



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia



RELAZIONE PERFORMANCE ANNO 2015

INDICE

Premessa	pag. 3
Il Ciclo della performance e i risultati 2015	pag. 4
1 Equilibrio economico-finanziario	pag. 5
2 Andamento dell'attività sanitaria	pag. 7
3 Andamento dell'attività di ricerca	pag. 12
4 Qualità dell'assistenza	pag. 15
5 Formazione	pag. 17
6 Raggiungimento degli obiettivi strategici-istituzionali	pag. 19
Personale	pag. 19
Economico finanziario	pag. 19
Risk Management/Qualità	pag. 20
Comunicazione	pag. 22
Formazione	pag. 22
Sistema acquisti	pag. 23
Donazioni e trapianti	pag. 23
Piani regionali di settore e di sviluppo	pag. 24
Governance del sistema informativo sociosanitario	pag. 24
Progetto CRS-SISS	pag. 24
Farmaceutica	pag. 25
Appropriatezza prestazioni	pag. 25
Prestazioni di screening	pag. 25
Controllo di gestione	pag. 26
Flussi informativi	pag. 27
7 Raggiungimento obiettivi operativi di budget	pag. 28

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 2015 ed evidenzia i risultati rispetto agli obiettivi indicati nel Piano delle Performance 2013-2015 - revisione 2015, adottato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 287 del 14/12/2015.

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

L'anno 2015 si è caratterizzato per l'implementazione e il rafforzamento del nuovo assetto organizzativo per intensità di cura. Obiettivo prioritario è stato il superamento dell'organizzazione a padiglioni per attuare, nelle unità operative trasferite al DEA, la condivisione della programmazione e la flessibilità delle risorse declinando i livelli di gravità dei pazienti e i gradi di complessità assistenziale medica e infermieristica in settings omogenei per tecnologia, quantità e composizione del personale assegnato.

Il trasloco al DEA è iniziato nell'ottobre 2013 ed è proseguito nel corso del 2014. Nel 2015 altre unità operative sono state trasferite presso il nuovo padiglione: il reparto di degenza di Cardiologia e i suoi ambulatori, le sale interventistiche di Emodinamica ed Elettrofisiologia in continuità con il Blocco Operatorio, l'area di day hospital e di macroattività ambulatoriale complessa (MAC) di Reumatologia.

In linea con lo sviluppo del modello organizzativo per intensità di cura, nel 2015 è stato dato ulteriore impulso all'attuazione dell'organizzazione dipartimentale. La struttura dipartimentale privilegia l'approccio multidisciplinare delle competenze professionali e l'utilizzo integrato di tutte le risorse per assicurare prestazioni sanitarie di qualità, secondo criteri di efficacia, efficienza, safety e appropriatezza.

Le risorse risultano in questo modo condivise a livello dipartimentale e la gestione delle stesse affidata formalmente al Direttore del Dipartimento, responsabile anche della negoziazione del budget.

IL CICLO DELLA PERFORMANCE E I RISULTATI 2015

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

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

✓ *negoziazione degli obiettivi:*

Le schede di budget sono state negoziate e sottoscritte nel periodo 19 marzo - 8 maggio 2015. Per la prima volta, nell'ottica del perseguimento del pieno sviluppo del modello dipartimentale, il budget è stato negoziato dalla Direzione Strategica con i Direttori di Dipartimento, i quali, nell'ambito degli obiettivi assegnati, sono stati autonomi nella negoziazione con le singole Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali di afferenza.

Sono state infatti effettuate:

- Una negoziazione di primo livello (dal 19/3/2015 al 2/4/2015) che ha coinvolto la Direzione Strategica e i Direttori di Dipartimento e che ha portato alla sottoscrizione di una scheda budget dipartimentale;
- Una negoziazione di secondo livello (dal 2/4/2015 all'8/5/2015) nella quale i Direttori di Dipartimento hanno concordato gli obiettivi delle Strutture Complesse e Semplici dipartimentali, arrivando alla formalizzazione delle schede obiettivi di Struttura.

✓ *monitoraggio periodico:* mensilmente sono stati diffusi i report sull'andamento dell'attività e dei costi rispetto agli obiettivi.

E' stato effettuato un primo monitoraggio (relazione a firma congiunta di Controllo di Gestione e Farmacia) sull'andamento dell'attività dei primi 5 mesi e dei costi dei primi 6 mesi). Nel mese di luglio è stato effettuato anche il monitoraggio sullo stato avanzamento degli obiettivi assegnati alle strutture in staff alla Direzione Amministrativa. In occasione del Collegio di Direzione (20 ottobre), la Direzione ha illustrato ai Direttori di Dipartimento l'andamento di attività e costi dei primi 9 mesi 2015: successivamente il Controllo di Gestione ha provveduto ad inviare ai Direttori di Dipartimento tutta la documentazione relativa al monitoraggio sui primi 9 mesi.

✓ *valutazione di 1^ istanza*

Il 18/3/2016 sono state pubblicate su Reportmed le schede riportanti i risultati di budget 2015, chiedendo ai Direttori di Struttura, qualora lo avessero ritenuto opportuno, di fornire motivazioni in merito al parziale o mancato raggiungimento degli obiettivi. I risultati e le controdeduzioni delle strutture sanitarie sono stati esaminati dal Comitato Budget nelle riunioni del 20/4/2016 e 22/04/2016. Le risultanze sono state pubblicate su Reportmed il 22/4/2016. I risultati delle Strutture in staff alle Direzioni sono state esaminate dal Direttore Amministrativo il 12/05/2016 e i risultati comunicati in data 16/05/2016.

✓ *valutazione di 2^ istanza*

E' stato fornito e discusso tutto il materiale relativo alla chiusura del budget 2015 con il Nucleo di Valutazione nel corso della riunione del 13/05/2016. Ulteriori osservazioni/contestazioni da parte dei Direttori Di Struttura sono state esaminate dalla Direzione in data 26/05/2016 e i risultati sono stati comunicati alle Strutture il 27/05/2016, giorno di chiusura definitiva del ciclo.

1. EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO

Il bilancio d'esercizio 2015 espone un risultato in pareggio.

	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Variazione
DRG	169.624	169.187	-437
Funzioni non tariffate	28.716	28.389	-327
Ambulatoriale	49.396	50.282	886
Screening	224	240	16
Entrate proprie	14.236	15.904	1.668
Libera professione (art. 55 CCNL)	9.274	7.560	-1.714
File F	38.312	61.034	22.722
Utilizzi contributi esercizi precedenti	2.959	6.513	3.554
Altri contributi da Regione (al netto rettifiche)	32.891	28.854	-4.037
Contributo da destinare al finanziamento del PSSR	7.145	6.955	-190
Altri contributi (al netto rettifiche)	31.873	27.614	-4.259
Proventi finanziari e straordinari	778	456	-322
Prestazioni sanitarie	7.676	8.673	997
Totale Ricavi (al netto capitalizzati)	393.104	411.661	18.557
Personale	155.303	155.597	294
IRAP personale dipendente	10.390	10.399	9
Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	8.009	6.080	-1.929
Beni e Servizi (netti)	172.144	197.913	25.769
Ammortamenti (al netto dei capitalizzati)	8.672	8.794	122
Altri costi	13.699	14.560	861
Accantonamenti dell'esercizio	15.372	14.966	-406
Oneri finanziari e straordinari	56.021	3.352	-52.669
Totale Costi (al netto capitalizzati)	439.610	411.661	-27.949

Il confronto tra i dati di consuntivo 2015 rispetto all'anno precedente evidenzia un incremento dei ricavi totali (al netto dei costi capitalizzati) complessivamente per Euro/1000 18.557 (+5%), dovuto principalmente all'aumento dei ricavi per distribuzione di farmaci in file F. In particolare, l'aumento di tale voce, è riconducibile per 21,5 mln/€ ai pazienti eleggibili ad un trattamento antivirale con farmaci innovativi per la cura dell'epatite C (farmaci anti HCV) e per 1,2 mln/€ alla rendicontazione di farmaci appartenenti alla tipologia 5 (terapie iniettabili onco-ematologiche) e alla tipologia 1 (terapia orale onco-ematologica), di cui la Fondazione è punto di riferimento per la distribuzione nella provincia di Pavia.

Tra gli incrementi delle componenti positive di reddito, si segnala, inoltre, un aumento delle entrate proprie per €/000 1.668, legato all'attività di trapianto di midollo osseo a favore di pazienti stranieri, un aumento delle prestazioni sanitarie (circa 1 mln/€) erogate prevalentemente ad aziende sanitarie pubbliche della regione, nonché un aumento dell'utilizzo dei contributi assegnati negli esercizi precedenti, legato in prevalenza allo svolgimento delle attività di sperimentazioni farmaci.

I ricavi per DRG e prestazioni ambulatoriali risultano in linea con il decreto di assegnazione regionale; in particolare, la produzione effettiva delle attività di ricovero e cura, già al netto dei NOC, rappresenta il 103% del contratto, mentre le prestazioni ambulatoriali rappresentano il 108%.

In merito ai costi, si segnala un incremento della voce dei beni e servizi, pari a €/000 25.769 strettamente legato alla spesa farmaceutica per l'acquisto dei farmaci innovativi anti HCV e un incremento della voce "Altri costi" per €/000 861, legata principalmente all'aumento delle imposte e tasse dovute (IMU/TASI).

I costi del personale, incluso Irap, pari a €/000 165.996, sono coerenti con le assegnazioni ricevute, così come rimodulate con il Decreto Regionale n. 4604 del 24 maggio 2016.

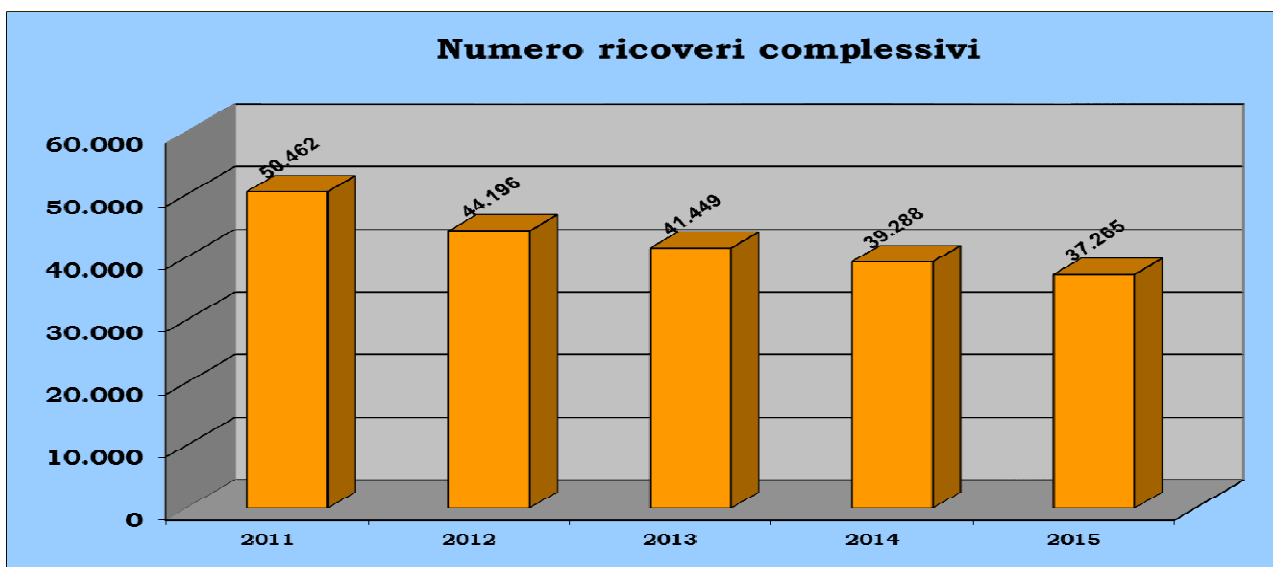
Gli indicatori di bilancio, riportati nel seguito, evidenziano un andamento virtuoso dell'incidenza dei costi sulla gestione caratteristica, per quanto riguarda i costi del personale. In merito agli acquisti di beni e servizi, l'aumento dell'incidenza rispetto ai ricavi è imputabile alla spesa farmaceutica per farmaci anti HCV.

Descrizione indicatore	2013	2014	2015
Costi del personale / ricavi della gestione caratteristica	42%	40%	38%
Costi per beni e servizi / ricavi della gestione caratteristica	38%	38%	43%
Rotazione Capitale investito : ricavi della gestione caratteristica /			
Totale attività patrimoniali	95%	96%	101%

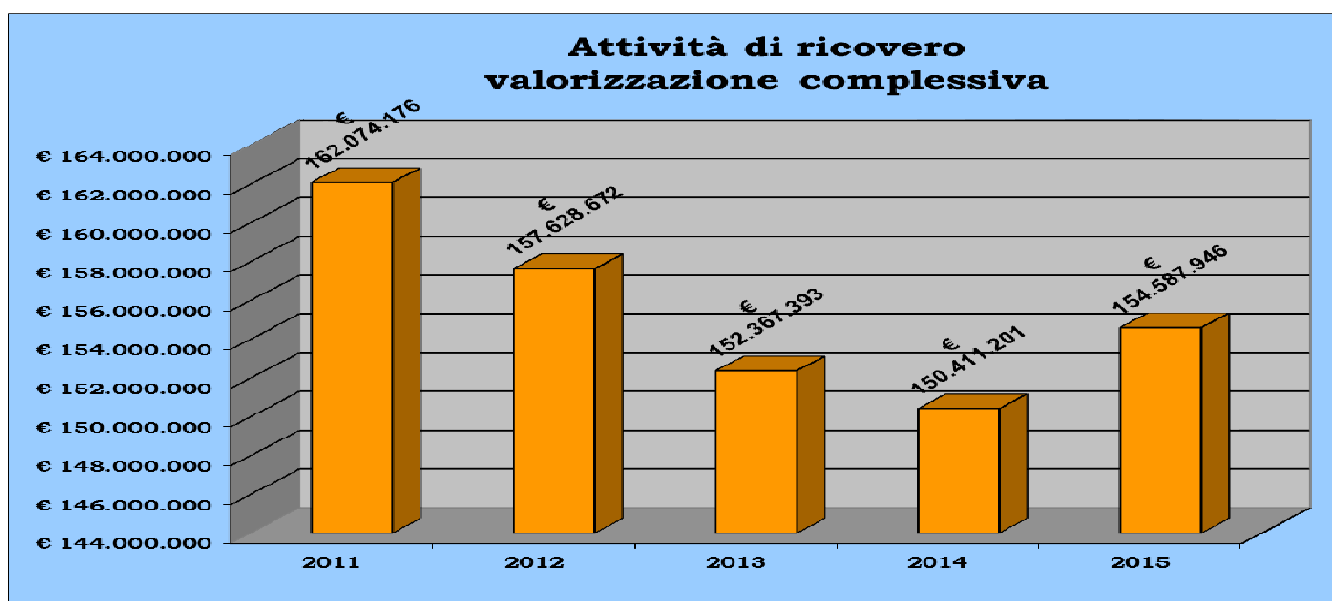
2. ANDAMENTO DELL'ATTIVITÀ SANITARIA

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

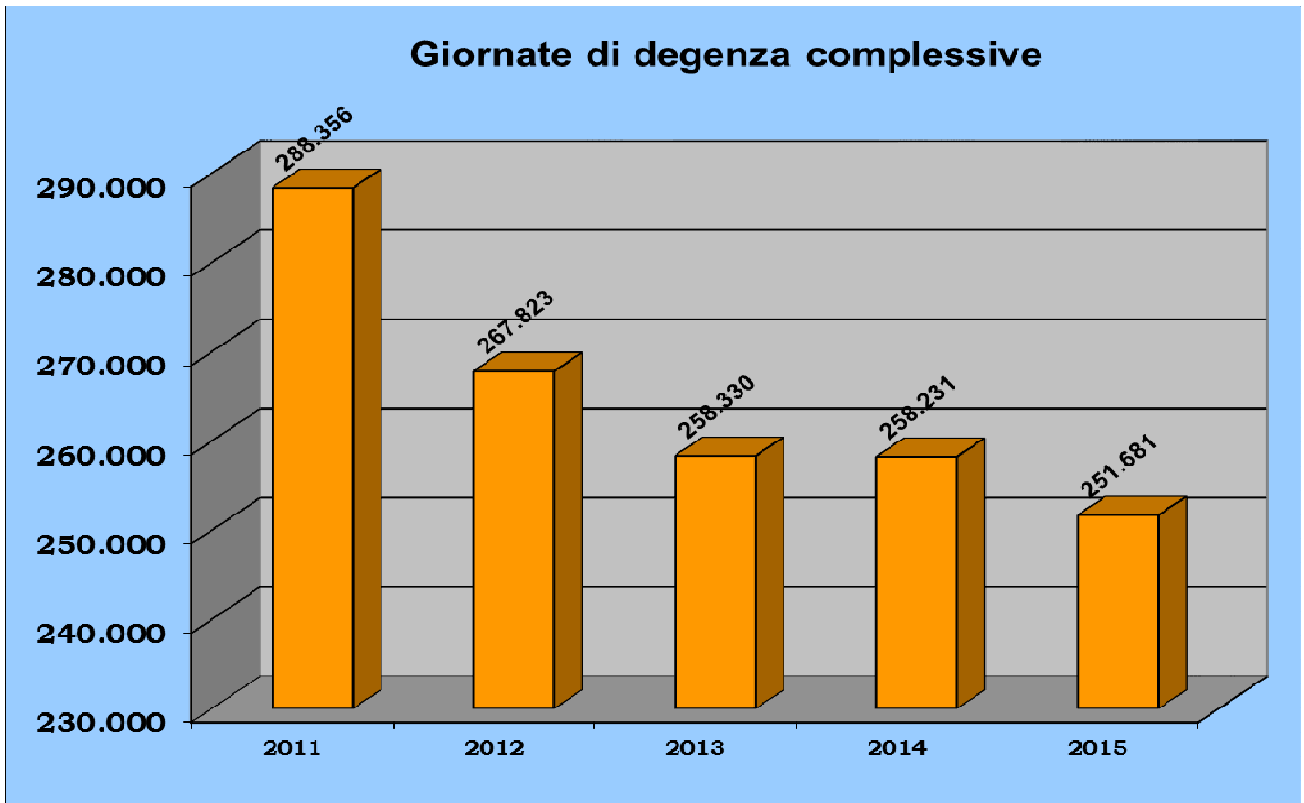
Il numero dei ricoveri ordinari è in costante diminuzione, così come declinato in specifico dalle norme regionali che dispongono: la conversione dei posti letto di ricovero ordinario in posti letto tecnici, modalità assistenziali a maggior appropriatezza organizzativa ed attenzione ai ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriatezza (DGR 1479 del 30/03/2011; DGR 1962 del 06/07/2011 e DGR n. X/2989 del 23/12/2014 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015" DGR n. 4702 approvata nella seduta di Giunta del 29/12/2015 relativa a "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016").



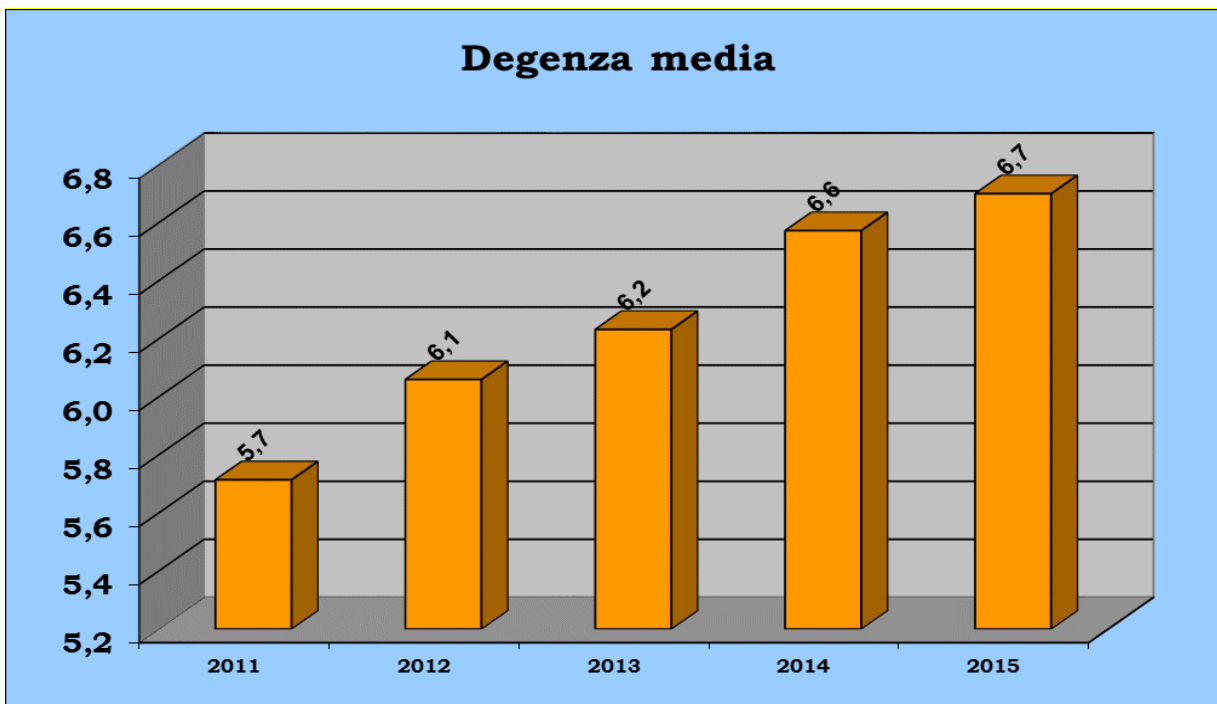
La Fondazione, essendo sede di DEA-EAS di II livello ha accessi sia per ricoveri programmati che per ricoveri urgenti da Pronto Soccorso. La produzione ha superato nel 2015 il budget per cittadini regionali oggetto del contratto stipulato con l'ASL ora ATS per una quota di produzione pari al +3%, l'attività a favore di pazienti extra regione e stranieri rappresenta circa il 16% dell'attività complessiva.

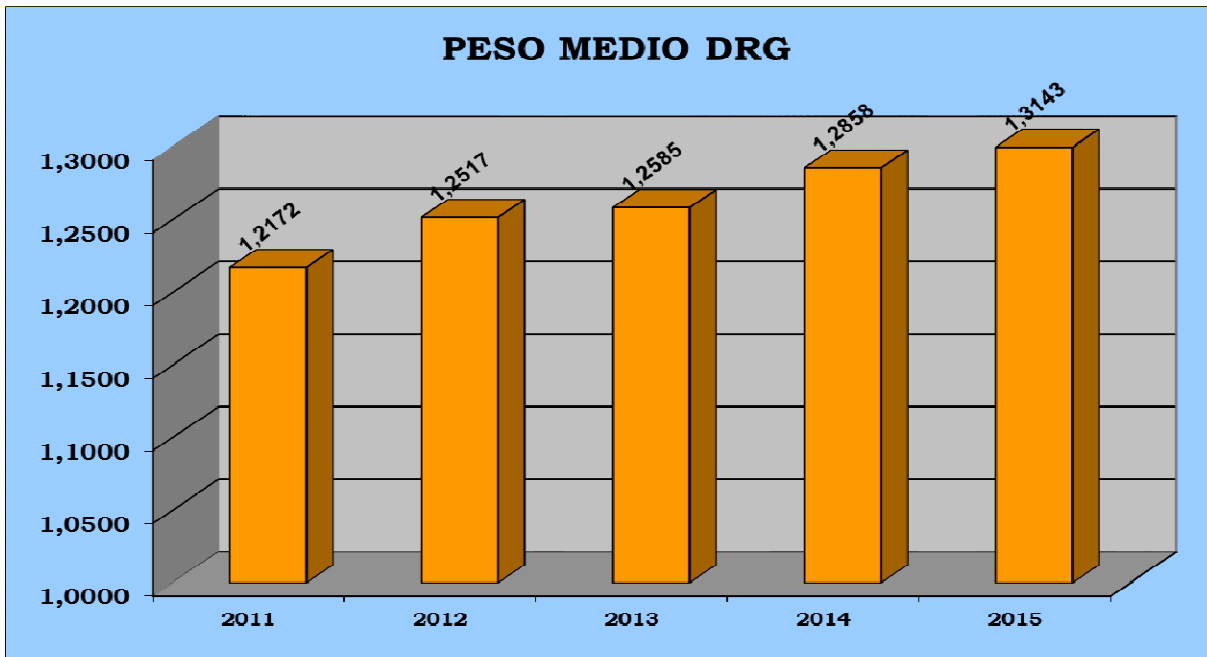


Le giornate di degenza, a fronte della riduzione di posti letto, hanno subito un'importante diminuzione tra il 2011-2013 mentre nei due anni 2013-2014 la situazione è rimasta stabile per diminuire ancora lievemente nel 2015 a fronte di ottimizzazione dei percorsi di cura.

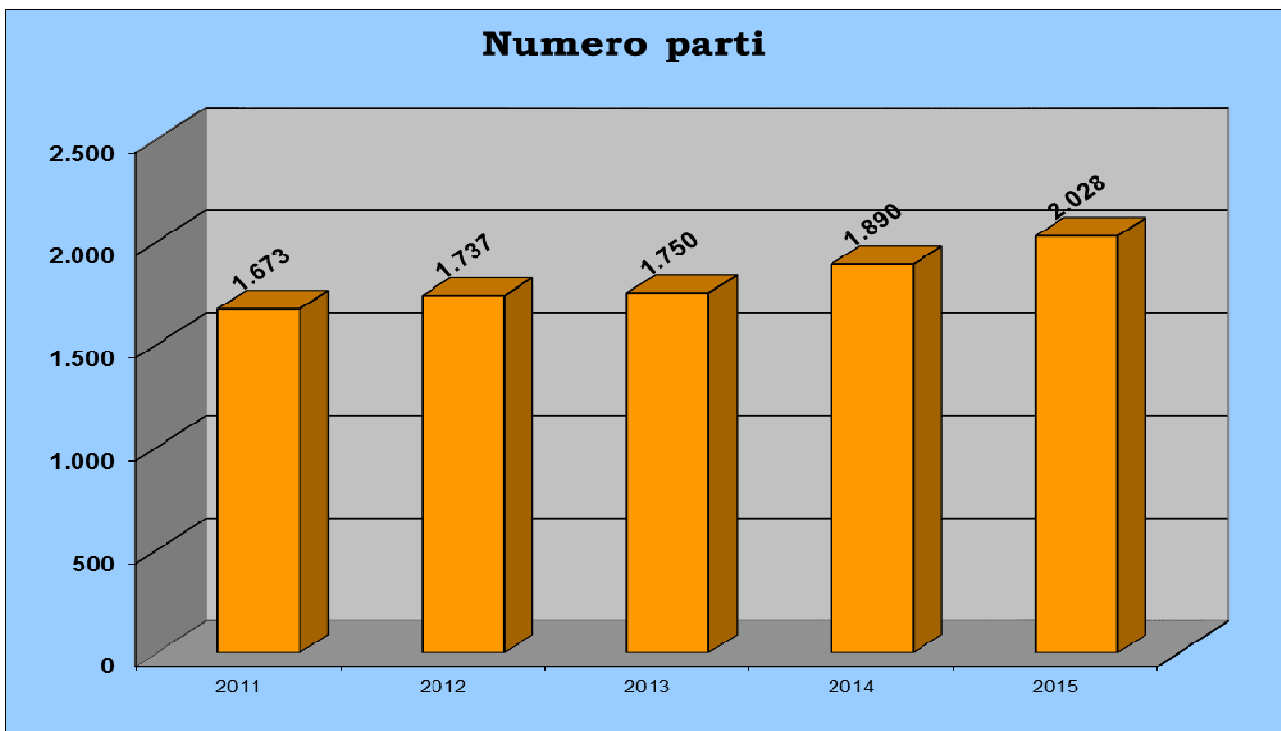


La degenza media è progressivamente aumentata attestandosi a 6,7 giorni di media nel 2015 ottenuta sia dal calo delle degenze brevi di 0-1 giorno che per una maggior complessità dei casi trattati.



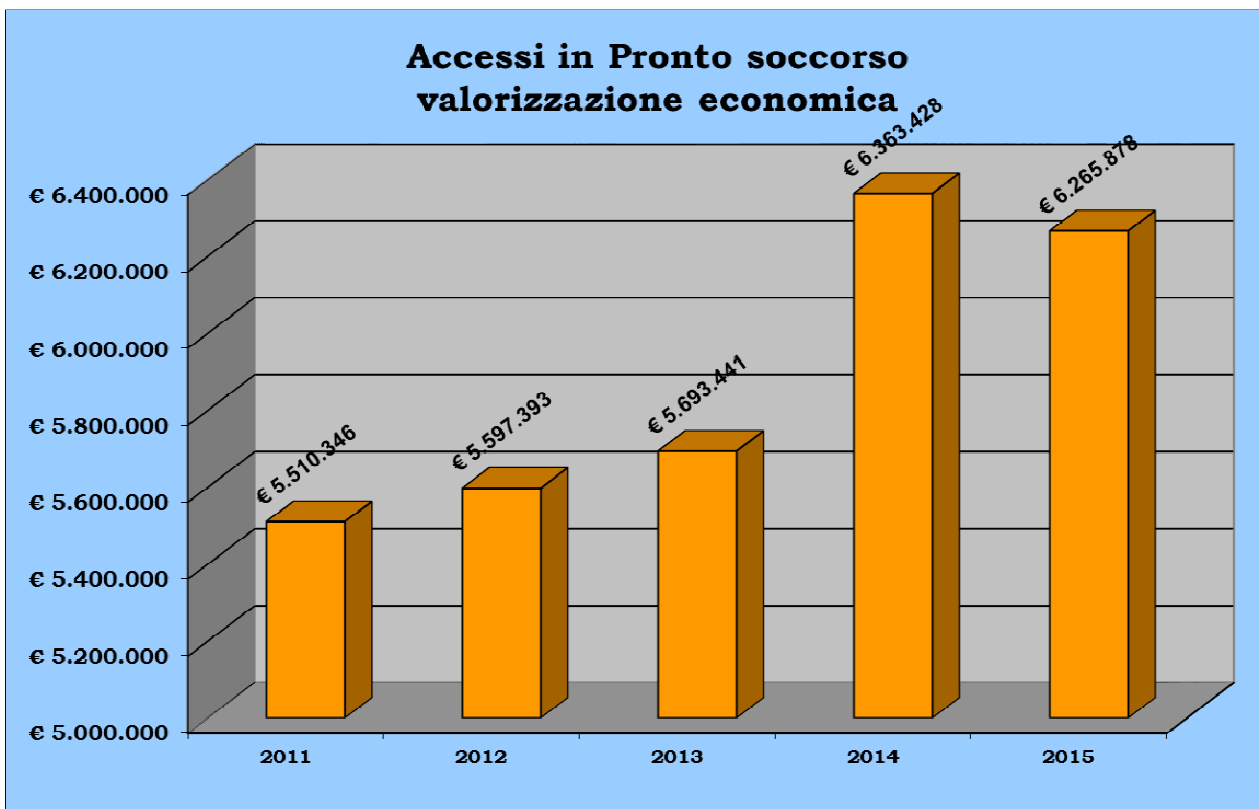
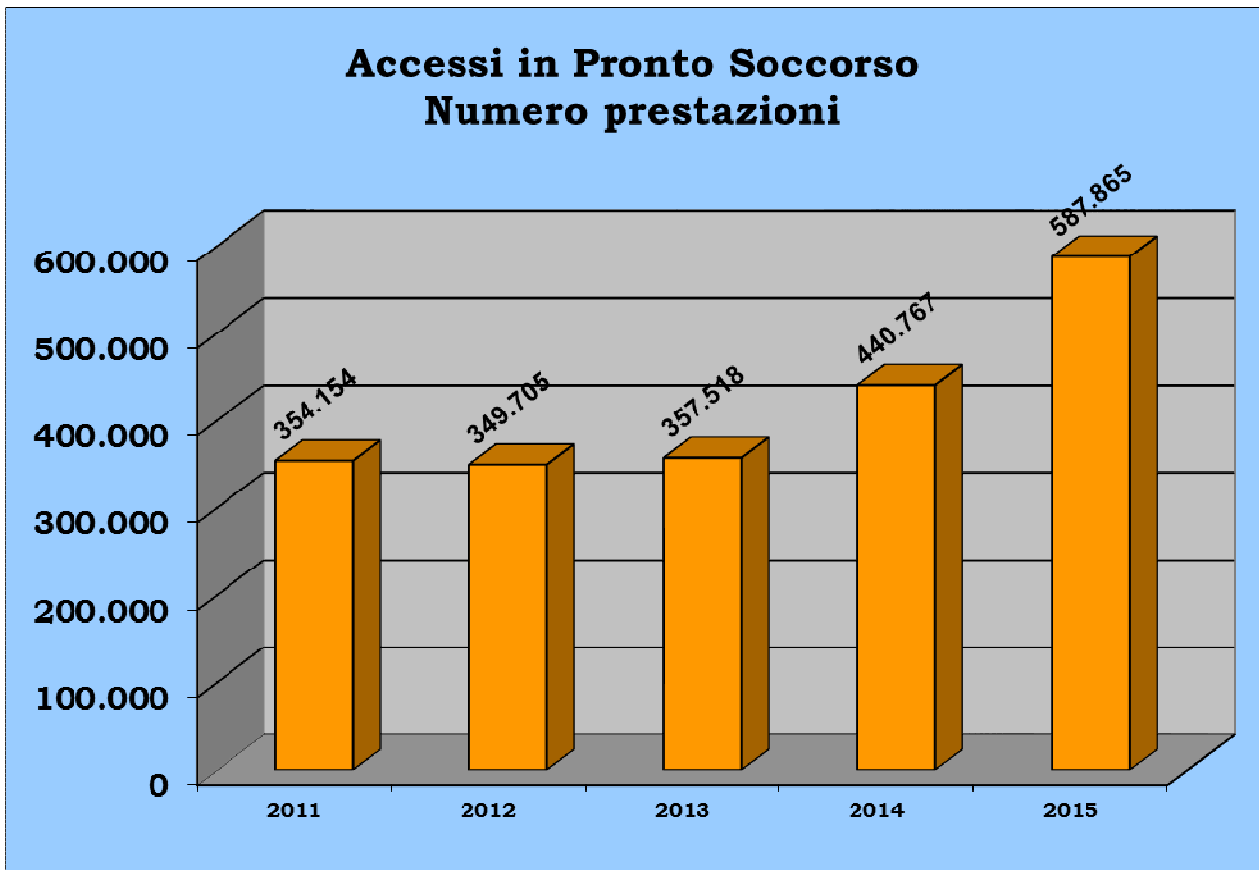


A dimostrazione della severità dei casi trattati si mostra di seguito l'incremento costante del valore di peso medio del DRG di ricovero che nell'ultimo anno è pari al 1.3143 con un incremento del +4.4 % rispetto al 2014

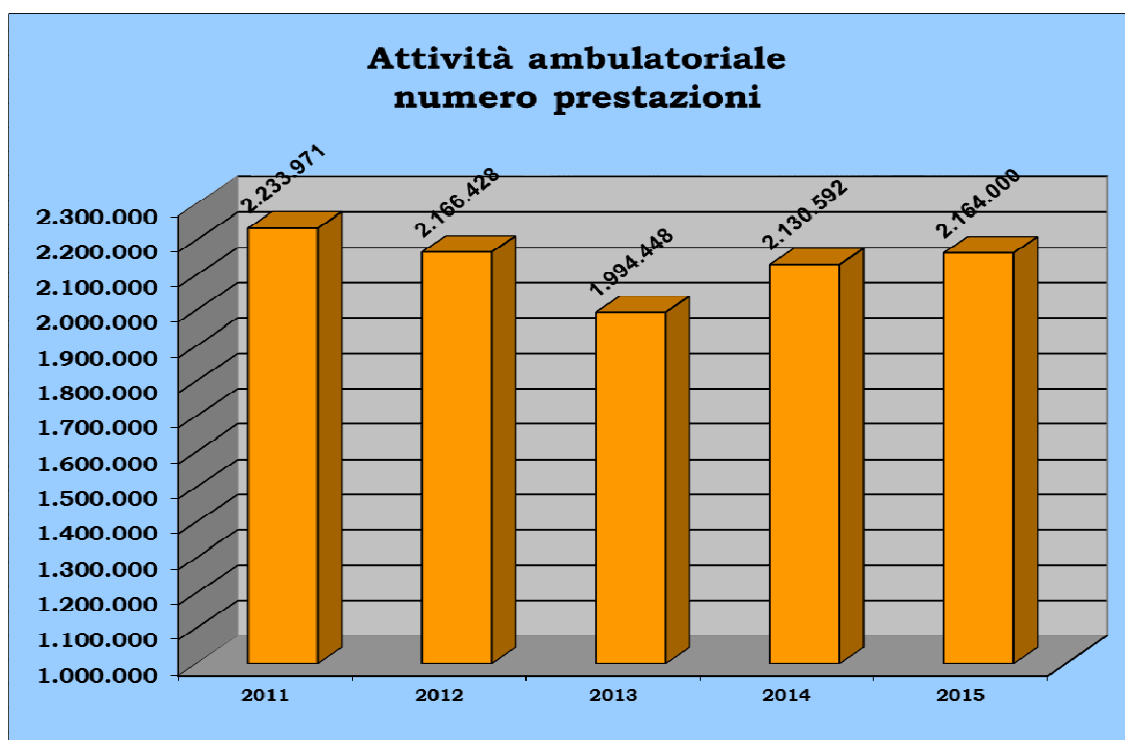
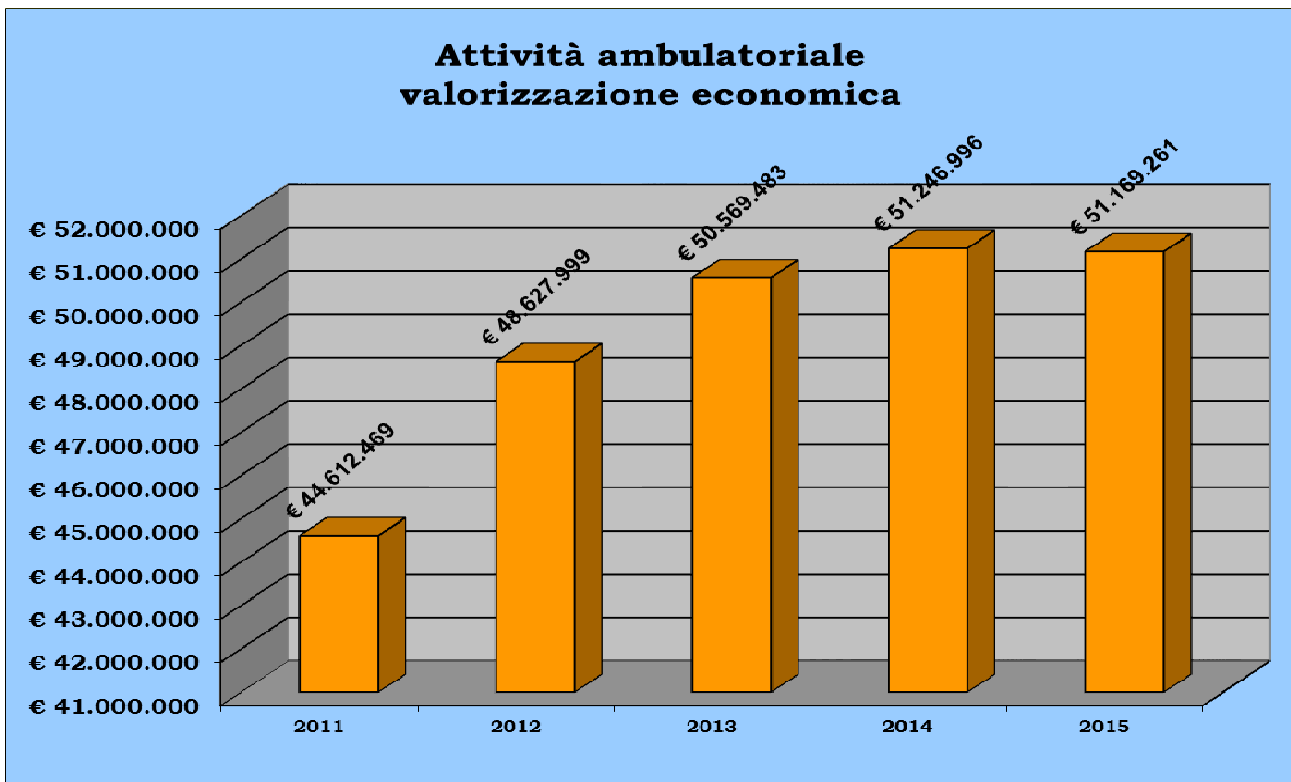


Il numero dei parti è in continuo incremento per la chiusura dei punti nascita vicini con numero di parti inferiori ai volumi di sicurezza, previsti dalla normativa Nazionale e Regionale che si è associata alla attrattività delle Strutture di Ostetricia e Ginecologia con Neonatologia e Terapia Intensiva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

Il numero di prestazioni erogate in Pronto Soccorso, nell' anno 2015, è in continuo aumento a dimostrazione del ruolo di ospedale HUB nella rete dell'emergenza-urgenza:



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



3. ANDAMENTO DELL'ATTIVITÀ DI RICERCA E DIDATTICA

Per quanto riguarda l'attività di ricerca continua il lavoro svolto da tutti i professionisti del San Matteo che consente allo stesso di essere nelle prime posizioni nazionali per quanto riguarda la produzione scientifica. Di seguito si riportano i dati relativi ai lavori scientifici pubblicati dai ricercatori dell'Ospedale durante il 2015 e comparsi sulle riviste indicizzate in Medline e/o nel Science Citation Index. Le pubblicazioni censite sono esclusivamente lavori in extenso in cui è chiaramente presente l'affiliazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo di Pavia.

Poiché molti lavori sono il risultato della collaborazione tra più Strutture dell'Ospedale, il numero totale delle pubblicazioni disaggregate per Unità Operativa (957), risulta essere sensibilmente superiore a quello realmente prodotto (694).

I grafici sotto riportati mostrano il trend della produzione scientifica dal 1992 al 2015 indicando sia il numero di articoli scientifici pubblicati su riviste indicizzate in Medline e/o nel Science Citation Index (prima figura) che l'impact factor complessivo annualmente ottenuto (seconda figura).

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

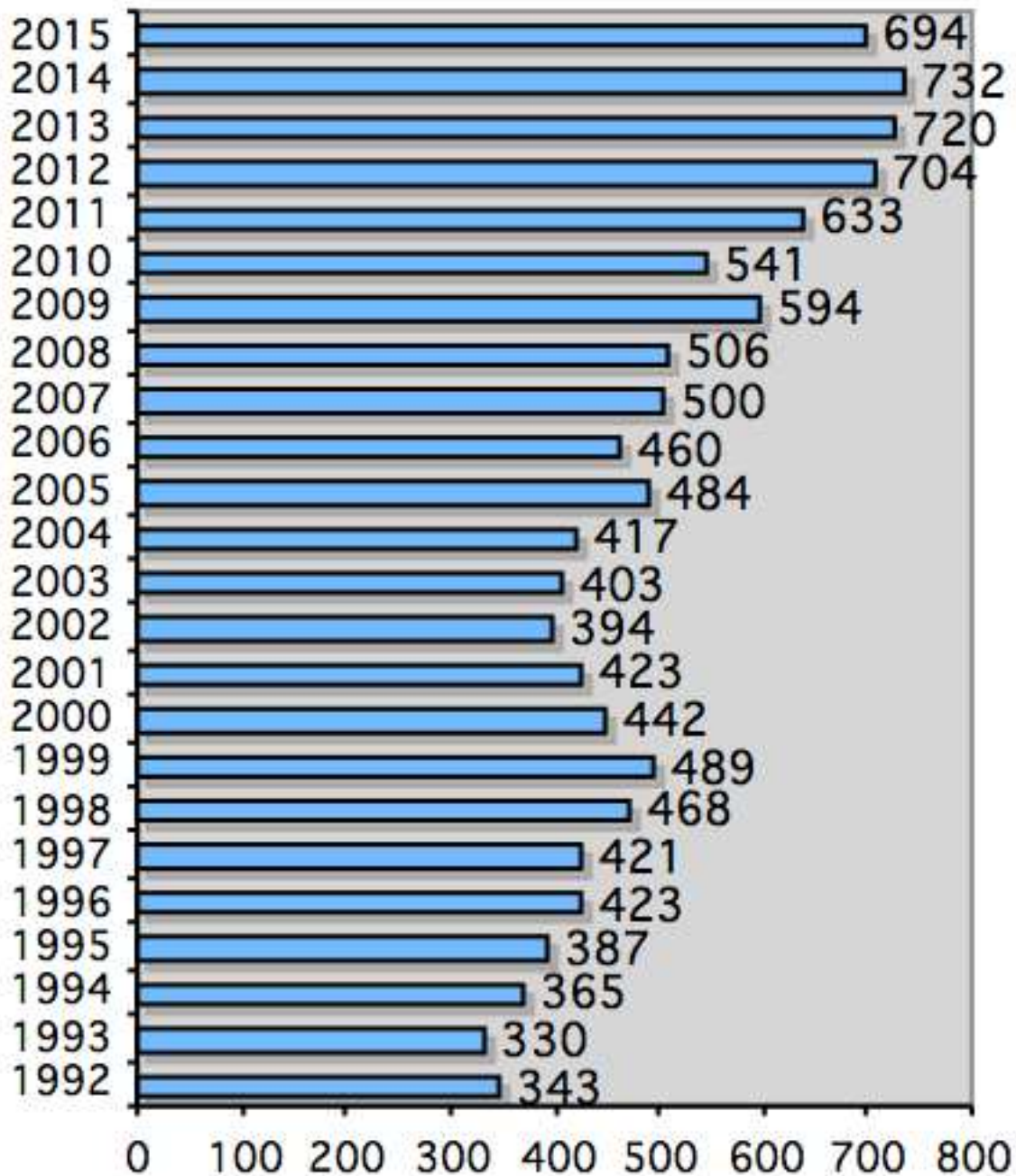
Nel secondo grafico si valuta l'andamento della produzione scientifica attraverso l'analisi del punteggio di impact factor, indicatore qualitativo oltre che quantitativo dell'attività di ricerca. Nel 2015, pur non superando il tetto massimo raggiunto nel 2013, il punteggio totale di impact factor si mantiene comunque su livelli molto alti e abbondantemente sopra quota 3.000.

Tra i lavori qui censiti, 637 sono quelli con IF e il loro punteggio medio è di 5,00 rispetto al 4,71 del 2014, al 5,37 del 2013, al 4,98 del 2012, al 4,89 del 2011, al 4,88 del 2010, al 5,26 del 2009, al 4,53 del 2008, al 4,82 del 2007, al 4,19 del 2006, al 4,72 del 2005, al 4,43 del 2004, al 4,25 del 2003, al 4,02 del 2002, al 3,80 del 2001, al 3,84 del 2000, al 3,06 del 1999 e al 3,51 del 1998.

Gli indicatori, in sintesi, rimangono sempre su livelli molto alti a conferma della bontà e della qualificazione dell'attività di ricerca svoltasi al San Matteo nel 2015.

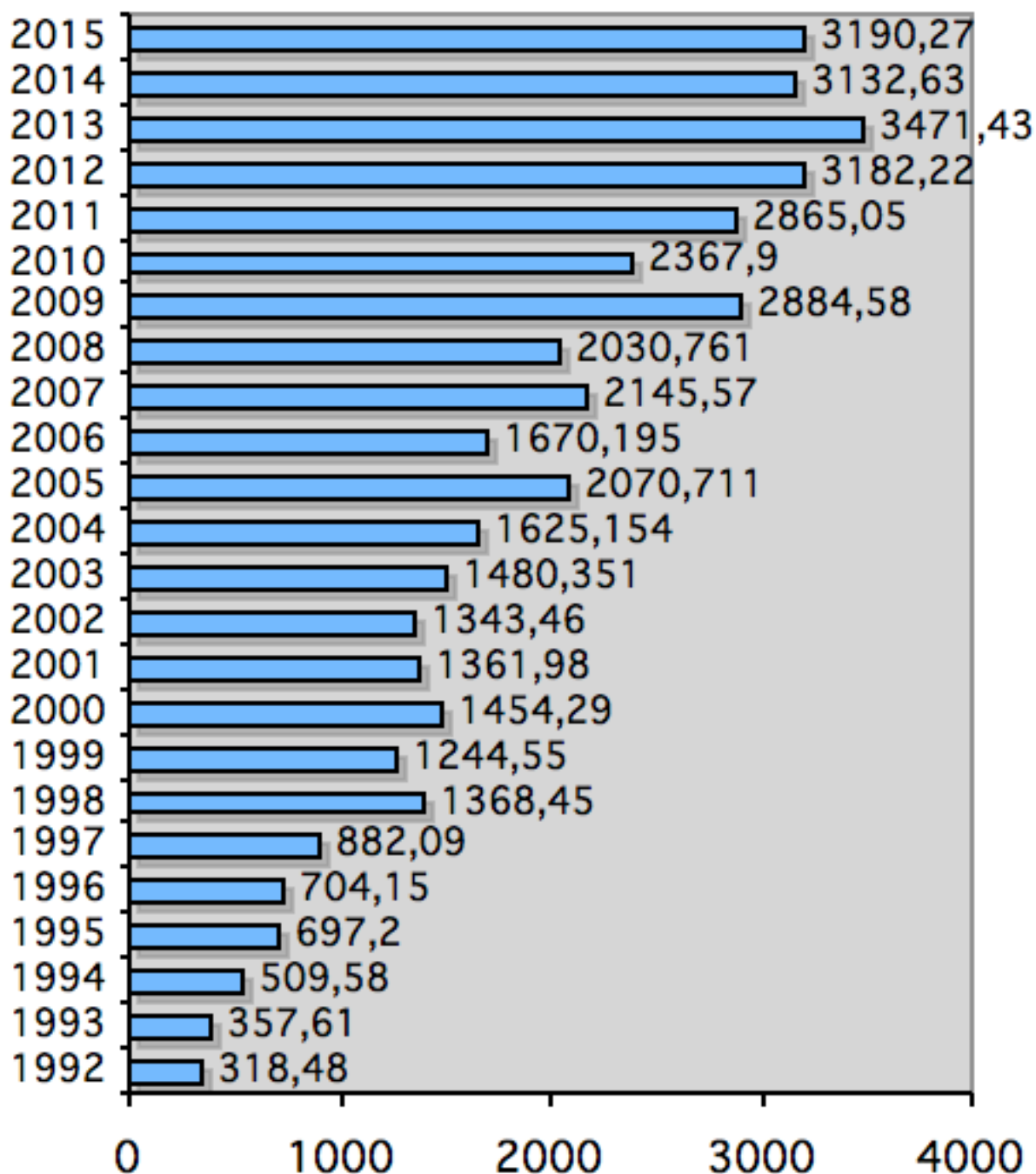
Grafico n. 1

Andamento della produzione scientifica anni 1992-2015.
Numero di lavori in extenso censiti su Medline e
Science Citation Index



* informazioni ricavate dall'analisi dei dati sulla produzione scientifica fornita annualmente dalle singole unità operative (anni 1992-2015).

Grafico n. 2
Impact Factor e Produzione scientifica 1992-2015



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

4. QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

La Fondazione mantiene attivo un Sistema di Gestione della Qualità (SGQ) aziendale, che, anche per l'anno 2015, si riconferma conforme ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2008. Infatti, nel novembre 2015, il SGQ aziendale è stato sottoposto alla visita di sorveglianza da parte dell'Ente di Certificazione esterno, che ne ha confermato la validità. La Certificazione aziendale include le attività di "erogazione di prestazioni sanitarie di diagnosi e cura e relative attività di supporto, in regime di Degenza Ordinaria, Day Hospital, Day Surgery e Ambulatoriale", e "l'attività di progettazione ed erogazione di eventi formativi in ambito sanitario". La conformità alla Norma ISO 9001 del SGQ dell'intera Fondazione è attestata da Ente Terzo, in modo continuativo dall'anno 2008.

Nel 2015 si sono svolti i corsi di formazione per auditor interni del Sistema Qualità e la Formazione Sul Campo "Audit clinico interno del sistema qualità", finalizzati a formare un pool di auditor interni necessari per garantire lo svolgimento per ogni Struttura della Fondazione di almeno una visita ispettiva interna, nella quale l'auditor verifica la conformità ai requisiti di qualità e di sicurezza predefiniti e dichiarati nelle check list di controllo.

E' continuato il percorso di autovalutazione e monitoraggio delle performance aziendali nell'ambito del programma regionale per il "Miglioramento della Qualità e Sicurezza del paziente": entro la scadenza del 31/07/2015, in ottemperanza a quanto previsto dalla nota regionale Prot. H1.2014.0039653 del 15.12.2014, la Fondazione ha provveduto alla compilazione della check list di autovalutazione ed all'inserimento della stessa nel sistema SMAF. I dati provenienti dall'autovalutazione sono utilizzati per individuare le aree nelle quali la Fondazione risulta non ancora allineata con gli standard previsti e quindi per definire le azioni da intraprendere per il miglioramento interno.

La Fondazione, inoltre, ha recepito le Linee Guida per l'elaborazione e lo sviluppo del "Piano integrato per il miglioramento dell'organizzazione", elaborate dal gruppo di lavoro regionale "Miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente" ed, in ottemperanza alle stesse e a quanto richiesto dalla nota regionale Prot. H1.2015.0001833 del 19/01/2015 "Flusso PIMO", ha provveduto alla prima fase di realizzazione del Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione, ovvero alla raccolta dei dati interni, relativi al cruscotto dei 43 indicatori ricevuti da Regione, nonchè al loro inserimento all'interno del template excel dedicato; per ogni dato raccolto, è stato definito il raggiungimento rispetto all'obiettivo aziendale, con il relativo livello di priorità.

Nella consapevolezza che la sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità dell'assistenza, anche nel corso dell'anno 2015 sono state svolte attività finalizzate al monitoraggio del rischio clinico, in ottemperanza a quanto richiesto dalle Linee Guida regionali per l'attività di Risk Management: è stato predisposto e trasmesso il Piano annuale di Risk Management - Anno 2015, con la relativa determina di adozione, con il quale la Fondazione ha implementato, in modo particolare, la sicurezza negli ambiti della terapia trasfusionale (prosecuzione del progetto dell'anno 2014) e la sicurezza nella gestione dei farmaci, oggetto delle Raccomandazioni n. 1, n.7 e n.12 del Ministero della Salute.

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

Il monitoraggio della qualità dell'assistenza percepita dell'utenza si è svolto attraverso l'analisi delle segnalazioni ricevute dall'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico e attraverso l'analisi dei dati raccolti dai questionari di Customer Satisfaction.

Nell'anno 2015, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha gestito 359 segnalazioni, riguardanti le diverse strutture della Fondazione, distribuite come di seguito riportato:

Descrizione tipologia segnalazione	2015	1 Sem	2 Sem
Informazione - Orientamento	54	18	36
Condizioni di accesso	9	4	5
Comunicazione e relazione	32	12	20
Aspetti Strutturali, ambientali e sicurezza	19	8	11
Rispetto dei diritti	2	1	1
Prestazioni	78	53	25
Aspetti economici	21	15	6
Rilascio documentazione clinica	14	7	7
Assistenza protesica	0	0	0
Assistenza farmaceutica	0	0	0
Integrazione servizi socio sanitari	0	0	0
Varie	115	51	64
Encomi	90	37	53

Alle suddette segnalazioni si aggiungono le 2121 richieste telefoniche (richieste di informazioni o di numeri telefonici di riferimento, segnalazioni di disagi/disservizi risolte nell'immediato), che l'utente non ha notificato formalmente.

L'analisi delle segnalazioni ricevute ha condotto all'apertura di 3 Non Conformità, gestite e chiuse dall'Ufficio Relazione con il Pubblico, in collaborazione con le strutture coinvolte.

Anche per l'anno 2015 l'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico ha effettuato l'analisi semestrale delle segnalazioni ricevute, pubblicandola nella Intranet aziendale a disposizione degli operatori ed inserendo in essa anche l'andamento delle segnalazioni nei diversi semestri.

L'altro strumento utilizzato per monitorare la qualità percepita è il questionario di Customer Satisfaction, attraverso cui si rileva il grado di soddisfazione dei cittadini nei confronti dei servizi erogati. La valutazione dei risultati raccolti permette di orientare la Fondazione in un processo di miglioramento continuo, evidenziando eventuali punti di forza/debolezza e programmando azioni correttive/migliorative per incrementare la qualità delle prestazioni offerte.

Nel 2015 il questionario è stato diffuso, come da prassi, con cadenza semestrale agli utenti delle strutture pediatriche, degli ambulatori ed agli utenti ricoverati nelle Strutture di degenza, Day Hospital e MAC della Fondazione. Sono stati esclusi dalla rilevazione gli utenti del Pronto Soccorso e delle Terapie Intensive, secondo quanto richiesto dal mandato regionale.

Nel corso dell'anno sono stati raccolti 4299 questionari presso gli ambulatori e 1802 questionari nei reparti di degenza.

Dall'analisi dei dati raccolti si è evidenziato un andamento positivo, ovvero un punteggio largamente superiore a 4 (considerato il valore attribuibile alla sufficienza all'interno del prestabilito range di valutazione da 1 a 7) per la maggior parte delle aree prese in esame.

L'analisi semestrale dei dati di Customer Satisfaction raccolti è resa disponibile agli operatori, con la pubblicazione nella sezione dedicata della Intranet aziendale.

5. FORMAZIONE

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

Con Decreto DG sanità n° 8584 del 25 luglio 2006, la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, attraverso la Struttura Formazione e Sviluppo, è stata accreditata "Provider ECM" del Sistema Regionale ECM-CPD (Continuous Professional Development - Sviluppo Professionale Continuo).

Il Piano Formativo Aziendale (PFA) costituisce il cuore del sistema di governo della formazione, rappresenta il documento ufficiale di programmazione e formalizzazione del budget e delle risorse (umane, economiche, strumentali) da dedicare alla formazione del personale dipendente e universitario in convenzione nel quale si legge la strategia aziendale. Il numero e la tipologia di eventi attivati sono legati alle competenti risorse umane messe a disposizione e ai tempi di determinazione e quindi avvio del PFA stesso.

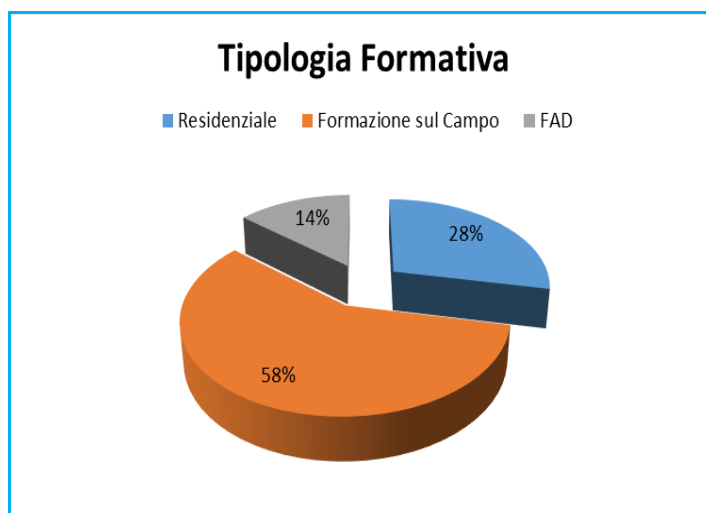
In linea con gli obiettivi del Direttore Generale, gli obiettivi macro del PFA 2015 sono stati:

- Supportare i cambiamenti e l'innovazione nei processi organizzativi e decisionali legati al trasferimento di alcune Strutture presso il DEA della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo lavorando sulla cultura e riorganizzazione di alcuni percorsi clinici;
- Sostenere la cultura della donazione di organi e tessuti attraverso una serie di attività formative per implementare l'assistenza al donatore d'organi e ottimizzare il processo di prelievo di organi e tessuti che rappresenta in molti casi il trattamento più efficace per alcune patologie;
- Individuare, sperimentare e diffondere strumenti di misurazione, valutazione e trasparenza della performance come processo che può e deve contribuire al miglioramento organizzativo, gestionale e qualitativo del lavoro svolto e come sistema operativo attraverso il quale è possibile coinvolgere tutti i collaboratori, rendendoli informati e partecipi dei valori e principi dell'organizzazione aziendale e più responsabili dei successi, e dei limiti, collettivi e individuali;
- Implementare la cultura del miglioramento continuo anche alla luce della Norma ISO 9001:2015 e le linee di intervento in ambito di gestione del rischio in base alle criticità emerse promuovendo una "cultura del rischio" fondata sulla convinzione che gli errori rappresentano, se adeguatamente analizzati, preziose opportunità di apprendimento e di miglioramento;
- Sostenere e valorizzare la ricerca scientifica e la collaborazione con altri Istituti di Ricerca;
- Potenziare la formazione On The Job (Formazione Sul Campo) e la Formazione A Distanza;
- Sostenere la formazione in materia di sicurezza e salute del lavoro.

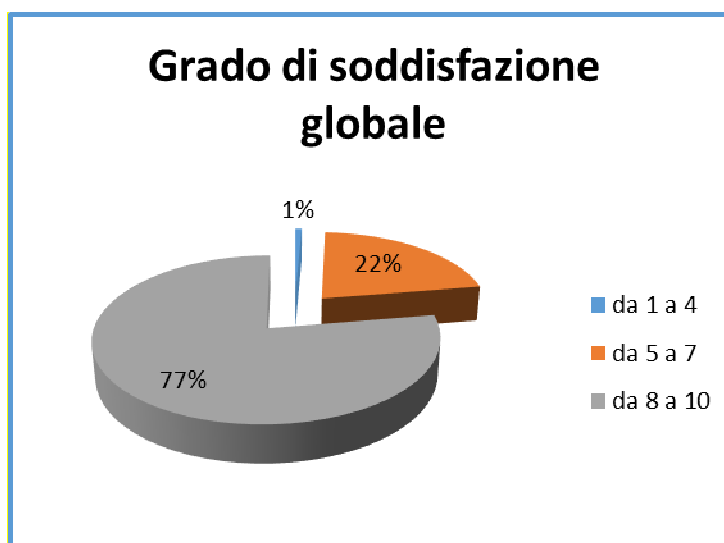
In linea con il PFA 2015 nella Tabella 1 sono presentati i dati riassuntivi relativi all'offerta formativa.

EDIZIONI realizzate	ORE FORMATIVE per eventi formativi	N. ISCRITTI	N. A VERBALE	N. PARTECIPAZIONI	PARTECIPANTI CHE HANNO ACQUISITO ECM	CREDITI EROGATI AI PARTECIPANTI	TOTALE CREDITI EROGATI
216	1817,5	10484	10063	9870	7331	56127,5	56798,40

Nel grafico 1 sono visibili le tipologie di attività formativa che si sono sviluppate nell'arco del 2015:



Ai fini della implementazione del Curriculum Formativo sono state effettuate 4425 procedure nel sistema informativo della Fondazione (gestione pratiche di formazione esterna e riconoscimento crediti ECM rilasciati da altri Provider) che hanno permesso la registrazione di 23622 crediti formativi ECM. Nel 2015 è stata anche avviata la rilevazione dei dati relativi alla valutazione della Struttura Formazione e Sviluppo e della sua attività in generale, attraverso uno strumento informatico. Le risposte raccolte in totale sono state pari a 7525. In rappresentanza dei giudizi positivi espressi, nel Grafico 2 è rappresentato il grado di soddisfazione totale (scala 1-10) con i dati aggregati per intervallo.



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

6. RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI STRATEGICI - ISTITUZIONALI

Nel corso del 2015 è stata data attuazione a tutti i piani che coinvolgono la Fondazione e sono state svolte tutte le attività programmate, conseguendo gli obiettivi assegnati dal Consiglio di Amministrazione alla Direzione Generale, finalizzati, tra l'altro, ad accrescere l'interazione e la collaborazione tra la Fondazione e gli altri enti e operatori territoriali.

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

- **PERSONALE**

Si è proceduto al completamento del Piano di assunzioni 2014 nel rispetto delle indicazioni regionali: con DGR/X/2305 del 01.08.2014 Regione Lombardia ha approvato il Piano Assunzioni 2014 fissando il termine per la relativa realizzazione al 31.07.2015. Con DGR/X/3142 del 19.02.2015 detto termine è stato posticipato al 30.09.2015, e con successiva DGR/X/3991 del 04.08.2015 ulteriormente posticipato al 31.12.2015. Entro tale data le complessive n. 69 assunzioni a tempo indeterminato ivi autorizzate, di cui n. 54 per il comparto e n. 15 per la dirigenza, risultano interamente realizzate.

E' stato elaborato il piano risorse umane nel rispetto delle indicazioni regionali. Il Piano di Gestione delle Risorse umane 2015 (PGRU): nel rispetto delle "Regole2015" di cui alla DGR n. X/2898 del 23.12.2014 e in esecuzione della DGR n. X/3588 del 14/5/2015 e delle "indicazioni operative per la presentazione del Piano di Gestione delle Risorse umane anno 2015", inviate da Regione Lombardia in data 20.05.2015 con nota prot. n. H1.2015.0015285 Il format PGRU 2015 è stato compilato e trasmesso alla Regione in data 12.06.2015, previa approvazione del Consiglio di Amministrazione con Deliberazione n. 3/CdA/0174 del 08.06.2015 e ritrasmesso in data 17.07.2015 a seguito a rilievi posti dai competenti uffici regionali e all'approvazione da parte del Collegio Sindacale in data 16.07.2015. Entro il 15.09.2015 sono stati trasmessi, debitamente compilati, gli allegati A) e B) di cui alla DGR X /3991 del 04.08.2015, al fine del monitoraggio della realizzazione del PGRU della Fondazione, ivi approvato. Entro il 15 di ciascun mese è stata rispettata inoltre la compilazione dell'allegato B) relativo al monitoraggio mensile delle assunzioni e delle cessazioni e del relativo budget, mediante caricamento sul portale Fluper. Le assunzioni a tempo indeterminato complessivamente previste nel PGRU 2015 sono n.148, di cui 118 del comparto e n. 30 della dirigenza, tutte realizzate.

E' stata rispettata la correttezza dei flussi informativi del personale, il rispetto delle scadenze, la completezza, la qualità e la coerenza dei dati.

- **ECONOMICO FINANZIARIO**

Sono state rispettate le scadenze di trasmissione del BPE, dei CET, del Piano dei flussi di cassa, del bilancio di assestamento e del Bilancio d'esercizio.

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

È a pieno regime il sistema SCRIBA, che permette la trasmissione informatizzata dei dati contabili alla Regione, rappresentando l'anello di congiunzione con il sistema contabile regionale. Il sistema garantisce tempistiche di trasmissione immediate, canalizzate sia nei tempi che nel contenuto.

È stato inoltre rispettato il debito informativo relativo alla pubblicazione dei tempi di pagamento ai fornitori.

Sono state rispettate tutte le scadenze per l'invio in Regione di dati di Contabilità analitica previste nel 2015.

- **RISK MANAGEMENT/QUALITÀ**

In ottemperanza a quanto previsto dalle Linee guida attività di Risk Management (prot. H1.2014.0040403 del 23/12/2014), entro la scadenza del 9 gennaio 2015 la Fondazione ha provveduto all'invio alla DG Welfare di Regione Lombardia della rendicontazione dei progetti e degli eventi formativi in tema di risk management inseriti nel Piano di Risk Management 2014. E' stata inoltre trasmessa in Regione l'autocertificazione rispetto all'attività svolta nel 2014 dal Comitato di Valutazione Sinistri, dal Gruppo di Coordinamento e Gestione del Rischio e rispetto all'attività di Ascolto e Mediazione Trasformativa dei Conflitti. Infine, è stato attestato l'aggiornamento del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità rispetto alle segnalazioni di eventi sentinella pervenute nell'anno 2014.

Entro le scadenze previste (31 gennaio e 31 luglio 2015) la Fondazione ha provveduto all'aggiornamento del data base regionale rispetto ai dati relativi ai sinistri, alle polizze, alle cadute e agli infortuni.

Il questionario "Monitoraggio L.E.A. anno 2014", ricevuto con nota Prot. H1.2015.0004430 del 09/02/2015, è stato ritrasmesso in Regione entro la scadenza prevista.

È stato predisposto e trasmesso il Piano annuale di Risk Management - Anno 2015, con la relativa determina di adozione, con il quale la Fondazione ha implementato, in modo particolare, la sicurezza negli ambiti della terapia trasfusionale (prosecuzione del progetto dell'anno 2014) e la sicurezza nella gestione dei farmaci, oggetto delle Raccomandazioni n. 1, n.7 e n.12 del Ministero della Salute.

Entro la scadenza del 30 giugno 2015 si è provveduto alla compilazione del campo "regime di trattamento" per tutte le richieste di risarcimento danni o notifica procedimento penale e/o civile con data dal 01.01.2010 al 31.12.2014.

Entro la scadenza del 31 luglio 2015 si è provveduto alla terza rilevazione della check list logistico organizzativa sulla Sepsis.

E' proseguito l'aggiornamento del Sistema Informativo per il monitoraggio degli Errori in Sanità rispetto alle segnalazioni di eventi sentinella pervenute nel corso dell'anno 2015.

La Fondazione ha inoltre presenziato ai quattro Network di Risk Management organizzati dalla DG Welfare di Regione Lombardia.

In ottemperanza a quanto previsto dalle linee di indirizzo regionale per l'armonizzazione dei sinistri, la Fondazione ha predisposto una procedura per la gestione dei sinistri da malpractice, integrata secondo quanto previsto dalle Linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri 2012 e 2015, nonché una procedura per la partecipazione ai procedimenti di mediazione obbligatoria, ex D.lgs 28/2010 e s.m.i., nell'ambito della gestione dei sinistri.

La Fondazione ha inoltre partecipato a n. 9 sedute del CVS territoriale (26.01.15, 23.2.15, 30.3.15, 27.4.15, 25.5.15, 29.6.15, 28.9.15; 26.10.15; 30.11.15), nelle quali si è provveduto ad attivare i seguenti percorsi comuni:

- creazione di una procedura di gestione dei sinistri comune a tutte le Aziende del V° Raggruppamento;
- discussione sui sinistri di rilevante interesse di ciascuna Azienda del Raggruppamento;

- creazione di un Albo unitario di medici specialisti da affiancare al medico-legale interno di ciascuna Azienda, che permetta - a costi contenuti, mediante l'adozione di un apposito tariffario - di ottenere delle consulenze specialistiche "terze" (sia in ambito stragiudiziale che giudiziale). Di tale Albo potranno servirsi tutte le Aziende del Raggruppamento che, previa sottoscrizione di un Accordo-quadro tra di esse, abbiano, in sede di CVS, riscontrato la necessità di servirsi di una consulenza specialistica per completare la fase istruttoria di gestione di uno o più sinistri, ovvero per partecipare, in qualità di CTP, alle operazioni peritali giudiziarie;
- elaborazione di una versione comune a tutte le Aziende del V° Raggruppamento regionale di una autocertificazione - da far sottoscrivere a coloro che inviano una richiesta risarcitoria - per la dichiarazione della sussistenza/non sussistenza di indennizzi (percepiti o da percepire) da parte di Enti previdenziali (INPS, INAIL ecc.) o coinvolgimento nel sinistro di altri soggetti responsabili (es. RC auto);
- studio per elaborazione di un testo di atto di transazione per la definizione dei sinistri in SIR comune a tutte le Aziende del V Raggruppamento regionale.

Entro la scadenza del 31/07/2015 (prot. H1.2014.0040403 del 23/12/2014), è stata predisposta ed inviata da parte dei rappresentanti legale e medico legale del V Raggruppamento, a cui la Fondazione afferisce, la relazione sulle attività svolte nel primo semestre del 2015.

Entro la scadenza del 31/07/2015, in ottemperanza a quanto previsto dalla nota regionale Prot. H1.2014.0039653 del 15.12.2014, la Fondazione ha provveduto alla compilazione della check list di autovalutazione ed all'inserimento della stessa nel sistema SMAF. I dati provenienti dall'autovalutazione sono utilizzati per individuare le aree nelle quali la Fondazione risulta non ancora allineata con gli standard previsti e quindi per definire le azioni da intraprendere per il miglioramento interno.

La Fondazione ha recepito le Linee Guida per l'elaborazione e lo sviluppo del "Piano integrato per il miglioramento dell'organizzazione", elaborate dal gruppo di lavoro regionale "Miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente" e, in ottemperanza alle stesse e a quanto richiesto dalla nota regionale Prot. H1.2015.0001833 del 19/01/2015 "Flusso PIMO", ha provveduto alla prima fase di realizzazione del Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione, ovvero alla raccolta dei dati interni, relativi al cruscotto dei 43 indicatori ricevuti da Regione, e al loro inserimento all'interno del template excel dedicato; per ogni dato raccolto è stato definito il raggiungimento rispetto all'obiettivo aziendale, con il relativo livello di priorità.

Nella consapevolezza dell'importanza ricoperta dall'Attività di Ascolto e Mediazione Trasformativa, ai fini del ripristino del rapporto di fiducia tra l'utente e la Fondazione, e dunque, anche ai fini della riduzione del contenzioso, la Fondazione ha accolto, nell'anno 2015, l'opportunità offerta dalla DG Welfare di Regione Lombardia di formare nuovi mediatori all'interno delle Strutture dove era rimasto attivo un solo mediatore: nel novembre 2015 sono stati quindi formati due nuovi Mediatori dei Conflitti

- **COMUNICAZIONE**

Nel corso dell'anno 2015 sono state realizzate le iniziative di comunicazione formalizzate all'interno del relativo Piano, adottato con Determina n.3/D.G./0283 del 25/03/2015: accanto alle iniziative di ordine congressuale/formativo, la Fondazione ha garantito, attraverso il proprio sito web, adeguata visibilità alle campagne di informazione e comunicazione promosse nel corso dell'anno dalla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, quali il "Libro Bianco", gli "Ambulatori Aperti", la campagna per la prevenzione dell'osteoporosi e dell'ictus, le campagne per la vaccinazione antiinfluenzale, ecc.

In considerazione del fatto che nel corso del 2015 sono proseguiti i trasferimenti delle Strutture presso il nuovo DEA, l'attività di comunicazione è stata anche orientata a facilitare l'accesso dei pazienti nelle nuove sedi, con contestuale aggiornamento delle mappe dei padiglioni e delle brochure di presentazione delle Strutture, disponibili in formato digitale sul sito web della Fondazione, con l'obiettivo di informare tempestivamente l'utenza dei cambiamenti, contenendo eventuali disagi legati ai trasferimenti.

In aggiunta alle suddette iniziative, durante l'anno 2015, l'Ufficio Stampa della Fondazione ha prodotto 125 rilevazioni televisive e 357 rassegne stampa (Testate "La Provincia Pavese", "Il Ticino", "Il giorno"), pubblicate sul sito www.sanmatteo.org, con l'obiettivo di informare sull'ampia gamma di servizi offerti e di promuovere l'attività di ricerca scientifica svolta, potenziando l'immagine delle eccellenze sanitarie presenti.

E' proseguita l'attività di adeguamento del sito web alla normativa in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza amministrativa e, come da normativa vigente in tema di trasparenza, i dati relativi al monitoraggio del traffico sul nostro sito sono pubblicati dal 2010.

Nell'ottobre del 2015 sono stati diffusi, a livello aziendale, i nuovi format ed il materiale necessario per l'applicazione di quanto richiesto in ottemperanza alle indicazioni pervenute nel febbraio 2015 dalla DG Welfare per "La comunicazione degli enti sanitari nell'ambito dell'immagine coordinata di Regione Lombardia", che hanno previsto l'utilizzo di un nuovo "layout istituzionale", da applicarsi a tutte le nuove iniziative di comunicazione realizzate in forma di poster, brochure ed opuscoli.

Infine, entro la scadenza prevista, nel dicembre 2015 la Fondazione ha provveduto all'invio alla DG Welfare di Regione Lombardia della rendicontazione delle attività di comunicazione svoltesi nel corso dell'anno.

- **FORMAZIONE**

Il Piano Formativo Aziendale del 2015, deliberato con determina del Direttore Generale n.3/D.G./1271 del 24 dicembre 2014 P - 20140037058, è stato inserito a sistema come da normativa della Regione Lombardia.

Il Piano Formativo Aziendale è stato integrato con ulteriori progetti (30) e deliberato con Determina integrativa del Direttore Generale n. 3/D.G./1106 del 27 ottobre 2015 - P-20140037058.

Del Piano Formativo Aziendale sono stati erogati il 90% degli Eventi formativi inseriti.
L'attività formativa aziendale viene rendicontata agli Organi competenti con specifica relazione chiamata Rapporto della Formazione Aziendale.

- **SISTEMA ACQUISTI**

Sono state rispettate per il sistema acquisti le regole di sistema 2015, anche con riferimento alle indicazioni previste per procedure negoziate in esclusiva, con richiesta al medico utilizzatore di dettagliata scheda contenente specifiche motivazioni tecniche, cliniche e letteratura di riferimento per l'esclusività e l'infungibilità, vagliata poi dalla Struttura aziendale competente per materia e per le proroghe.

La programmazione a livello consortile delle gare aggregate ha rispettato i tempi dettati da Regione Lombardia, tuttavia, in esito alla programmazione di ARCA del 9/4/2015, alcune procedure di gara aggregate pronte per l'avvio sono state sospese, nel rispetto delle indicazioni di ARCA ed in attesa di aggiudicazione centralizzata regionale.

- **DONAZIONI E TRAPIANTI**

É stata adottata anche per il 2015 la Determina "Destinazione dei fondi vincolanti per l'attività di prelievo d'organi e tessuti".

E' stato segnalato il 100% dei pazienti in morte encefalica.

Ci sono stati 75 donatori di cornee (150 cornee prelevate).

Ci sono stati 26 donatori di tessuti ossei da vivente su 191 interventi per impianto di protesi in elezione.

La Fondazione rimane l'unica in Italia ad avere un programma attivo e organizzato di prelievo da donatori a cuore non battente (DCD). Grazie all'esperienza maturata negli anni, nel 2015 il programma è stato implementato con l'inclusione di donatori con lesioni cerebrali irreversibili ricoverati in terapia intensiva, che non evolvono verso la morte cerebrale, ma la cui morte viene diagnosticata con criteri cardiaci. Una ulteriore evoluzione del programma è stata la possibilità di prelevare anche il fegato. La Fondazione è stata la prima in Italia ad eseguire un prelievo di fegato da donatore a cuore non battente. Ciò è stato possibile grazie alle conoscenze tecnico/scientifiche del personale medico ed infermieristico della Fondazione che opera da anni nel programma di prelievo da donatori a cuore non battente nella valutazione in situ ed ex-situ degli organi. Infatti, è a regime il programma di perfusione e valutazione di reni e polmoni da donatori a cuore fermo. A tale scopo, sono state anche attivate collaborazioni clinico-scientifiche con altri centri Trapianto della Regione Lombardia per la ri-perfusione di reni marginali.

Sono state messe in atto nuove strategie per potenziare l'attività di donazione delle cornee, mediante formazione del personale, sensibilizzazione alla cultura della donazione all'interno della Fondazione e riorganizzazione del programma di procurement e prelievo.

E' proseguita, sia per i pazienti in età pediatrica (Oncoematologia Pediatrica) sia per quelli di età adulta (Ematologia), l'attività di trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche da donatore familiare HLA-parzialmente compatibile. Questo programma è estremamente importante e strategico poiché offre una possibilità di trattamento trapiantologico anche ai soggetti che sono sprovvisti di un donatore HLA-compatibile.

Nel 2015 si è rafforzata la sinergia di promozione della donazione all'interno della Provincia di Pavia, coinvolgendo maggiormente le strutture ospedaliere del territorio, la formazione dei professionisti e la sensibilizzazione della cittadinanza, in particolar modo con il coinvolgimento delle scuole.

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

In ottemperanza a quanto stabilito dalla Regione (Steering Committee ROL), nell'ambito degli specifici Tavoli di Lavoro istituiti in sede di DIPO, sono stati approvati i PDTA territoriali del carcinoma colon rettile e di quello mammario la cui applicazione è stata monitorata mediante l'analisi dei relativi indicatori. Sono inoltre in fase di approvazione i PDTA territoriali relativi alle neoplasie ginecologiche, del distretto ORL e della prostata.

- **GOVERNANCE DEL SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO**

È stata effettuata la rilevazione mensile dei tempi di attesa secondo il calendario inviato da Regione Lombardia e l'inserimento dei dati nel sistema WEB Regionale secondo le indicazioni.

Sono stati inseriti a cedenza settimanale i dati medi di attesa sul sito di ASL Pavia come da accordi aziendali. È stato effettuato regolarmente l'invio del flusso MOSA.

Sono state attuati i criteri e le indicazioni come da DGR 10946/2009 e DGR IX/1775 del 24/05/2011. Le stesse indicazioni sono state quindi aggiornate mediante una revisione delle agende di prenotazione e degli slot di prenotazione dedicati, secondo quanto stabilito dalla DGR X 3993 del 4/8/2015.

In particolare, al fine di dare uniformità al contesto della rilevazione dei Tempi di Attesa a livello Nazionale e per facilitare l'introduzione della dematerializzazione delle prescrizioni ambulatoriali prevista dal progetto Ricetta Elettronica Dematerializzata, è stato superato il concetto di Rischio che aveva introdotto condizioni di accesso differenziate alle prestazioni richieste con priorità B, secondo un tipo di percorso diagnostico specifico:

“ON” per le prestazioni afferenti all'Area Oncologica;

“CV” per le prestazioni afferenti all'Area Cardiovascolare;

“MI” per le prestazioni afferenti all'Area Materno-Infantile;

“GE” per le prestazioni afferenti all'Area Geriatrica

riconducendo le Classi di priorità alle tipologie definite nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012:

U= urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore)

B= entro 10 gg

D= entro 30 gg (visite) entro 60 gg (prestazioni strumentali)

P= programmabile

L'Azienda si è tempestivamente allineata alle indicazioni Regionali.

- **PROGETTO CRS-SISS**

Sono state rispettate le azioni e la tempistica definite dal piano attuativo annuale aziendale che si riportano di seguito.

Ricetta elettronica: il numero dei referti ambulatoriali di laboratorio e di radiologia è in linea con il target.

Prescrizioni di protesica: obiettivo consolidato in quanto la prescrizione è totalmente on-line. Le prenotazioni del CCR regionale stanno superando il target: attualmente le prenotazioni CCR si attestano su 6000/7000 mese.

Accoglienza e comunicazione e promozione della prenotazione in farmacia e da internet: ad ottobre è stato attivato il piano promozione, in accordo con l'ASL e l'AO Pavia, che prevede l'affissione presso le strutture, le farmacie e gli MMG di locandine che informano il cittadino circa la possibilità di prenotare via internet o in farmacia.

Certificati Inail: a inizio anno è stata attivata l'integrazione via Siss tra PS ed Inail; al momento quasi tutti i medici di PS usano la nuova modalità.

- **FARMACEUTICA**

Per diffondere tra gli operatori sanitari, clinici e farmacisti, la prescrizione dei farmaci a brevetti scaduti e biosimilari alla dimissione, è stato condiviso un incontro con l'ASL dal titolo "La condivisione territoriale dell'appropriatezza e continuità di cura" in data 7/11/2015. Sono stati organizzati incontri interni in data 14-20-21 luglio 2015 presso le diverse Strutture/UO della Fondazione. Inoltre tutti i medici sono stati informati attraverso il sito intranet.

Per quanto riguarda il File F, è stato effettuato l'invio mensile di record per un totale di 65.234 senza nessun errore riscontrato, compresi i record specifici per HCV

Infine è stato predisposto il prontuario aggiornato.

- **APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI**

Si è concluso entro i tempi indicati l'esame del campione del 3% della produzione (1.182 cartelle cliniche) riferito alla qualità della documentazione clinica (esiti inviati entro 30 settembre 2015) con un livello di affidabilità del 100%.

E' stato predisposto il Piano di Governo dei tempi di attesa. In accordo con l'ASL di Pavia sono settimanalmente pubblicati sul portale ASL i tempi di attesa medi per le prestazioni di primo accesso rilevati ogni mercoledì. Tale attività è stata regolarmente effettuata nel corso dell'anno. Si sono mantenuti allineati i tempi di attesa ai limiti previsti dalla normativa vigente anche mediante l'attivazione mensile di posti aggiuntivi in abbattimento lista di attesa.

- **PRESTAZIONI DI SCREENING**

I volumi concordati con ASL inerenti le prestazioni sia di screening mammografico che di colonscopia sono stati rispettati. In accordo con il centro screening vengono erogate anche le prestazioni di secondo livello relative alla prevenzione del tumore della cervice uterina, colposcopia. In aggiunta, per una migliore programmazione e per offrire una maggiore disponibilità all'utenza, il personale del Centro Screening è in grado di prenotare direttamente su agende di prenotazioni dedicate le prestazioni di screening di secondo livello di colonscopia e colposcopia: questa opportunità è stata molto apprezzata sia dagli operatori ASL che dagli utenti.

- **CONTROLLO DI GESTIONE**

Le schede di budget sono state negoziate e sottoscritte nel periodo 19 marzo- 8 maggio 2015. Quest'anno per la prima volta, nell'ottica del perseguimento del pieno sviluppo del modello dipartimentale, il budget è stato negoziato dalla Direzione Strategica con i Direttori di Dipartimento, i quali, nell'ambito degli obiettivi assegnati, sono stati autonomi nella negoziazione con le singole Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali di afferenza. Sono stati infatti effettuate:

- Una negoziazione di primo livello (dal 19/3/2015 al 2/4/2015) che ha coinvolto la Direzione Strategica e i Direttori di Dipartimento e che ha portato alla sottoscrizione di una scheda budget dipartimentale;
- Una negoziazione di secondo livello (dal 2/4/2015 all'8/5/2015) nella quale i Direttori di Dipartimento hanno concordato gli obiettivi delle Strutture Complesse e Semplici dipartimentali, arrivando alla formalizzazione delle schede obiettivi di Struttura.

È stato effettuato un primo monitoraggio (relazione a firma congiunta di Controllo di Gestione e Farmacia) sull'andamento dell'attività dei primi 5 mesi e dei costi dei primi 6 mesi). I dati emersi dall'analisi sono stati discussi dal Comitato Budget nella seduta del 27/7/2015: in tale occasione il Comitato ha deciso di inviare la relazione redatta a tutti i clinici per conoscenza e opportuna informazione; contestualmente la Direzione Sanitaria ha trasmesso alle Strutture la cui situazione risultava particolarmente critica una nota (prot 2015/68 e 2015/67 del 29/7/2015) in cui si invitavano i Direttori a relazionare in merito alle criticità segnalate. Nel mese di ottobre, in occasione del Collegio di Direzione (20 ottobre), la Direzione ha illustrato ai Direttori di Dipartimento l'andamento di attività e costi dei primi 9 mesi 2015: successivamente il Controllo di Gestione ha provveduto ad inviare ai Direttori di Dipartimento tutta la documentazione relativa al monitoraggio sui primi 9 mesi. Il 18/3/2016 sono state pubblicate su Reportmed le schede riportanti i risultati di budget 2015, chiedendo ai Direttori di Struttura, qualora lo avessero ritenuto opportuno, di fornire motivazioni in merito al parziale o mancato raggiungimento degli obiettivi. I risultati e le controdeduzioni delle strutture sanitarie sono state esaminate dal Comitato Budget nelle riunioni del 20/4/2016 e 22/04/2016. Le risultanze sono state pubblicate su Reportmed il 22/4/2016. I risultati delle Strutture in staff alle Direzioni sono state esaminate dal Direttore Amministrativo il 12/05/2016 e i risultati comunicati in data 16/05/2016. Contestualmente è stato fornito e discusso tutto il materiale relativo alla chiusura del budget 2015 con il Nucleo di Valutazione nel corso della riunione del 13/05/2016. Ulteriori osservazioni/contestazioni da parte dei Direttori Di Struttura sono state esaminate dalla Direzione in data 26/05/2016 e i risultati sono stati comunicati alle Strutture il 27/05/2016, giorno di chiusura definitiva del ciclo.

Per quanto attiene l'implementazione del flusso Personale Coan/Fluper, dopo l'attività preliminare del primo semestre sono state apportate le modifiche al software di gestione delle risorse umane per automatizzare la generazione del Flu.Per (Flusso B) in base alla attribuzione dei Centri di Costo di lavoro del personale, che consente una più corretta distribuzione delle risorse destinate ad attività di ambulatorio e sala operatoria. Tale attività, che ha richiesto la collaborazione fra SS Controllo di Gestione e SC Risorse Umane, ha portato all'invio del Flu.Per 3° trimestre (30/11/15) corretto come da richieste regionali (in modo semi-automatizzato) e porterà alla generazione automatizzata del Flu.Per (Flusso B) con distribuzione sulle attività, secondo indicazioni regionali, per l'invio del 4° trimestre 2015, previsto per il 28/2/2016

Sono state rispettate le scadenze del 13/07/15 e 07/09/2015 per l'invio ad AREU dei dati dell'anno 2014 rispetto al flusso riguardante la "Valutazione e Analisi economica della riorganizzazione del sistema sangue regionale ai sensi della DGR n. X/1632/2014".

- **FLUSSI INFORMATIVI**

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

A proposito dei DRG ad elevato rischio di appropriatezza, si è verificato che vi è stata una diminuzione del 13,6% nel numero dei 108 DRG ad elevato rischio di appropriatezza rispetto all'anno precedente.

Gli indicatori PDTA tumore mammella e carcinoma colon retto sono stati oggetto di confronto con i colleghi clinici coinvolti e sono oggetto di monitoraggio continuo.

Per quanto riguarda il tema dell'autocontrollo SDO per qualità e congruenza, è stato inviato nei termini previsti il risultato dell'esame delle pratiche nel rispetto dei criteri e degli indicatori previsti.

7. RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI DI BUDGET

Il budget rappresenta lo strumento operativo per attuare gli indirizzi definiti e per poter condividere le strategie aziendali, attraverso la negoziazione di obiettivi specifici per ciascuna Struttura complessa della Fondazione. Integrando le priorità espresse dalla normativa nazionale e dagli atti di programmazione regionale con gli obiettivi strategici della Fondazione, per l'anno 2015 sono stati assegnati gli obiettivi specifici delle strutture, di cui si riporta di seguito una sintesi del raggiungimento:

Obiettivo 2015	Numero Strutture assegnatarie	Percentuale di raggiungimento		
		%PIENO	%PARZIALE	%NULLO
Corso FAD Ruoli, responsabilità e funzioni del Dirigente per la sicurezza ai sensi del D. Lgs 81/08	63	68%		32%
Redazione del riesame della Direzione della Struttura, comprensivo degli eventuali indicatori PIMO	54	100%		
Costo acquisto beni	53	75%	17%	8%
Attività ambulatoriale	50	84%	16%	
Implementazione del sistema di valutazione della dirigenza e del comparto secondo progetto az.	48	100%		
Attività di ricovero	36	94%	3%	3%
Applicazione della IO 20.1	35	83%		17%
Riduzione dei 108 DRG a rischio inappropriatezza	21	100%		
Adesione al protocollo antibiotico di profilassi operatoria	17	94%		6%
Ottimizzazione attività di sala operatoria	17	100%		
Monitoraggio indicatori qualità di gestione del tumore al colon retto	8	100%		
Trasparenza	8	100%		
Monitoraggio indicatori qualità di gestione del tumore al seno	7	100%		
Prestazioni interne Radiologia	6	100%		
Prestazioni interne Laboratorio	6	100%		
Redazione PDTA gestione piede diabetico	5	100%		
Aggiornamento della IO sull'utilizzo dei bifosfonati secondo le raccomandazioni ministeriali	4	100%		
Progetti di collaborazione interaziendali volti alla creazione di funzioni aggregate	4	100%		
Budget di spesa	4	100%		
Piano investimenti	4	100%		
Redazione PDTA Ictus	3	100%		
Redazione PDTA per la gestione del paziente con stomia	3	100%		
Ottenimento finanziamenti alla ricerca (corrente e finalizzata)	3	100%		
Redazione Procedura Aziendale per la gestione dell'Emergenza Interna	3	100%		
Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico	3	100%		
Pagamenti verso i fornitori	3	100%		
Produzione scientifica	3	100%		
Promozione attività scientifica della Fondazione	3	100%		
Completezza e regolarità degli ordini ai fornitori	3	100%		
Realizzazione del percorso nascita dal concepimento alla dimissione di puerpera e neonato	3	100%		
Effettuazione dell'analisi delle VEQ	3	100%		
Redazione dell'IO Aziendale per la Gestione del carrello dell'urgenza	3	100%		
Correttezza rendicontazione farmaci per HCV	3	100%		
Trasmissione on line certificati di malattia all'INPS	2	50%		50%
Redazione IO aziendale per la gestione dei POC	2	100%		
Revisione delle modalità operative correlate alla ricerca dei referti del laboratorio	2	100%		
Realizzazione condivisa dei criteri di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni radiologiche	2	100%		
Redazione Procedura per la gestione della terapia trasfusionale	2	100%		
Redazione IO Gestione eventi avversi odontoiatrici	2	100%		
Messa a regime ufficio unico ordini/liquidazioni	2	100%		
Mantenimento tempi d'attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio ASL	2	50%	50%	
Refertazione entro 3 gg dallesame per pz interni	2	100%		
Analisi delle situazioni e degli scenari per prevenire il non funzionamento del RIS-PACS	2	100%		
Razionalizzazione degli accertamenti tossicologici	2	100%		
Monitoraggio prestazioni inappropriate come da indicazioni regionali	2	100%		
Altri obiettivi per singola Struttura	75	92%		8%
Totale obiettivi	588	90%	3%	7%