		8	2	10
TELEMETRIA PARAMETRI VITALI, UNITA' TRASMITTENTE PER		1		1
TERMINALE REMOTO PER VISUALIZZAZIONE IMMAGINI			1	1
TERMOMETRO		1		1
TERMOMETRO INFRAROSSO		1		1
TERMOREGOLAZIONE CORPOREA, APPARECCHIO PER			1	1
TEST SUDORE			1	1
TOMOGRAFO AD IMPEDENZA ELETTRICA			1	1
TOMOGRAFO ASSIALE COMPUTERIZZATO		1		1
trapano osseo		3	1	4
TRAPANO OTOLOGICO			1	1
TRAPANO PER NEUROCHIRURGIA			9	9
TRASFORMATORE DI ISOLAMENTO		1		1
UMIDIFICATORE			1	1
UNITA DI CONTROLLO			1	1
UNITA DI CONTROLLO STIMOLATORE		1		1
UPS		1		1
VAPORIZZATORE			28	28
VELOCITA' DI ERITRO-SEDIMENTAZIONE, APPARECCHIO PER			2	2
ventilatore		1		1
VIDENASOFARINGO		1		1
VIDEO NASO FARINGO/LARINGOSCOPIO		1		1
VIDEOCISTOSCOPIO			3	3
VIDEOCOLONSCOPIO		2	1	3
VIDEODUODENOSCOPIO		2	1	3
VIDEOLARINGOSCOPIO PORTATILE		4		4



Collaudi effettuati 2025				
Descrizione apparecchiatura	Prese in carico	Proprietà	Proprietà di terzi	Totale complessivo
VIDEONASOFARINGOSCOPIO		2		2
VIDEONASOFARINGOSCOPIOSCOPIO		1		1
VIDEOPROCESSORE		8		8
VITRECTOMO			2	2
(vuoto)		4		4
Totale complessivo	8	468	578	1.054



Nel corso del 2025, la Fondazione IRCCS 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 2025 sono stati donati 13 apparecchiature/dispositivi per un valore complessivo di 202.570,22 € da parte di 7 persone fisiche (in forma anonima) e 6 associazioni.



La tabella seguente dettaglia le donazioni ricevute per i dispositivi/apparecchiature per usi sanitari. Viene riportato il valore economico indicato in Delibera CdA.

Donazioni 2025				
Donante	Dispositivo	Destinazione	Valore	Delibera CdA
Associazione	Bene mobile (strumentazione varia: n.1 Nefelometro; n. 1 PhoenixSpec; n. 1 Centrifuga; n. 1 Rotore oscillante; n. 1 Set di 4 bucket tondi; n. 1 set di 4 coperchi; n. 1 set di 4 tubi conoci; n. 1 set di 4 adattatori x tubi conici; n. 1 set di 4 adattatori per tubi 3/5 ml)	SC EMATOLOGIA 2 - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	€ 21.523,16	n. 6 del 30/01/2025
Persone fisiche	Bene mobile (Defibrillatore PhilipsnHeartstart FR3)	SC MALATTIE INFETTIVE 1	€ 2.684	n. 38 del 17/06/2025
Persone fisiche	Bene mobile (Monitor Philips Intellivue MP30)	PHASE I CLINICAL TRIAL UNIT AND EXPERIMENTAL THERAPY (PAD. 32)	€ 3.150	n. 38 del 17/06/2025
Persone fisiche	Bene mobile (Pulsiossimetro Masimo)	SC MEDICINA GENERALE 1	€ 1.074	n. 38 del 17/06/2025
Persone fisiche	Bene mobile (Contenitori criogenici)	SC SIMT - SERVIZIO IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE	€ 14.640	n. 38 del 17/06/2025
Persone fisiche	Bene mobile (n. 2 congelatori -80)	SC SIMT - SERVIZIO IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE	€ 21.472	n. 38 del 17/06/2025
Persone fisiche	Bene mobile (Digital Thermometer Wee)	SC SIMT - SERVIZIO IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE	€ 305	n. 38 del 17/06/2025
Associazione	Bene mobile (Coloratore di vetrini - Aerospray Hematology Pro Modello 7152)	SC EMATOLOGIA 2 - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	€ 23.000	n. 56 del 30/09/2025 (ratifica OP n. 28 del 04/08/2025)
Associazione	Bene mobile (n. 112 manipoli plasmabaldex)	SC CHIRURGIA GENERALE 3 - SENOLOGIA	€ 36.234	n. 56 del 30/09/2025 (ratifica OP n. 28 del 04/08/2025)
Associazione	Bene mobile (Dynex Absorbance Microplate Reader)	SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (Laboratorio di colture cellulari)	€ 7.930	n. 56 del 30/09/2025 (ratifica OP n. 28 del 04/08/2025)
Associazione	Bene mobile (Monitor multiparametrico al posto letto con bracciali rilievo PA di varia misura)	SC PEDIATRIA (Degenti)	€ 3.489,15	n. 61 del 30/09/2025
Persone fisiche	Bene mobile (n. 4 Pipette Eppendorf monocanale comforpette 4700)	SC LABORATORIO ANALISI CHIMICO - CLINICHE	€ 1.220	n. 60 del 30/09/2025
Associazione	Bene mobile (n. 1 sistema Airnet II 510 per monitoraggio ambientale)	SSD EMATOLOGIA 3 - CELL FACTORY E CENTRO TERAPIE CELLULARI AVANZATE	€ 65.848,91	n. 88 del 19/12/2025 (ratifica OP n. 42 del 12/12/2025)
Valore complessivo donazioni apparecchiature 2025			€ 202.570,22	



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 2025 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 2025 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 2025	
Indice Ritardi Manutenzioni programmate (IRM) = (numero MP eseguite in ritardo)/(totale MP eseguite) = 0,18 (18%)	
Verifiche di sicurezza elettriche anno 2025	
VSE eseguite nel rispetto del piano / VSE programmate = 0,84 (84%)	
Controlli funzionali anno 2025	
Controlli funzionali eseguiti nel rispetto del piano / Controlli funzionali programmati = 0,75 (75%)	



Rispetto al 2024, le attività svolte nel 2025 sulle manutenzioni programmate hanno registrato miglioramenti in tutte e tre le tipologie considerate:

- l'indice dei ritardi sulle manutenzioni programmate si è ridotto;
- è migliorata la % di VSE e controlli funzionali eseguiti rispetto a quanto pianificato.

	2024	2025	Differenza
Manutenzione ordinaria (indice ritardi manutenzioni)	0,53	0,18	↑ -0,35
VSE nel rispetto del piano programmato	0,5	0,84	↑ 0,34
Controlli funzionali eseguiti nel rispetto del piano programmato	0,69	0,75	↑ 0,06

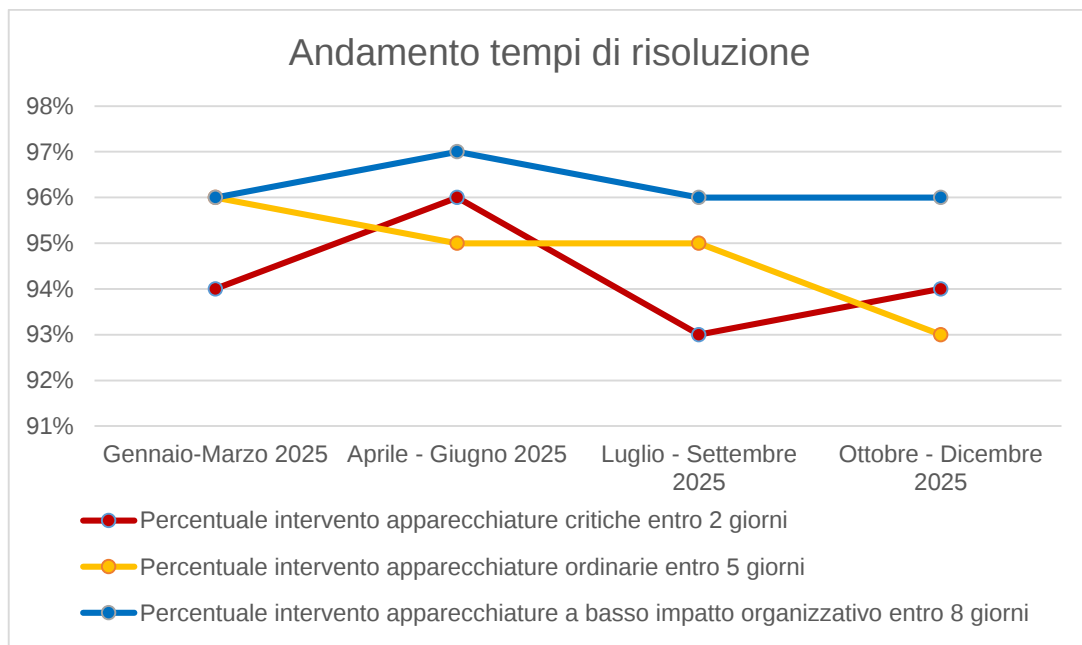
Per quanto riguarda la manutenzione correttiva (a seguito di guasti e malfunzionamenti rilevati), le percentuali dei tempi di intervento da conseguire sono i seguenti (i valori sono stati pattuiti da ARIA in sede di gara per l'affidamento del Global Service):

- 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 2025, per i vari trimestri, si riporta in forma tabellare e graficamente l'andamento delle soglie % raggiunte per la manutenzione correttiva.

Manutenzione correttiva				
	Gennaio - Marzo 2025	Aprile - Giugno 2025	Luglio - Settembre 2025	Ottobre - Dicembre 2025
Percentuale intervento apparecchiature critiche entro 2 giorni	94%	96%	93%	94%
Percentuale intervento apparecchiature ordinarie entro 5 giorni	96%	95%	95%	93%
Percentuale intervento apparecchiature a basso impatto organizzativo entro 8 giorni	96%	97%	96%	96%





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

*Interventi finanziati
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.



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

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

– CIG 9566769B84

- | |
|--|
| ○ Evoluzione CCE e potenziamento dei moduli di consultazione della storia clinico assistenziale dei pazienti |
|--|

○ Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./440 del 31/03/2023 - Adesione LOTTO 1
--

– CIG A04B9F4CF2

- | |
|---|
| ○ Evoluzione CCE e potenziamento dei moduli di gestione nutrizionale e gestione PREMS PROMS |
|---|

○ Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./1235 DEL 28/09/2023 - Adesione LOTTO 5

– CIG 912487550F



○ Supporto tecnico-specialistico alle progettualità in corso e Field Force
– CIG 997649936B
○ Supporto tecnico-specialistico Anatomia Patologica e HIMSS

○ Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./20 del 17/01/2024 - Adesione LOTTO 5
– CIG A04A85D8F5
○ Servizi di supporto strategico specialistico

○ Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./1024 del 02/08/2024 - Adesione LOTTO 5
– CIG B29B524FC2
○ Servizi di supporto strategico specialistico alle progettualità ICT

○ Decreto del Direttore Generale n. 6/D.G./804 del 30/06/2025 – Adesione LOTTO 5
– CIG B78E9129C0
○ Servizi di supporto strategico specialistico (aumento delle prestazioni o sesto quinto)

○ Decreto del Direttore Generale n. 5/D.G./1569 del 05/12/2024 – Adesione LOTTO 3
– CIG - B49E90F86D
○ Evoluzione dei sistemi informativi in ambito cardiologico e radiologico

- 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
– CIG B26E17A00A



- Fornitura di prodotti e servizi per la riallocazione, manutenzione e gestione reti locali LAN edizione 8

- 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 utilizzato per il tramite di un Appalto Specifico ID gara 4563990

– CIG B2BBAA3CE4

- Estensione del perimetro funzionale della cartella clinica elettronica mediante nuove funzionalità relativamente alla tracciabilità completa e integrata dei pazienti chirurgici

- Decreto del Direttore Generale n. 6/D.G./430 del 03/04/2025 presa atto degli esiti della gara aria_2023_802, appalto specifico ai sensi dell'art. 54 comma 4, lett b) del d.lgs n. 50/2016 per la realizzazione della soluzione digitale di anatomia patologica LOTTO 3

– CIG B65BBAEE46

- Realizzazione del sistema digitale unico centralizzato Anatomia Patologica Regionale – LIS e Digital Pathology

- 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

– CIG B4069845CF

- Servizi di sicurezza da remoto di compliance e di controllo: L1.S5 threat intelligence e vulnerability data feed; L1.S9 – formazione e security awareness; L1.S10 - gestione dell'identità e accesso utente; L1.S15 -servizi specialistici



- 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
– CIG B4C1550175
○ Potenziamento iperconvergenza e storage area network
– CIG B4C1551248
○ Potenziamento infrastruttura di networking e wi-fi

- ID 2365 Accordo quadro, ai sensi del d.lgs 50/2016 e s.m.i. avente ad oggetto l'affidamento di servizi applicativi e servizi di supporto in ambito “Sanità digitale - Sistemi informativi sanitari e servizi al cittadino” per le Pubbliche Amministrazioni del SSN:

○ Decreto del Direttore Generale n. 6/D.G./654 del 03/04/2025 – LOTTO 3
– CIG B70D964926
○ trasformazione digitale evoluzione RAP

Inoltre, si è proceduto con Affidamento diretto promosso da Regione Lombardia, al di fuori delle iniziative individuate presso il Soggetto Aggregatore Nazionale CONSIP, in esecuzione del PNRR, attraverso il seguente provvedimento amministrativo:

○ Decreto del direttore generale n. 6/D.G./1549 del 25/11/25 affidamento tramite procedura di acquisto da CATOLOGO MEPA del servizio di valutazione e certificazione del livello di maturità digitale
– CIG B86B1C0F25

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

I progetti promossi nel 2023, 2024 e 2025 risultano essere i seguenti:



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

- Evoluzione CCE e potenziamento dei moduli di consultazione della storia clinico assistenziale dei pazienti (avviato nel 2023 e concluso nel 2024);
- Evoluzione CCE e potenziamento dei moduli di gestione nutrizionale e gestione PREMS PROMS (avviato nel 2023 e concluso nel 2024);
- Fornitura di prodotti e servizi per la riallocazione, manutenzione e gestione reti locali LAN edizione 8 (avviato nel 2024 e concluso nel 2025);
- Supporto tecnico specialistico (avviato nel 2023 e concluso nel 2025);
- Estensione del perimetro funzionale della cartella clinica elettronica mediante nuove funzionalità relativamente alla tracciabilità completa e integrata dei pazienti chirurgici (avviato nel 2024 e concluso nel 2025);
- Servizi di sicurezza da remoto di compliance e di controllo – Cybersecurity (avviato nel 2024 e concluso nel 2025);
- Evoluzione dei sistemi informativi in ambito cardiologico e radiologico – CIS CARDIOLOGIA (avviato nel 2024 e concluso nel 2025);
- Potenziamento iperconvergenza e storage area network e Potenziamento infrastruttura di networking e wi-fi SDAPA ICT 2 (avviato nel 2024 e concluso nel 2025);
- Realizzazione del sistema digitale unico centralizzato Anatomia Patologica Regionale – LIS e Digital Pathology (avviato nel 2025 e concluso nel 2025);
- Trasformazione digitale evoluzione RAP (avviato nel 2025 e concluso nel 2025);
- Valutazione e certificazione del livello di maturità digitale HIMSS.

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 31/12/2025 il valore delle progettualità contrattualizzate. Il valore totale finale delle progettualità contrattualizzate ammonta a 10.835.236,96 €, ossia il 96,74% dell'importo complessivo associato al CUP.



Progettualità	Valore impegnato contrattualizzato	Percentuale impegnata	Fatturato
Impegnato	10.835.236,96 €		10.594.985,82 €
Evoluzione CCE e potenziamento dei moduli di consultazione della storia clinico assistenziale dei pazienti	731.920,69 €	96,74%	731.188,65 €
Evoluzione CCE e potenziamento dei moduli di gestione nutrizionale e gestione PREMS PROMS	140.116,59 €		139.829,10 €
Fornitura di prodotti e servizi per la riallocazione, manutenzione e gestione reti locali LAN edizione 8	3.363.403,35 €		3.363.403,35 €
Supporto tecnico specialistico	1.040.353,37 €		877.776,66 €
Estensione del perimetro funzionale della cartella clinica elettronica mediante nuove funzionalità relativamente alla tracciabilità completa e integrata dei pazienti chirurgici	1.634.208,30 €		1.634.208,30 €
Servizi di sicurezza da remoto di compliance e di controllo- Cybersecurity	1.072.439,22 €		1.072.438,74 €
Evoluzione dei sistemi informativi in ambito cardiologico e radiologico - CIS cardiologia	626.955,56 €		626.642,06 €
Potenziamento iperconvergenza e storage area network e Potenziamento infrastruttura di networking e wi-fi – SDAPA ICT 2	1.090.150,15 €		1.090.150,15 €
Realizzazione del sistema digitale unico centralizzato Anatomia Patologica Regionale – LIS e Digital Pathology	505.106,01 €		303.051,25 €
Trasformazione digitale evoluzione RAP	612.893,72 €		612.464,65 €
Valutazione e certificazione del livello di maturità digitale HIMSS	17.690,00 €		17.690,00 €
Da contrattualizzare	0,00 €	0%	
Differenza (IMPORTO CUP – IMPEGNATO)	364.763,04 €	3,26%	
Totale	11.200.000,00 €		

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 è posto come obiettivo l'innalzamento del proprio livello di maturità digitale 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.

A completamento delle diverse linee progettuali di intervento, la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo ha raggiunto l'effettivo innalzamento del livello di maturità digitale da Livello 1 a Livello 4 (ex ante ed ex post) dell'Assurance Framework EMRAM, attestato tramite rilascio del certificato ID 111619 del 20 novembre 2025 emesso dal HIMSS Italy S.r.l..

Attraverso il suddetto certificato viene attestato che il processo di certificazione per il tramite della metodologia HIMSS® Assurance Framework™ (HAF) ha verificato il complessivo allineamento dell'Ente con lo stage di maturità rilevato secondo le dimensioni chiave del modello di maturità HIMSS® EMRAM®:

- Data Capture e scambio di informazioni sanitarie (Health Information Exchange);
- Coinvolgimento dei pazienti;
- Analisi dell'assistenza sanitaria (Healthcare Analytics) e misurazione dei risultati/esiti;
- Gestione della resilienza;
- Adozione da parte degli utenti clinici.



Avendo raggiunto il livello di maturità **Stage 4** del modello HIMSS® EMRAM®, l'Ente ha consolidato, tra gli altri:

- Presenza di un sistema di inserimento elettronico degli ordini clinici (CPOE) e della prescrizione elettronica con tracciabilità della somministrazione dei farmaci al paziente;
- Modelli di governance dei processi clinici e dei dati;
- Monitoraggio degli esiti clinici e degli indicatori di soddisfazione del paziente.

Questo risultato riflette un forte impegno dell'Ente verso la trasformazione digitale, l'assistenza sanitaria data-driven, il miglioramento continuo della qualità clinica e dell'efficienza operativa.

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. Inoltre, sempre grazie alle economie di spesa ottenute sulle 12 grandi apparecchiature previste inizialmente dal Piano Operativo Regionale (POR) si è ottenuta autorizzazione all'acquisizione di ulteriori 2 apparecchiature (n. 2 ecotomografi) in overbooking (progetti aggiuntivi), come da VI Rimodulazione (DGR di Regione Lombardia n. 4940 del 04.08.2025).



DATI ANAGRAFICI APPARECCHIATURA		QUADRO ECONOMICO		
CUP	TIPOLOGIA APPARECCHIATURA	IMPORTO INTERVENTO FINANZIATO PNRR (Decreto Regione Lombardia n. 8332/2022)	IMPORTO INTERVENTO POST II RIMODULAZIONE (DGR n. 2562/2024)	IMPORTO INTERVENTO POST VI RIMODULAZIONE (DGR n. 4940/2025)
B19J22001300001	TAC A 128 STRATI-Radiologia	500.000,00 €	575.925,00 €	500.164,80 €
B19J22001310001	TAC A 128 STRATI-Radiologia	500.000,00 €	458.850,00 €	539.722,84 €
B19J22001320001	ANGIOGRAFI-Radiologia 2	608.000,00 €	573.225,00 €	539.666,91 €
B19J22001330001	ECOTOMOGRAFI-Chirurgia	82.000,00 €		57.816,29 €
B19J22001340001	ECOTOMOGRAFI-Clinica ostetrica	82.000,00 €		56.078,06 €
B19J22001350001	ECOTOMOGRAFI-Cardiologia	82.000,00 €		80.479,01 €
B19J22001360001	ECOTOMOGRAFI-Radiologia	82.000,00 €		73.817,22 €
B19J22001370001	MAMMOGRAFI-Radiologia senologica	260.000,00 €		229.635,00 €
B19J22001380001	GAMMA CAMERE-Medicina Nucleare	500.000,00 €	548.625,00 €	690.689,09 €
B19J22001390001	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI-Radiologia	280.600,00 €	231.975,00 €	224.267,92 €
B19J22001400001	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI-Radiologia 2	280.600,00 €		238.546,44 €
B19J22001410001	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI-radiologia 2	280.600,00 €		157.221,74 €
B14E25001540001	ECOTOMOGRAFO			74.847,34 €
B14E25001550001	ECOTOMOGRAFO			74.847,34 €



Si riporta lo stato di avanzamento relativo all'acquisizione di n.12 nuove grandi apparecchiature tecnologicamente avanzate in sostituzione di apparecchiature obsolete della Fondazione IRCCS, attraverso gli Accordi Quadro messi a disposizione da Consip, a cui si aggiungono le n.2 apparecchiature da acquisire in overbooking.

Per le 12 grandi apparecchiature il target della messa in funzione è stato raggiunto formalmente a fine 2024, tuttavia nel 2025 sono proseguite le attività amministrative documentali a chiusura degli interventi e finalizzate alla rendicontazione.

Per le 2 apparecchiature in overbooking, nel 2025 si è proceduto con l'iter iniziale per l'acquisizione (presa d'atto della VI rimodulazione, nomina del RUP, acquisizione del CUP dell'intervento).

○ 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.
– Importo PNRR: 500.164,80 €
– Data collaudo: 04/07/2024
– Destinazione: Padiglione 8
– Provvedimenti adottati: ○ Decreto DG n.1700 del 29/12/2023; ○ Decreto DG n. 1539 del 02/12/2024; ○ Decreto DG n. 1524 del 18/11/2025

○ Acquisto Tomografo Computerizzato (TC)-128 strati (CUP B19J22001310001) Siemens Helathcare Gmbh modello Somatom X.cite per la sostituzione della TC Canon modello Aquillon Prime.
– Importo PNRR: 539.722,84 €
– Data collaudo: 08/08/2024
– Destinazione: Pronto soccorso
– Provvedimenti adottati: ○ Decreto DG n.1700 del 29/12/2023; ○ Decreto DG n. 1539 del 02/12/2024; ○ Decreto DG n. 1429 del 05/11/2025; ○ Decreto DG n. 1525 del 18/11/2025

○ Acquisto Angiografo vascolare monopiano (CUP B19J22001320001) Philips SpA modello Azurion 7 M20 per la sostituzione dell'angiografo vascolare monopiano Philips modello Allura Xper FD 20.
– Importo PNRR: 539.666,91 €
– Data collaudo: 12/06/2023
– Destinazione: Pad. 29 Neuroradiologia
– Provvedimenti adottati: ○ Decreto DG n.1396 del 28/10/2022; ○ Decreto DG n.327 del 17/03/2023; ○ Decreto DG n. 944 del 15/07/2024; ○ Decreto DG n. 1596 del 11/12/2024; ○ Decreto DG n. 1264 del 10/10/2025

○ Acquisto ecotomografo multidisciplinare (CUP B19J22001330001) Philips modello Epiq Elite per la sostituzione dell'ecotomografo Acuson modello Sequoia 512.
– Importo PNRR: 57.816,29 €
– Data collaudo: 21/12/2022
– Destinazione: Chirurgia vascolare
– Provvedimenti adottati: ○ Decreto DG n.1396 del 28/10/2022; ○ Decreto DG n. 950 del 15/07/2024; ○ Decreto DG n. 1584 del 10/12/2024; ○ Decreto DG n. 1263 del 10/10/2025

○ Acquisto ecotomografo ginecologico (CUP B19J22001340001) Fuji Healthcare modello Arietta 750DE Master per la sostituzione dell'ecotomografo Ge Healthcare modello Voluson 730 Expert.
– Importo PNRR: 56.078,06 €
– Data collaudo: 21/11/2022
– Destinazione: Ostetricia e ginecologia
– Provvedimenti adottati: ○ Decreto DG n.1396 del 28/10/2022; ○ Decreto DG n. 949 del 15/07/2024; ○ Decreto DG n. 1581 del 10/12/2024; ○ Decreto DG n. 1266 del 10/10/2025

○ Acquisto ecotomografo cardiologico con 3D (CUP B19J22001350001) Ge Healthcare modello Vivid E80 per la sostituzione dell'ecotomografo Philips modello SonoS 5500.
– Importo PNRR: 80.479,01 €
– Data collaudo: 20/09/2022
– Destinazione: Cardiologia
– Provvedimenti adottati: ○ Decreto DG n.1396 del 28/10/2022; ○ Decreto DG n. 947 del 15/07/2024; ○ Decreto DG n. 1582 del 10/12/2024; ○ Decreto Dg n. 1265 del 10/10/2025

○ Acquisto ecotomografo multidisciplinare (CUP B19J22001360001) Philips modello Epiq Elite per la sostituzione dell'ecotomografo Siemens modello Sonoline Antares.
– Importo PNRR: 73.817,22 €
– Data collaudo: 15/12/2022
– Destinazione: Pad. 8 Ecografia
– Provvedimenti adottati: ○ Decreto DG n.1396 del 28/10/2022; ○ Decreto DG n. 946 del 15/07/2024; ○ Decreto DG n. 1580 del 10/12/2024; ○ Decreto DG n. 1267 del 10/10/2025

○ 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.
– Importo PNRR: 229.635,00 €
– Data collaudo: 20/10/2023
– Destinazione: Pad. 33 Senologia
– Provvedimenti adottati: ○ Decreto DG n.721 del 01/06/2023; ○ Decreto DG n. 948 del 15/07/2024; ○ Decreto DG n. 1578 del 10/12/2024; ○ Decreto DG n. 1268 del 10/10/2025

- 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.

– Importo PNRR: 690.689,09 €

– Data collaudo: 20/12/2024

– Destinazione: Medicina Nucleare

– Provvedimenti adottati:

- Decreto DG n.1218 del 20/09/2024;
- Decreto DG n. 1393 del 30/10/2025;
- Decreto DG n. 1520 del 18/11/2025

- 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.

– Importo PNRR: 224.267,92 €

– Data collaudo: 02/08/2024

– Destinazione: Pad. 8

– Provvedimenti adottati:

- Decreto DG n.330 del 17/03/2023;
- Decreto DG n. 1523 del 18/11/2025

- 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.

– Importo PNRR: 238.546,44 €

– Data collaudo: 07/11/2024

– Destinazione: Pronto soccorso

– Provvedimenti adottati:

- Decreto DG n.329 del 17/03/2023;
- Decreto DG n. 1522 del 18/11/2025



○ 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.
– Importo PNRR: 157.221,74 €
– Data collaudo: 18/12/2024
– Destinazione: Servizio Radiodiagnostica – Pad. 29 – Ambulatorio Trauma Ortopedia
– Provvedimenti adottati: ○ Decreto DG n.989 del 27/07/2023; ○ Decreto DG n.1138 del 05/09/2023; ○ Decreto DG n. 1521 del 18/11/2025

○ Acquisto Ecotomografo multidisciplinare (CUP B14E25001540001) Philips, modello Affiniti 70W, con relativi accessori.
– Importo PNRR: 74.847,34 €
– Destinazione: Dipartimento Cardioracovascolare
– Provvedimenti adottati: ○ Decreto DG 1261 del 10/10/2025

○ Acquisto Ecotomografo multidisciplinare (CUP B14E25001550001) Philips, modello Affiniti 70W, con relativi accessori.
– Importo PNRR: 74.847,34 €
– Destinazione: Dipartimento Cardioracovascolare
– Provvedimenti adottati: ○ Decreto DG 1261 del 10/10/2025



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.6/CDA/70 del 24/10/2024 è stato approvato il Programma triennale dei Lavori Pubblici 2025/2027 ed interventi ricompresi nell'elenco annuale 2025.



Sulla base dei progetti e delle opere indicati nell'elenco annuale dei lavori per l'anno 2025, si fornisce di seguito rendicontazione sullo stato di attuazione a fine 2025 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.

❖ **Adeguamento dei livelli di sicurezza**

Descrizione intervento
Lavori di adeguamento alle norme antincendio della Fondazione: poliblocco funzionale integrativo EAS-DEA (padd. 27 forlanini, 29 ortotrauma, 30 ex-infettivi, 31 pediatria) e pad. 42 infettivi
Esiti monitoraggio per il 2025
Nel corso del 2025 è stata affidata la gara di esecuzione lavori.

Descrizione intervento
Verifica della vulnerabilità sismica dei padiglioni nn. 6, 14, 16, 23, 32 e 33
Esiti monitoraggio per il 2025
Nel corso del 2025 è stato effettuato l'affidamento per la redazione delle verifiche di vulnerabilità sismica sui padiglioni individuati.

Descrizione intervento
Interventi di adeguamento ai requisiti tecnologici generali e messa a norma - IRCCS Policlinico San Matteo
Esiti monitoraggio per il 2025
Nel corso del 2025 è stato predisposto ed inoltrato a Regione Lombardia il Documento di Indirizzo alla Progettazione (DIP) per un intervento di importo complessivo pari a 96 Mln €.

Descrizione intervento
Incremento dei livelli di sicurezza antincendio
Esiti monitoraggio per il 2025
Nel corso del 2025 è stato approvato il progetto esecutivo ed è stata avviata la gara di progettazione (DGR 7146/2022).



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

Intervento di allestimento di laboratori generali nel pad. 42 Torre AIDS con completamento aree esterne

Esiti monitoraggio per il 2025

Nel corso del 2025 si è proceduto con la conclusione del progetto esecutivo da inviare ai verificatori ai fini della validazione e approvazione.

Stato aggiornato: progetto esecutivo in fase di verifica ex art. 42 d.lgs. 36/2023.

Prossimo step: validazione e successivo invio a DG Welfare di Regione Lombardia per approvazione ai sensi del decreto regionale n. 19173/2019.

Descrizione intervento

Adeguamenti strutturali ed impiantistici finalizzati alla realizzazione del Policlinico ad integrazione del nuovo DEA (VI Atto Integrativo) (ILSPA - ARIA S.p.A.)

Esiti monitoraggio per il 2025

Nel corso del 2025 la procedura risulta inattuata da parte della Stazione Appaltante ARIA SpA. Sono state effettuate interlocuzioni tra Enti al fine di accertare il mutato interesse pubblico e revocare l'affidamento.

Descrizione intervento

Adeguamento strutture assistenza psichiatrica: rep. SPDC pT pad. 27 e ambienti dedicati al p3 pad. 31 Pediatria e in PS pad. 43

Esiti monitoraggio per il 2025

Nel corso del 2025 sono proseguiti i lavori di ristrutturazione finalizzati alla conclusione nel 2026.

Descrizione intervento

Revisione ed adeguamento laboratori BSL 3 – officina farmaceutica Cell Factory c/o PAD. 27 piano 3

Esiti monitoraggio per il 2025

Nel corso del 2025 sono proseguiti i lavori di ristrutturazione finalizzati alla conclusione nel 2026.

Descrizione intervento

Realizzazione nuova banca degli occhi c/o PAD. 32

Esiti monitoraggio per il 2025

Nel corso del 2025 sono proseguiti i lavori di ristrutturazione finalizzati alla conclusione nel 2026.



Descrizione intervento

Lavori di ristrutturazione e riqualificazione degli spazi correlati alle attività inerenti al servizio di ristorazione (cucina-mensa)

Esiti monitoraggio per il 2025

Nel corso del 2025 è stata avviata la fase di progettazione.
Per l'elaborazione del progetto esecutivo si è proceduto mediante adesione alla Convenzione "Rinnovo AQ Servizi di ingegneria e architettura inerenti i servizi di progettazione - ARIA_2022_421R - Lotto 2" e successivo affidamento dell'incarico per l'elaborazione del progetto esecutivo.

Descrizione intervento

Adeguamento DH Oncologia ed Ematologia

Esiti monitoraggio per il 2025

Nel corso del 2025 sono stati avviati i lavori.

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 2025

Nel corso del 2025 è stato approvato il Progetto di Fattibilità Tecnico-Economica (PFTE).

❖ **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 2025

Nel corso del 2025 sono proseguiti i lavori relative alla Mission 6 del PNRR.
Casa di Comunità di Pavia: previsione di attivazione della struttura entro 30/06/2026 e rendicontazione integrale entro 31/12/2026.
Casa di Comunità di Belgioioso: previsione di attivazione della struttura entro 30/06/2026 e rendicontazione integrale entro 31/12/2026.
Ospedale di Comunità di Belgioioso: previsione di attivazione della struttura entro 30/06/2026 e rendicontazione integrale entro 31/12/2026.



❖ **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 2025

Nel corso del 2025 è stata riavviata la fase di progettazione per gli interventi da n. 1 a n. 5 a seguito della IV Rimodulazione Ministeriale (DM n. MDS-DPDMF-72 del 29/05/2025) ai fini del conseguimento dei target previsti e sono proseguiti i lavori relativi all'Intervento n. 6.





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 2025 si è realizzata sulla base del **Piano Formativo Aziendale 2025** (PFA 2025) 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 2025, 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 2025 sulla base del fabbisogno formativo rilevato (come da Piano PFA) risultavano essere n. 225 corsi articolati in 417 edizioni.

Nel corso del 2025, 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. 30 corsi extra-piano, di cui:

- n. 14 corsi residenziali extra piano articolati in n. 34 edizioni;
- n. 16 formazioni sul campo extra piano articolate in n. 16 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 2025 + eventi extra Piano:	112 corsi residenziali programmati (da Piano + extra Piano) e ne sono stati realizzati 77 (311 edizioni programmate e 247 ed. realizzate)
	101 corsi FSC programmati (da Piano + extra Piano) e ne sono stati erogati 67 (114 edizioni programmate e 75 ed. realizzate)
	42 corsi FAD programmati (da Piano + extra Piano) e ne sono stati erogati 33 (42 edizioni programmate e 33 ed. realizzate)
	0 corsi BLENDED programmati (da Piano + extra Piano) e ne sono stati erogati 1 (0 edizioni programmate e 1 ed. realizzate)

Nei corsi formativi sono state trattate le seguenti tematiche:

- sicurezza e salute 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;
- 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, Simulazione in ambito ostetrico, Chirurgia robotica 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 cartella clinica ecc.);
- miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie, gestione e misurazione della qualità;
- AIDS;
- Codice dei contratti pubblici, nozioni di inglese base, 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 oggettivo 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 2025

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. 178 corsi articolati in n. 357 edizioni, di cui:

- corsi NON accreditati ECM n. 20, articolati in 74 edizioni;
- corsi accreditati ECM n. 158 articolati in n. 283 edizioni.

Scostamento rispetto alla programmazione

La percentuale di realizzazione:

- complessiva dei corsi ECM e NON ECM è risultata pari al 69,8%;
- di cui per gli eventi ECM la realizzazione è stata pari al 61,8%, che risulta essere superiore alla percentuale minima di realizzazione eventi del 50% a cui deve ottemperare il Provider.

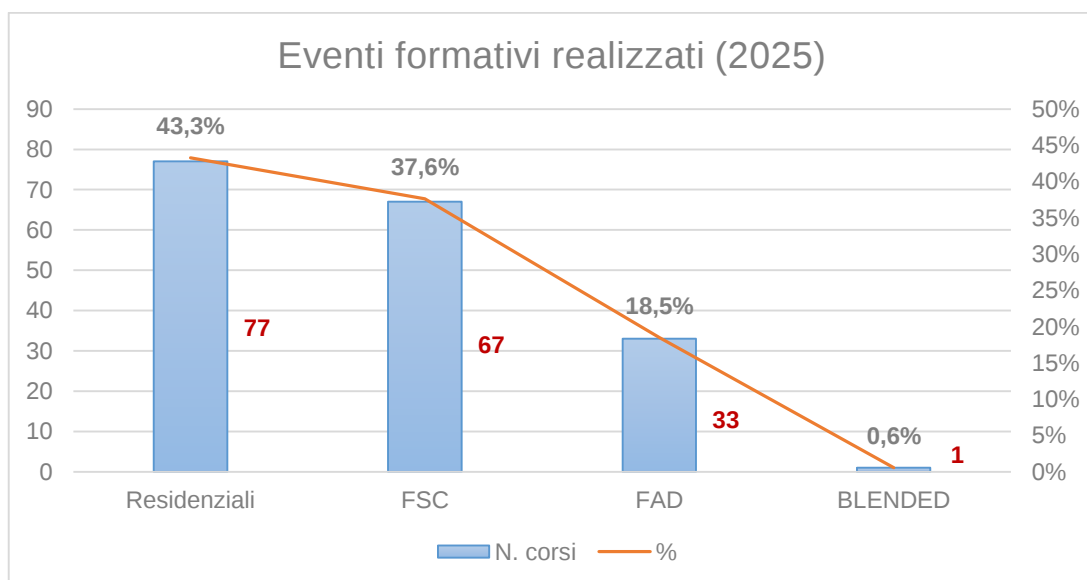
Le tabelle ed i grafici seguenti illustrano i dati inerenti l'attività formativa 2025, con analisi in merito alla tipologia di corsi effettuati, alle ore formative erogate, ai partecipanti ai corsi, alla *customer satisfaction* registrata.



Dati riassuntivi all'offerta formativa 2025 della Fondazione IRCCS e confronto con il 2024:

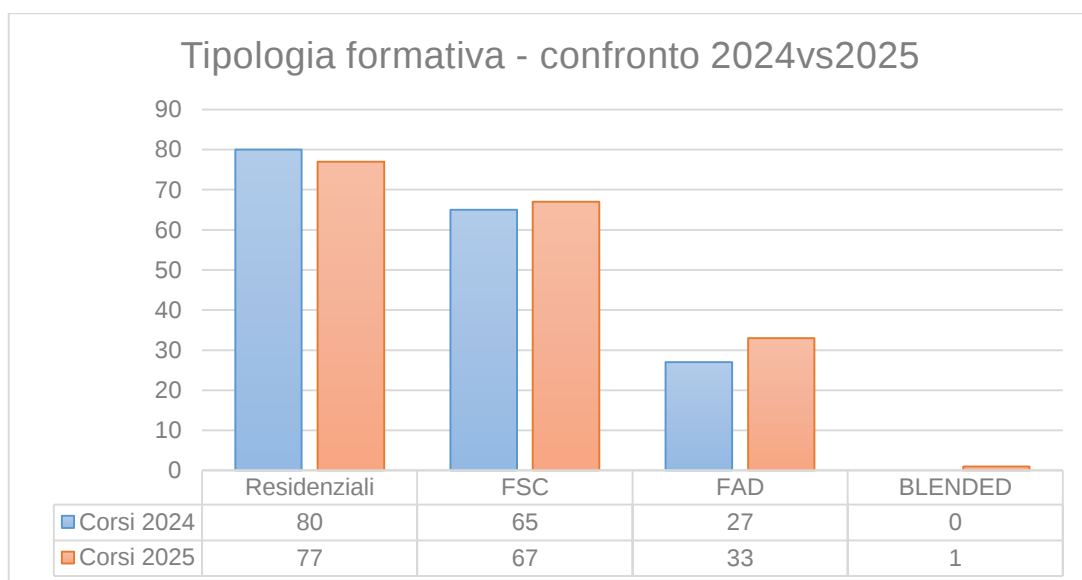
Confronto	N. corsi erogati	N. complessivo edizioni realizzate	Totale ore formative erogate	N. complessivo partecipanti	N. complessivo crediti ECM erogati
2025	178	357	2.613,30	17.972	64.713,80
2024	172	322	2.382,03	12.571	56.446,30
Differenza	+ 6	+ 35	+ 231,27	+ 5.401	+ 8.267,50
					

La tipologia degli eventi formativi erogati nel 2025 vede prevalere corsi RES – residenziali (n. 77 pari al 43,3%) rispetto a corsi FSC – formazione sul campo (n. 67 pari al 37,6%), corsi FAD – formazione a distanza (n. 33 pari al 18,5%) e corsi BLENDED (n. 1 pari allo 0,6%).

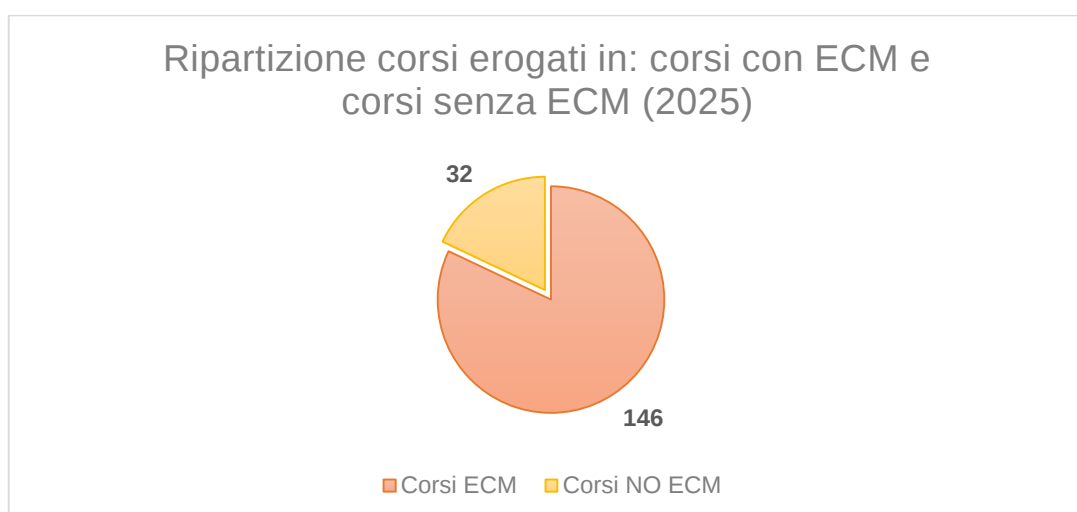


Il grafico successivo confronta l'offerta formativa del 2025 rispetto all'anno precedente (2024) ripartendo i dati per tipologia di formazione. Per il 2025 risultano incrementi per

le tipologie formative FSC e FAD utilizzate in Fondazione, con una leggera prevalenza per i corsi con formazione sul campo. I corsi RES registrano un lieve decremento sull'anno precedente. Nel 2025 è stato realizzato un corso BLENDED; tipologia non presente nel 2024 tra i corsi erogati.

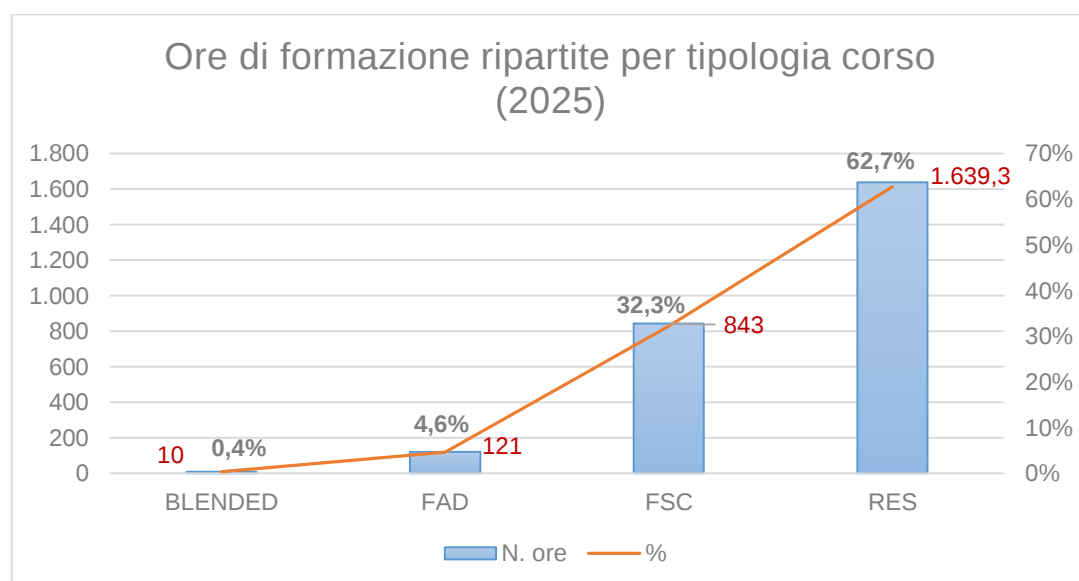


L'offerta formativa ha proposto sia corsi che hanno rilasciato crediti ECM ai partecipanti aventi diritto, sia corsi privi di crediti ECM. Graficamente si può notare come la suddivisione tra queste due categorie vede prevalere l'erogazione di corsi con ECM (146) rispetto a quelli senza ECM (32).



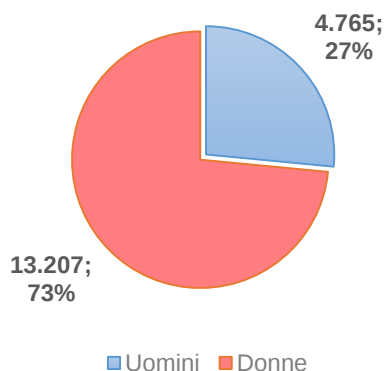
L'offerta formativa ha totalizzato nel 2025 un monte ore di formazione erogate pari a 2.613,30 ore complessive, con preponderanza delle ore afferenti ai corsi residenziali (62,7%), frutto della numerosità dei corsi, del numero di edizioni e del n. di ore di durata di ciascun corso.

Ore di formazione ripartite per tipologia corso (2024)		
Tipo corso	N. ore	%
BLENDED	10	0,4%
FAD	121	4,6%
FSC	843	32,3%
RES	1.639,3	62,7%
Totale	2.613,3	100%



I corsi di formazione sono stati erogati a 17.972 partecipanti, con una netta prevalenza di donne (13.207; 73%) rispetto agli uomini (4.765; 27%).

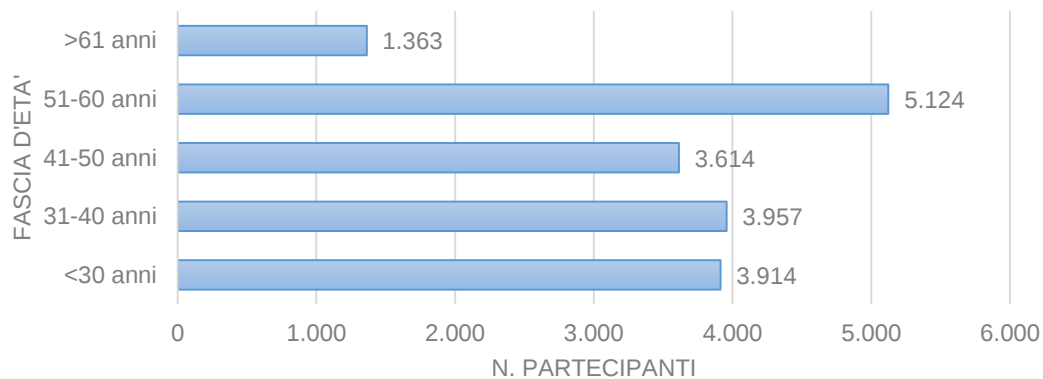
N. partecipanti per sesso (2025)



Relativamente all'età dei partecipanti, risulta una prevalenza di partecipanti nella fascia 51-60 anni (28,51%) rispetto alle altre fasce d'età considerate. Le fasce <30 anni, 31-40 anni e 41-50 anni registrano % pressoché simili (comprese tra 20% e 22%). La fascia >61 anni consegue la % più ridotta.

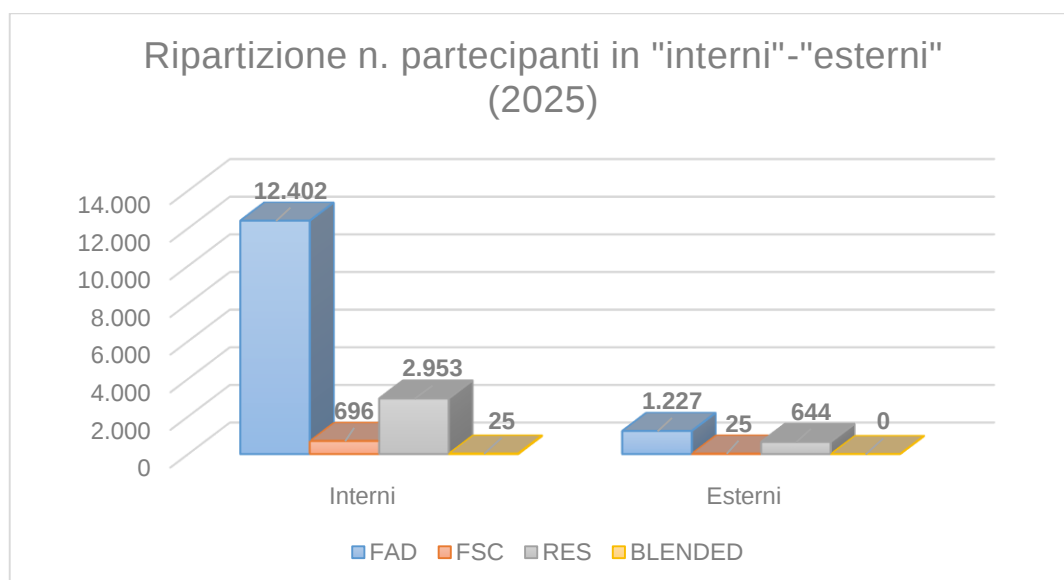
Partecipanti per fascia d'età (2024)		
<30 anni	3.914	21,78%
31-40 anni	3.957	22,02%
41-50 anni	3.614	20,11%
51-60 anni	5.124	28,51%
>61 anni	1.363	7,58%
Totale	17.972	

Partecipanti per fascia d'età (2025)

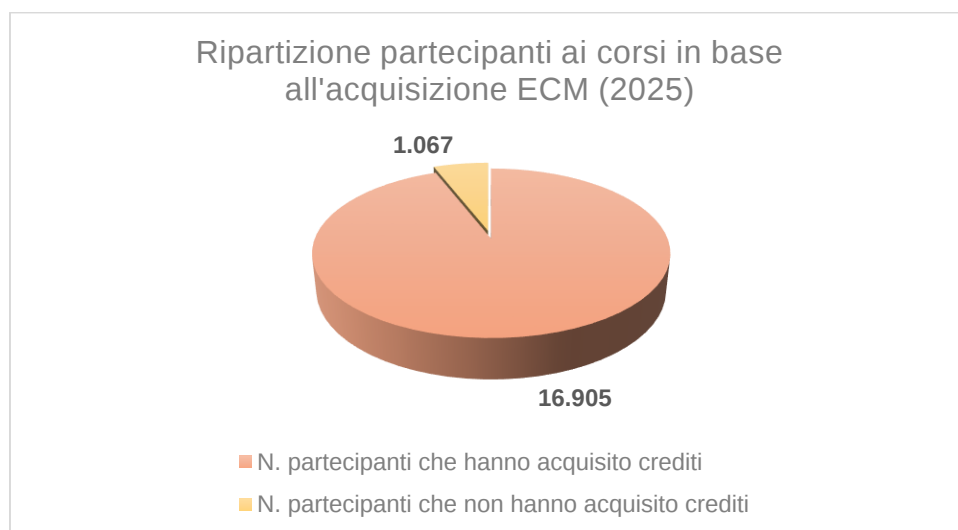


Il grafico successivo evidenzia la suddivisione dei partecipanti tra personale dipendente della Fondazione con contratti di lavoro a tempo determinato e indeterminato (cd. "interni"), e altro personale che lavora presso la Fondazione ma con altre tipologie di contratto, ad esempio libero professionisti o personale proveniente da cooperative di lavoro (cd. "esterni").

Si può notare come i partecipanti "esterni" abbiano frequentato prevalentemente corsi erogati in modalità FAD (65%) e corsi erogati in modalità residenziale (34%); mentre i partecipanti "interni" hanno conseguito percentuali del 77,1% per i corsi FAD, del 18,4% per i corsi RES, del 4,3% per i corsi FSC e dello 0,2% per il corso BLENDED.



Un'ulteriore analisi riguarda la qualifica dei partecipanti ai corsi formativi ed al numero di crediti ECM acquisiti. Dei 17.972 partecipanti ad aventi formativi nel 2025, risultano 16.905 partecipanti a corsi che hanno acquisito crediti ECM, mentre i partecipanti a corsi che non hanno acquisito crediti ECM risultano 1.067.



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	1.471	0,00
Assistente sanitario	14	69,90
Assistente sociale	19	0,00
Ausiliario socio sanitario	3	0,00
Biologo	562	2.188,60
Chimico	16	86,40
Dietista	40	257,00
Educatore professionale	2	9,00
Equiparato	1.083	0,00
Farmacista	100	500,30
Fisico	38	131,50
Fisioterapista	104	578,40
Igienista dentale	2	43,20
Infermiere	6.895	33.245,40
Infermiere generico	1	0,00
Infermiere pediatrico	83	377,50
Logopedista	11	65,50
Medico	2.708	16.637,10

Qualifica / professione partecipanti	N. partecipanti per qualifica / professione	N. ECM acquisiti per qualifica / professione
Medico di continuità assistenziale	7	0,00
Medico pediatra di libera scelta	1	0,00
Medico specializzando	344	0,00
O.S.S.	1.731	0,00
Odontoiatra	7	16,20
Operatore tecnico	163	0,00
Operatore tecnico specializzato	317	0,00
Ortottista	40	222,50
Ostetrica/o	478	3.598,90
Psicologo	14	89,40
Studiante	138	0,00
Tecnico audiometrista	11	60,10
Tecnico audioprotesista	9	34,80
Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare	53	350,20
Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	11	89,20
Tecnico di neurofisiopatologia	41	173,00
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	669	3.053,60
Tecnico sanitario di radiologia medica	736	2.805,50
Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	5	30,60
Tirocinante	41	0,00
Volontario	4	0,00
Totale	17.972	64.713,80

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:

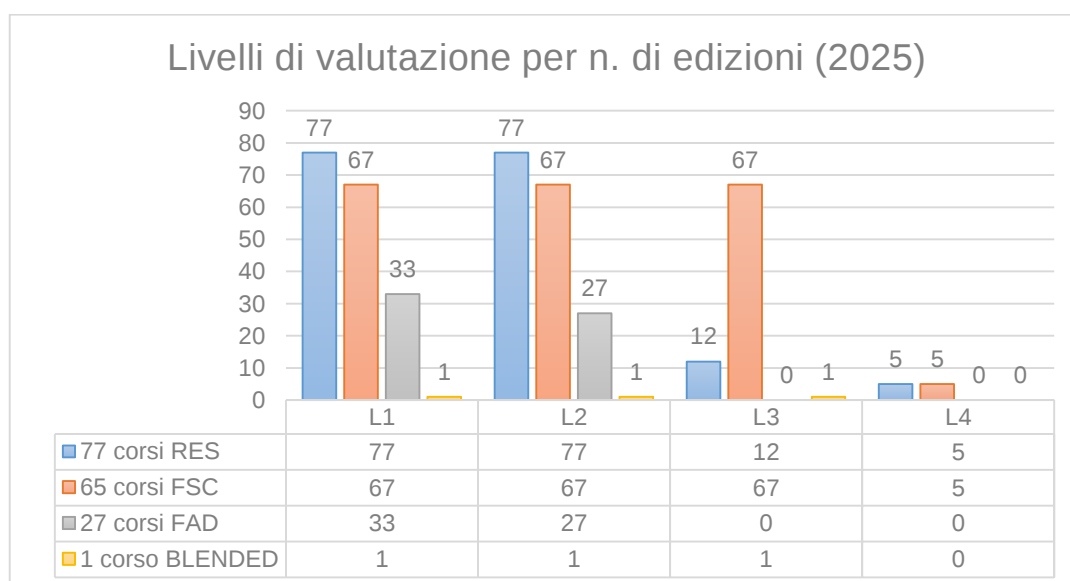
- Livello 0: partecipazione all'evento formativo;
- Livello 1: reazione e soddisfazione. L'obiettivo è misurare, attraverso l'opinione dei destinatari, la soddisfazione, il gradimento e il tasso di interesse al corso;
- Livello 2: apprendimento. L'obiettivo è misurare quali conoscenze sono state trasmesse 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 2025 sono illustrati nel relativo grafico:

- Il Livello 1 è stato misurato su 178 corsi (77 RES, 67 FSC, 33 FAD e 1 BLENDED);
- Il Livello 2 è stato misurato su 172 corsi (77 RES, 67 FSC, 27 FAD e 1 BLENDED);
- Il Livello 3 è stato verificato su 80 corsi (12 RES, 67 FSC e 1 BLENDED);
- Il Livello 4 è stato verificato su 10 corsi (5 RES e 5 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;

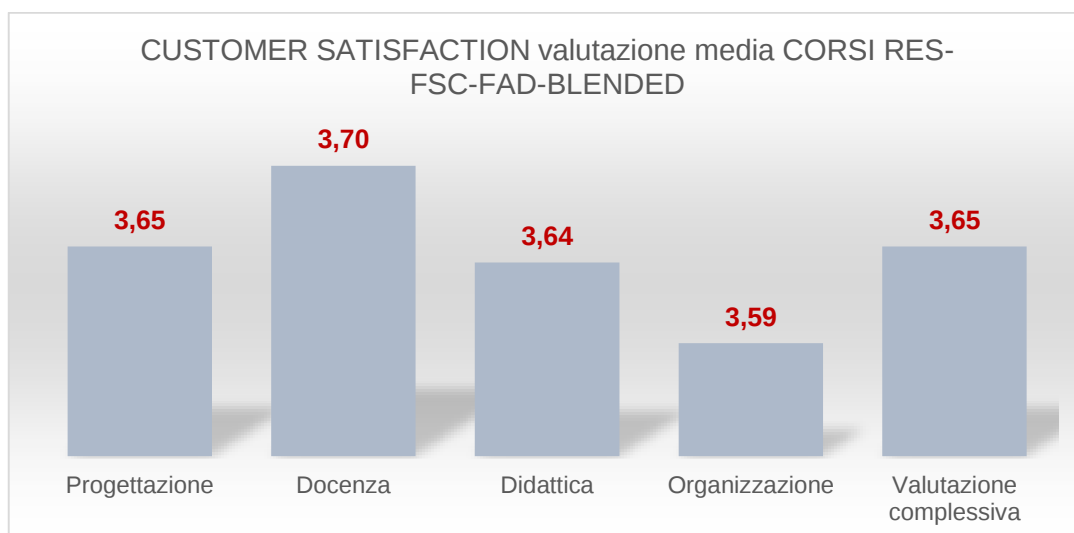


- 1 = insufficiente;
- 2 = sufficiente;
- 3 = buono;
- 4 = ottimo.

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 2025. Nel complesso, la valutazione ha dato un esito molto positivo, totalizzando 3,65 punti di media su 4 disponibili.



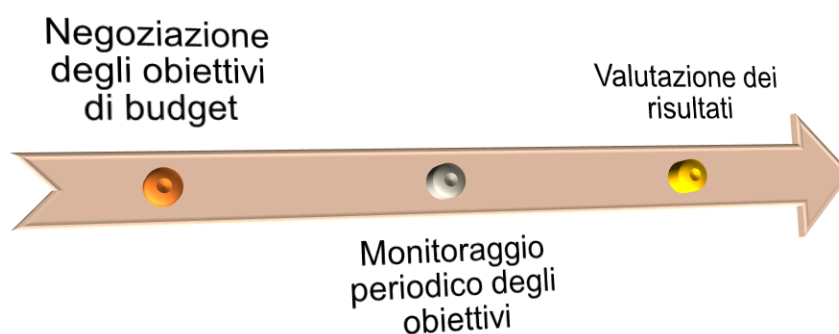


Dott. P. Morossi,
Direttore SC
Controllo di Gestione

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 2025 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 2025, 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 efficienza operativa", "obiettivi di qualità delle cure" e "obiettivi di innovazione e ricerca".

Il budget 2025 è stato negoziato con le singole Strutture nell'ambito di incontri dipartimentali che si sono svolti nel corso del bimestre marzo-aprile 2025.

Le schede di budget delle Strutture in staff alle Direzioni sono state predisposte nel mese di aprile 2025.



Monitoraggio periodico degli obiettivi

Nel corso del 2025 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 2025 il monitoraggio mensile sugli obiettivi economici è stato trasmesso mediante report intorno al giorno 20 di ogni mese (ad eccezione di agosto, trasmissione avvenuta ai primi di settembre, e gennaio, trasmissione avvenuta ad inizio febbraio) relativamente alla performance del mese precedente (ad eccezione del mese di novembre). In particolare, le date di trasmissione sono risultate le seguenti:

Mese oggetto di monitoraggio	Data di trasmissione report
Aprile 2025	22 maggio 2025
Maggio 2025	23 giugno 2025
Giugno 2025	23 luglio 2025
Luglio 2025	3 settembre 2025
Agosto 2025	24 settembre 2025
Settembre 2025	23 ottobre 2025
Ottobre 2025	21 novembre 2025
Dicembre 2024	11 febbraio 2026

Valutazione dei risultati

Per arrivare alla valutazione finale dei risultati sono state svolte le seguenti attività: predisposizione dei dati di consuntivo 2025 da parte della SC Controllo di Gestione e comunicazione delle risultanze ai Direttori delle strutture attraverso l'invio del report di valutazione il 24 marzo del 2026.

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 il 3 giugno 2026.

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. Per il 2025 sono state introdotte alcune modifiche alla scheda budget, rispetto all'anno precedente, tra cui, la più rilevante, è la modifica alle macro-categorie di obiettivi (passaggio da tre macro-categorie 2024 a 5 macro-categorie 2025). In particolare, la scheda utilizzata per la negoziazione si compone di sette sezioni: una di sintesi; una dedicata al monitoraggio degli obiettivi economici di "Produzione" (ricoveri; attività ambulatoriale; attività per enti esterni); una dedicata agli obiettivi di "Efficienza operativa"; una dedicata agli obiettivi di "Qualità delle cure"; una dedicata agli obiettivi di "Innovazione e Ricerca"; una dedicata al monitoraggio degli obiettivi economici di "Sostenibilità economica" (consumi); una dedicata alle firme di accettazione/attestazione della scheda. A corredo della scheda budget viene trasmesso, come allegato separato, un prospetto dedicato all'andamento di una serie di indicatori afferenti la Struttura.

Nel 2025 è stata revisionata anche la struttura della scheda budget destinata alle Strutture in staff alle Direzioni aziendali (Direzioni Strategica, Sanitaria, Amministrativa, Scientifica), prevedendo tre macro-categorie di obiettivi: "Strategici e Regionali"; di "Performance e Qualità"; "Organizzativi, amministrativi e gestionali".

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. Il modello della scheda esplicita in modo immediato già nella sezione di sintesi la ripartizione dei punteggi complessivi ottenuti per dirigenza e comparto per le macro-categorie di obiettivi.

A conclusione delle attività del Comitato di Valutazione, viene prodotta la scheda di valutazione finale che espone il punteggio definitivo assegnato a dirigenza e comparto (col dettaglio per macro-categorie di obiettivi).



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, sia un esempio di scheda budget di valutazione finale, in uso presso la Fondazione per l'anno 2025.

❖ **Modello scheda di budget (contrattazione) 2025:**

SCHEDA DI CONTRATTAZIONE		
BUDGET ANNO 2025		
CENTRO DI RESPONSABILITA':	Cardiologia 1	
RESPONSABILE:	Dott. Leonardo De Luca	
DIPARTIMENTO:	Cardiotoracovascolare	

OBIETTIVI	PUNTI DIRIGENZA (su n. 100 punti)	PUNTI COMPARTO (su n. 100 punti)
1. PRODUZIONE	25	25
2. EFFICIENZA OPERATIVA	30	30
3. QUALITA' DELLE CURE	30	30
4. INNOVAZIONE E RICERCA	5	5
5. SOSTENIBILITA' ECONOMICA	10	10

1

Cardiologia 1						
OBIETTIVI 2025						
INDICATORE	CONSUNTIVO 2019	CONSUNTIVO 2023	CONSUNTIVO 2024	BUDGET 2025	P.TI	% RISPETTO A CONSUNTIVO 2024
1. PRODUZIONE						
VALORE RICOVERI ORDINARI E DAY HOSPITAL	15.264.804	15.738.705	18.437.755	19.359.642	15	5
Di cui Chirurgici	13.123.024	13.618.207	16.088.985			
Di cui Medici	2.141.780	2.120.498	2.348.770			
VOLUME DIMESSI	2.197	2.205	2.502			
VOLUME TRANSITI	2.341	2.393	2.678			
DEGENZA MEDIA	4,49	6,12	5,19			
PESO MEDIO	2,392	2,656	2,706			
N. INTERVENTI	N/A	2.134	2.310			
MEDIA MENSILE DURATA OCCUPAZIONE SO	N/A	19,65	5,75			
VALORE ATTIVITA' AMBULATORIALE	827.627	804.003	873.234	873.234	10	0
DI CUI AMBULATORI	802.088	778.853	847.399			
DI CUI PS ESTERNI	25.539	25.151	25.836			
VALORE ATTIVITA' PER ENTI ESTERNI	22.168	9.243	5.186			

2

Cardiologia 1								
OBIETTIVI 2025								
2 . EFFICIENZA OPERATIVA								
Obiettivo	Risultato atteso	Indicatore	Valutatore	Target	Scadenza	Punti (Degenza)	Punti (Comparto)	
Prescrizione DEM per il 90% delle prescrizioni prescrittibili con ricetta dematerializzata	Emissione impegnativa DEM nel 90% dei casi	Rapporto volumi DEM prodotti su volumi RUIR registrate in Cupweb	SIA/GO	90%	31/12/2025	3,0	3,0	
TELEMEDICINA	Utilizzo piattaforma Telemedicina aziendale	n. prestazioni prescritte ed erogate in modalità Teleservizi	SIA/GO	+20% rispetto ad attivita' 2024	31/12/2025	3,0	3,0	
PULIZIA LISTE RICOVERI PROGRAMMATI	Riduzione delle liste di attesa dei ricoveri programmati	n. interventi in lista d'attesa dal 2020-2023 al 1-1-2025 / n. interventi in lista d'attesa dal 2020-2023 al 1-1-2025	GO	Fatto/Non fatto	01/01/2026	3,0	3,0	
VOLUMI PNGLA INTERVENTI	Volume Interventi Piano abbattimento Liste	Volume attivita' 2025 / volume attivita' 2023 o 2024 (volume piu' alto)	GO	>100%	31/12/2025	3,0	3,0	
VOLUMI PNGLA AMBULATORIALE	Volume Prestazioni Piano abbattimento Liste	Volume attivita' 2025 / volume attivita' 2023 o 2024 (volume piu' alto)	GO	>100%	31/12/2025	3,0	3,0	
TEMPESTIVITA' DOCUMENTAZIONE SANITARIA - SDO	% SDO compilato entro il giorno 5 del mese successivo a quello della dimissione del paziente	% SDO in data "DA INVIARE" all'interno dell'ADT entro il giorno 5 del mese successivo/ n. dimessi nel periodo di riferimento	SIA/DMP	95%	31/01/2026	3,0	3,0	
Tempestivita' archiviazione cartelle cliniche	Raggiungimento di almeno il 90% di cartelle archiviate entro il mese successivo a quello di dimissione	N. cartelle archiviate entro il mese successivo al ricovero / n. dimissioni	DMP	90%	31/01/2026	3,0	3,0	
DEGENZA MEDIA	Degenza media 2025 ridotta almeno del 10% rispetto al 2024	degenza media riferita al ricovero complessivo del paziente: data dimissione - data ricovero - Dati HERO	DMP / GO	-10% vs. Degenza Media 2024	31/12/2025	3,0	3,0	
ORARIO DI DIMISSIONE ENTRO LE 12	Proporzione di dimissioni effettuato entro le ore 12 al fine di permettere un adeguato turnover e boarding	Valutazione volumi dimissioni ricoveri ordinari per fascia oraria	GO	Minimo del 60% delle dimissioni ordinarie effettuate entro le ore 12	31/12/2025	2,0	2,0	
TEMPO EROGAZIONE CONSULENZE PER PS	Tempo erogazione consulenze per PS	Consulenze erogate entro 24h	DMP / GO	90%	31/12/2025	2,0	2,0	
PARTICIPAZIONE INCONTRI SDO	Proporzione incontri SDO	"n. incontri SDO partecipati con report "critico" corretto / n. incontri (foglio time)"	DMP	90%	31/01/2026	2,0	2,0	

3



Cardiologia 1								
OBIETTIVI 2025								
3. QUALITA' DELLE CURE								
Obiettivo	Risultato atteso	Indicatore	Valutatore	Target	Scadenza	Punti Distanza	Punti Comparto	
conformita' ai requisiti ISO	Assicurazione Indicatori PDIA 5.1 - Iperensione	rendicontazione indicatori	QRA	Fatto/Non fatto	GIUGNO-DICEMBRE 2025	2,0	2,0	
sorveglianza delle malattie rare	Artrosia Polmonare (AP) PDIA gestione multidisciplinare della sindrome Benda Oster Weber	predispozione documento	QRA	Fatto/Non fatto	31/12/2025	2,0	2,0	
conformita' ai requisiti ISO	revisione documentale presente in Itranet nella pagina dedicata	predispozione documento	QRA	Fatto/Non fatto	31/12/2025	2,0	2,0	
adempimenti richiesti da Ente Certificatore	Riesame di Direzione con rendicontazione della pianificazione dell'aggiornamento della documentazione tramite il modulo 5.4.	INVIO ENTRO I TERMINI PREVISTI	QRA	Fatto/Non fatto	30/09/2025	2,0	2,0	
adempimenti richiesti da Ente Certificatore	Invio semestrale del REGISTRO Non Conformita'	INVIO ENTRO I TERMINI PREVISTI	QRA	Fatto/Non fatto	GIUGNO-DICEMBRE 2025	2,0	2,0	
adempimenti richiesti da Ente Certificatore	identificazione di valore target di raggiungimento per ciascun obiettivo definito e delineato	revisione e rendicontazione schede indicatori	QRA	Fatto/Non fatto	30/09/2025	2,0	2,0	
adempimenti richiesti da Ente Certificatore	elaborazione dei piani di miglioramento rispetto ai rischi individuati	predispozione documento	QRA	Fatto/Non fatto	30/09/2025	2,0	2,0	
formazione	partecipazione alla formazione sulla corretta compilazione della cartella clinica	presenza di almeno 2 medici -1 coordinatore-2 infermiere per SC	QRA	Fatto/Non fatto	31/12/2025	2,0	2,0	
PROGRAMMA TRAPIANTI	Mantenimento Attivita' di Trapianto	volume ricoveri con codifica SDO di trapianto in Fondazione	DMP	confronto attivita' 2024 (+/- 5%)	31/12/2025	2,0	2,0	
N. POSTI LETTI SETTIMANALI PER PS	Aderenza a Indicazioni della Nota Regionale Lombardia del 18/10/2022 - NUMERO DI POSTI LETTO DA GARANTIRE AL PRONTO SOCCORSO	n. posti letto medi settimanali mensili a disposizione del PRONTO SOCCORSO / n. posti letto attesi da nota RL	DMP / GO	n. posti letto attesi da nota RL	31/12/2025	2,0	2,0	
DIMENSIONI WE	% dimissioni ordinarie effettuate nelle giornate di sabato e domenica	n. dimissioni ordinarie effettuate nelle giornate di sabato e domenica / n. dimissioni ordinarie nel periodo di osservazione	DMP / GO	> 15%	31/12/2025	2,0	2,0	
INCONTRI REFERENTI AREA MEDICA	Partecipazione agli incontri settimanali programmati	% frequenza rilevata da fogli firma	Bed Manager	>90%	31/12/2025	2,0	2,0	
DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA	Degenza media pre-operatoria	Nella di (data intervento NRP - data ricovero) per ricoveri ordinari	DMP / GO	Miglioramento degenza media pre-operatoria rispetto al 2024	31/12/2025	2,0	2,0	
Implementazione dello screening nutrizionale secondo le tempistiche previste dalla DGR 1812 del 29/01/2024	Proportione di Pazienti ricoverati per cui e' stato effettuato uno Screening Nutrizionale	n. pazienti ricoverati con almeno una valutazione NRS - Dati Estrazione w/hospital	EPS/Sc Dietetica e Nutrizione Clinica / DMP	80%	31/12/2025	2,0	2,0	
PARTECIPAZIONE FAD LOTTA SEPSI	Partecipazione Corso FAD	Rilevazione completamento corso	Formazione	almeno 2 dirigenti medici per struttura	31/12/2025	1,0	1,0	
CORSO SCREENING NUTRIZIONALE (ALMENO 2 MEDICI PER SC)	Partecipazione corso	Almeno 2 medici e 2 op. comparto	Formazione	Fatto/Non fatto	31/12/2025	1,0	1,0	

4

Cardiologia 1

OBIETTIVI 2025

INDICATORE

CONSUNTIVO 2019

CONSUNTIVO 2023

CONSUNTIVO 2024

BUDGET 2025

P.TI

% RISPETTO A CONSUNTIVO 2024

4. INNOVAZIONE E RICERCA

Obiettivo	Risultato atteso	Indicatore	Valutatore	Target	Scadenza	Punti Distanza	Punti Comparto
GRUPPI DI RICERCA: Presentare alle aree tematiche le proprie attività di ricerca	Aggiornamento per aree tematiche dei progetti di ricerca, papers, fondi e collaborazioni	Presentazione scheda aggiornata Gruppi di Ricerca	DIREZIONE SCIENTIFICA	Fatto/Non fatto	31/10/2025	5,0	5,0

5. SOSTENIBILITA' ECONOMICA

VALORE TOTALE CONSUMI	7.346.473	8.343.470	10.404.812	11.655.253	5,0	12
DI CUI FARMACI	429.881	521.929	489.952			
DISPOSITIVI MEDICI E ALTRO MATERIALE	6.916.592	7.821.540	9.914.860			
COSTO DELLE PRESTAZIONI RICEVUTE/ DRG	0,06	0,05	0,05	0,05	5,0	< 0

5

5



Cardiologia 1 BUDGET ANNO 2025 - FIRME		
E' compito del Direttore condividere gli obiettivi riportati su questa scheda con tutto il personale assegnato alla Struttura		
Il Direttore di Dipartimento Il Responsabile/Direttore di Unità Organizzativa		
DIREZIONE STRATEGICA		
Il Direttore Generale	Il Direttore Amministrativo	Il Direttore Sanitario

6

❖ **Modello scheda budget chiusura valutazione 2025 (pre Comitato di Valutazione):**

BUDGET 2025 VALUTAZIONE BUDGET 2025		
CENTRO DI RESPONSABILITA':	Cardiologia	
RESPONSABILE:	Dott. Leonardo De Luca	
	PUNTI DIRIGENZA (su n.100 punti)	PUNTI COMPARTO (su n.100 punti)
1. PRODUZIONE	25,00	25,00
2. EFFICIENZA OPERATIVA	19,10	19,10
3. QUALITA' DELLE CURE	18,90	18,90
4. INNOVAZIONE E RICERCA	5,00	5,00
5. SOSTENIBILITA' ECONOMICA	8,50	8,50
PUNTEGGIO TOTALE	76,50	76,50

Controllo di Gestione
1



Cardiologia

VALUTAZIONE BUDGET 2025

INDICATORE	BUDGET 2025	CONSUNTIVO 2025	P.TI	DELTA CONSUNTIVO VS BUDGET %	VALUTAZIONE %	PUNTI OTTENUTI
1. PRODUZIONE						
VALORE RICOVERI ORDINARI E DAY HOSPITAL	19.356.642	20.914.852	15,0	8,03	100,00	15,00
di cui Chirurgici	16.893.434	18.709.305				
di cui Medici	2.466.208	2.205.547				
INDICATORE	CONSUNTIVO 2024		CONSUNTIVO 2025			
VOLUMI DIMISSIONI	2.502		2.601			
VOLUMI TRANSITI	2.678		2.781			
DEGENZA MEDIA	5,19		4,61			
PESO MEDIO	2,706		2,820			
N. INTERVENTI	2.310		1.646			
MEDIA MENSILE DURATA OCCUPAZIONE SO	5,75		16,68			
VALORE ATTIVITA' AMBULATORIALE	873.234	1.013.235	10,0	16,0	100	10,00
INDICATORE	CONSUNTIVO 2024		CONSUNTIVO 2025			
DI CUI AMBULATORI	847.399		974.266			
DI CUI PS ESTERNI	25.836		38.969			
VALORE ATTIVITA' PER ENTI ESTERNI	5.186		5.393			

Controllo di Gestione

2

Cardiologia									
VALUTAZIONE BUDGET 2025									
2. EFFICIENZA OPERATIVA									
Obiettivo	Risultato atteso	Valutazione	P.TI ERR.	P.TI COMP.	VAL. ERR.	VAL. COMP.	Punti ottenuti Obiettivo	Punti ottenuti Comparto	
Prescrizione DEA per il 90% delle prescrizioni prescrittibili con ricetta dematerializzata	Emissione impegnativa DEA nel 90% dei casi	SA/GO	3,00	3,00	PARTIALMENTE RAGGIUNTO (80%)	PARTIALMENTE RAGGIUNTO (80%)	2,40	2,40	
TELEMEDICINA	Utilizzo piattaforma Telemedicina aziendale	SA/GO	3,00	3,00	RAGGIUNTO	RAGGIUNTO	3,00	3,00	
PULIZIA LISTE RICOVERI PROGRAMMATI	Riduzione della lista di attesa dei ricoveri programmati	GO	3,00	3,00	RAGGIUNTO	RAGGIUNTO	3,00	3,00	
VOLUMI PNGLA INTERVENTI	Volumi Interventi Piano abbattimento Liste	GO	3,00	3,00	RAGGIUNTO	RAGGIUNTO	3,00	3,00	
VOLUMI PNGLA AMBULATORIALE	Volumi Prestazioni Piano abbattimento Liste	GO	3,00	3,00	PARTIALMENTE RAGGIUNTO (90%)	PARTIALMENTE RAGGIUNTO (90%)	2,70	2,70	
TEMPESTIVITA' DOCUMENTAZIONE SANITARIA - SDO	% SDO compilato entro il giorno 5 del mese successivo a quello della dimissione del paziente	SA/DMP	3,00	3,00	NON RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO	0,00	0,00	
Tempestivita' archiviazione cartelle cliniche	Raggiungimento di almeno il 90% di cartelle archiviate entro il mese successivo a quello di dimissione	DMP	3,00	3,00	NON RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO	0,00	0,00	
DEGENZA MEDIA	Degenza media 2025 ridotta almeno del 10% rispetto al 2024	DMP / GO	3,00	3,00	RAGGIUNTO	RAGGIUNTO	3,00	3,00	
ORARIO DI DIMISSIONE ENTRO LE 12	Proporzione di dimissioni effettuato entro le ore 12 al fine di permettere un adeguato turnover e boarding	GO	2,00	2,00	NON RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO	0,00	0,00	
TEMPO EROGAZIONE CONSULENZE PER PS	Tempo erogazione consulenze per PS	DMP / GO	2,00	2,00	NON RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO	0,00	0,00	
PARTICIPAZIONE INCONTRI SDO	Proporzione Incontri SDO	DMP	2,00	2,00	RAGGIUNTO	RAGGIUNTO	2,00	2,00	

Controllo di Gestione3



Cardiologia									
VALUTAZIONE BUDGET 2025									
3. QUALITA' DELLE CURE									
Obiettivo	Risultato atteso	Valutatore	R.TI DIR.	R.TI COMP.	VAL. DIR.	VAL. COMP.	Punti ottenuti Eleganza	Punti ottenuti Compato	
conformita' ai requisiti ISO	Misurazione Indicatori PDIA 53 - Ispertensione Arteriosa Polmonare (IAP)	QRM-C	2,00	2,00	RAGGIUNTO	RAGGIUNTO	2,00	2,00	
sorveglianza delle malattie rare	PDIA gestione multidisciplinare della sindrome Rendu-Osler-Werner	QRM-C	2,00	2,00	RAGGIUNTO	RAGGIUNTO	2,00	2,00	
conformita' ai requisiti ISO	revisione documentale presente in libretti nella pagina dedicata	QRM-C	2,00	2,00	RAGGIUNTO	RAGGIUNTO	2,00	2,00	
adempimenti richiesti da Ente Certificatore	Rilevante di Direzione con rendicontazione della pianificazione dell'aggiornamento della documentazione	QRM-C	2,00	2,00	RAGGIUNTO	RAGGIUNTO	2,00	2,00	
adempimenti richiesti da Ente Certificatore	Invio semestrale del REGISTRO Non Conformita'	QRM-C	2,00	2,00	RAGGIUNTO	RAGGIUNTO	2,00	2,00	
adempimenti richiesti da Ente Certificatore	Identificazione di valore target di raggiungimento per ciascun obiettivo definito e dichiarato	QRM-C	2,00	2,00	RAGGIUNTO	RAGGIUNTO	2,00	2,00	
adempimenti richiesti da Ente Certificatore	elaborazione dei piani di miglioramento rispetto ai rischi individuati	QRM-C	2,00	2,00	RAGGIUNTO	RAGGIUNTO	2,00	2,00	
formazione	partecipazione alla formazione sulla corretta compilazione della cartella clinica	QRM-C	2,00	2,00	PARZIALMENTE RAGGIUNTO (20%)	PARZIALMENTE RAGGIUNTO (20%)	0,40	0,40	
PROGRAMMA TRAPIANTI	Mantenimento Attivita' di Trapianto	DMP	2,00	2,00	NON RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO	0,00	0,00	
N. POSTI LETTI SETTIMANALI PER PS	Aderenza a Indicatori della Nota Regionale Lombardia del 18/10/2022 - NUMERO DI POSTI LETTO DA GARANTIRE AL PRONTO SOCCORSO	DMP / GO	2,00	2,00	PARZIALMENTE RAGGIUNTO (40%)	PARZIALMENTE RAGGIUNTO (40%)	0,80	0,80	
DIAGNOSI VE	% dimissioni ordinarie effettuate nelle giornate di sabato e domenica	DMP / GO	2,00	2,00	RAGGIUNTO	RAGGIUNTO	2,00	2,00	
INCONTRI REFERENTI AREA MEDICA	Partecipazione agli incontri settimanali prearramati	Bed Manager	2,00	2,00	PARZIALMENTE RAGGIUNTO (60%)	PARZIALMENTE RAGGIUNTO (60%)	1,20	1,20	
DICENZA MEDIA PRE OPERATORIA	Proporzione di Pazienti ricoverati per cui e' stato effettuato uno Screening Nutrizionale	DMP / GO	2,00	2,00	NON RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO	0,00	0,00	
IMPLEMENTAZIONE dello screening nutrizionale secondo le tabelle previste dalla DGR 1812 del 29/01/2014	Proporzione di Pazienti ricoverati per cui e' stato effettuato uno Screening Nutrizionale	DPS/SC Dietetica e Nutrizione Clinica / DMP	2,00	2,00	NON RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO	0,00	0,00	
PARTECIPAZIONE FAD LOTTA SEPSI	Partecipazione Corso FAD	Formazione	1,00	1,00	PARZIALMENTE RAGGIUNTO (50%)	PARZIALMENTE RAGGIUNTO (50%)	0,50	0,50	
CORSO SCREENING NUTRIZIONALE (ALMENO 2 MEDICI PER SC)	Partecipazione corso	Formazione	1,00	1,00	NON RAGGIUNTO	NON RAGGIUNTO	0,00	0,00	
Controllo di Gestione									
									4

Cardiologia									
VALUTAZIONE BUDGET 2025									
4. INNOVAZIONE E RICERCA									
Obiettivo	Risultato atteso	Valutatore	R.TI DIR.	R.TI COMP.	VAL. DIR.	VAL. COMP.	Punti ottenuti Eleganza	Punti ottenuti Compato	
GRUPPI DI RICERCA: Presentare alle aree tematiche le proprie attivita' di ricerca	Aggiornamento per aree tematiche dei progetti di ricerca, papers, fondi e collaborazioni	DIREZIONE SCIENTIFICA	5,00	5,00	RAGGIUNTO	RAGGIUNTO	5,00	5,00	
5. SOSTENIBILITA' ECONOMICA									
INDICATORE	BUDGET 2025 GENNAIO - DICEMBRE	CONSUMATIVO 2025 GENNAIO - DICEMBRE	P.TI	DELTA CONSUMATIVO VS BUDGET %	VALUTAZIONE %	PUNTI OTTENUTI			
VALORE TOTALE CONSUMI	11.655.253	11.924.932	5,0	2,31	70	3,50			
COSTO DELLE PRESTAZIONI RICEVUTE/DRG	0,09	0,04	5,0	-22,93	100	5,00			
Controllo di Gestione									
									5



BUDGET 2025				
VALUTAZIONE				
CENTRO DI RESPONSABILITA':	Cardiologia			
RESPONSABILE:	Dott. Leonardo De Luca			
	PUNTI DIRIGENZA (su n.100 punti)		PUNTI COMPARTO (su n.100 punti)	
<i>Rivalutazione Obiettivi Economici</i>	1,50		1,50	
Punteggio definitivo Obiettivi Economici	35,00	su 35	35,00	su 35
<i>Rivalutazione Obiettivi Efficienza Operativa</i>	2,90		2,90	
Punteggio definitivo Obiettivi Efficienza Operativa	22,00	su 30	22,00	su 30
<i>Rivalutazione Obiettivi Qualità delle Cure</i>	2,00		2,00	
Punteggio definitivo Obiettivi Qualità delle Cure	20,90	su 30	20,90	su 30
<i>Rivalutazione Obiettivi Innovazione e Ricerca</i>	N/A		N/A	
Punteggio definitivo Obiettivi Innovazione e Ricerca	5,00	su 5	5,00	su 5
VALUTAZIONE FINALE	82,90		82,90	

BUDGET 2025 - VALUTAZIONE											
<i>Centro di responsabilità:</i>											
<i>Responsabile:</i>											
NUMERO	OBIETTIVO CON RAZIONALE	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	TARGET	VALUTAZORE	PUNTI DIRIGENZA	PUNTI COMPARTO	VALUTAZIONE DIRIGENZA	VALUTAZIONE COMPARTO	PUNTI OTTENUTI DIRIGENZA	PUNTI OTTENUTI COMPARTO
<i>Obiettivi strategici e regionali</i>											
1											
2											
<i>Obiettivi di performance e qualità</i>											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
<i>Obiettivi organizzativi, amm.vi e gestionali</i>											
10											
11											
						PUNTI TOTALI				0,00	0,00



❖ Esiti valutazione obiettivi economici (Produzione e Sostenibilità economica)

Per quanto riguarda la tabella relativa agli obiettivi economici si precisa che:

- gli obiettivi indicati “Valorizzazione attività ricoveri” e “Valorizzazione attività ambulatoriale” rientrano nella macro-categoria “Produzione” della scheda di budget;
- gli obiettivi indicati “Consumi (costo materiale sanitario)” e “Prestazioni ricevute/DRG” rientrano nella macro-categoria “Sostenibilità economica” della scheda di budget;
- le Strutture risultano assegnatarie di uno o più delle quattro categorie di obiettivi economici previsti, in base al tipo di Struttura ed attività svolta (ad esempio, se una Struttura svolge solo attività di ricovero, non gli verrà assegnato l’obiettivo sull’attività ambulatoriale).

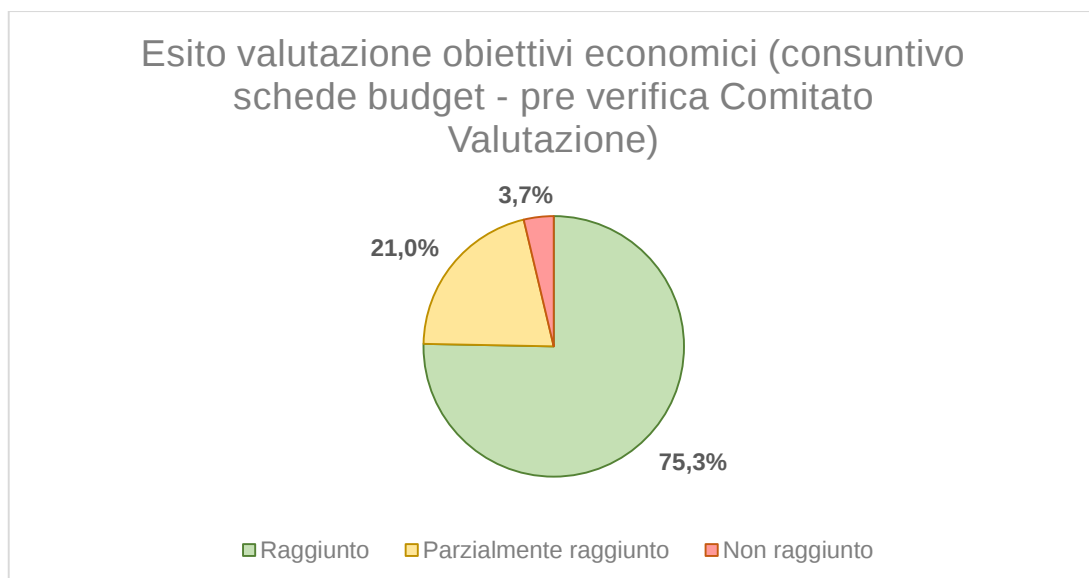
Obiettivi economici				
OBIETTIVO	N° di Strutture assegnatarie	% raggiungimento obiettivi		
				
Valorizzazione attività ricoveri	33	72,7%	27,3%	0,0%
Valorizzazione attività ambulatoriale	48	87,5%	12,5%	0,0%
Consumi (costo materiale sanitario)	49	65,3%	24,5%	10,2%
Prestazioni ricevute/DRG	32	75,0%	21,9%	3,1%

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 (ossia quantitativi relativi a Produzione e Sostenibilità economica) 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 75,3% circa degli obiettivi assegnati alle Strutture sono stati raggiunti;
- il 21% degli obiettivi sono stati parzialmente raggiunti (con % differenti di conseguimento);
- mentre il 3,7% circa degli obiettivi risultava non raggiunto.



❖ Esiti valutazione obiettivi di efficienza operativa

Nel 2025 sono stati assegnati 26 tipologie di obiettivi di “Efficienza operativa”. 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 289. In sede di assegnazione degli obiettivi alle varie Strutture risultava un totale di 293 obiettivi da valutare sull'insieme di Strutture, ma in corso d'anno ne sono stati considerati “non

valutabili” 4 a causa di cambiamenti imprevisi sopravvenuti a livello organizzativo-gestionale che hanno modificato le scelte strategiche-progettuali pianificate, rendendo non più attuabili gli obiettivi.

Obiettivi di efficienza operativa					
Obiettivo	Risultato atteso	N. di Strutture assegnate	% raggiungimento obiettivo		
					
Appropriatezza Triage	Proporzione Ricoveri per pazienti accettati con codici minori	1	100%	0%	0%
APROPRIATEZZA RICOVERI ORDINARI	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario. (Utilizzo Regime di DH)	8	50%	25%	25%
COLECISTECTOMIE CON DEGENZA < 3 GG	% colecistectomie con degenza post-op < 3 gg	2	0%	0%	100%
CORRETTEZZA DATI FLUSSO CEDAP	scostamento tra il numero di schede CedAP inviate e numero di parti rilevati attraverso la SDO	2	100%	0%	0%
DEGENZA MEDIA	Degenza media 2025 ridotta almeno del 10% rispetto al 2024	6	17%	33%	50%
DEGENZA MEDIA RICOVERI PROGRAMMATI	Degenza media 2025 ridotta almeno del 10% rispetto al 2024 (solo ricoveri programmati)	5	0%	20%	80%
DIGITAL PATHOLOGY	Partecipazione ai gruppi di lavoro regionali	1	100%	0%	0%
FRATTURE FEMORE ETA' 65+	Indicatore assistenza ospedaliera	1	0%	100%	0%
Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione e trapianto (TP28)	Completamento dei corsi di Formazione riguardanti le varie fasi della donazione	1	100%	0%	0%
ORARIO DI DIMISSIONE ENTRO LE 12	Proporzione di dimissioni effettuate entro le ore 12 al fine di permettere un adeguato turnover e boarding	23	35%	13%	52%
PARTECIPAZIONE INCONTRI SDO	Proporzione Incontri SDO	30	93%	7%	0%

Obiettivi di efficienza operativa					
Obiettivo	Risultato atteso	N. di Strutture assegnate	% raggiungimento obiettivo		
					
Prescrizione DEM per il 90% delle prescrizioni prescrivibili con ricetta dematerializzata	Emissione impegnative DEM nel 90% dei casi	38	29%	37%	34%
PULIZIA LISTE RICOVERI PROGRAMMATI	Riduzione delle liste di attesa dei ricoveri programmati	17	65%	29%	6%
SATURAZIONE POSTI LETTO	% SATURAZIONE POSTI LETTO	2	100%	0%	0%
TELEMEDICINA	Utilizzo piattaforma Telemedicina aziendale	13	92%	0%	8%
Tempestività' archiviazione cartelle cliniche	Raggiungimento di almeno il 90% di cartelle archiviate entro il mese successivo a quello di dimissione	30	30%	13%	57%
TEMPESTIVITA' DOCUMENTAZIONE SANITARIA - REGISTRI OPERATORI	% chiusura dei verbali operatori entro 48h	18	6%	50%	44%
TEMPESTIVITA' DOCUMENTAZIONE SANITARIA - SDO	% SDO compilate entro il giorno 5 del mese successivo a quello della dimissione del paziente	32	56%	3%	41%
TEMPO EROGAZIONE CONSULENZE PER PS	Tempo erogazione consulenze per PS	15	0%	33%	67%
Valorizzazione qualitativa e quantitativa del monitoraggio del paziente deceduto in Terapia Intensiva (Rianimazione 1, 2 e 3)	100% deceduti in Terapia Intensiva (Rianimazione 1, 2 e 3)	1	100%	0%	0%
Valorizzazione qualitativa e quantitativa del monitoraggio del paziente neuroleso attraverso il sistema regionale EUOL	100% pazienti neurolesi valutati in Pronto Soccorso come da indicazioni del CRT	1	100%	0%	0%
Valorizzazione qualitativa e quantitativa del prelievo di cornee	> 10% prelievi di cornee in rapporto ai decessi risultati idonei clinicamente	1	0%	100%	0%
Valorizzazione qualitativa e quantitativa dell'inizio del percorso di procurement di organi e tessuti con interrogazione del SIT	> 75% interrogazioni SIT ai decessi nelle SC inserite nella IO 25.1 e idonei alla donazione di almeno un tessuto	1	0%	100%	0%

Obiettivi di efficienza operativa					
Obiettivo	Risultato atteso	N. di Strutture assegnate	% raggiungimento obiettivo		
					
Valorizzazione qualitativa e quantitativa dello standard di prelievo di organi da donatori a cuore battente in Rianimazione	100% di segnalazioni potenziali donatori dopo diagnosi di morte encefalica in Rianimazione 1, 2 e 3	1	100%	0%	0%
VOLUMI PNGLA AMBULATORIALE	Volume Prestazioni Piano abbattimento Liste	25	28%	40%	32%
VOLUMI PNGLA INTERVENTI	Volume Interventi Piano abbattimento Liste	14	43%	36%	21%

(*) Alcuni obiettivi sono stati raggruppati per tipologia.

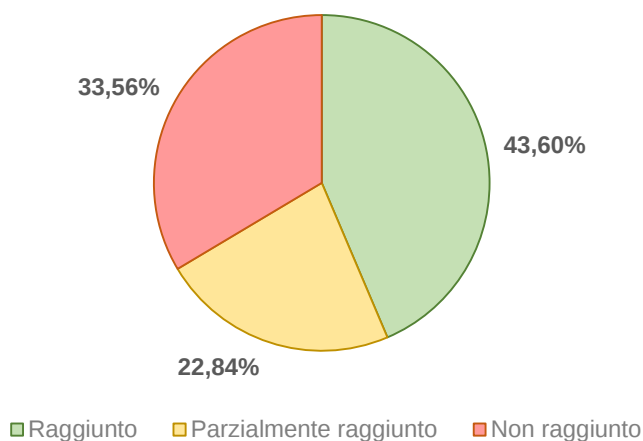
N.B.: la tabella si riferisce alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi da parte delle Strutture come da risultati delle schede di budget in sede di chiusura a consuntivo. Come descritto sopra, alcuni risultati sono stati in seguito rivalutati dal Comitato di Valutazione in base al contesto 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 di efficienza operativa assegnati e valutati, il grafico seguente illustra l'esito complessivo del processo di valutazione:

- il 43,60% degli obiettivi assegnati alle Strutture sono stati raggiunti;
- il 22,84% sono stati parzialmente raggiunti (con % differenti di conseguimento);
- mentre il 33,56% degli obiettivi è stato valutato non raggiunto.

Esito valutazione obiettivi di efficienza operativa



❖ Esiti valutazione obiettivi di qualità delle cure

Nel 2025 sono stati assegnati 30 tipologie di obiettivi di “Qualità delle cure”. 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 553. In sede di assegnazione degli obiettivi alle varie Strutture risultava un totale di 555 obiettivi da valutare sull’insieme di Strutture, ma in corso d’anno ne sono stati considerati “non valutabili” 2 a causa di cambiamenti imprevisti sopravvenuti a livello organizzativo-gestionale che hanno modificato le scelte strategiche-progettuali pianificate, rendendo non più attuabili gli obiettivi.

Obiettivi di qualità delle cure					
Obiettivo	Risultato atteso	N. di Strutture assegnatarie	% raggiungimento obiettivo		
ADEGUAMENTO DEL PERCORSO	revisione pdta ictus emorragico	3	100%	0%	0%
adempimenti richiesti da Ente Certificatore	Varie azioni riguardanti misurazione / rendicontazione indicatori -/-	249	94%	5%	1%

Obiettivi di qualità delle cure					
Obiettivo	Risultato atteso	N. di Strutture assegnatarie	% raggiungimento obiettivo		
					
	aggiornamento / revisione / redazione documentazione aziendale SGQ, procedure, istruzioni operative, PDTA/PDTRA				
adempimenti richiesti da Regione Lombardia	Analisi dei rischi del processo "Gestione del paziente in Pronto Soccorso"	1	100%	0%	0%
ADESIONE PROTOCOLLO DIMISSIONE CON ATTIVAZIONE ADI	volume dimissioni con modalità di dimissione "ADI"	6	50%	0%	50%
APPROPRIATEZZA DEI PARTI (PNE)	Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo	1	100%	0%	0%
CERTIFICAZIONE CNT E ATS PER D.LGS 191/2007 E 16/2010	Raggiungimento della certificazione CNT (D.Lgs. 191/2007 e 16/2010)	1	100%	0%	0%
Condivisione di percorsi fast track per percorso del trapianto di rene	redazione di un documento condiviso con la Nefrologia	1	0%	100%	0%
conformità ai requisiti ISO	Varie azioni riguardanti aggiornamento / revisione / redazione documentazione aziendale SGQ, procedure, istruzioni operative, PDTA/PDTRA	70	99%	0%	1%
CORSO SCREENING NUTRIZIONALE (ALMENO 2 MEDICI PER SC)	Partecipazione corso	23	39%	22%	39%
DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA	Degenza media pre-operatoria	12	67%	0%	33%
DIMISSIONI WE	% dimissioni ordinarie effettuate nelle giornate di sabato e domenica	7	57%	29%	14%
Documentazione SGQ	Varie azioni, tra cui: elaborazione dei piani di miglioramento rispetto ai rischi individuati -/- identificazione di valore target di raggiungimento per ciascun obiettivo definito e dichiarato	10	100%	0%	0%
DOCUMENTO LABORATORI SITO ESTERNO	Produzione e messa a disposizione all'Utenza di una informativa con elenco delle prestazioni erogabili,	7	100%	0%	0%

Obiettivi di qualità delle cure					
Obiettivo	Risultato atteso	N. di Strutture assegnatarie	% raggiungimento obiettivo		
					
	tempi di refertazione, informazioni per la preparazione dell'Utente al prelievo, criteri di accettabilità del campione				
formazione	partecipazione alla formazione su temi specifici -/- simulazione in ambito ostetrico	44	41%	39%	20%
Implementazione dello screening nutrizionale secondo le tempistiche previste dalla DGR 1812 del 29/01/2024	Proporzione di Pazienti ricoverati per cui è stato effettuato uno Screening Nutrizionale	22	77%	0%	23%
INCONTRI REFERENTI AREA MEDICA	Partecipazione agli incontri settimanali programmati	6	83%	17%	0%
MS-BOS	Revisione del Documento	3	100%	0%	0%
N. POSTI LETTI SETTIMANALI PER PS	Aderenza a indicazioni della Nota Regionale Lombardia del 18/10/2022 - NUMERO DI POSTI LETTO DA GARANTIRE AL PRONTO SOCCORSO	6	0%	33%	67%
PANCREAS UNIT	Attività Congiunta Pancreas Unit	2	0%	0%	100%
PARTECIPAZIONE FAD LOTTA SEPSI	Partecipazione Corso FAD	36	42%	19%	39%
PERCORSO MULTIDISCIPLINARE DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA RARA (centro di riferimento)	PDTA gestione multidisciplinare della sindrome Rendu-Osler-Weber	4	100%	0%	0%
Progetto regionale	progetto screeniong nutrizionale area pediatrica	1	100%	0%	0%
PROGRAMMA TRAPIANTI	Mantenimento Attivita' di Trapianto	10	40%	0%	60%
Protocollo ERAS	All'interno del "Percorso del paziente chirurgico programmato" deve essere introdotto, laddove possibile, il protocollo ERAS	4	0%	0%	100%

Obiettivi di qualità delle cure					
Obiettivo	Risultato atteso	N. di Strutture assegnatarie	% raggiungimento obiettivo		
					
	(Enhanced recovery after surgery), a garanzia di maggior qualità delle cure e degli esiti per il paziente.				
raccomandazione ministeriale	aggiornamento-Implementazione del MSBOS (Maximum Surgical Blood Order Schedule) in Fondazione -/- identificazione di valore target di raggiungimento per ciascun obiettivo definito e dichiarato	14	100%	0%	0%
Redazione di protocollo per la gestione della donazione di epifisi da donatore vivente	Pubblicazione PDTA	1	100%	0%	0%
Rete OSTGIN - procedura salute pelvica perinatale	Elaborazione di una procedura relativa alla salute pelvica perinatale (DGR XII/1141 del 16.10.2023) con avvio del modello organizzativo	2	100%	0%	0%
REVISIONE PROFILASSI ANTIBIOTICA PRE OPERATORIA	//	2	100%	0%	0%
sorveglianza delle malattie rare	PDTA gestione multidisciplinare della sindrome Rendu-Osler-Weber	4	100%	0%	0%
Valorizzazione attività ambulatoriale della Struttura	Incremento dell'attività ambulatoriale rispetto all'anno precedente	1	100%	0%	0%

(*) Alcuni obiettivi sono stati raggruppati per tipologia.

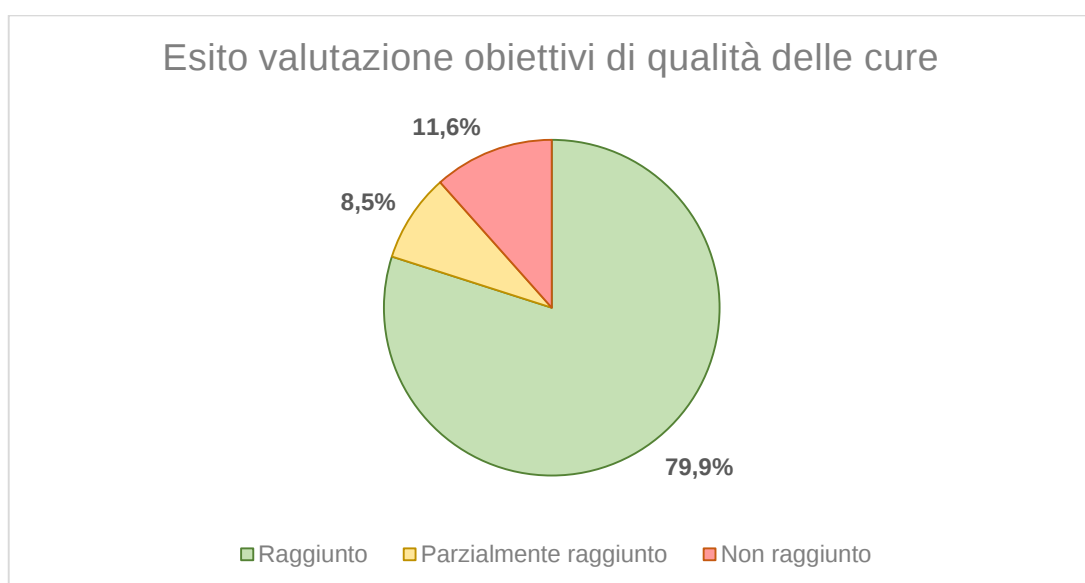
N.B.: la tabella si riferisce alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi da parte delle Strutture come da risultati delle schede di budget in sede di chiusura a consuntivo. Come descritto sopra, alcuni risultati sono stati in seguito rivalutati dal Comitato di Valutazione in base al contesto 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
			



Con riferimento al raggiungimento degli obiettivi di qualità delle cure assegnati e valutati, il grafico seguente illustra l'esito complessivo del processo di valutazione:

- il 79,9% degli obiettivi assegnati alle Strutture sono stati raggiunti;
- l'8,5% sono stati parzialmente raggiunti (con % differenti di conseguimento);
- mentre l'11,6% degli obiettivi è stato valutato non raggiunto.



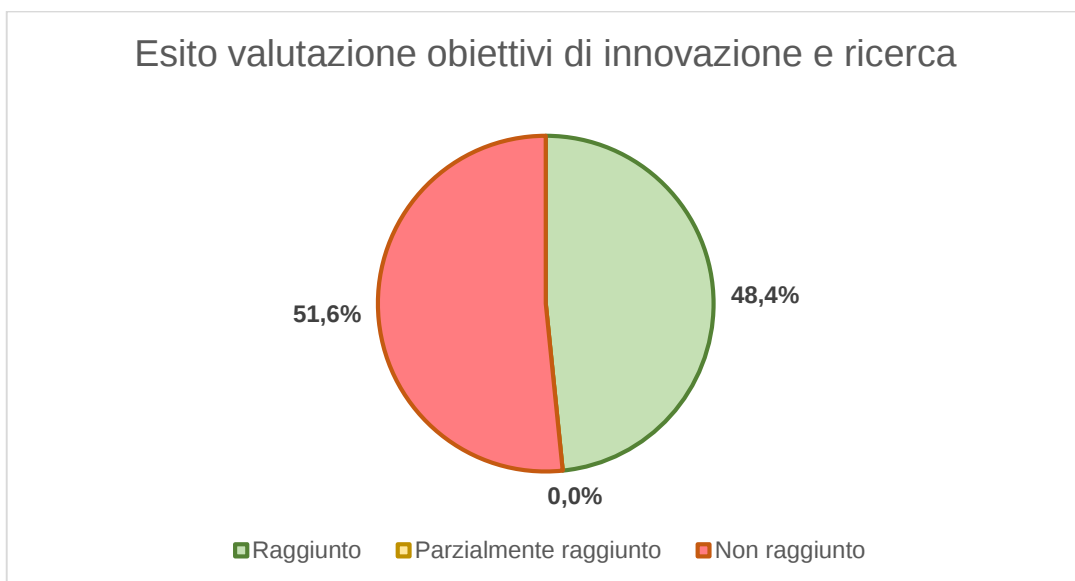
❖ Esiti valutazione obiettivi di innovazione e ricerca

Nel 2025 è stato assegnato 1 obiettivo di "Innovazione e Ricerca" a 31 Strutture, come evidenziato in tabella.

Obiettivi di innovazione e ricerca					
Obiettivo	Risultato atteso	N. di Strutture assegnatarie	% raggiungimento obiettivo		
					
GRUPPI DI RICERCA: Presentare alle aree tematiche le proprie attività di ricerca	Aggiornamento per aree tematiche dei progetti di ricerca, papers, fondi e collaborazioni	31	48,4%	0,0%	51,6%

Con riferimento al raggiungimento degli obiettivi di innovazione e ricerca assegnati e valutati, il grafico seguente illustra l'esito complessivo del processo di valutazione:

- il 48,4% degli obiettivi assegnati alle Strutture sono stati raggiunti;
- non sono presenti obiettivi raggiunti parzialmente;
- mentre il 51,6% degli obiettivi è stato valutato non raggiunto.



❖ **Esiti valutazione delle Strutture in staff alla Direzione Strategica in base al raggiungimento degli obiettivi assegnati**

Nel 2025, alle 21 Strutture collocate in staff alla Direzione Generale, in staff alla Direzione Sanitaria, all'interno del Dipartimento Amministrativo alle dirette dipendenze della Direzione Amministrativa e all'interno del Dipartimento Ricerca Clinica e Sperimentale alle dirette dipendenze della Direzione Scientifica, sono stati assegnati i seguenti obiettivi:

- n. 47 obiettivi strategici e regionali;
- n. 108 obiettivi di performance e qualità;
- n. 73 obiettivi organizzativi, amm.vi e gestionali;

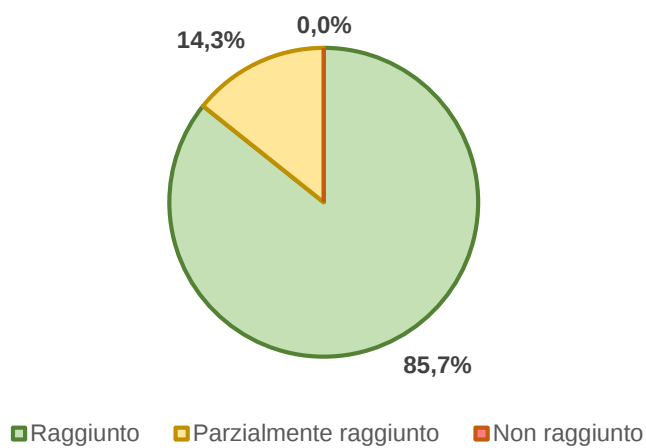
per un totale complessivo di n. 228 obiettivi assegnati.

Obiettivi delle Strutture in staff alla Direzione Strategica				
OBIETTIVI	N° di Strutture assegnatarie	% raggiungimento obiettivi		
				
• Strategici e regionali • Performance e qualità • Organizzativi, amministrativi e gestionali	21	85,7%	14,3%	0,0%

Con riferimento al raggiungimento degli obiettivi assegnati alle Strutture in staff alla Direzione Strategica, e valutati, il grafico seguente illustra l'esito complessivo del processo di valutazione:

- l'85,7% delle Strutture assegnatarie ha raggiunto tutti gli obiettivi;
- il 14,3% delle Strutture assegnatarie ha raggiunto parzialmente gli obiettivi assegnati;
- non si rilevano Strutture con obiettivi non raggiunti.

Esito valutazione delle Strutture in staff alla Direzione Strategica in base al raggiungimento degli obiettivi





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 (15/06) il processo di valutazione individuale del personale della dirigenza si è concluso in quanto è stato ultimato anche il processo di valutazione della performance organizzativa delle strutture.

Per il personale del Comparto, ai sensi del Contratto Collettivo Integrativo Aziendale (CCIA) vigente, in coerenza con le vigenti disposizioni contrattuali nazionale, la valutazione annuale applicata dalla Fondazione IRCCS individua i seguenti ambiti:

- performance organizzativa collegata al grado di raggiungimento di obiettivi predefiniti per articolazioni aziendali, secondo l'iter del processo di budget;
- performance individuale collegata a comportamenti organizzativi dei singoli dipendenti valutata attraverso valutazione individuale.

Pertanto, la valutazione individuale del personale del comparto, per i due suddetti ambiti (performance organizzativa e performance individuale) è stabilita con un peso % (quota %) come segue:

AREA	DI CUI QUOTA INDIVIDUALE	DI CUI QUOTA ORGANIZZATIVA
Area del personale di supporto	70%	30%
Area degli Operatori		
Area degli Assistenti		
Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari		
Titolari di incarico di funzione di complessità media o elevata		
Area del personale di elevata qualificazione		



❖ Quota di Performance individuale (70%)

La valutazione del personale del comparto per la quota individuale 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 (punteggio in 50-esimi). 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	Explicitazione 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

Successivamente, a conclusione dell'iter di valutazione della performance individuale del comparto, l'applicativo gestionale utilizzato dalla SC Risorse Umane trasforma il punteggio ottenuto nella scheda di valutazione individuale (espresso in 50-esimi) in 70-esimi di punteggio in modo da parametrizzarlo con le disposizioni previste dall'art. 20 del CCIA vigente.

Alla data in cui si scrive (15/06) il processo di valutazione individuale del personale del comparto è ancora in corso per quanto riguarda le schede individuali (quota del 70% sulla valutazione complessiva di performance del comparto).

❖ Quota di Performance individuale (30%)

La valutazione del personale del comparto per la quota organizzativa è espressa in centesimi e, come per la dirigenza discende dal risultato di performance organizzativa della Struttura di assegnazione.

Alla data in cui si scrive (15/06) il processo di valutazione individuale per la quota organizzativa del personale del comparto si è concluso in quanto è stato ultimato anche il processo di valutazione della performance organizzativa delle strutture.

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 2025, i dati relativi alle valutazioni della performance individuale per la dirigenza e per il personale del comparto (si ricorda che, per quest'ultimo, essendo il processo di valutazione ancora in corso alla data in cui si scrive, i dati esposti sono parziali, facendo riferimento solamente alla quota organizzativa, pari al 30%, della valutazione complessiva).

Per semplificare la lettura, sono state create delle fasce di punteggio.

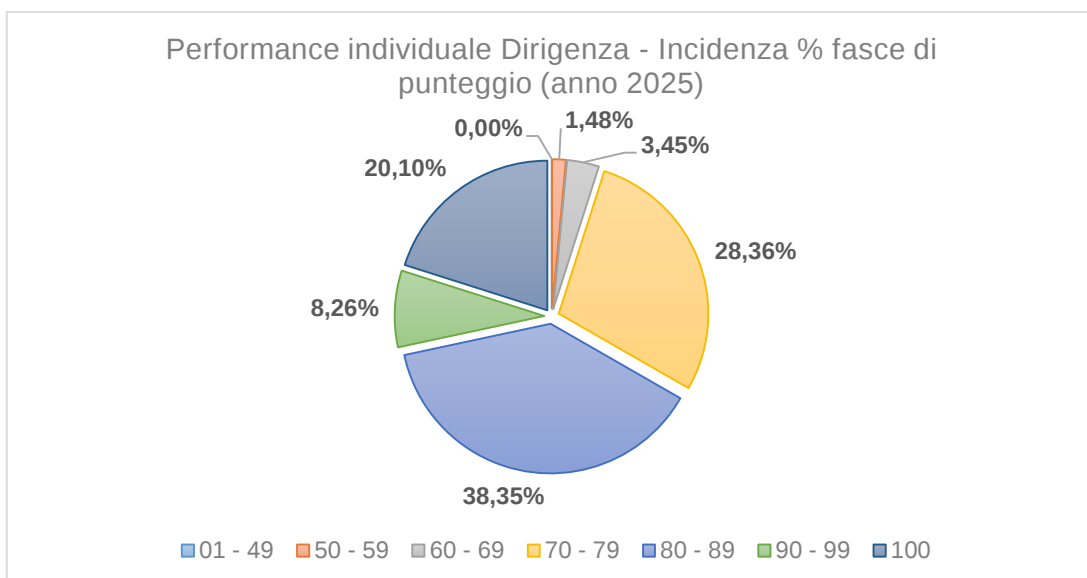
Nel caso dell'area dirigenza, nei calcoli per la valutazione della performance individuale sono esclusi i dirigenti della Centrale AAT, in quanto valutati dal preposto organismo regionale (AREU), e alcuni dirigenti medici che hanno assunto la titolarità in corso d'anno, successivamente all'assegnazione 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	0	12	28	226	304	50	93	713
SANITARIO Dirigenza non Medica	0	0	0	4	6	13	59	82
PROFESSIONALE Dirigenza	0	0	0	0	0	0	7	7
TECNICO Dirigenza	0	0	0	0	0	1	0	1
AMMINISTRATIVI VO Dirigenza	0	0	0	0	1	3	4	8
Totale complessivo	0	12	28	230	311	67	163	811
Incidenza %	0,00%	1,48%	3,45%	28,36%	38,35%	8,26%	20,10%	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 (38,35%). Le ulteriori fasce di punteggio più popolate sono quelle 70-79 punti (28,36%), 100 punti, ossia il massimo raggiungibile (20,10%), e 90-99 punti (8,26%).

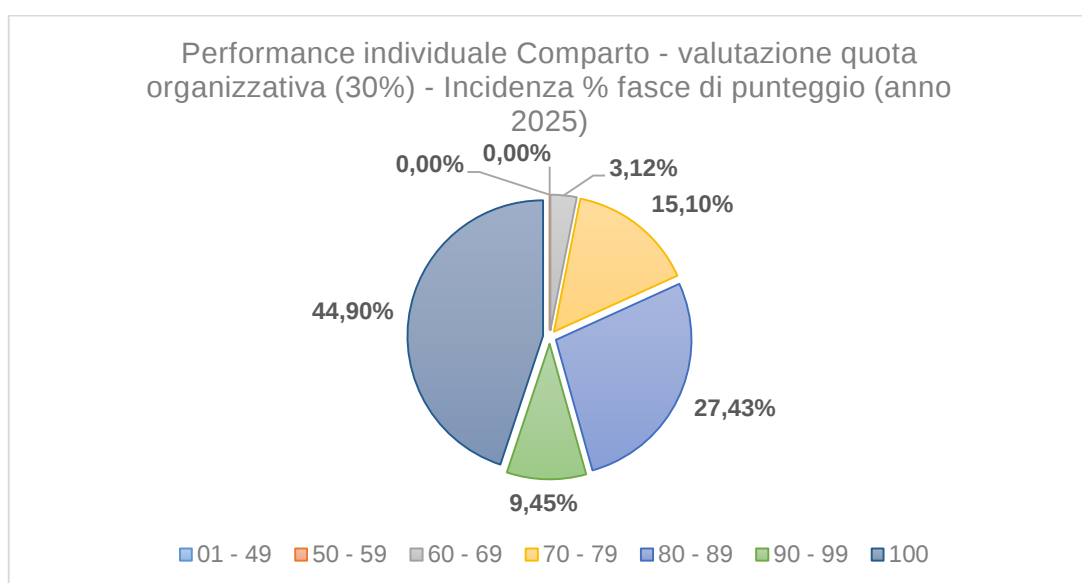
COMPARTO
valutazione quota organizzativa (30%)

Desc. Ruolo	Fasce punteggio							Totale complessivo
	01 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 - 89	90 - 99	100	
PERSONALE DELLA RICERCA	0	0	1	20	23	7	59	110
SOCIO SANITARIO Comparto	0	0	25	133	215	60	139	572
SANITARIO Comparto	0	0	74	324	585	236	497	1.716
TECNICO Comparto	0	0	0	7	14	0	392	413
AMMINISTRATIVO Comparto	0	0	0	0	42	0	349	391



PROFESSIONALE Comparto	0	0	0	0	0	0	3	3
Totale complessivo	0	0	100	484	879	303	1.439	3.205
Incidenza %	0,00%	0,00%	3,12%	15,10%	27,43%	9,45%	44,90%	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 organizzativa, corrispondente alla quota 30% della valutazione di performance individuale) dove è ricompreso il maggior numero di personale del comparto risultano essere quelle 100 punti, ossia il massimo raggiungibile (44,90%) e 80-89 punti (27,43%). Complessivamente queste due fasce di punteggio interessano il 72,32% del personale del comparto valutato. Non è presente personale del comparto con valutazione quota organizzativa al di sotto dei 60 punti.



Dott. P. Morossi,
Direttore SC
Controllo di Gestione

Ringraziamenti

La presente Relazione sulla Performance 2025 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