



# PIANO DELLA PERFORMANCE

2016 - 2018

Revisione 2017

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



	Premessa	1
	La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo	3
	L'organizzazione	5
	La Fondazione in cifre - Anno 2016	8
	Lo sviluppo delle attività sanitarie	13
	Lo sviluppo dell'attività di Ricerca	26
	La formazione	35
	La qualità dell'assistenza	37
	Il ciclo della Performance	39
	Gli obiettivi strategici e istituzionali della Fondazione per l'anno 2017	40
	Il processo di Budget	44
	La valutazione del Personale	47



*Dott. Giorgio  
Girelli,  
Presidente*

## Premessa

---

Il Piano della Performance (adottato ai sensi del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n°150) ha lo scopo di rendere partecipe la comunità degli obiettivi che la Fondazione si è data per il triennio, 2016-2018, garantendo trasparenza e ampia diffusione verso i cittadini.

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

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

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

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

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

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



Il presente Piano della Performance comprende:

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

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

È consultabile al sito: [www.sanmatteo.org](http://www.sanmatteo.org)





## La Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

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



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



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



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



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

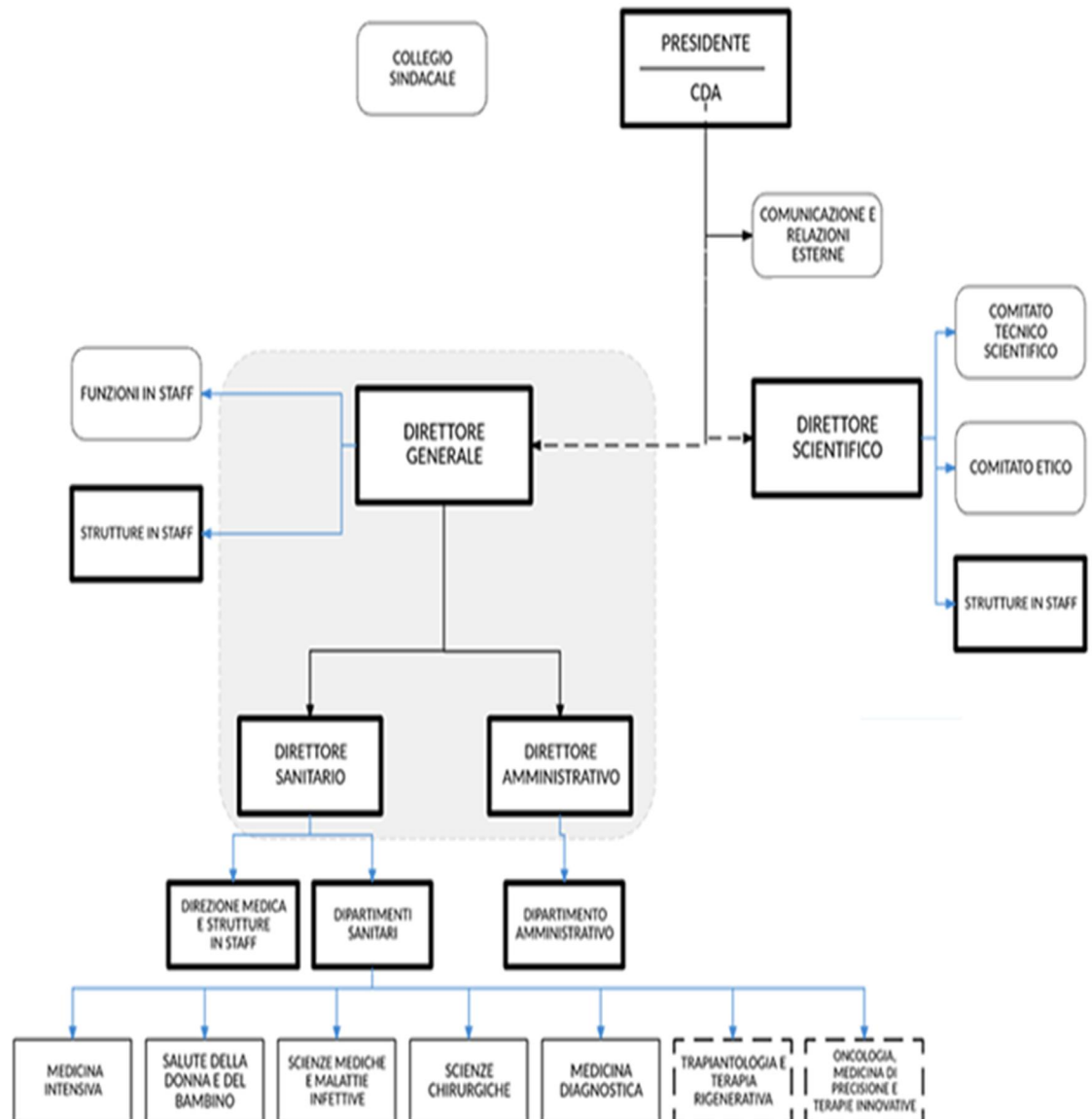




## L'organizzazione

La Struttura Organizzativa dell'Azienda si articola in:

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



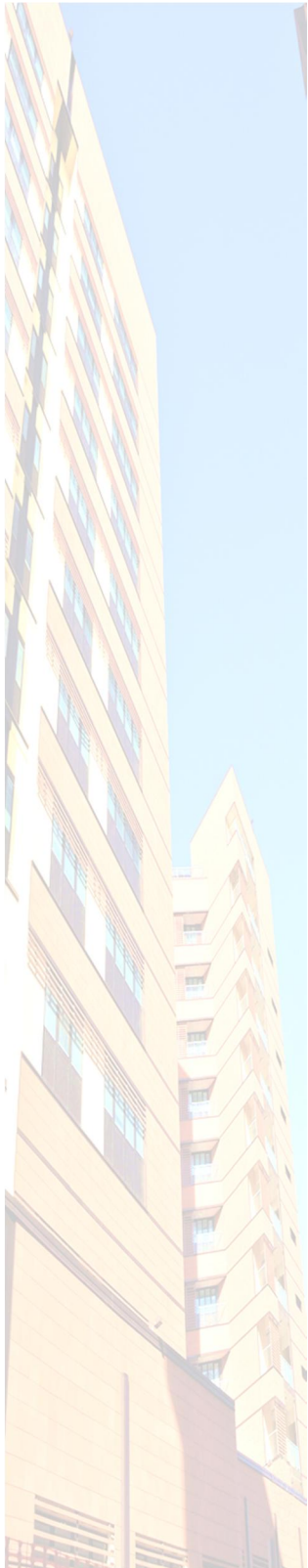
Il Dipartimento è l'unità organizzativa costituita da strutture complesse e strutture semplici. Queste sono riunite in base a una serie di affinità di tipo clinico/tecnico o perché si riferiscono a un particolare paziente/target. I Dipartimenti non sono unità chiuse e separate tra loro, ma sono coinvolti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

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

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

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

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





## Statuto e codice etico

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

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





## La Fondazione IRCCS in cifre – Anno 2016

### Attività clinica

**36.500**  
pazienti  
ricoverati

**99.000 accessi**  
al Pronto  
Soccorso

**881 posti**  
letto attivi

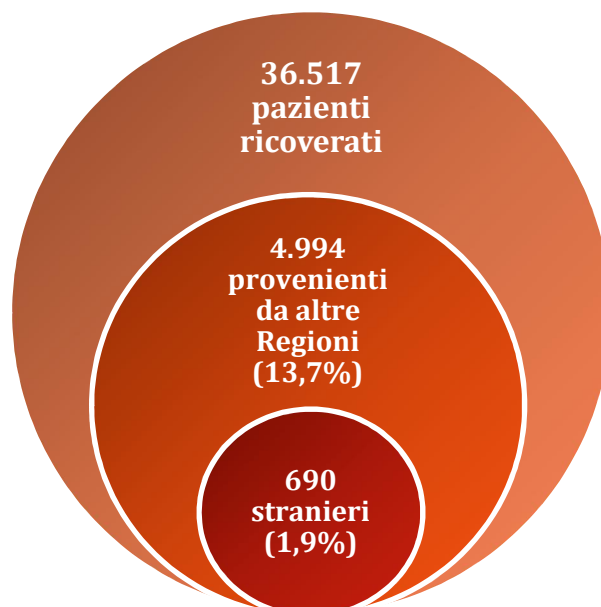
**601.854**  
prestazioni  
erogate in PS

**248.294**  
giornate di  
degenza

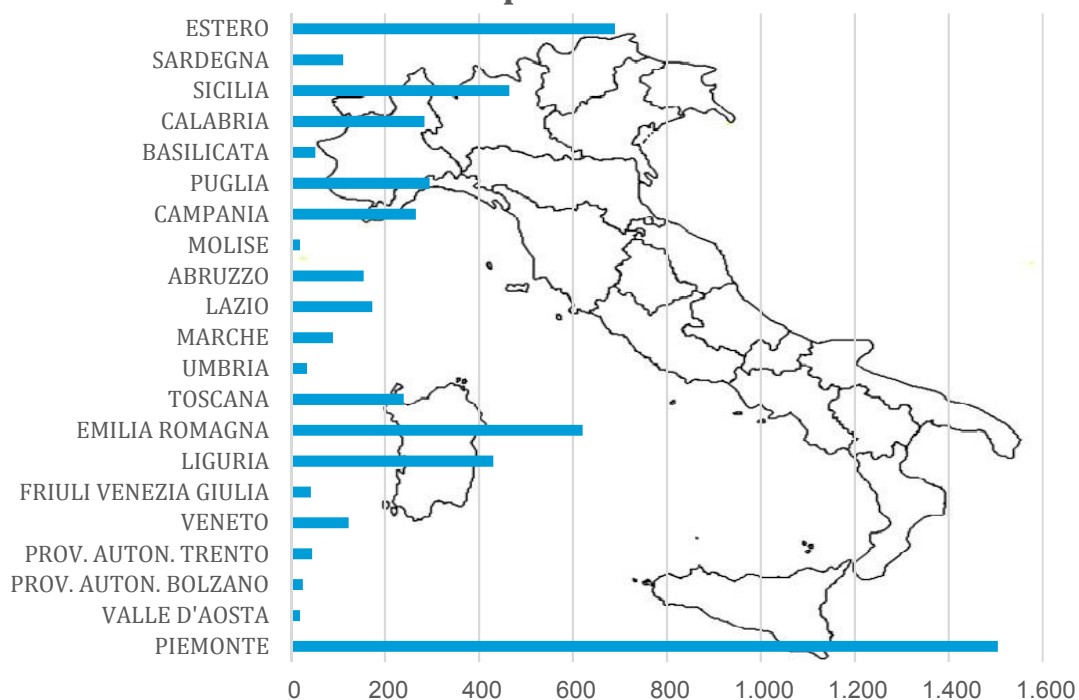
**2,1 milioni di**  
prestazioni  
ambulatoriali



*“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.”*



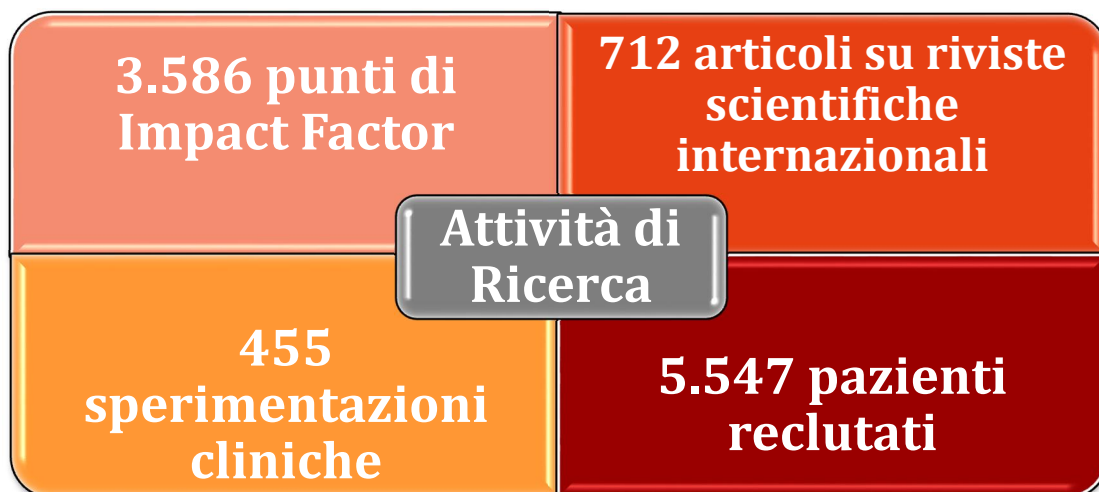
### Distribuzione dei pazienti non Lombardi



## Attività di Ricerca e Didattica

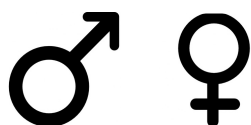
*Fare ricerca è missione istituzionale degli IRCCS e il San Matteo è riferimento nel mondo per la ricerca biomedica nazionale e per le collaborazioni scientifiche internazionali.*

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



## Risorse: Personale

*“3.282 operatori dipendenti tra medici, infermieri, tecnici e amministrativi rispondono quotidianamente con competenza ai bisogni dell’utenza.”*



I dati sulla composizione per genere di tutto il personale dipendente evidenziano a fine 2016 una netta maggioranza del personale femminile (69%) rispetto al personale maschile, in particolare tra il personale del comparto (72%). Sono donne il 53% dei Dirigenti della Fondazione.

## Dati di produzione

### Ricavi euro/1000

Prestazioni sanitarie.....299.670

Entrate diverse.....101.011

Totale.....400.681

### Costi euro/1000

Personale.....157.367

Materiale e Servizi.....171.874

Altri costi.....70.016

Totale.....399.257

### Ricavi

**Prestazioni di  
ricovero e  
ambulatoriali**

**Altre prestazioni  
sanitarie**

**Entrate diverse**

### Costi

**Materiali e  
servizi**

**Personale**

**Altri costi**





**Dott. G. Monza,**  
*Direttore Sanitario  
Aziendale*

## Sviluppo delle attività sanitarie

La Fondazione ha riprogettato il proprio modello assistenziale graduandolo per “intensità di cura” al fine di rispondere appropriatamente al bisogno di salute del cittadino in termini di tecnologie, competenze, qualità e quantità dei professionisti dell’assistenza in relazione alla instabilità clinica e la complessità assistenziale.

Il nuovo assetto organizzativo ad “intensità di cura” è stato implementato col trasferimento nella cosiddetta palazzina del DEA la cui struttura architettonica, nel superamento della organizzazione a padiglioni, ha permesso la realizzazione basata sulla condivisione della programmazione e la flessibilità delle risorse comuni che ha permesso di declinare i livelli di gravità o instabilità dei pazienti e i gradi di complessità assistenziale medica e infermieristica in setting omogenei per tecnologia, quantità e composizione del personale assegnato.

Lo sviluppo assistenziale ospedaliero per “intensità di cura” può essere garantito solo con un’organizzazione dipartimentale che rappresenta il modello più efficace ed efficiente per rispondere al bisogno di salute.

I Dipartimenti non sono unità chiuse e separate tra loro, al contrario sono unità coinvolte in una fervente attività che le mette in costante relazione tra loro. Comunicazione e scambio di idee sono la forza che rende il Policlinico San Matteo un’istituzione moderna e dinamica.

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

I Dipartimenti funzionali dovranno favorire il processo di integrazione tra i Dipartimenti Gestionali e le varie U.O.C., in quanto impegnati in attività e compiti trasversali. Dovranno avere forti capacità di gestione delle relazioni di gruppi interdisciplinari e saper lavorare su progetti specifici. In particolare dovranno facilitare l’integrazione tra



le risorse dedicate all'attività dalle varie U.O.C. e mantenere un confronto costante con gli altri Dipartimenti, nel rispetto delle indicazioni della Direzione Aziendale e al fine di perseguire gli obiettivi aziendali assegnati.

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

La Fondazione ha inoltre già recepito il modello organizzativo delle alte specialità, in riferimento alla modalità di produzione e distribuzione della assistenza ospedaliera secondo il modello HUB & SPOKE ovvero delle reti cliniche integrate che valorizza, ai fini della Qualità e Sicurezza delle cure, la concentrazione della casistica più complessa e che necessita di sistemi produttivi più complessi in un numero di centri limitato denominati appunto HUB, integrandosi con forti connessioni funzionali con centri ospedalieri periferici denominati SPOKE in un unicum assistenziale fortemente competitivo e sostenibile costruito sulla centralità del Paziente, così come già attuato per la gestione dell'ictus cerebrale.

Per quanto concerne pertanto i futuri sviluppi sono stati elaborati progetti relativi alla candidatura della Fondazione ad ospedale HUB per la gestione del trauma maggiore, del Paziente con cardiopatia ischemica con la valorizzazione della rete HUB in un dipartimento interaziendale ed ancora con una rete HUB per le patologie sia Otorinolaringoiatriche sia Oncologiche nella Provincia Pavese.

I principali obiettivi strategici individuati per il triennio sono i seguenti:

*I principali obiettivi strategici individuati per il triennio*



**Breast Unit:** la Struttura di Senologia della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia offre tutte le prestazioni e i servizi necessari per la diagnosi e la cura della patologia mammaria. Prende in cura le donne dalla prima visita fino al follow up delle donne operate, attraverso un approccio multidisciplinare.





La Struttura di Senologia è l'unico Centro pubblico certificato EUSOMA in Regione Lombardia.

La riorganizzazione della U.O.S. di Senologia Chirurgica all'interno della Fondazione è stata realizzata nel 2016 e ha contemplato l'individuazione di una nuova sede per la degenza e sedute operatorie presso la UOC di Cardiocirurgia e l'individuazione di una nuova sede per le prestazioni ambulatoriali (visite mediche, prestazioni diagnostiche, medicazioni, controlli follow-up, piccoli interventi chirurgici) presso una Palazzina esterna. Questa revisione organizzativa ha permesso:

- Il raggiungimento degli Obiettivi Regionali attraverso l'incremento dell'attività chirurgica senologica e la riduzione lista d'attesa che attualmente è in linea con il nuovo piano nazionale di governo delle LdA;
- L'ottimizzazione delle risorse afferenti alla UOC di Cardiocirurgia Degenza e Blocco Operatorio con conseguente riduzione dei costi erogati per le sedute incentivate (Infermieri, OSS ed Anestesisti) Euro 91.709/anno.

Il progetto "Breast Unit" è parte integrante dell'ampio progetto di sviluppo dedicato all'Oncologia nel PSM che comprende tre componenti principali:

1. La "Rete Tumori San Matteo" che includerà anche le attività della Breast Unit,
2. La partecipazione alle attività di ricerca preclinica dell'istituendo Cancer Research Centre di Pavia. Questo è un progetto trasversale del PSM e dell'Università di Pavia, CNAO e CNR il cui obiettivo è di coordinare e sviluppare ricerche originali nel campo della biologia dei tumori, nuove metodiche diagnostiche e nuove terapie basate su particelle nucleari (protoni e ioni carbonio), piccole molecole e anticorpi.
3. Sinergie con il modello organizzativo a rete di patologia oncologica ed il territorio, incluso il Dipartimento Interaziendale Provinciale Oncologico.



**Stroke Unit di II Livello:** al fine di procedere ad un riordino della rete Stroke nella Provincia di Pavia, l'ATS Pavia, con decreto nr. 225/DG del 22.12.2016, ha individuato l'Unità Operativa Stroke-Unit di II livello (Presidio HUB) presso il San Matteo, richiamando il coinvolgimento clinico del Mondino attraverso una specifica forma di cooperazione, nell'ambito dei nuovi modelli di sperimentazione pubblico-privato



definiti dalle Regole di Sistema della Regione Lombardia. Il Piano di organizzazione Aziendale della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo ha previsto l'attivazione dell'unità semplice dipartimentale di "Stroke unit di II Livello", afferente al Dipartimento di Medicina Intensiva.

Per Stroke Unit di II Livello si intende un'Unità in cui i Pazienti con malattia cerebrovascolare acuta, come l'ictus ischemico ed emorragico ed il TIA (attacco ischemico transitorio), sono seguiti da un team multidisciplinare composto da medici esperti con competenze sulle malattie cerebrovascolari, infermieri, tecnici della Riabilitazione.

Considerando che la Stroke Unit di II Livello rappresenta il modello più avanzato ed efficace di trattamento dei disturbi cerebrovascolari acuti e l'unico in grado di ridurre significativamente mortalità e disabilità legati alla malattia ed in funzione delle problematiche illustrate, l'obiettivo prioritario è stato quello di attivare la Stroke Unit di II Livello, all'interno della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, mediante l'incremento di posti letto dedicati (12), finalizzato al trattamento dei Pazienti affetti da Malattie cerebrovascolari nella fase acuta.

E' stato quindi realizzato un progetto interaziendale tra Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo (per la cura dei Pazienti affetti da tali patologie in fase acuta) e la Fondazione IRCCS Casimiro Mondino (per la riabilitazione, studio dei Pazienti affetti da malattie cerebrovascolari e cura dei Pazienti affetti da tale patologia in fase cronica), per la realizzazione di un unico Centro di Stroke Unit di II Livello per un totale di n. 12 posti letto, a conduzione Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo e conseguente rafforzamento della posizione della nostra Fondazione nelle Reti Nazionali di Stroke Unit, considerando che la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo è l'unica Struttura Sanitaria in possesso dei requisiti organizzativi e strutturali per l'attivazione di uno Stroke Unit di II Livello.

Con l'avvio della Stroke Unit di II Livello presso il San Matteo, è stata per la prima volta superata la frammentazione specialistica sinora erogata, nell'ottica della centralità del paziente e non dei singoli Istituti.



La gestione del paziente, secondo un percorso standard integrato, inizia dal riconoscimento dell'evento acuto e dall'attivazione del Servizio Emergenza-Urgenza Territoriale AREU, giunge al ricovero ospedaliero in area dedicata competente e qualificata (Stroke Unit), si integra con l'avvio precoce della riabilitazione in acuto durante il ricovero e si conclude con l'invio diretto, nel post-acuto, presso strutture riabilitative.

Scopo della struttura è la completa presa in carico del paziente con ictus. I malati ricoverati ricevono il monitoraggio continuo dei parametri vitali e, attraverso un approccio multidisciplinare, qualificate consulenze specialistiche di tipo cardiologico, cardiocirurgico, di chirurgia vascolare, di tipo internistico, neurochirurgico, neuroradiologico e neuroradiologico interventistico. Gli aspetti qualificanti delle Stroke Unit di II Livello sono:

- Multi professionalità dell'équipe (presenza di Neurologo, Neurochirurgo, Chirurgo Vascolare, Interventista endovascolare ed, all'occorrenza, Rianimatore);
- Approccio integrato medico, infermieristico e riabilitativo;
- Formazione continua del personale;
- Educazione sanitaria volta ai pazienti ed ai famigliari.

I volumi di attività e i risultati attesi previsti sono:

- Incremento dell'attività di Stroke Unit II livello della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo con previsione di ricoveri pari a circa 500 ricoveri/anno per Pazienti affetti da Malattie Cerebrovascolari acute;
- Maggior appropriatezza attraverso la proposta di un setting standardizzato di diagnosi e cura per la fase acuta;
- Ottimizzazione delle attività relative alle Strutture di ricovero e cura coinvolte;
- Miglioramento dell'outcome.





**Infection Control Unit:** in tema di controllo delle ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza) si è proposto di:

1- implementare i sistemi di sorveglianza riferiti a due delle quattro più frequenti infezioni che insorgono in ambito ospedaliero, vale a dire le infezioni del sito chirurgico e le infezioni del torrente circolatorio (sepsi correlate a catetere venoso centrale);

2- contenere e prevenire la circolazione di batteri multiresistenti;

3- implementare le strategie di immunizzazione attiva nelle categorie a rischio che accedono in Fondazione.

*Infezioni dai microrganismi multiresistenti Klebsiella pneumoniae kpc e Staphilococcus aureus meticillino resistente MRSA.*

*Klebsiella pneumoniae kpc:* il numero di isolamenti è in aumento rispetto al 2015 (casi di colonizzazione e di infezione); la condizione di portatore asintomatico (colonizzazione) è un fattore di rischio elevato per lo sviluppo di infezioni gravi/ a elevata mortalità; il fenomeno non è più circoscritto all'area rianimatoria e i casi di infezione (batteriemie) registrati nel 2016 (24 casi) interessano sia l'ambito rianimatorio (25% dei casi), sia l'area chirurgica (21% Chirurgia generale e 8% Chirurgia Specialistica), sia l'area medica (25% Medicina generale, 21% Medicina specialistica).

*Staphilococcus aureus meticillino resistente MRSA:* il numero dei casi di infezione/colonizzazione è in lieve aumento rispetto al 2015; i casi di infezione (batteriemie) registrati nel 2016 (17 casi) interessano soprattutto l'area medica (23% Medicina generale, 18% Medicina specialistica), sia l'area chirurgica (12% Chirurgia generale).

Il prolungamento della degenza per insorgenza di infezioni nosocomiali (in media 14 gg) erode risorse e condiziona la disponibilità di posti letto, con ricadute particolarmente negative, laddove siano interessate le aree rianimatorie ovvero reparti chirurgici. Il costo medio di degenza (riferito all'anno 2015, fonte Controllo di



gestione, esclusi i costi generali) varia da 1.500€ nelle Rianimazioni I e II a 1.129 € (Rianimazione III), a 1.098€ (Oncoematologia pediatrica), a 714,5€ (Ematologia), a 463,26€ in Malattie Infettive.

Si è ritenuto pertanto di importanza strategica individuare un gruppo ristretto (composto da 4 professionisti: microbiologo, medico di Direzione medica/sanitaria e specialisti infettivologi), dedicato a tempo pieno allo svolgimento delle seguenti attività: implementazione della politica aziendale di prevenzione, sorveglianza attiva, monitoraggio e gestione dei casi di infezioni correlate all'assistenza e di colonizzazioni/infezioni da microrganismi multiresistenti. L'attività dei professionisti potrà assicurare: diagnosi e gestione tempestiva dei casi particolarmente critici (sostenuti da MDR o in aree "sensibili" quali le rianimazioni o le aree chirurgiche); supporto alle Unità Operative nell'avvio di trattamenti antibiotici appropriati (nell'ottica di stewardship antibiotica) e basati sull'ecosistema microbiologico locale; trasferimento preferenziale con presa in carico diretta nel Reparto di Malattie Infettive. Tale elemento risulta cruciale per ridurre la circolazione ospedaliera di microrganismi multiresistenti e/o a elevata diffusibilità, per garantire la corretta assistenza dei casi, da parte di personale sanitario addestrato e formato a gestire le problematiche cliniche e gli aspetti comunicativi e relazionali nel rapporto con i familiari.



**Potenziamento dell'offerta vaccinale:** l'impegno della Fondazione nel prossimo futuro consiste nell'organizzare un ambulatorio dedicato alle vaccinazioni dei soggetti maggiormente a rischio, ospedalizzati o con accessi ripetuti in Ospedale (trapiantati, pazienti neoplastici, sottoposti a splenectomia, affetti da patologie reumatiche, gravide, soggetti sieropositivi per HIV) per garantire un intervento sanitario preventivo efficace nei confronti dei pazienti (che non sempre accedono ai servizi territoriali vaccinali per difficoltà logistiche o legate al proprio stato di salute) e un impatto positivo nell'ottica condivisa della "presa in carico" dei pazienti cronici e/o fragili (ambulatorio attivato a luglio 2017).

Questo progetto aziendale è integrato nella intensa attività di ricerca in ambito infettivologico che caratterizza da sempre il nostro IRCCS. Inoltre, il controllo delle



infezioni ha una rilevanza fondamentale nell'ambito trapiantologico. Progetti di ricerca sono dedicati all'epidemiologia molecolare degli agenti infettivi, inclusi gli emergenti, e allo sviluppo di protocolli terapeutici personalizzati. Particolare impulso sarà dato alla vaccinologia, che rappresenta una delle attività di ricerca più produttive in questo ambito. Recenti importanti finanziamenti per la ricerca infettivologica ottenuti a livello competitivo regionale e nazionale assicurano lo sviluppo di queste aree di ricerca di rilevanza strategica per il PSM.

In seguito ad alcune analisi e riflessioni sono stati sviluppati processi assistenziali, orientati all'implementazione di nuovi modelli organizzativo-assistenziali, elaborazione e realizzazione di progetti a valenza organizzativa, gestionale e professionale, finalizzati all'ottimizzazione delle risorse e riduzione degli sprechi; tutto questo si è realizzato ai diversi livelli dell'organizzazione aziendale attraverso l'integrazione con le responsabilità, funzioni e competenze degli altri Professionisti afferenti ad altre strutture (Direzione Sanitaria Aziendale, DMP e Qualità e Risk Management, Direttori e Coordinatori delle SS.CC. coinvolte.



**Progetto per l'avvio di un Servizio di Psicologia Clinica:** il servizio progettato è strutturato in modo da coordinare l'offerta oggi frammentata, non strutturata e in parte volontaristica. E' stato portato all'attenzione degli uffici Regionali un progetto come di seguito illustrato: il Servizio di Psicologia Ospedaliera è rivolto a pazienti affetti da diversi tipi di patologie cliniche e varie forme croniche e invalidanti di malattia o dolore, che possono presentarsi in età adulta e nell'infanzia, attraverso interventi diagnostici, riabilitativi e psicoterapeutici, erogati verso l'utenza interna della Fondazione. L'intervento psicologico è rivolto ai pazienti con l'obiettivo di potenziare le risorse che essi possiedono, al fine di favorire un più efficace adattamento alla malattia ed un miglioramento della qualità di vita, contenendo la sofferenza e promuovendo un maggior benessere psicofisico. L'attività psicologica è rivolta a pazienti (e loro famigliari) seguiti in regime di ricovero, day hospital o ambulatoriale.

Tale proposta si pone l'obiettivo di ridurre considerevolmente il ricorso a rapporti di consulenza e di integrarsi con quelli mantenuti in vita, oltre che di dare maggior copertura e continuità alle differenti aree cliniche, con ulteriore estensione ad



attività attualmente non raggiunte quali ad esempio l'area dell'emergenza, la reumatologia e la medicina del lavoro. Le aree interessate previste sono:

1. Oncologia - Ematologia
2. Trapianti d'organo
3. Nefrologia
4. Cardiovascolare
5. Dolore
6. Area Materno-Infantile
7. Area dell'Emergenza
8. Chirurgia bariatrica
9. Malattie Reumatiche
10. Malattie Infettive
11. Medicina del lavoro e Comitato Unico di garanzia

Il Servizio si integrerà quindi con tutta l'attività clinica del San Matteo nelle aree particolarmente a rischio. Si è proposto pertanto di istituire, all'interno della Fondazione, un Servizio di Psicologia gestito da un Supervisore clinico con un organico di almeno tre psicologi, strutturato con servizi di reperibilità e afferente direttamente alla Direzione Sanitaria Aziendale. Tale proposta si pone l'obiettivo di dare maggior copertura e continuità alle differenti Unità Operative a seconda delle differenti aree cliniche, superando soluzioni atipiche autonome non strutturate nel corso degli anni, con ulteriore estensione ad attività attualmente non raggiunte quali ad esempio l'area dell'emergenza, la reumatologia e la medicina del lavoro.



**Appropriatezza delle prestazioni:** prosegue il processo di passaggio di attività dal regime di ricovero diurno al regime ambulatoriale complesso, come da indicazioni regionali. Oltre ai 60 posti letto di Day Hospital di tipo medico convertiti in postazioni tecniche per "Macroattività Ambulatoriali" a partire dal 2012 (afferenti alle Medicine generali, alla Pneumologia, all'Oncologia compresa l'Oncoematologia Pediatrica, alla Nefrologia, alla Dermatologia, alla Pediatria, alle Malattie Infettive, alla Reumatologia, all'Ematologia ed alle Cure Palliative), nel 2016 praticamente la totalità delle chemioterapie gestibili senza ricovero ordinario sono state effettuate in regime ambulatoriale complesso. Nel corso del 2016 è migliorata l'offerta di



prestazioni specialistiche di medicina nucleare portando alcune attività complesse presso la Mac dell'Oncologia.

Sul fronte dell'attività cosiddetta "chirurgica minore" si è dato opportuno seguito alle regole regionali organizzando l'erogazione di questo tipo di prestazioni in regime di BIC (Bassa Intensità Chirurgica) passando quindi alla rendicontazione 28 SAN anche in questi casi. Sono stati convertiti in BIC sia letti di DH che letti ordinari, presso la Chirurgia Vascolare, l'Ortopedia, la Neurochirurgia, l'Odontoiatria, la Ginecologia, l'Oculistica, l'Urologia, la Chirurgia Pediatrica e la Chirurgia Generale. Favorendo anche in questi casi l'appropriatezza dell'erogazione e laddove possibile la partecipazione alla spesa dei cittadini. Nel corso del 2016 sono state attivate le postazioni BIC anche presso l'Odontoiatria e l'ORL.

I letti tecnici di "Cure Subacute" attivati presso il presidio di Belgioioso dal 2012, a fronte della conversione dell'intero reparto di Medicina 4 del Presidio di Belgioioso, sono utilizzati a pieno regime accogliendo molti pazienti in dimissione precoce dai letti per acuti sia per ottimizzare la gestione dei pazienti stessi, che fruiscono di maggior assistenza infermieristica, sia per consentire un risparmio di risorse per il sistema sanitario. Nel 2016 sono stati avvicinati ai reparti per acuti presso la sede di Pavia favorendo ulteriormente il percorso del paziente.



**Attività di Trapianto:** la medicina dei trapianti costituisce una pratica terapeutica ampiamente consolidata ed efficace che ha consentito nel tempo risultati rilevanti in conseguenza del progresso scientifico e del continuo perfezionamento delle tecniche operatorie. L'attività trapiantologica che si svolge in Lombardia, rappresenta un segmento di eccellenza all'interno del Sistema Socio-Sanitario Nazionale ed il Policlinico San Matteo, da anni, contribuisce alla riuscita del programma trapiantologico.

Strettamente correlata all'attività trapiantologica è l'attività di procurement.

In attuazione delle linee di programmazione sanitaria, nell'ambito delle azioni finalizzate al continuo miglioramento dell'intero processo donazione-trapianto, il Policlinico San Matteo persegue il potenziamento delle attività di reperimento di organi e tessuti. Il programma prevede di promuovere l'integrazione della donazione





nei percorsi clinici ed organizzativi codificati e nelle linee guida in collaborazione con le Società Scientifiche e gli organismi regionali (ad es. le linee guida dell'ictus e del trauma cranico devono comprendere l'identificazione e il trattamento del potenziale donatore) e condividere l'obiettivo di donazione con il personale dei PS, 118 e dipartimento di emergenza essendo il Policlinico "hub" per la Neurochirurgia e la Neuroradiologia interventistica terapeutica. Per quanto riguarda questo punto, il Policlinico si pone l'obiettivo di incrementare ulteriormente il numero di donatori, attuando anche un programma di centralizzazione di pazienti con lesioni cerebrali rapidamente evolutive anche dall'area provinciale, reclutando pazienti dagli ospedali di Vigevano e Voghera. Identificazione di un percorso definito per il paziente neurocritico con danno cerebrale severo, attraverso un programma aziendale, programmi e percorsi condivisi.

L'attività di prelievo di organi da donatore cadavere ha raggiunto nel 2016 il valore di 33 donatori segnalati. La nostra Fondazione rimane tra le pochissime 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.

Si prevede di definire, nel prossimo triennio, modelli innovativi di supporto che permettano una gestione olistica del processo di donazione da parte del personale addestrato e dedicato, dal trattamento del potenziale donatore al trasporto e trapianto degli organi.

Le liste di attesa a livello nazionale, al 31/12/2016, contavano 9.026 pazienti in attesa di trapianto d'organo, di cui 6.793 per il rene (considerando che per il rene ogni paziente può avere più di una iscrizione), 1.030 per il fegato, 748 per il cuore, 348 per il polmone, 251 per il pancreas e 12 per l'intestino.

L'attività trapiantologica del San Matteo è stata una delle prime in Italia e prosegue a pieno regime nella clinica e nella ricerca.

Tabella: numerosità trapianti effettuati negli ultimi anni in San Matteo

	2014	2015	2016
Cuore	15	12	14
Polmone	7	7	11
Rene	33	32	39

DL: Double Lung; SL: Single Lung



**Miglioramento del rapporto costi/valore della produzione nel pieno rispetto degli obiettivi economici ricevuti dalla DG Salute RL:** nel rispetto dei vincoli di mandato e della normativa, la Fondazione si propone di aumentare la complessità e la specificità della produzione, investendo in termini di offerta nelle aree di alta specializzazione e ottimizzando i costi sostenuti per le altre aree di attività al fine di garantire il mantenimento di ospedale di eccellenza.





**Gestione magazzini di reparto:** il progetto prevede l'inserimento in anagrafica di tutti i prodotti e il relativo "carico" e "scarico".

Obiettivi generali:

- Garantire una gestione sicura dei farmaci e dei presidi al fine di prevenire errori nelle fasi di approvvigionamento, stoccaggio e conservazione di farmaci e dispositivi medici;
- Ridurre le scorte di magazzino delle SS.CC. e centralizzare i magazzini di farmacia con distribuzione nelle 12 ore dal lunedì al venerdì e nelle 6 ore nei giorni festivi e di sabato attraverso il miglioramento della logistica e dell'organizzazione delle strutture Farmacia e Curm

Obiettivi specifici:

- Ridurre le scorte eccessive di farmaci e dispositivi medici all'interno delle strutture;
- Facilitare la verifica delle scadenze;
- Ottimizzare gli spazi dedicati allo stoccaggio dei farmaci e dei dispositivi all'interno delle strutture;
- Riorganizzare la tempistica relativa alla distribuzione/consegna dei farmaci e presidi mediante l'ampliamento degli orari di apertura del servizio per la distribuzione, l'integrazione dei sistemi informativi, il miglioramento della qualità dei servizi e integrazione multi-professionale;
- Integrare le risorse umane afferenti ai vari magazzini, prevedendo una sistematica rotazione previa acquisizione di competenze adeguate.

In tale contesto si inserisce il progetto di ricollocazione del magazzino farmacia nell'area ex lavanderia; tale area, di circa 1000 mq, necessita di radicale ristrutturazione. A tal riguardo sono state allocate risorse per €. 1.300.000,00. L'Area individuata dovrebbe assorbire i seguenti magazzini:

- Magazzini 1), 2) e 3) presso edificio Farmacia;
- Magazzini 11) e 11 bis) c/o Oculistica;
- Magazzini 15) e 16) c/o Ginecologia;
- CURM.





**Prof. Giampaolo  
Merlini,**  
Direttore Scientifico

## Sviluppo dell'attività di Ricerca

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

Le Linee della Fondazione sono ripartite in due Aree Disciplinari:

“Trapiantologia, malattie curabili con trapianto d'organi, tessuti e cellule” (1-5 linee di ricerca) e

“Malattie internistiche ad alta complessità biomedica e tecnologica” (6-9 linee di ricerca).

*Le linee di Ricerca e i relativi obiettivi*

### **1. Trapianto di organi toracici e malattie invalidanti di cuore e polmone:**

- ✓ Implementare le conoscenze dei meccanismi cellulari, molecolari e genetici delle malattie cardiovascolari e polmonari con potenziale evoluzione in fallimento funzionale terminale richiedente terapia sostitutiva;
- ✓ Ottimizzare nuovi modelli di diagnosi e cura anche al fine di ridurre o procrastinare la terapia trapiantologica sostitutiva e garantire l'intero spettro terapeutico possibile per le malattie end-stage, in particolare per il cuore dal trapianto alla destination therapy;
- ✓ Innovare la gestione del percorso trapianto di cuore e di polmone a partire dai criteri di inserimento in lista e monitoraggio clinico-strumentale durante l'attesa, migliorare il recovery di organi anche da donatori marginali, introdurre nuovi protocolli terapeutici immunosoppressivi e prevenire o rallentare il rigetto cronico.

### **2. Trapianto di organi addominali e malattie invalidanti di fegato, rene, pancreas ed intestino:**

- ✓ Identificare i meccanismi cellulari e molecolari delle malattie epatiche, pancreatiche, intestinali e renali potenzialmente suscettibili di trattamento con trapianto d'organo e cellulare;



- ✓ Sviluppare nuovi modelli malattia-specifici di diagnosi e cura integrati con l'approccio trapiantologico d'organo e cellule;
- ✓ Implementare il programma di donazione da nbhd (not beating heart donors) che è già stato introdotto in ambito clinico di trapianto di rene; estenderlo a livello sperimentale e preclinico al recovery da nbhd di fegato; facilitare la donazione di rene da donatore consanguineo; innovare le tecniche chirurgiche trapiantologiche mediante robotica e mini-invasiva.

**3. *Trapianto di midollo osseo o cellule e malattie ematologiche, immunologiche ed oncologiche:***

- ✓ Identificare target cellulari e molecolari per terapie basate sull'uso di nuovi farmaci mirati che consentano di generare percorsi terapeutici anche alternativi al trapianto cellulare e midollare o di ottimizzarne l'applicazione;
- ✓ Implementare la ricerca su immunosoppressione, prevenzione delle infezioni opportunistiche e della gvh nel trapianto di midollo.

**4. *Medicina riparativa di organi e tessuti; cellule staminali; diagnostica e terapia cellulare:***

- ✓ Generare evidenze scientifiche e metodologie appropriate a livello cellulare e sperimentale per favorire la traslazione clinica dei programmi di medicina riparativa e rigenerativa, anche con impiego di cellule staminali;
- ✓ Implementare programmi clinici di terapia cellulare in ambito immunologico, oncologico e vascolare ed espandere le conoscenze ed i programmi clinici relativi ad innesti tissutali;
- ✓ Potenziare i servizi di diagnostica e ingegnerizzazione cellulare a fini terapeutici in ambito di immunoematologia e di bancaggio cellulare e tessutale.

**5. *Immunologia dei trapianti. immunodepressione ed infezioni:***

- ✓ Mantenere e potenziare il ruolo trasversale della ricerca in ambito infettivologico per tutte le attività trapiantologiche cliniche dell'ente;
- ✓ Introdurre innovazioni terapeutiche per le infezioni opportunistiche in ambito di immunosoppressione convenzionale e nuovi protocolli di immunosoppressione, anche potenziando lo sviluppo di vaccini.



**6. *Malattie croniche su base immunitaria e immunoinfettiva. Immunoterapia:***

- ✓ Definire i meccanismi molecolari delle malattie autoimmuni per avanzare le conoscenze e al fine di individuare nuovi target farmacologici e biomarcatori utili per la diagnosi precoce, la definizione del rischio terapeutico, nell'ambito della personalizzazione del trattamento, e monitoraggio della terapia per la identificazione precoce dei responsivi e dei non-responsivi;
- ✓ Definire innovativi percorsi diagnostici e terapeutico-assistenziali che utilizzino nuovi biomarcatori e metodi di imaging che consentano l'anticipazione del danno d'organo e interventi terapeutici precoci mirati al mantenimento della piena funzione d'organo;
- ✓ Ottimizzare l'utilizzo delle risorse terapeutiche ad alto impatto economico (farmaci biologici e nuovi farmaci) anche attraverso la definizione di innovativi percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali.

**7. *Malattie da alterata conformazione /espressione proteica o genetica; modelli di malattia:***

- ✓ Definire le basi molecolari delle malattie da alterata espressione e conformazione proteica per individuare approcci terapeutici innovativi mirati al blocco della cascata patogenetica;
- ✓ Definire le alterazioni genetiche alla base di patologie complesse multifattoriali, e con particolare attenzione alle malattie rare, attraverso l'implementazione di piattaforme tecnologiche allo stato dell'arte;
- ✓ Sviluppare modelli di malattia utili per la messa a punto di nuovi metodi diagnostici e per testare nuovi farmaci e approcci terapeutici;
- ✓ Sviluppare nuovi biomarcatori, procedure diagnostiche e nuovi rimedi farmacologici per la diagnosi e il trattamento precoce delle malattie degenerative sostenute da alterata espressione e conformazione proteica.

**8. *Terapie innovative e ad alta domanda tecnologica; organi artificiali; interventistica mininvasiva o robotizzata; applicazioni mediche delle particelle ad alta energia:***

- ✓ Sviluppare nuovi farmaci e nuove metodologie terapeutiche per malattie internistiche ad alta complessità biomedica, ricerca di nuove indicazioni



per farmaci in uso: drug repurposing; sviluppo di farmaci orfani per malattie rare anche in collaborazione con agenzie nazionali (aifa) e internazionali (ema);

- ✓ Promuovere studi di fase I attraverso l'implementazione di un centro dedicato con particolare attenzione agli "first-in-man studies" sia per studi iniziati dagli investigatori sia attraverso sinergie con l'industria farmaceutica;

- ✓ Innovare le tecniche chirurgiche mediante lo sviluppo di nuovi approcci robotici e nuove tecniche di imaging per terapie miniinvasive. implementazione e ottimizzazione di organi artificiali;

- ✓ Ottimizzare le sinergie con il centro nazionale di adroterapia oncologica, anche attraverso lo sviluppo di protocolli diagnostici, terapeutici e di monitoraggio integrati;

**9. Valutazione diagnostica, prognostica e terapeutica integrata e gestione interdisciplinare di malattie ad alta complessità biomedica:**

- ✓ Sviluppare innovativi approcci diagnostici e terapeutici attraverso la conduzione di studi controllati su base nazionale e internazionale

- ✓ Ricercare di biomarcatori e di indicatori clinici con valenza prognostica e per la definizione del rischio terapeutico anche ai fini della medicina personalizzata, con l'obiettivo di migliorare l'efficacia terapeutica e ridurre i costi degli eventi avversi

- ✓ Definire linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici riabilitativi e assistenziali per la ottimizzazione della efficacia delle cure e dell'utilizzo delle risorse.



**Collaborazioni scientifiche:** nell'attuare i programmi di ricerca sperimentale e clinica la Fondazione ha instaurato una fitta rete di collaborazione con numerosi e prestigiosi istituti di ricerca internazionali, con i quali vengono scambiati ricercatori e condivise ricerche di comune interesse in campo trapiantologico, immunologico, infettivologico, pediatrico, cardiologico, farmacologico e biotecnologico. Numerosi sono anche i progetti di ricerca e le iniziative scientifiche della comunità europea e di altri organismi internazionali (NIH, WHO, Fondazioni, etc.) coordinati da ricercatori del San Matteo o con partecipazione degli stessi.



**Nomina del Comitato Tecnico Scientifico (CTS) e riorganizzazione della ricerca**

**corrente:** la nomina di un nuovo CTS dopo numerosi anni di completa inattività, ha rappresentato la premessa indispensabile per riorganizzare la ricerca nel San Matteo. Si sono indette il 9 settembre le elezioni dei membri elettivi del CTS. Il 16 settembre sono stati eletti tre membri (due medici e un biologo). Il Direttore Scientifico ha quindi individuato, in base a criteri di produzione scientifica e di rappresentatività delle varie discipline, tre membri interni medici, due biologi e un tecnico di laboratorio. E' stata dedicata particolare attenzione alla individuazione dei tre membri esterni previsti dal piano di funzionamento, con l'obiettivo di cooptare ricercatori di chiara fama internazionale. Sono stati individuati tre ricercatori, in ambito nefrologico-trapiantologico, oncologico e di economia sanitaria. La composizione del nuovo CTS è stata approvata dal CdA nella seduta del 21 novembre 2016. Nella prima seduta del 20 dicembre 2016 il CTS ha definito le linee di ricerca di rilevanza strategica per il San Matteo che sono state utilizzate per il bando per la ricerca corrente, il primo mai realizzato in Policlinico. L'obiettivo di questa azione era di re-indirizzare l'attività di ricerca su aree strategiche per il San Matteo, favorire la convergenza di vari gruppi di ricerca per creare una massa critica nelle aree di ricerca più rilevanti, riducendo l'attuale frammentazione in 125 progetti di ricerca corrente.

La Direzione Scientifica ha stanziato 3 milioni di euro per 10 progetti di ricerca triennali orientati alle linee di ricerca strategicamente rilevanti. Il bando è stato pubblicato il 20 gennaio 2017 e l'esito della selezione, operata da tre revisori per ciascuno dei 48 progetti presentati, è stato reso noto il 4 aprile.

In collaborazione con le strutture del Dipartimento amministrativo si sono messe in atto nuove procedure per ridurre i tempi per l'acquisto dei reagenti, che erano gravemente dilazionati dall'ottobre 2016 e che stavano paralizzando l'attività di ricerca del San Matteo. Questo sforzo ha prodotto un deciso snellimento delle procedure, che attualmente richiedono circa tre settimane per l'acquisizione dei reagenti.



**Riorganizzazione del personale precario della ricerca:** il 1 luglio 2016 è stato avviato il censimento del personale della ricerca e della sua mappatura secondo i





criteri recentemente sviluppati dal Ministero della Salute con lo scopo di ottimizzare l'utilizzo del personale, anche in previsione della proposta di specifico percorso di sviluppo professionale del personale di ricerca approntata dal Ministero. Tale proposta prevede due tipologie, "ricercatore", per il personale chiamato a svolgere direttamente attività di ricerca, e "professionalità della ricerca", per il personale chiamato a svolgere attività di supporto tecnico-amministrativo alle attività della Direzione Scientifica. Sono previste 38 figure professionali di ricerca negli IRCCS. Nella seduta del CdA del 14 dicembre 2016 il Direttore Scientifico ha presentato il risultato della riorganizzazione del personale della ricerca. Entro il mese di dicembre 2016 sono stati conclusi tutti gli incontri con i ricercatori e i loro Responsabili. L'esito di questa radicale attività di verifica della attività scientifica e di riorganizzazione ha ridotto il numero dei ricercatori e del personale di supporto alla ricerca precari da 249, presenti in servizio al 1 luglio 2016 a 183 al 30 giugno 2017.

A questa necessaria opera di selezione del personale della ricerca si sono affiancate numerose iniziative intraprese per definire un percorso di carriera per i giovani ricercatori basato sul merito e sulla progressione. Una proposta per la riorganizzazione del personale di ricerca degli IRCCS pubblici è stata elaborata con le Direzioni del Ministero della Salute e presentata da Giampaolo Merlini a tutti gli IRCCS nazionali nella riunione al Ministero della Salute nell'aprile 2017. Sono state promosse recentemente iniziative come l'incontro al Ministero della Funzione Pubblica nel giugno 2017 per tutelare il lavoro dei giovani ricercatori precari nell'attesa che si reperiscano i fondi (dal Ministero dell'Economia e delle Finanze) a supporto della proposta ministeriale di riassetto dei ricercatori e del personale della ricerca.



**Istituzione dell'Ufficio per il Trasferimento Tecnologico:** la Direzione Scientifica ha proposto l'introduzione, come poi avvenuto, nel nuovo POAS del Policlinico San Matteo l'ufficio per il Technology Transfer. In data 31 maggio 2017 con determina P-20170010469 è stata avviata la procedura di selezione pubblica per il conferimento di un incarico di lavoro autonomo di natura professionale, per supportare, presso la Direzione Scientifica l'Ufficio Trasferimento Tecnologico. In considerazione del fatto



che l'Università di Pavia ha molto investito negli ultimi anni sul technology transfer attraverso l'istituzione del prorettorato alla terza missione e del Parco Tecnico Scientifico, si è considerato opportuno creare sinergie fra le due Istituzioni. A seguito di colloqui con il Prorettore per la terza missione Francesco Svelto, si è giunti ad una lettera di intenti del Rettore dell'Università di Pavia del 29 marzo 2017 nella quale si confermava l'adesione ed il pieno sostegno dell'Ateneo al progetto di avvio di una azione congiunta con il San Matteo dedicata alla valorizzazione delle attività di ricerca. Il San Matteo reputa importante l'avvio di tale progetto per la sua rilevanza strategica nell'ottica di una maggiore ed efficace sinergia con gli enti del territorio. La lettera di intenti propone di iniziare un periodo di studio, preparazione e sperimentazione di 6 mesi a cui farà seguito un possibile atto convenzionale sulla base degli esiti della collaborazione. Inizialmente, l'Università di Pavia condividerà i regolamenti in tema di promozione di nuove imprese spin-off e proprietà intellettuale. Offrirà inoltre la propria consulenza, attraverso il TTO dell'Università per:

- Valutazione della protezione possibile dei risultati della ricerca,
- Gestione delle indagini preliminari per il deposito di brevetti e altre forme di diritti di proprietà intellettuale,
- Sfruttamento della proprietà intellettuale attraverso licenze,
- Sostegno dei negoziati sulla proprietà intellettuale in diverse forme di cooperazione con l'industria,
- Gestione delle indagini preliminari per la costituzione di società spin-off,
- Servizi volti a promuovere la crescita delle imprese spin -off.

E' prevista anche una azione di formazione, in collaborazione con l'Università di Pavia, dei ricercatori del San Matteo sulla proprietà intellettuale e sul trasferimento tecnologico.



**Potenziamento del reperimento delle risorse per la ricerca extra Ministero della Salute:** questa azione è di vitale importanza per migliorare la ricerca nel San Matteo in considerazione della rapida e drammatica riduzione dei fondi dedicati dal Ministero della Salute alla "ricerca corrente".



Per quanto riguarda i provvedimenti strutturali, è stato introdotto nel POAS una U.O.S. "Grant Office e Documentazione Scientifica". Il Grant Office indirizza e supporta la ricerca di finanziamenti a livello nazionale, ma soprattutto verso l'Europa, per aumentare la performance nel contesto europeo (Horizon 2020). Fornisce assistenza diretta ai ricercatori nella ricerca di bandi, e "creazione" di bandi ad-hoc attraverso ad esempio la costituzione e la manutenzione di network con potenziali investitori (es. fondazioni bancarie etc.), nella preparazione delle domande di finanziamento e nella gestione e rendicontazione dei progetti. Il Grant Office promuove, in stretta collaborazione con l'U.O.S. Formazione e Sviluppo, le attività di formazione e informazione dei ricercatori della Fondazione sui grant europei, anche in collaborazione con l'Agenzia per la Promozione della Ricerca Europea (APRE). Il Grant Office opera in sinergia con l'Ufficio Ricerca della Università di Pavia soprattutto nell'ambito dei progetti di ricerca europei (Horizon 2020 e ERC). In questo contesto, dal punto di vista formativo è stato organizzato in collaborazione con la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino, e l'Università di Pavia il corso "Ricerca Europea (H2020): opportunità di finanziamento e ciclo di vita del progetto" che si è svolto a Pavia dal 21 febbraio al 25 maggio 2017 e al quale hanno partecipato 15 ricercatori del San Matteo.

Inoltre la Direzione Scientifica del San Matteo ha organizzato un corso intitolato "Progettazione europea" del quale si sono tenute due edizioni, il 11 e 12 maggio 2016, e il 15 e 16 maggio 2017, ai quali hanno partecipato 20 ricercatori del San Matteo per ogni edizione. Sono state incoraggiate applicazioni per progetti ERC sia starting che advanced.

Istituzione del Centro per la Ricerca e la Cura del Cancro

Nel giugno 2017, con la parte riguardante la ricerca di base e clinica in campo oncologico, si è proceduto alla elaborazione di una proposta organica per potenziare le sinergie tra l'IRCCS San Matteo, l'IRCCS C. Mondino e il CNAO di Pavia. Gli obiettivi di questa azione sono molteplici; per quanto riguarda la ricerca è quello di creare una massa critica competitiva dei ricercatori delle tre istituzioni, con l'utilizzo ottimale delle risorse umane e della strumentazione e un migliore accesso alle fonti di



finanziamento extra-ministeriali, con particolare attenzione ai finanziamenti europei. La realizzazione del Centro per la Ricerca e la Cura del Cancro è uno degli obiettivi per il 2017 della Direttore Scientifico, e avrà un impatto profondo sulla attività di ricerca nel San Matteo.





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

## 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.

Il processo per la formazione e l'aggiornamento nella Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia si sviluppa attraverso fasi sequenziali che prevedono l'analisi dei bisogni e la costruzione del piano formativo ed arrivano alla gestione ed al monitoraggio degli eventi. La Fondazione è accreditata a "progettare, effettuare, controllare l'esecuzione delle attività formative e la bontà organizzativa delle stesse anche attraverso la responsabilità dell'attribuzione dei crediti formativi ECM, verificando gli esiti della formazione" secondo la DGR n. 18576 del 5 agosto 2004.

Il Piano Formativo Aziendale (PFA) costituisce il cuore del sistema di governo della formazione.

Gli obiettivi prioritari del PFA 2016 sono stati:

- Sostenere la formazione interaziendale attraverso reti tra pubbliche amministrazioni al fine di impiegare al meglio le risorse economiche ed organizzative per tematiche trasversali;
- Valorizzare e sostenere l'attività di ricerca scientifica di diversa tipologia svolta dalla Fondazione e la collaborazione con altre Fondazioni IRCCS pubbliche lombarde;
- Sostenere la formazione in materia di sicurezza e salute del lavoro come misura di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali;
- Implementare il sistema di valutazione della Dirigenza;
- Implementare la cultura del rischio clinico;
- Implementare la cultura del miglioramento continuo della qualità anche alla luce della Norma ISO 9001:2015;
- Implementare la cultura della donazione di organi e tessuti insieme al Centro di Coordinamento di prelievi e trapianti d'organo;
- Potenziare l'integrazione della formazione On The Job (FSC), Formazione a Distanza (FAD), Residenziale.



*Gli obiettivi 2017*

Gli obiettivi macro del PFA 2017 sono:

- Il sostegno alla formazione interaziendale attraverso reti tra pubbliche amministrazioni;
- La valorizzazione dell'attività di ricerca scientifica svolta dalla Fondazione e della collaborazione con altri IRCCS pubblici lombardi;
- Inoltre l'implementazione della cultura del rischio e del miglioramento continuo anche alla luce della norma ISO 9001-2015;
- L'implementazione della cultura della donazione di organi e tessuti;
- L'aggiornamento nell'ambito delle malattie infettive;
- L'integrazione e valorizzazione delle risorse umane;
- La valorizzazione di percorsi interdisciplinari e multiprofessionali di definizione e condivisione di iter diagnostici-terapeutici-assistenziali;
- Il sostegno della formazione in tema di sicurezza e salute del lavoro.

Inoltre la Direzione Sanitaria Aziendale ha promosso le seguenti iniziative formative:

- Organizzazione di un Corso Formativo indirizzato ai Coordinatori "La funzione di coordinamento nelle organizzazioni sanitarie: responsabilità, competenze e strumenti di management".
- Organizzazione Convegno che ha visto il coinvolgimento dei Direttori e dei Coordinatori "Riordino rete ospedaliera e gestione del rischio clinico" che ha previsto gli interventi dei Funzionari del Ministero della Salute.
- Corso Formativo "Infezioni correlate all'assistenza" che ha visto il coinvolgimento di Direttori Sanitari, Dirigenti e Professionisti Sanitari afferenti a tutti i Profili e l'integrazione Ospedale e Territorio (ASST, ASP, RSA). Hanno partecipato a tale evento oltre 250 Figure Professionali.

Corso Formativo Aziendale "La documentazione sanitaria" rivolto ai Dirigenti Medici ed a tutti i Professionisti Sanitari afferenti al SITRA.





*Dott. Carloarena,  
Direttore Medico di  
Presidio*

## Qualità dell'assistenza

La Fondazione mantiene attivo un Sistema di Gestione della Qualità (SGQ) aziendale, conforme ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2008. 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.

### *Autovalutazione*

Su mandato regionale, la Fondazione partecipa ad un percorso di autovalutazione e monitoraggio della performance aziendale nell'ambito del programma regionale per il "Miglioramento della Qualità e Sicurezza del paziente": semestralmente provvede alla compilazione della Check List di Autovalutazione che include standard relativi ai diversi ambiti di attività (la prevenzione delle infezioni correlate alla assistenza, la prevenzione delle cadute, la gestione dei farmaci ad alto rischio, la chirurgia sicura, la valutazione e la gestione del dolore, il processo di acquisizione del consenso informato, la gestione degli eventi sentinella, la valutazione del personale,...). I dati provenienti dall'autovalutazione sono utilizzati per individuare le aree nelle quali la Fondazione risulta non ancora allineata con gli standard regionali e, quindi, per definire le azioni da intraprendere per il miglioramento interno.

### *Percorsi Diagnostico Terapeutici*

Annualmente sono realizzati e diffusi nuovi Percorsi Diagnostico Terapeutici ed Assistenziali per le principali patologie trattate dalla Fondazione, con l'obiettivo di migliorare la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate, garantendo all'utente la certezza di un percorso predefinito che concorra anche all'ottimizzazione nell'impiego delle risorse coinvolte, umane e materiali.

### *Risk Management*

Nella consapevolezza che la sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità dell'assistenza, la Fondazione svolge anche attività finalizzate al monitoraggio del rischio clinico, in ottemperanza a quanto richiesto dalle Linee Guida regionali per l'attività di Risk Management: annualmente predisponde e trasmette in Regione il Piano di Risk Management, con il quale implementa la sicurezza della cure, anche attraverso la messa in atto di specifici progetti annuali. E' inoltre attivo il sistema aziendale di incident



reporting, che raccoglie le segnalazioni di near miss, eventi avversi ed eventi sentinella, consentendone l'analisi interna per la definizione di azioni correttive e di miglioramento.

### *Accessibilità e soddisfazione*

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), riceve e protocolla circa 500 segnalazioni ogni anno, intese come reclami, suggerimenti, richieste di informazioni, encomi. A queste si aggiungono circa 2000 accessi diretti o telefonici, per informazioni o reclami, che restano per la maggior parte anonimi. Dall'anno scorso si è provveduto a registrarli, indicandone il contenuto, così da consentire un'analisi delle criticità più puntuale ed aderente alla percezione del cittadino e, quindi, un intervento correttivo o migliorativo più efficace. In questo senso, anche l'URP è stato coinvolto negli incontri con i Referenti della Qualità con i quali collabora per affrontare, migliorare o risolvere le problematiche segnalate. A tutte le segnalazioni pervenute viene fornita risposta scritta entro il termine di 30 giorni, prorogabile fino ad un massimo di 60 giorni, a conclusione dell'iter di gestione della pratica, che sempre vede coinvolto il responsabile della struttura oggetto della contestazione, al fine sia di renderlo consapevole dell'evento o del punto di vista del cittadino, sia di acquisire il parere specialistico necessario a formulare una risposta puntuale ed esaustiva. Infine, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico gestisce a partire dall'agosto 2014 l'attività istruttoria relativa ai rimborsi ticket.

### *Customer Satisfaction*

Due volte l'anno, per un totale di sei settimane all'anno, è distribuito il Questionario regionale della Customer Satisfaction, al fine di valutare il grado di soddisfazione del cittadino in occasione del ricovero, ovvero di una prestazione ambulatoriale. Sono coinvolte tutte le strutture della Fondazione, ad eccezione delle Terapie Intensive. Da quest'anno il questionario verrà somministrato anche ai pazienti del Pronto Soccorso. I dati confermano una buona partecipazione del cittadino, anche in funzione del tempo di permanenza in ospedale. Nel 2016, il cittadino ha espresso un buon grado di soddisfazione, ben al di sopra del golden standard individuato dalla Fondazione, pari al valore 4, considerato sufficienza, nella scala di punteggio assegnabile, da 1 a 7. L'analisi semestrale dei dati di Customer Satisfaction raccolti è resa disponibile agli operatori, con la pubblicazione nella sezione dedicata della Intranet aziendale, nonché al cittadino, nella pagina web della Fondazione.

L'URP ha proceduto alla correzione e revisione delle brochure di presentazione delle strutture Complesse della Fondazione ora pubblicate sul sito internet della Fondazione.







**Dott. Roberto Pinardi,**  
Direttore  
Amministrativo

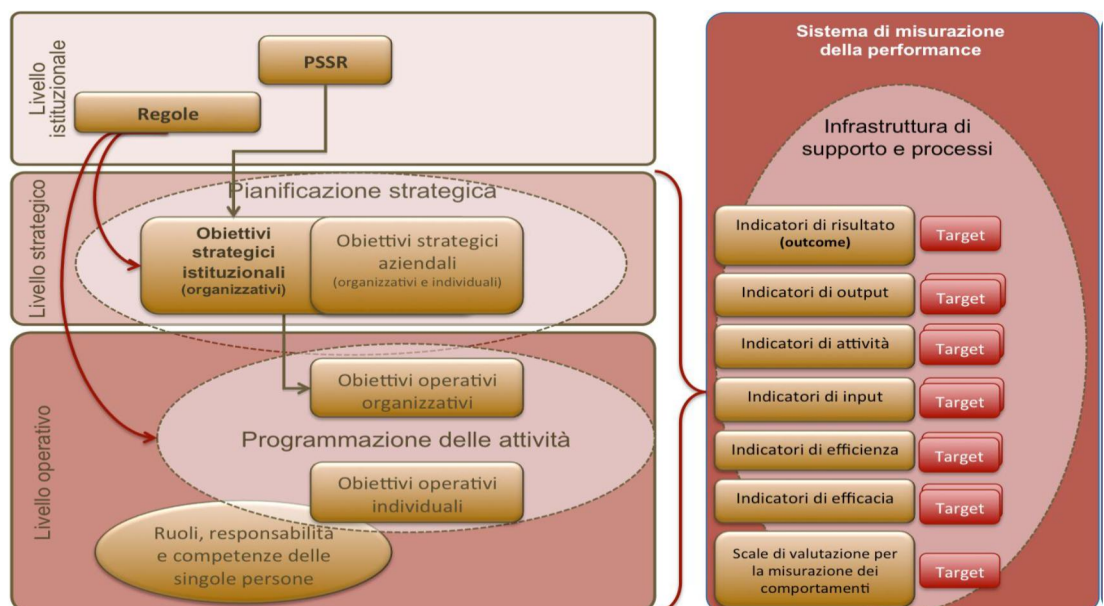
## Il ciclo della Performance

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, 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 Unità Operativa, 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*





**Dott. Nunzio Del Sorbo,**  
Direttore Generale

## Gli obiettivi strategici e istituzionali della Fondazione per l'anno 2017

Di seguito si riportano gli obiettivi strategici della Fondazione per l'anno 2017 derivati dalla normativa nazionale e dagli atti di programmazione regionale.

### Obiettivi assegnati dal CdA

Con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 4/C.d.A./0047 del 26/05/17 del sono stati assegnati al Direttore Generale i seguenti obiettivi per l'anno 2017:

Attuazione POAS	20
Attuazione del piano di Azioni e Piano Operativo	30
Piano Triennale delle Prevenzione della corruzione e Programma Triennale della trasparenza 2017-2019	15
Piano di riorganizzazione logistica	15
Apertura di Ambulatorio Specialistico a gestione condivisa tra ASST di Pavia e Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo	20
TOTALE PUNTEGGIO	100



*Obiettivi di derivazione regionale*

Facendo seguito alla Deliberazione della Giunta Regionale n. X/6963 del 31/7/2017 (determinazione in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle ATS, ASST e AREU e relativa definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2017) in cui viene stabilita la possibilità per gli IRCCS di utilizzare le indicazioni in essa contenute come linee di indirizzo al fine di determinare gli obiettivi dei rispettivi Direttori Generali, con Deliberazione n. 4/C.d.A./0070 del 21/9/2017 il Consiglio di Amministrazione ha integrato quanto stabilito con deliberazione n. 4/C.d.A./0047 del 26/5/2017, con gli obiettivi mutuati da Regione Lombardia, ad eccezione di quanto non pertinente con le attività svolte dalla Fondazione.

➤ *Obiettivi istituzionali, preliminari al raggiungimento degli obiettivi successivi*

Regole di gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017 - Capitolo 9 - Investimenti	6
Regole di gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017 - Capitolo 10 - Sistemi informativi e flussi	6
Ricoveri ospedalieri: Qualità della rilevazione - errori gravi	5,5
Ricoveri ospedalieri: Tempestività della rilevazione	5,5
Flusso Endoprotesi (File SDO4) - Completezza nella compilazione del campo "identificativo di iscrizione in BD/RDM"	5,5
Certificati di assistenza al parto	5,5
Certificati di assistenza al parto: Tempestività della rilevazione	5,5
Certificati di assistenza al parto: Rapporto tra CeDAP con segnalazione di malformazione rispetto alle SDO di neonati con diagnosi di malformazione (una delle 6 diagnosi con codice ICD-9-CM compreso tra 740xx e 759xx)	5,5
Certificati di assistenza al parto: Completezza nella compilazione di tutti i campi	5,5
Incrementare il valore degli acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione rispetto allo stesso periodo 2016	5,5
Reti di patologia	5,5
Sistema Trasfusionale Regionale	5,5
Sistema Regionale Trapianti	5,5
Promozione dell'appropriatezza prescrittiva dei medicinali (statine)	5,5
Applicazione contenuti DGR n. 1775/2011 e smi e della DGR n. 3993/2015	5,5



Attività di controllo delle prestazioni sanitarie di ricovero ai sensi delle DGR n. X/2313/2014 e n. X/5954/2016	5,5
Rete per l'assistenza alla madre e al neonato	5,5
Collaborazioni internazionali in ambito sanitario	5,5
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>	<b>100</b>

➤ *Obiettivi di Performance*

Selezione Indicatori "SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI" come da DELIBERAZIONE N° X / 6963 Seduta del 31/07/2017	40
--	----

➤ *Obiettivi aziendali*

Obiettivo Osservatorio Epidemiologico Regionale	1
Invio flusso consumi dispositivi medici	2
Invio flusso contratti	2
Verifica flussi CO.AN.	2
Invio trigger in sala parto	2
Implementazione raccomandazioni Ministeriali	2
Completezza, qualità e coerenza dei flussi informativi dell'area del personale	2
STRUTTURE COMPLESSE – Copertura delle strutture Area Medica, Veterinaria e del ruolo sanitario oggetto di autorizzazione regionale nell'anno 2017	2
Scostamento beni e servizi dichiarato in assestamento rispetto al consuntivo	2
Agende trasparenti: Flusso MOSA	2
Aggiornamento sistemi informativi: registrazione arruolamento, pubblicazione PAI	2
Razionalizzazione della spesa e mantenimento dell'equilibrio di bilancio	2
Riconciliazione e verifica delle partite debitorie e creditorie verso la Regione	2
Riconciliazione e quadratura delle partite intercompany	2
Anticipazione di Tesoreria	2
Tempi di pagamento beni e servizi (ITP)	2



Realizzazione di un progetto di adozione e incremento prescrittivo di farmaci biosimilari per i principi attivi infliximab e etanercept	2
AMBIENTI DI LAVORO-Segnalazione telematica di mesoteliomi, tumori nasosinusal, tumori della vescica e del polmone	2
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>	<b>35</b>

➤ *Obiettivi di implementazione ed evoluzione del SSR*

VACCINAZIONI: inserimento in GEV delle vaccinazioni per vaccinazioni antinfluenzali e categorie a rischio in coerenza con quanto definito nella DGR 3993 del 04/08/2015 nel sub allegato vaccinazioni	12,5
Presenza in carico del paziente cronico	12,5
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>	<b>25</b>





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

## La programmazione annuale. Il processo di budget

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

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

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

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

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

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

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

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

Gli obiettivi specifici delle strutture sono riportati nelle schede di budget.

Il ciclo di budget si realizza con le seguenti attività e secondo la seguente tempistica:

Febbraio: Presentazione linee guida della Fondazione

Marzo-Aprile: Riunioni di budget e formalizzazione schede per Strutture



Luglio/Ottobre: Analisi scostamenti ed eventuale revisione obiettivi

Marzo anno successivo: Consuntivo obiettivi e Valutazione 1<sup>a</sup> istanza

Aprile/Maggio anno successivo: Valutazione 2<sup>o</sup> istanza.

### *Gli obiettivi 2017*

Il quadro di riferimento per l'anno 2017 è determinato dalle Regole di sistema, dalla Scheda Decreto preventivo e dal Contratto con L'ASL. Integrando le priorità di azione in esse definite con gli obiettivi strategici della Fondazione, la Direzione Strategica ha definito gli obiettivi.

Viene proposta una scheda obiettivi di Budget, in cui gli obiettivi vengono raggruppati per le UO dell'area sanitaria in:

Obiettivi quantitativi di sistema, derivanti dall'applicazione delle linee guida di budget. Nello specifico:

- Attività di degenza e di ambulatorio: le indicazioni per il 2017 sono per il mantenimento dei volumi di attività e possibilmente un aumento dell'attrazione dei pazienti fuori regione;
- File F: a livello aziendale le indicazioni sono per un incremento limitato al 4%;
- Consumi sanitari escluso file F: a livello aziendale, la Direzione Strategica ha indicato per il 2017, come budget complessivo dei consumi sanitari per uso ospedaliero, una riduzione del 5% rispetto al consuntivo 2016.

Per quanto riguarda gli obiettivi qualitativi particolare attenzione è stata posta alle richieste di:

- Tracciabilità, nella cartella clinica, dell'avvenuta trasfusione;
- Inserimento della check list ormaweb stampata in cartella clinica;
- Mappatura dei rischi di un processo interno della struttura con il metodo hfmea;
- Predisposizione di un nuovo modello di diario clinico, integrato e strutturato;
- Aggiornamento del "protocollo tvp nel paziente sottoposto a procedure chirurgiche";
- Produzione di un modulo "riassuntivo" di registrazione dei criteri fisiologici di attribuzione del codice colore di triage, da allegare alla cartella clinica;



- Revisione percorso di prevenzione degli atti di violenza nei luoghi di lavoro

La scheda obiettivi di Budget per le UO dell'area amministrativa si raggruppano in:

- Obiettivi gestionali che vanno dalla gestione della spesa all'esecuzione del piano operativo, alla partecipazione attiva al raggiungimento degli obiettivi del Direttore Generale.
- Obiettivi direzionali e professionali come la riduzione dei tempi di pagamento e liquidazione delle fatture dei fornitori, implementazione e avvio del nuovo programma di protocollazione, attivazione del nuovo sistema CUP.







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

## La valutazione del Personale

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

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

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

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

*Gli ambiti della  
valutazione*



*La valutazione annuale*

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

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

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

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

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

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

*La valutazione al termine dell'incarico*

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



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

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

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

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

### *Il conferimento dei privilegi*

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

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

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



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

La Fondazione ha recentemente avviato un progetto aziendale di implementazione del sistema di valutazione volto alla definizione di uno specifico percorso metodologico finalizzato all'assegnazione di tali "Privilegi clinici". Il progetto aziendale, in realtà è di più ampio respiro in quanto il risultato che si intende raggiungere consiste nella definizione di un "Piano di Sviluppo individuale" per ogni dirigente attraverso il quale diventi possibile individuare l'inquadramento del dirigente medesimo, il ruolo svolto all'interno della Struttura di appartenenza, le competenze ed i compiti specifici dallo stesso posseduti per l'esercizio della propria attività lavorativa e per la propria crescita professionale da valutarsi individualmente.

Si consideri, infatti, che tali "Piani di sviluppo" comprendono anche una sezione dedicata all'assegnazione, per ciascun dirigente, di un obiettivo professionale annuale e che, l'intero documento è soggetto a continui aggiornamenti atti a recepire sia le maggiori competenze eventualmente acquisite dal dirigente, sia i cambiamenti dovuti all'evoluzione dell'attività della Struttura, cui il medesimo dirigente afferisce.

In tal modo, il modello di valutazione aziendale esistente risulterà arricchito di uno strumento "dinamico", capace di mettere in relazione il "posizionamento" del dirigente nella Struttura di appartenenza con il proprio rendimento professionale rispetto alle attività dallo stesso svolte.

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

