



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

PIANO DELLE PERFORMANCE 2014

FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE, POLICLINICO



ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification



ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI NATURA PUBBLICA D.M. 29-12-2004
via Francesco Sforza, 28 – 20122 Milano – Telefono 02 5503.1 – Fax 02 58304350
Codice Fiscale e Part. IVA 04724150968

Sistema Sanitario  Regione
Lombardia

NOTA INTRODUTTIVA

Il documento aggiorna la versione precedente mantenendone le caratteristiche e l'articolazione e introducendo alcuni elementi innovativi.

Le sezioni Premessa, Fondazione, Mission e Vision, Strategie sono state solo aggiornate con riferimento alla situazione 2013 ove indicato, compatibilmente con la disponibilità dei dati.

La sezione Piano d'azione ripercorre, con i dovuti adattamenti, il documento con il quale è stato ridisegnato l'assetto organizzativo e precisati ruolo e funzione delle aree omogenee che rappresentano la principale innovazione introdotta dal nuovo Piano Organizzativo Aziendale (POA).

La sezione riservata alle attività di programmazione dettaglia il ciclo della programmazione nell'ambito della Fondazione e ripropone gli obiettivi generali, per dipartimento e per area, inclusi i dipartimenti amministrativi e i servizi di staff. In questo contesto si evidenziano gli elementi di raccordo con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e del Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità.

INDICE

1. Premessa	pag.4
2. La Fondazione IRCCS Ca' Granda	pag.6
3. Mission e vision della Fondazione IRCCS Ca' Granda	pag.12
4. Le strategie	pag.14
5. Il piano di azione	pag.17
6. Attività di programmazione 2014	pag.21
7. Le dimensioni della performance	pag.34

PREMESSA

L'attività di programmazione delle prestazioni erogate dagli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) è complessa, sia per la necessità di integrazione tra molteplici linee – assistenza, ricerca, didattica – che per la presenza di più “attori” che vi concorrono a diverso livello: oltre al Sistema Sanitario Regionale, vi è infatti il Ministero della Salute e quello della Università e Ricerca, che si articolano a livello di ciascuna Struttura o Ateneo, senza un livello intermedio regionale.

La nostra Fondazione presenta poi ulteriori peculiarità: la “Ca’ Granda” è innanzitutto di Milano e dei milanesi, ne ha fatto la storia e continua ad essere nel centro pulsante della città; ancora, il compito, la missione della “cura degli infermi”, nel senso di porsi al loro servizio, motivo per cui l’Ospedale è nato, deve continuare ad essere l’obiettivo principe delle nostre scelte e azioni: questo servizio deve includere la cura delle malattie al più alto livello di eccellenza scientifico-sanitaria e l’assistenza alla persona ed alla comunità per la promozione della salute e la prevenzione delle patologie.

Segno tangibile del legame con Milano è il patrimonio immobiliare non strumentale derivante da ingenti lasciti, come pure le donazioni che ancor oggi, con modalità e forme diverse, quali l’acquisizione di attrezzature, il supporto economico per ristrutturazioni e borse di studio, dimostrano l’attenzione e la concreta solidarietà di tanta parte del mondo ambrosiano.

Che la Fondazione, con le storiche cliniche che la compongono, sia legata in modo indissolubile a Milano e che quindi il rapporto con i cittadini debba essere mantenuto ed alimentato, è evidente: se così non fosse non avrebbe avuto probabilmente senso mantenere i padiglioni al centro della città né sostenere un rapporto stretto e vitale con il Comune, la Diocesi, la Regione, che rappresentano pienamente la Comunità milanese.

In una città che ha subito profondi mutamenti negli ultimi decenni, sia in termini quantitativi - con la riduzione dei residenti – che qualitativi – per i fenomeni dell’invecchiamento e dell’immigrazione – mantenere il rapporto con i cittadini può tuttavia rivelarsi difficile; per questo è necessario che una parte del nostro impegno vada profusa alla ricerca di occasioni che rinsaldino la tradizione e favoriscano il contatto con le numerose e ricche associazioni presenti e operanti nella Fondazione.

Se il compito di mantenere la vicinanza tra i milanesi e il “loro” Ospedale è peculiare della nostra Fondazione, la cura delle persone malate ci deve vedere in coordinamento con gli altri Ospedali di Milano e ovviamente con la Azienda Sanitaria Locale, che ha l’onere di armonizzare ospedale e territorio.

Sarebbe infatti assurda una competizione nell’attribuirsi le risorse limitate, come pure irresponsabile prevedere duplicazioni o sovrapposizioni tra prestazioni, rese da Presidi diversi, senza alcun vantaggio per le persone.

Tutto ciò -legame con la città, potenziamento della ricerca, coordinamento con le altre strutture sanitarie- deve essere poi in linea con un’altra parola d’ordine della Legge Regionale 31/97: mettere al centro la persona, secondo la bellissima declinazione che ne ha dato il nostro Cardinale Dionigi Tettamanzi nelle pagine introduttive del testo “il Policlinico. Milano e il suo Ospedale”: “...mettere al centro la persona significa riconoscere che l’altro e’ sempre una persona concreta, non virtuale o immaginata... significa tirarla fuori dall’anonimato, ridarle identità... significa accettare di fare un tratto di strada con l’altro...”.

È questo che deve guidare sia la ristrutturazione dei padiglioni (costruire per gli uomini, pensare a mura che devono accogliere persone e non macchine) che l'organizzazione aziendale, oltre che gli interventi per una maggiore efficienza economica.

La Fondazione IRCCS Ca' Granda

La Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico, così denominata dal 01/01/2010, nasce ufficialmente nel gennaio del 2005 con la denominazione: Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, in base al Decreto legislativo n. 288 del 16 ottobre 2003 e all'accordo di programma tra Regione Lombardia, Ministero della Salute e Comune di Milano.

La Fondazione comprende l'Ospedale Maggiore di Milano e parte degli Istituti Clinici di Perfezionamento (ICP): le Cliniche Mangiagalli e Regina Elena, la Clinica del Lavoro Luigi Devoto e la Clinica Pediatrica Demetrio De Marchi.

Nelle due strutture opera, in convenzione, l'Università degli Studi di Milano.

La Fondazione è stata riconosciuta, con Decreto del Ministero della Salute del 10 gennaio 2005, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di natura pubblica (IRCCS) dal Ministero della Salute, che ne è socio fondatore con la Regione Lombardia, il Comune di Milano e l'Arcidiocesi di Milano. Il carattere scientifico è riconosciuto per le discipline:

- di riparazione e sostituzione di cellule, organi e tessuti (medicina rigenerativa e dei trapianti)
- di urgenza-emergenza nell'adulto e nel bambino.

La ricerca biomedica mirata alle discipline che non fanno parte dell'accreditamento IRCCS è finanziata con fondi ottenuti da enti pubblici e privati opportunamente ricercati dal *fund-raising* concertato tra ricercatori, direzione scientifica e consulenti esterni per la preparazione e presentazione dei progetti.

Lo Statuto prevede che nuovi soci pubblici o privati («soci partecipanti») possano far parte della Fondazione previo apporto patrimoniale o patrimonialmente valutabile. I soci partecipanti hanno diritto a un componente del Consiglio di amministrazione, scelto collegialmente. Grazie a questa possibilità offerta dallo Statuto, dalla fine dell'anno 2005 Fondazione Fiera Milano è socio della Fondazione.

L'attività sanitaria per la natura stessa della Fondazione e per la complessità delle patologie trattate è rivolta al miglioramento, mantenimento e recupero dello stato di salute di tutti coloro che vi si rivolgono siano cittadini milanesi, lombardi, di altre regioni e nazionalità. Nel corso del 2013 la Fondazione ha dimesso 35.907 pazienti assistiti in degenza ordinaria di cui 12.379 hanno subito una procedura chirurgica. In particolare sono stati effettuati 50 trapianti di rene, 58 di midollo, 46 di fegato, 25 di polmone. Gli accessi in Day Hospital sono stati pari a 10.126. Sono state effettuate 2.405.829 prestazioni ambulatoriali distinte tra visite, esami di laboratorio, esami strumentali. Si sono registrati 103.700 accessi al Pronto Soccorso, dei quali 22.723 sono relativi all'età pediatrica e 28.022 all'area ostetrico-ginecologica. Gli accessi hanno dato luogo a 17.247 ricoveri e a 619.491 prestazioni. Infine le prestazioni a beneficio di pazienti interni fornite sono state rispettivamente pari a 52.112 di radiologia, 1.807 di medicina nucleare, 3.226808 di laboratorio (tab.1).

L'articolazione delle prestazioni per tipologia di intervento riferiti ai Livelli Essenziali di Assistenza mostra che il 2,5% di esse è inquadrabile nell'area della prevenzione, il 36,1% nell'area dell' Assistenza Distrettuale, il 61,4% nell'area dell'Assistenza Ospedaliera (rilevazione 2013 su dati 2012).

L'attività di ricerca ha potuto contare nel 2012 su un finanziamento di oltre 9 milioni di euro per le attività di ricerca corrente e su oltre 8,7 milioni acquisiti al di fuori della ricerca corrente; con riferimento a tale componente extra ricerca corrente il Ministero della Salute e la Regione Lombardia contribuiscono a tali finanziamenti per una quota pari al 33%, mentre le sperimentazioni cliniche per il 38%. Presso la

Fondazione si svolgono sperimentazioni cliniche su farmaci per un valorizzato totale di oltre 3,3 milioni di euro per il 35% studi farmacologici in fase I-IV e per il 41,5% di natura osservazionale.

La Fondazione ha individuato al suo interno i seguenti centri di riferimento:

- "Centro per la prevenzione e diagnosi della malattia celiaca";
- "Centro interdipartimentale di spettroscopia e di tecnologie avanzate ad RM applicate ai sistemi biologici complessi ed allo studio della funzione mitocondriale";
- "Centro di riferimento per l'orbitopatia Basedowiana";
- "Unità Valutativa Alzheimer";
- "Sclerosi Multipla".

La rete delle malattie rare all'interno della Fondazione è coordinata dal Nucleo Malattie Rare.

Alcuni referenti per le malattie rare su nomina regionale hanno elaborato percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) validati dal Centro di Coordinamento Regionale per le seguenti Malattie Rare che costituiscono punto di riferimento per tutti i presidi regionali della rete:

Neurofibromatosi	Porfirie
Talassemie	Difetti ereditari della coagulazione
Connettivite mista	Distrofia muscolare Duchenne/Becker
Sindrome di Poland	Sindrome di William
Sindrome di Cornelia de Lange	Ittiosi congenite

Per queste condizioni esistono coorti di pazienti molto ampie che, una volta effettuata la diagnosi, sono state prese in carico e vengono seguite potendo valutare il decorso e l'evoluzione della malattia nonché l'insorgenza di complicanze età-specifiche delle diverse patologie. Con 5.986 pazienti affetti seguiti da 62 specialisti accreditati che affrontano 262 malattie rare la Fondazione assiste più di un terzo di quanti in Regione Lombardia soffrono di tali quadri morbosi.

Oltre all'ambito dell'assistenza ai soggetti portatori di malattia rara, cinque sono i settori in cui si può riconoscere una stretta embricatura tra l'attività di ricerca e la ricaduta assistenziale: si tratta di ambiti specialistici con una notevole produzione scientifica (rilevata con il numero delle pubblicazioni e il loro impatto nella comunità scientifica, Impact Factor), che ha una contestuale ricaduta in ambito assistenziale:

- Neurologia: costituisce, insieme all'Ematologia, il primo settore per Impact Factor, per l'intensa attività di sperimentazione clinica e di laboratorio. La malattia di Alzheimer e le sindromi e malattie degenerative e neuromuscolari congenite e acquisite sono i settori di applicazione di punta;
- Malattie della coagulazione: ricerche e applicazioni cliniche su emofilia, trombosi e malattie della coagulazione fanno della Fondazione il primo e principale centro italiano per la cura e il monitoraggio di questo ambito specialistico, trasversale a molte discipline;
- Rianimazione: la messa a punto e sviluppo della metodica ECMO (extracorporeal membrane oxygenation) ha fatto della Fondazione Ca' Granda uno dei principali centri italiani ove viene utilizzata nella pratica clinica e nella didattica. Ancor più recentemente presso la Fondazione sono stati realizzati i primi trapianti di polmone con organi ricondizionati (ossia polmoni che non avendo i criteri per essere

impiantati sono stati sottoposti ad una metodica messa a punto da nostri ricercatori, che li ha resi idonei tanto da essere trapiantati con successo);

- Dermatologia: storia e unicità della Clinica di via Pace, pur con l'evoluzione verso assistenza prevalentemente ambulatoriale, ne fanno ancor oggi il principale centro di riferimento clinico e di ricerca nazionale delle malattie della pelle e dei linfomi cutanei.

- Epatologia: il settore raggiunge globalmente un impact factor ai massimi livelli.

Inoltre, la presenza di specialità mediche e chirurgiche integrate ha reso possibile la realizzazione di veri e propri percorsi dalla diagnosi alla cura al follow-up; in modo particolare è nel settore trapiantologico che è ben evidente il percorso assistenziale. Possiamo così parlare di:

- Percorso delle Malattie Polmonari: la Fondazione è centro di riferimento, per bambini e adulti, della Fibrosi Cistica oltre che delle malattie polmonari croniche; la Chirurgia Toracica svolge attività di eccellenza di trapianto;

- Percorso delle Malattie Epatogastroenterologiche: ricerca e cura delle epatiti virali e metaboliche, con le relative patologie croniche e neoplastiche, hanno una particolare rilevanza, con anche l'applicazione di tecniche di radiologia interventistica in fase iniziale e del trapianto di fegato; anche per le malattie infiammatorie croniche dell'intestino la Fondazione opera sia sul versante medico che chirurgico;

- Percorso delle Malattie Ematologiche: oltre che l'oncoematologia, con relativo centro di trapianto di midollo, in Fondazione è particolarmente sviluppata la cura di anemie quali talassemie e quella delle coagulopatie;

- Percorso delle Malattie del Rene: anche in questo caso vi è continuità tra area nefrologica, con un carico notevole di pazienti dializzati ma anche di patologie rare, e quella chirurgica, sia sul versante urologico sia del trapianto di rene, oltre che dell'introduzione della tecnica chirurgica robotica, anche se relativa ai soli casi di prostatectomia;

- Percorso per le Neoplasie Mammarie: grazie alla Radiologia senologica è possibile in Fondazione effettuare lo screening, la successiva diagnosi istologica e l'intervento chirurgico, per il quale la Fondazione si colloca al 3° posto a Milano.

Riguardo all'assistenza alla donna e al bambino nel rimarcare che la Fondazione è sede delle principali Cliniche Ostetrico-ginecologica e Pediatrica della città, si sottolinea che ha saputo affrontare le sfide dell'evoluzione scientifica, aprendo anche a nuove attività e servizi. Oltre ai percorsi per la procreazione medicalmente assistita, con la messa a punto di un metodo innovativo per la conservazione dei gameti di pazienti oncologici, e per la gravidanza, specializzazioni sono state sviluppate per i tumori in gravidanza, endometriosi, chirurgia fetale, nefrologia pediatrica e terapia intensiva neonatale; il follow-up dei prematuri contribuisce a fare della Fondazione un punto di richiamo nazionale ed europeo. Nel 2012 è stato accreditato un ampliamento della Terapia Intensiva Neonatale, che conta ora 23 culle, con dimensioni notevoli e soprattutto elevata specializzazione nei trattamenti dei casi più critici.

La Fondazione è sede storica della Clinica del Lavoro, tra le principali nazionali, la prima nel mondo per fondazione (1906) e Centro di riferimento regionale e nazionale per la disciplina. L'attività clinica si è

particolarmente orientata a: prevenzione, diagnosi e cura delle malattie respiratorie, allergiche, muscolo scheletriche e neuropsichiche. In questi ultimi anni, seguendo l'evoluzione delle problematiche connesse alla tutela della salute negli ambienti di lavoro e gli sviluppi normativi ad esse collegate, la Clinica ha fortemente sviluppato ed incrementato le proprie attività di ricerca, di base ed applicata (traslazionale), orientandole anche alle problematiche ambientali più generali con forte sviluppo dell'epidemiologia, della biologia molecolare e della genetica applicate all'ambiente. È così diventata punto di riferimento anche per gli studi effettuati in tema di rapporto tra inquinamento atmosferico e salute, con significative ricadute scientifiche in ambito internazionale.

Infine, presso la Fondazione hanno sede alcune attività di rilievo sovra ospedaliero e in alcuni casi sovra regionali: tale collocazione riconosce alla Fondazione competenze e qualità, da cui derivano anche oneri, essendo le attività comunque embricate nelle attività istituzionali e assorbendo a volte anche maggiori risorse di quelle attribuite. Si tratta delle seguenti attività:

- raccolta di sangue: il Centro Trasfusionale raccoglie più di 30.000 sacche annue ed è sede della Banca del Sangue Raro;
- Coordinamento Interregionale Trapianti, che si occupa di gestire liste di attesa e della distribuzione di organi per una popolazione di 20.000.000 di residenti;
- ricerca sulle cellule staminali e raccolta di tessuti (Banca del Cordone e Biobanca).

La Fondazione è il Centro cui è affidato il trasporto neonatale per terapie intensive ed è sede del Servizio Soccorso Violenza Sessuale e Domestica.

Sono attive 27 associazioni con finalità di studio e di ricerca alcune delle quali con sede operativa presso il Policlinico:

Associazione "Amici del Centro Dino Ferrari"

Associazione "Per il Policlinico" ONLUS

Associazione Amici della Clinica Neurochirurgica ACNUM

Associazione Amici della Gastroenterologia del Padiglione Granelli AAGG

Associazione Anti-coagulati Lombardi Milano Centro ONLUS AL

Associazione Coagulopatici ed Emofiliaci ONLUS ACE

Associazione Formazione Trauma

Associazione Gruppo Italiano per la lotta contro il Lupus Eritematoso Sistemico LES

Associazione Immunodeficienze Primitive ONLUS AIP

Associazione Italiana contro le Leucemie, Linfomi e Mieloma ONLUS Sezione Milano e Provincia AIL

Associazione Italiana per lo Studio e la Tutela della Maternità ad Alto Rischio ONLUS AISTMAR

Associazione Italiana Rianimazione e Urgenze Pediatriche AIR&UP

Associazione Italiana Studio Malformazioni ONLUS ASM

Associazione La Ginestra

Associazione Lombarda Famiglie Audiolesi ONLUS ALFA

Associazione Nord Italia Transplant program NITp

Associazione per il Bambino Reumatico Onlus ABR

Associazione per lo Studio e Cura delle Malattie Metaboliche del Fegato ONLUS AMMF

Associazione per lo Studio e la Cura delle malattie renali "Amici del Padiglione Croff" ONLUS

Associazione Senologia Milanese AS.SE.M

Associazione Studio e Trattamento del Malato Ematologico ONLUS STEM
Associazione Talassemici e Drepanocitici Lombardi ONLUS ATDL
Fondazione Angelo Bianchi Bonomi
Fondazione G. e D. De Marchi per la lotta contro le emopatie ed i tumori dell'infanzia ONLUS
Fondazione La Nuova Speranza Lotta alla sclerosi focale ONLUS
Fondazione Luigi Villa - Centro Studi di patologia molecolare applicata alla clinica
Fondazione per la Ricerca sull'infertilità di coppia FORINF

e 37 associazioni di volontariato

Associazione Amici del Policlinico e della Mangiagalli Donatori di Sangue ONLUS
Associazione Amici di Gabriele ONLUS
Associazione Arché ONLUS
Associazione di volontariato "Laura Coviello" per la lotta contro la leucemia ONLUS ALC
Ass. Donatrici Italiane Sangue Cordone Ombelicale Sezione Regionale Lombardia ONLUS ADISCO
Associazione Dutur Claun Vip Milano ONLUS
Associazione e Fondazione ASME Assistenza e Studio Malati Ematologici ONLUS
Associazione Famiglie Sindrome di Williams ONLUS AFSW
Associazione Italiana Afasici ONLUS Regione Lombardia AITA
Associazione Italiana Celiachia Lombardia ONLUS AIC
Associazione Italiana Familiari e Vittime della Strada ONLUS AIFVS
Associazione Italiana per la Prevenzione e Cura dell'Epatite Virale "Beatrice Vitiello" ONLUS COPEV
Associazione Italiana Soccorritori AIS
Associazione Lombarda Fibrosi Cistica ONLUS ALFC
Associazione Make-A-Wish Italia ONLUS
Associazione Malattie Epatiche Autoimmuni ONLUS AMEA
Associazione Mangiagalli Life ONLUS per la tutela della salute materno-infantile AmLife
Associazione Missione Sogni ONLUS
Associazione Nazionale Donne Operate al Seno Comitato Milano ONLUS A.N.D.O.S.
Associazione Nazionale Terza Età Attiva per la Solidarietà Milano ONLUS ANTEAS
Associazione per il Bambino in Ospedale ONLUS ABIO
Associazione per il Bambino Nefropatico ONLUS ABN
Associazione per l'Informazione e lo Studio dell'Acondroplasia ONLUS AISAc
Associazione SVS DonnaAiutaDonna ONLUS
Associazione Trapianti Organi ONLUS ATO
Associazione Volontari Ospedalieri ONLUS AVO
Centro di Aiuto alla Vita Mangiagalli ONLUS CAV
Centro Educazione Matrimoniale Prematrimoniale CEMP
Commissione Visitatori e Visitatrici dell'Ospedale Maggiore di Milano ONLUS
Commissione Visitatrici per la Maternità
Croce Rossa Italiana Comitato Locale di Milano CRI
Fondazione Imation ONLUS
Forum della Solidarietà della Lombardia ONLUS
Gruppo di Volontariato per Minori e Adulti Sieropositivi ONLUS ANLAIDS
Gruppo Italiano Lotta alla Sclerodermia ONLUS GILS
Progetto Alice ONLUS Associazione per la lotta alla Sindrome Emolitico Uremica SEU
Progetto Itaca Associazione Volontari per la Salute Mentale ONLUS

Tab.1 Sintesi dell'attività assistenziale svolta dalla Fondazione nel corso del 2013.

A) Degenza Ordinaria	
Posti letto accreditati	912
Posti letto medi	785
Numero pazienti dimessi	35.907
Numero giornate di degenza	253.772
Durata media della degenza	7,1
Incidenza percentuale della casistica chirurgica	34,5
Incidenza percentuale della casistica chirurgica trattata in day surgery	42,2
Incidenza percentuale di pazienti >65 anni	21,1
Incidenza percentuale di pazienti >80 anni	7,9
Incidenza percentuale dei casi provenienti da fuori regione	8,9
B) Day Hospital	
Posti letto accreditati	94
Posti letto medi	84
Numero degli accessi di pazienti	10.126
Incidenza percentuale degli accessi di pazienti da fuori regione	8,9
C) Prestazioni ambulatoriali	
Numero complessivo di prestazioni	2.405.829
D) Attività di trapianto	
Fegato	46
Polmone	25
Rene	50
Midollo osseo	58

Tab.2 Sintesi degli indicatori economici e delle risorse impiegate dalla Fondazione nel corso del 2013.

A) Indicatori economici (valori espressi in migliaia di euro)	
Valore della produzione	417.450
Costo della produzione	401.294
Costo del personale	172.806
Costo dei beni e servizi	178.950
Costo delle attività di ricerca	12.271
B) Risorse umane (unità) al 31.12.2013	
Dirigenza medica	670
Dirigenza sanitaria	81
Dirigenza professionale tecnica	10
Dirigenza amministrativa	11
Personale infermieristico	1.369
Personale tecnico sanitario	223
Personale della riabilitazione	60
Personale amministrativo	328
Personale del ruolo tecnico sanitario e non sanitario	383
Personale ausiliario specializzato	164
Altro personale	2

Mission e vision della Fondazione IRCCS Ca' Granda

La Fondazione coniuga il servizio ospedaliero con la ricerca scientifica e la formazione universitaria. I programmi di ricerca scientifica poggiano sulla cosiddetta "ricerca traslazionale", concetto che implica il trasferimento rapido dei risultati della ricerca all'assistenza.

I principali obiettivi della Fondazione riguardano:

- l'assistenza sanitaria e la ricerca biomedica e sanitaria di tipo clinico e traslazionale, al fine di mantenere e rafforzare la configurazione di "Centro di riferimento nazionale";
- l'assunzione di ogni iniziativa idonea a promuovere la ricerca traslazionale anche per tutelare la proprietà dei suoi risultati nonché la valorizzazione economica degli stessi attraverso la costituzione e/o la partecipazione a enti e società;
- l'attuazione, anche in rapporto con altri enti, di programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria con riferimento agli ambiti istituzionali delle attività di ricerca e assistenza;
- il ruolo di supporto alle istituzioni di istruzione e formazione pre e post laurea;
- la riqualificazione urbanistica e architettonica di tutta l'area ospedaliera, al fine di realizzare un ospedale "a misura d'uomo" in grado di rispondere più adeguatamente alle esigenze determinate dall'allungamento della vita, dall'aumento delle patologie croniche e degenerative e dalla richiesta crescente di assistenza non tradizionale;
- l'integrazione e la continuità delle cure assicurando risposte sanitarie integrate e coordinate tra le diverse professionalità e le varie Unità Operative in cui è articolata la Fondazione, anche attraverso l'organizzazione dipartimentale e l'adeguamento degli strumenti organizzativi e gestionali, alla evoluzione della domanda e dell'offerta dei servizi ospedalieri;
- l'uguaglianza e l'informazione per garantire ai cittadini uguali opportunità di accesso alle prestazioni sanitarie e promuovere e curare gli aspetti relativi alla personalizzazione e all'umanizzazione delle cure, nel rispetto dei diritti e della dignità della persona;
- l'efficienza e la responsabilità per ridurre gli sprechi e le inefficienze organizzative e gestionali;
- la ricerca e le collaborazioni con le istituzioni esterne deputate alla tutela della salute, in modo da collocare la Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico di Milano nella rete dei servizi sanitari provinciali, regionali e nazionali e partecipare alle iniziative promosse a livello nazionale e regionale, in attuazione di specifici progetti obiettivo ed azioni programmate di carattere sanitario.

Una delle caratteristiche più innovative della Fondazione consiste nella possibilità istituzionale di accedere a fonti di finanziamento integrative del finanziamento pubblico in tutti i campi della ricerca biomedica.

La Fondazione opera sulla base di criteri di efficacia, efficienza ed economicità ed è tenuta al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi. I volumi e le tipologie dell'attività assistenziale sono definiti mediante accordi con la Regione Lombardia, da stipularsi secondo le norme nazionali e regionali applicabili, tenendo in adeguata considerazione la particolare natura e le caratteristiche della Fondazione e, in particolare, la compresenza di attività di ricerca ed assistenza, l'eccellenza delle sue prestazioni, la risposta ai bisogni dell'utenza proveniente da altre Regioni.

Può sembrare superfluo ricordare che l'attività di assistenza- Istituto di ricovero e cura - costituisce l'obiettivo della Fondazione, essendo anche la ricerca comunque funzionale ad essa: si scrive infatti nello Statuto di ricerca traslazionale e la Convenzione con l'Università attiene a tale area operativa, e non, ad esempio, alla ricerca biologica di base del primo triennio della Facoltà di Medicina e Chirurgia che è gestita in piena autonomia dall'Università.

È sotto gli occhi di tutti come il profilo dell'assistenza sia mutato negli ultimi decenni, con una più necessaria attenzione:

- alla cronicità,
- alle prestazioni ambulatoriali e alla contrazione di ricoveri e tempi di ricovero,
- alla continuità assistenziale, con la dovuta integrazione tra ospedale e territorio,

e con l'oggettivo incremento del contenzioso e, conseguentemente, della medicina difensiva.

Tutto ciò è evidente conseguenza del mutato quadro epidemiologico e organizzativo nazionale, regionale e dell'area metropolitana milanese, che vede :

- l'allungamento della vita, la possibilità cioè di vivere per molti anni in presenza di patologie croniche e disabilitanti, che pongono bisogni non sempre strettamente sanitari ed esigenze di carattere sociale che non possiamo ignorare;
- l'incremento della tecnologia, le possibilità diagnostiche avanzate, che offrono opportunità impensabili, ma richiedono una sempre maggiore attenzione alla appropriatezza;
- l'evoluzione delle strutture di ricovero verso l'acuzie, con riduzione dei tempi di degenza, che si scontra con un "ciclo del bisogno" sempre più lungo e articolato, evidenziando la mancanza di una vera "continuità assistenziale";
- la presenza di nuove professioni sanitarie, la riqualificazione e crescita delle figure infermieristiche e tecniche, che richiamano all'ipotesi di studiare nuove forme organizzative capaci di valorizzare tutti i professionisti.

Anche a motivo di questi fenomeni coniugare assistenza, ricerca e didattica può farsi più difficile e complesso: infatti pur essendo tali ambiti dell'attività medica strettamente correlati e sinergici l'uno con l'altro, vi sono anche rischi di conflittualità.

Più esplicitamente la Fondazione è di fronte alla necessità di prestare assistenza ai cittadini, raccogliendone tutti i diversi bisogni presenti, al pari di un ospedale "generalista", inglobato nel proprio territorio (ne sono esempio il Pronto Soccorso cui si ricorre in larga parte anche per patologie non particolarmente gravi, o le degenze di soggetti anziani e fragili in cui è rilevante il fabbisogno sociale), dovendo insieme rispondere alla sfida di sviluppare la ricerca, ponendosi come punto di riferimento, regionale e nazionale, per patologie rare, per l'utilizzo di tecniche diagnostico-terapeutiche innovative, per lo studio di efficacia di nuovi farmaci e trattamenti.

Le strategie

Nell'attuale quadro normativo, gli atti di maggior rilievo ai fini della programmazione ed organizzazione, fermi restando gli obiettivi generali del SSN definiti con il Piano Sanitario Nazionale e i Livelli Essenziali di Assistenza, sono costituiti da:

- **Programma Regionale di Sviluppo 2010¹**, ossia l'atto programmatico di legislatura, per la parte relativa all'area sociale ("La Lombardia del welfare responsabile e della crescita inclusiva");
- **Piano Socio-Sanitario Regionale 2010-2014²**, nel quale figurano gli obiettivi di sistema e le principali azioni/iniziative nel settore sanitario e socio-sanitario;
- **DGR annuale di gestione del servizio socio-sanitario³**, che comprende le risorse e loro allocazione per ciascun esercizio economico-finanziario annuale (e successivi provvedimenti circa il finanziamento delle attività di ricovero e cura);
- **Piano Regionale Prevenzione 2010-2012**, nel quale sono contenuti gli orientamenti e gli obiettivi da attuare per una azione efficace di prevenzione e promozione della salute;

e dagli atti assunti da ciascuna Azienda Ospedaliera/Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, previa approvazione regionale, relativi a:

- **Piano di Organizzazione Aziendale** – POA, approvato dalla Giunta regionale nel 2012, che delinea l'organizzazione dell'ambito dell'assistenza sanitaria;
- **Assetto accreditato delle strutture di ricovero e ambulatoriali**, che, in coerenza con le strutture individuate dal POA, delinea le prestazioni messe a contratto e quindi consente il finanziamento delle attività;
- **Contrattazione di budget**, che va definire indicatori e risorse per ciascuna Unità Operativa,

integrati dalla Convenzione con Università (nella quale vengono definiti e programmati i rispettivi compiti) e i Documenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia, elaborati nell'ambito della delega all'assistenza⁴.

Inoltre con Legge Regionale 7/10, all'art. Art. 16, si prevede⁵ una maggiorazione tariffaria per IRCCS e Aziende Ospedaliere convenzionate con Università, vincolata ad alcuni parametri e alla presentazione del **piano strategico triennale**; con Decreto del Direttore Generale Sanità 11269/2010, l'istanza presentata dalla nostra Fondazione ha avuto esito positivo, con conseguente riconoscimento della maggiorazione massima del 25% sui ricoveri effettuati.

Potrebbe risultare che tali documenti vincolino in modo stringente l'azione strategica delle Strutture Sanitarie, così da rendere la programmazione annuale una mera applicazione e ripetizione di quanto già fatto in passato.

¹ www.regione.lombardia.it/shared/ccurl/114/407/BURL_PRIS_IXlegislatura.pdf

² www.sanita.regione.lombardia.it/shared/ccurl/705/206/PSSR%202010_2014%20dcr%20IX_88%2017_11_10.pdf

³ www.sanita.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Page&childpagename=DG_Sanita%2FDGHomeLayout&cid=1213277054618&pagenam=DG_SANWrapper

⁴ L'organizzazione della facoltà (www.medicina.unimi.it/Facoltà/1055_ITA_HTML.html) prevede la delega all'Assistenza consistente in: Analisi ed individuazione di indicatori obiettivi di efficienza, produttività ed adeguatezza dell'assistenza presso le strutture e Censimento assistenza per valutare le problematiche della coesistenza fra produttività e necessità didattiche (scuole di specializzazione e CDL) e di ricerca

⁵ Art. 25 bis (Maggiorazioni tariffarie a favore degli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato e delle strutture sanitarie di ricovero e cura - poli universitari)

In realtà i margini di autonomia, specie per un IRCCS, sono presenti, affinché, anche con la dovuta gradualità, organizzazione e attività si avvicinino sempre più alle esigenze della comunità e dei professionisti che operano in un settore così delicato come quello dell'assistenza sanitaria.

La possibilità della ricerca amplia ulteriormente questi margini, dando la possibilità di ipotizzare e sperimentare nuovi modelli, correlati alle diverse realtà territoriali, all'evoluzione dei bisogni, che potrebbero poi diventare patrimonio del Servizio Sanitario Regionale.

A maggior ragione in considerazione del fatto che lo Statuto della Fondazione prevede espressamente tra gli obiettivi di *"sperimentare e monitorare forme innovative di gestione e organizzazione in campo sanitario"*.

Inoltre il nostro Statuto indica che *"La Fondazione svolge la sua attività sulla base di programmi annuali e/o pluriennali approvati dal Consiglio di Amministrazione. Le proposte di deliberazioni concernenti l'approvazione dei programmi annuali e/o pluriennali, i piani di sviluppo, i piani annuali di assunzione di personale, i provvedimenti di alienazione del patrimonio sono preventivamente trasmesse alla Regione Lombardia ai fini dell'espressione del parere di congruità relativo alla coerenza della deliberazione proposta con la programmazione regionale. Il giudizio di coerenza è condizione necessaria per l'approvazione dell'atto"*.

Affrontare questa apparente dicotomia è vitale per la Fondazione Ca' Granda, pena lo scivolamento verso una sostanziale staticità sui risultati e prestigio raggiunti, in una sorta di autoreferenzialità di breve respiro, come pure verso l'incapacità di dare risposte adeguate ai bisogni comunque presenti di anziani e persone fragili, o peggio, di ribaltarli sul territorio, alle famiglie o agli enti locali.

Riteniamo che la via di uscita debba fondarsi su tre principali direttrici:

- porsi come obiettivo primario la qualità delle cure, mettendo realmente al centro la persona: concetto scontato ma che non trova sempre una reale declinazione; più spesso le organizzazioni, anche sanitarie, sono centrate sulle esigenze degli operatori (sui loro interessi scientifici, pur legittimi, o sulle esigenze della vita personale, oppure con uno squilibrio tra attività istituzionale e libera professione) o mirate alla mera efficienza e risparmio (che sono necessari, in relazione alle risorse limitate, ma a condizione di essere precedute dalla ricerca di efficacia e appropriatezza, per non divenire semplice taglio indiscriminato);
- considerarsi come parte di un sistema, quello della sanità della città e della regione, e, per talune specialità, del Paese, nei confronti del quale porsi in termini di sinergia e collaborazione, mettendo a servizio della città le proprie attività più peculiari, mantenendo o potenziando centri di riferimento della nostra Fondazione. In tal senso la lettura critica della propria "produzione" (DRG per i ricoveri e volumi di offerta ambulatoriale), deve divenire la ricerca a comprendere dove e come l'offerta è esuberante, quindi con rischio di inappropriatezza, o non adeguata a farsi carico del paziente, nella sua complessità e interezza (non considerandolo solo un insieme di patologie, oppure non creando le condizioni per un percorso che vada dalla diagnosi, alla cura, alla riabilitazione, al *follow.-up*), o ancora non in linea con gli standard di qualità e di esito riconosciuti;
- mantenere viva la vocazione alla ricerca traslazionale e a quella nell'ambito dell'organizzazione sanitaria, e quindi essere attrattivi per progetti e studi significativi, anche nel campo dell'applicazione della ricerca biomedica all'organizzazione sanitaria e dei modelli assistenziali (si pensi agli spazi tuttora da riempire sull'assistenza per intensità di cure o sull'effettiva dipartimentalizzazione), senza cadere nella tentazione della perpetuazione di linee già consolidate.

Nella linea dell'assistenza legata in modo stretto alla ricerca, vanno dunque sviluppate ulteriormente quelle aree in cui la Fondazione si rivela strategica, sia per l'apporto quali-quantitativo che dà alla sanità non solo milanese, sia per l'eccellenza e unicità .

Il piano di azione

Richiamando il percorso condotto nel 2011 e, dunque, il Piano strategico 2011 e la Relazione di fine mandato, le linee di indirizzo per l'anno 2012 trovano compimento e dettaglio sia negli obiettivi assegnati a Dipartimenti e Unità Operative, che nel Piano di Organizzazione Aziendale⁶ e nei documenti attuativi predisposti nel corso del 2013.

In considerazione della situazione economico-sociale del Paese, e delle conseguenti ricadute sul sistema sanitario nazionale e regionale, si ritiene indispensabile operare in un'ottica di sviluppo – della qualità e dell'appropriatezza assistenziale, dei modelli organizzativi integrati per aree omogenee, della ricerca traslazionale, delle sperimentazioni gestionali - evitando un arretramento o una generica riduzione di attività.

Si ritiene infatti di vitale importanza valorizzare la vocazione della Fondazione, volta a sviluppare attività iperspecialistiche, nelle diverse aree mediche e chirurgiche, senza naturalmente dimenticare la tradizione e storia che vede nell'assistenza alle persone più deboli e fragili il nostro obiettivo peculiare.

Tale approccio non contrasta con la necessità di una responsabile analisi della spesa e delle risorse disponibili, che deve essere proseguita affinando l'individuazione delle priorità – che per Fondazione sono le prestazioni di secondo e terzo livello e le eccellenze non disponibili in altre strutture della rete metropolitana- e di criteri adeguati nell'allocazione delle risorse, principalmente umane, alle diverse aree assistenziali.

Muovendoci in tale contesto, sono individuate di seguito le linee di indirizzo per le principali attività e aree di intervento.

L'organizzazione per aree omogenee

Il POA 2012-2014 della Fondazione IRCCS Ca' Granda presenta come principale e innovativa modalità gestionale l'Area Omogenea, intesa come una articolazione del Dipartimento, data dall'insieme di due o più Unità Operative Complesse, di Unità Operative Semplici, di Dirigenti titolari di Incarico Professionale Complesso o di Servizio, che sono uniti da affinità disciplinare e professionale e per cui vi è quindi la possibilità di realizzare una reale condivisione delle risorse, organizzazione, modalità d'azione e sistemi di monitoraggio.

Sempre il POA delinea ulteriormente le aree omogenee come articolazione ove più Unità Operative vanno a costituire un'unica area di degenza, anche se suddivisa in diversi padiglioni in attesa della realizzazione del nuovo ospedale, e di specialistica ambulatoriale, ove operi in modo integrato il personale assegnato, che pur garantendo alcuni servizi comuni, quali guardie, può sviluppare specifiche competenze da mettere in campo sia nell'area assistenziale sia di ricerca e didattica.

L'Area Omogenea è dunque la principale modalità gestionale del POA, ponendosi come punto di sintesi tra Dipartimento - cui viene riservato un ruolo nella programmazione strategica, in stretto raccordo con l'alta Direzione - e Unità Operative Complesse - che rappresentano l'ambito di espressione delle specialità e specificità dei professionisti.

Distinguiamo aree omogenee monospecialistiche – costituite cioè da Unità di una medesima specialità o specialità affini – e Unit – che vedono due o più Unità di specialità differente, tipicamente mediche e chirurgiche, unificate da percorsi diagnostico-terapeutici comuni per organo-apparato, oppure da medesime modalità di erogazione dell'assistenza (es.: ambulatoriale).

⁶ L'attuale POA è stato adottato con Deliberazione della Giunta Regionale IX/4641 del 28 dicembre 2012

Nel caso delle Unit, come già definito dal POA, si tratta di gruppi di professionisti che, pur afferendo a diverse discipline, condividono il medesimo percorso assistenziale, costruito ponendo al centro la persona malata.

È evidente che nelle due tipologie la condivisione sarà sostanzialmente totale nel primo tipo e parziale nelle Unit.

Il Direttore di Area Omogenea d'intesa con i Direttori di Dipartimento, in particolare:

- presenta e condivide le scelte relative alla organizzazione e gestione dell'area, in modo che siano coerenti con l'andamento complessivo del Dipartimento e, per il tramite del Direttore di esso, con quelle dell'intero ospedale;
- riferisce le criticità e ipotesi di soluzioni, le richieste di personale e attrezzature, i progetti speciali, cosicché possano essere valutati nell'ambito del Comitato di Dipartimento.

Le aree omogenee e le Unit esercitano una funzione di carattere gestionale; il Direttore, nominato dal Direttore Generale, sentito il Direttore di Dipartimento, ha dunque in capo la responsabilità della gestione dell'intera attività, sia nelle fasi di pianificazione, coerente con la programmazione strategica, che di monitoraggio e valutazione.

L'assetto organizzativo delle Aree Omogenee tiene in considerazione i seguenti punti:

1. Definizione area/e di degenza: riassetto delineato seguendo criteri di aggregazione (minore è la frammentazione, maggiore l'efficienza e la possibilità di confronto tra professionisti), intensità di cura, omogeneità dei supporti infermieristici;
2. Definizione area di MAC/BOCA: assegnazione di spazi, risorse, protocolli di funzionamento, ovviamente compatibile con le risorse disponibili;
3. Definizione piano attività ambulatoriale: individuazione delle modalità di accesso (agende elettroniche o meno, call center, accettazione regolarmente svolta al momento dell'erogazione...), le liste di attesa, le prestazioni medie erogate e la compatibilità con la richiesta, le eventuali duplicazioni e possibilità di unificazione (anche con altre aree ove presenti). Criteri di razionalizzazione, ampliamento in orario pomeridiano (che dovrà essere garantito per almeno il 50% della complessiva attività), maggior utilizzo degli spazi in verticale.
4. Definizione piano utilizzo sale operatorie: anche supportati da Direzione Sanitaria, UOC Coordinamento dei Dipartimenti Clinici, Direzione Sanitaria di Presidio e SITRA, con il progetto di lavoro in corso, modalità di utilizzo dei diversi blocchi operatori, secondo gli obiettivi più volte enunciati nei documenti strategici (programmazione secondo lista di attesa e non per posti letto della UO; rispetto dei parametri per gli indicatori di ora inizio/tempo di cambio/...; razionalizzazione delle sale/equipe dedicate all'urgenza).
5. Verifica dello stato di utilizzo dei sistemi informativi per la degenza, ambulatori, acquisizione servizi interni - order entry, richieste farmaci, beni e servizi ecc... - con individuazione dei punti critici e degli strumenti per il loro superamento, che non siano mero rinvio ad altri Uffici/Servizi;
6. Analisi delle risorse: personale assegnato, di tipo quali-quantitativo raffrontato coi requisiti di accreditamento e verificandone le modalità organizzative; piano per individuare le competenze o aree di sofferenza e modalità di riqualificazione delle persone presenti, ove necessaria, e di reclutamento compatibile coi vincoli presenti. Modalità organizzative che prevedano un'equa rotazione tra il personale medico delle attività più onerose, oltre che di gestione delle diverse attività. È sul piano dell'integrazione dei dirigenti medici e sanitari che ci si attende il maggiore sforzo nel delineare nuove modalità di gestione, che non considerino più separate le équipes tra UOC, quando le stesse siano della medesima disciplina, ma attribuiscono all'Area detto personale con suddivisioni funzionali per attività prevalente, che considererà le competenze maturate, che

non debbono però diventare vincolo, soprattutto per i più giovani, a limitare i confini della propria crescita professionale.

7. Attività didattica: ricognizione dei diversi contributi che singoli e struttura effettuano; per le UUOO con presenza di personale universitario modalità e tempi di integrazione, i programmi di addestramento degli specializzandi e della loro compartecipazione alle attività dell'Area. Per le UUOO a direzione ospedaliera attuale contributo e in prospettiva l'ulteriore coinvolgimento.
8. Attività di ricerca: oltre ai dati oggettivi – Impact Factor, sperimentazioni in corso, progetti di ricerca - delineare le modalità di progressiva integrazione dei laboratori esistenti presso le piattaforme tecnologiche di Fondazione, in stretta collaborazione con la Direzione Scientifica, come pure adottate linee tendenti a promuovere la collaborazione su progetti di ricerca o sperimentazioni cliniche, con un utilizzo delle risorse meno frammentato.

Per le aree omogenee che non hanno diretta gestione di posti letto, afferenti quindi ai Dipartimenti dei Servizi e di Medicina preventiva:

1. Rivalutazione dei flussi e volumi di attività per pazienti ricoverati o inseriti in coorti di pazienti seguiti (malattie rare, follow up...) che debbono costituire la priorità; per i primi ci si basa sull'utilizzo di order entry, per gli altri agende elettroniche dedicate. Piano articolato, cui dare informazioni codificate agli operatori, soggetto a monitoraggio, per valutarne la congruità con le esigenze delle UUOO Cliniche.
2. Piano attività di specialistica ambulatoriale: ambulatori/erogatori presenti, modalità di accesso (agende elettroniche o meno, call center, accettazione regolarmente svolta al momento dell'erogazione...), liste di attesa, prestazioni medie erogate e compatibilità con la richiesta, eventuali duplicazioni e possibilità di unificazione (anche con altre aree ove presenti). ampliamento in orario pomeridiano e/o il sabato mattina.
3. Completamento del percorso di unificazione dei Laboratori e avvio di piattaforme tecnologiche uniche per Fondazione, sia per attività assistenziali che di ricerca; analogamente proseguirà il piano di revisione dei blocchi di diagnostica per immagini.
4. Attuazione del POA per quanto riguarda le interrelazioni e passaggi di struttura con altre Aree e Dipartimenti (area allergologica, area broncopneumologica, area ematologica, area interventistica..) individuando risorse, strutture, spazi per la piena integrazione.
5. Analisi delle risorse: analisi del personale assegnato, di tipo quali-quantitativo, su una prospettiva biennale, raffrontato con indicatori relativi al carico prestazionale verificandone le modalità organizzative; piano per individuare le competenze o aree di sofferenza e modalità di riqualificazione delle persone presenti, ove necessaria, e di reclutamento compatibile coi vincoli presenti con le caratteristiche precedentemente delineate.
6. Attività didattica: anche in questo caso ricognizione dei diversi contributi che singoli e struttura effettuano.
7. Attività di ricerca: oltre ai dati oggettivi – Impact Factor, sperimentazioni in corso, progetti di ricerca –progressiva integrazione dei laboratori esistenti presso le piattaforme tecnologiche di Fondazione, linee tendenti a promuovere la collaborazione su progetti di ricerca o sperimentazioni cliniche, con un utilizzo delle risorse meno frammentato.

In relazione alle peculiarità o per specifiche esigenze delle diverse aree omogenee/Unit, viene data ampia facoltà al direttore di esplicitare altri aspetti, non sopra evidenziati.

Sistemi informativi e analisi dei dati

La centralità dell'infrastruttura informatica come prerequisito di qualsiasi progetto di riorganizzazione è condivisa da tutti; vi è dunque la prioritaria necessità di compiere uno sforzo ulteriore per migliorare una situazione di sofferenza.

Risorse: criteri per l'attribuzione di personale, spazi, attrezzature

Nella gestione delle risorse umane assume particolare significato:

- l'adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e del Programma per la Trasparenza e l'Integrità – finalizzato ad individuare misure preventive aggiuntive rispetto al mero rispetto delle norme e procedure disciplinate da specifici provvedimenti-;
- la definizione di criteri omogenei per l'attribuzione di retribuzioni aggiuntive derivanti da convenzioni, progetti regionali, contributi finalizzati, sperimentazioni cliniche;
- il processo di valutazione, ai fini della retribuzione variabile, secondo le indicazioni regionali e con criteri meritocratici sia delle performance d'equipe che individuali.

Con medesimi criteri succitati sono valutate **le attribuzioni di spazi, attrezzature**, anche con riguardo alla ricerca, proseguendo nella definizione di piattaforme per le attività di laboratorio più complesse (es.: biologia molecolare), utilizzate in modo coordinato dai diversi gruppi.

Un ulteriore e non ultimo ambito di sviluppo e consolidamento è costituito dai sistemi di certificazione della qualità, anche per quanto riguarda l'assetto dei dipartimenti.

Adeguamenti strutturali

La realizzazione del nuovo PS, nel quale sarà collocato oltre al PS Generale quello Pediatrico, costituirà un ulteriore passo per la configurazione del nuovo Policlinico.

Ciò, consentirà l'attivazione di un modello organizzativo in linea con l'evoluzione dell'area di emergenza-urgenza., oltre a favorire la distinzione tra attività d'urgenza e attività programmata.

Il completamento dell'Istituto di Genetica Molecolare, per le parti attribuite al Policlinico, consente di realizzare innanzitutto sinergie nell'utilizzo di attrezzature.

Attività amministrative e di sistema

Nel sentiero tracciato di una pianificazione puntuale dei servizi e attività amministrative, che hanno lo scopo di supportare l'attività clinica e di ricerca, si procederà a:

- Acquisizione attrezzature secondo le richieste e gli ordini di priorità avanzati dai Dipartimenti;
- Monitorare i costi relativi agli approvvigionamenti – con particolare riguardo a farmaci, protesi, reagenti-, attivando anche focus specifici su particolari criticità (ad esempio per farmaci ad alto costo su file F o attrezzature per chirurgia robotica);
- Verificare le attività in appalto, in ordine ai costi preventivati e alle misure di controllo sulle prestazioni rese;
- Proseguire il processo di dematerializzazione ;
- Mantenere elevato il livello di trasparenza sul patrimonio.

Attività di programmazione 2014

Le attività di programmazione sono state attuate individuando gli obiettivi per tutti i dipartimenti gestionali e per ciascuna UOC e UOSD a partire dalle indicazioni contenute nelle DGR che hanno fissato le regole di sistema per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno in corso.

Su tali basi la Fondazione ha definito i propri obiettivi comuni e specifici per ciascun dipartimento avendo attenzione alle aree dell'innovazione tecnologica e organizzativa, delle attività ordinarie, della responsabilità gestionale.

Il ciclo della programmazione

Preliminare alla valutazione annuale delle performance, finalizzata anche al sistema premiante, sia essa organizzativa (d'equipe) o individuale, ed alla scelta dei relativi percorsi/strumenti da utilizzare, è la definizione degli obiettivi, che, per rendere efficace e "reale" la valutazione, debbono presentare alcuni requisiti:

- Coerenza con i piani e programmi della Fondazione: gli obiettivi non possono essere la semplice riproposizione di quanto previsto a livello regionale (pur dovendo ovviamente essere coerenti con essi), ma devono presentare specificità relative ai piani della Fondazione, al superamento di criticità evidenziate, agli sviluppi previsti; in tale ottica la pesatura degli obiettivi privilegia quelli qualitativi e strategici, in modo da rendere esplicite le priorità più rilevanti;
- Inseriti in quadro complessivo e sistemico: sebbene gli obiettivi siano annuali e debbano riguardare attività mirate, è abbastanza evidente che una suddivisione netta tra attività ordinaria e attività su obiettivi è artificiosa; si può quindi stabilire che vi siano alcuni obiettivi generali, assegnati, anche se con una certa variabilità, a tutte le UUOO ed altri, definibili straordinari, attribuiti solo ad alcune UUOO; inoltre tutti gli obiettivi oggetto di retribuzione aggiuntiva debbono rientrare in un unico provvedimento/quadro, pur con le relative pesature;
- Definiti in modo completo ed entro termini ragionevoli, non oltre il febbraio dell'anno su cui sono articolati; le performance attese devono essere definite in termini di obiettivi, indicatori, target attesi e responsabile della valutazione di 1° istanza, in modo da poterne valutare periodicamente gli andamenti e, a fine anno, i risultati effettivamente conseguiti;
- Assegnati in modo puntuale ad UO, Area Omogenea/Unit o Dipartimenti, in modo da individuarne in modo chiaro le relative responsabilità; l'assegnazione alle UUOO degli obiettivi da conseguire ha anche il significato di riconoscere l'unitarietà di equipe e stimolare il "gioco di squadra", superando la divisione orizzontale per qualifiche.

Il percorso adottato in Fondazione prevede:

- Definizione degli obiettivi generali e degli obiettivi straordinari a cura della Direzione strategica, sulla base dei piani e programmi della Fondazione.
- Declinazione degli obiettivi a cura del Servizio Controllo di gestione e presentazione alle UUOO/Aree/Dipartimenti e Nucleo di valutazione;
- Negoziazione e formalizzazione degli obiettivi: la negoziazione di obiettivi e risorse con UUOO/Aree/Dipartimenti in modo unitario per dirigenza e comparto curata dal Controllo di Gestione;
- Monitoraggio quadrimestrale a cura del Controllo di Gestione;
- Presentazione, da parte del Direttore di Dipartimento-Area-UOC e dei Coordinatori e Responsabili di area, degli obiettivi e dei risultati del monitoraggio periodico, a tutti gli operatori della UO/Area; in particolare gli stessi dovranno essere definiti in tempo utile e quindi presentati a tutto il personale con apposite riunioni, come pure gli esiti del relativo monitoraggio e raggiungimento.
- Pubblicazione in intranet sia gli obiettivi che i risultati ottenuti; inoltre con frequenza annuale la Direzione strategica rende disponibili alle OOSS le quote dei rispettivi fondi disponibili e, a consuntivo, la suddivisione per Dipartimento-Area-UOC delle quote assegnate .

- Valutazione finale, di norma entro marzo/aprile dell'anno successivo a cura del Nucleo di Valutazione su istruttoria del Controllo di gestione.

La ripartizione dei fondi

Nell'ambito della definizione di unitarietà degli obiettivi - inserendo cioè in un unico quadro gli obiettivi regionali e aziendali - è coerente che i fondi dedicati vengano attribuiti con un medesimo criterio.

I fondi vengono attribuiti a Dipartimento-Area-UOC in relazione al numero di dirigenti assegnati, definendo quindi il budget di ciascuna struttura per quote capitaria .

La valutazione dei risultati conseguiti

La Direzione strategica attribuisce importanza fondamentale alla valutazione del risultato dell'équipe: proprio perché è dal concorso e collaborazione della squadra che originano le migliori performance, pur con contributi diversi. A tal fine è ribadito l'obbligo da parte dei Direttori e coordinatori/responsabili di area di porre a conoscenza di tutti gli operatori gli obiettivi e loro monitoraggio.

La valutazione finale è condotta sulla base degli indicatori definiti ad inizio anno, approvati dal Nucleo di valutazione; in corso d'anno è preceduta dal monitoraggio condotto dal controllo di gestione nel corso del quale il Direttore di UO, coadiuvato dai coordinatori e responsabili di area, effettua una autovalutazione, nella quale non sono comunque ammissibili rinvii a responsabilità di altre UUOO/Servizi che non siano stati evidenziati e documentati nelle fasi precedenti; inoltre, a fine anno, il responsabile della valutazione di prima istanza effettua la propria valutazione, su cui il Nucleo di valutazione baserà la propria attività.

Il livello di raggiungimento degli obiettivi rileva soltanto ai fini della determinazione del budget e dell'attribuzione del corrispettivo economico d'équipe, mentre per la valutazione individuale rileva solo il giudizio valutativo individuale.

Qualora non venga riscontrato il raggiungimento di uno o più obiettivi, il Controllo di gestione attiverà le necessarie verifiche, i cui esiti saranno pubblicati su intranet.

Il Nucleo di Valutazione verifica il grado di raggiungimento degli obiettivi in corso d'anno e a fine periodo.

Obiettivi comuni di Fondazione	
Attività rivolta all'utenza	<p>Mantenimento dei livelli di attività assistenziali garantiti dalla Fondazione a beneficio dei cittadini milanesi, lombardi e provenienti da altre regioni e miglioramento dei livelli di qualità percepita dalla popolazione.</p> <p>Costante adeguamento dei livelli di offerta al mutare delle condizioni legate ai cambiamenti demografici ed epidemiologici e all'adeguamento delle tecnologie.</p> <p>Prosecuzione delle azioni volte a garantire un supporto di eccellenza nella gestione delle malattie rare.</p>
Attività di gestione e innovazione organizzativa	<p>Con riferimento agli interventi di razionalizzazione queste riguarderanno le attività ambulatoriali per le quali occorre prevedere la riduzione del numero di erogatori, e la informatizzazione dell'intero processo che va dalla prenotazione alla refertazione e la prosecuzione e implementazione di ambulatori multidisciplinari (malattie intestinali, orl, basedow...) e di pacchetti assistenziali integrati.</p> <p>Per quanto si riferisce all'attività di degenza si persegue una progressiva razionalizzazione delle risorse attraverso la compiuta realizzazione di aree omogenee ove sia attuata la gestione dei pazienti per gravità, la gestione unificata del personale e delle attività di guardia attiva.</p> <p>Infine si intende verificare la reale consistenza delle attività amministrative e la conseguente gestione del personale ad esse dedicato al fine di pervenire ad una razionalizzazione.</p>

DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E SPECIALIZZAZIONI MEDICHE	
Attività rivolta all'utenza	<p>Il Dipartimento ha fornito 3.766 prestazioni di ricovero ordinario, 1.590 accessi in <i>day hospital</i> e 302.377 prestazioni ambulatoriali nel corso del 2013. Si ritiene che tali livelli di attività debbano essere mantenuti, pur nel mutare del contesto assistenziale nel quale verranno erogate, a beneficio dei cittadini milanesi, lombardi e provenienti da altre regioni</p>
Attività di gestione	<p>Area di Medicina Interna e Geriatria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ridefinire area di degenza e MAC , comprensiva di tutti i posti letto attivi delle rispettive UUOCC (Devoto, Granelli, via Pace) da ridistribuire suddividendola per intensità di cura. • Piano degli ambulatori con raggruppamento per patologia e percorsi • Attribuzione del personale medico come unica équipe con destinazione funzionale per attività prevalente e gestione unitaria delle guardie e attività trasversali <p>Area di Medicina Specialistica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definire il fabbisogno di ricoveri e MAC su base annuale e proporre ipotesi di collocamento all'interno dell'area di Medicina Interna e Geriatria. • Piano degli ambulatori con raggruppamento per patologia e percorsi, ivi compresi gli ambulatori in collaborazione con l'area pediatrica • Definizione, all'interno del Dipartimento delle modalità di collaborazione e integrazione in area di degenza, ambulatoriale, didattica e ricerca.

Innovazione	Sperimentazione modalità di gestione e presa in carico del paziente fragile Verifica e piano di rientro per utilizzo informatica nell'attività sanitaria
Attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione	Partecipazione all'attività di analisi del rischio in coerenza con il PNA come da PTPC

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA	
Attività rivolta all'utenza	Il Dipartimento ha fornito 5.635 prestazioni di ricovero ordinario, 1.553 accessi in <i>day hospital</i> e 147.535 prestazioni ambulatoriali nel corso del 2013. Si ritiene che tali livelli di attività debbano essere mantenuti a beneficio dei cittadini milanesi, lombardi e provenienti da altre regioni
Attività di gestione	<p>Area di Chirurgia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ridefinire area di degenza e BOCA, comprensiva di tutti i posti letto attivi delle rispettive Unità Operative da unificare in un unico Padiglione, seguendo il criterio dell'intensità di cura • Piano degli ambulatori con raggruppamento per patologia e percorsi e individuazione di ambulatori per patologie condivisi con altre aree; • Pianificazione attività blocchi operatori unificata, con criteri e monitoraggio della funzionalità con verticalizzazione e incremento efficienza; • Attribuzione del personale medico come unica équipe con destinazione funzionale per attività prevalente e gestione unitaria guardie e attività trasversali <p>Area Testa - collo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ridefinire area di degenza e BOCA, comprensiva di tutti i posti letto attivi delle rispettive Unità Operative da gestire in modo coordinato seguendo il criterio dell'intensità di cura; • Piano degli ambulatori con raggruppamento per patologia e percorsi e individuazione di ambulatori per patologie condivisi con altre aree, specie pediatrica; • Pianificazione attività blocchi operatori unificata, con criteri e monitoraggio della funzionalità con verticalizzazione e incremento efficienza
Innovazione	Verifica e piano di rientro per utilizzo informatica attività sanitaria, con particolare riguardo a gestione informatizzata liste di attesa, programmazione sale operatorie, refertazione ambulatoriale.
Attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione	Partecipazione all'attività di analisi del rischio in coerenza con il PNA come da PTPC

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE E SALUTE MENTALE	
Attività rivolta all'utenza	Il Dipartimento ha fornito 1.144 prestazioni di ricovero ordinario, 601 accessi in <i>day hospital</i> e 49.053 prestazioni ambulatoriali nel corso del 2013. Si ritiene che tali livelli di attività debbano essere mantenuti a beneficio dei cittadini milanesi, lombardi e provenienti da altre regioni
Attività di gestione	<p>Area Neurologica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riorganizzazione delle attività delle UO afferenti, ora suddivise, così da delineare un'Area nella quale vi siano attività trasversali condivise dall'intera équipe – guardie, degenze – e ambiti prevalenti, ma non esclusivi, coordinati tra loro. • Piano degli ambulatori complessivo, con definizione dei flussi dei pazienti, agende elettroniche, registrazione completa delle attività svolte; <p>Area di Salute Mentale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione delle attività di degenza e ambulatoriali, comprese quelle territoriali, con ridisegno organizzativo calibrato su requisiti/attività/coordinamento/risorse disponibili.
Innovazione	Partecipazione al progetto di unificazione delle piattaforme tecnologiche e riorganizzazione dei laboratori, che dovranno essere unificati pur nel rispetto delle specificità Verifica e piano di rientro per utilizzo informatica attività sanitaria
Attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione	Partecipazione all'attività di analisi del rischio in coerenza con il PNA come da PTPC

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	
Attività rivolta all'utenza	Il Dipartimento ha fornito 1.661.236 prestazioni ambulatoriali nel corso del 2013 oltre ad assicurare lo svolgimento delle attività a beneficio delle Unità Operative della Fondazione. Si ritiene che i livelli di attività forniti debbano essere mantenuti, pur nel mutare del contesto assistenziale nel quale verranno erogate, a beneficio dei cittadini milanesi, lombardi e provenienti da altre regioni. Analisi delle convenzioni attive e passive e della attività Libero professionale, finalizzata a definire regole e parametri per equilibrarla all'attività di istituto e valorizzare le competenze presenti.
Attività di gestione	<p>Area Diagnostica per immagini</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piano di articolazione delle attività per interni e ambulatoriali improntato a razionalizzazione e pieno utilizzo delle attrezzature • Sviluppo delle professionalità e integrazione delle risorse umane, sia tecniche, che della dirigenza medica e sanitaria <p>Area Laboratori</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analisi e riorganizzazione delle attività di laboratorio finalizzate a integrazioni – interne, e con il Dipartimento delle Unit e con altre Aziende Sanitarie – Definizione e avvio della piattaforma di biologia molecolare con crono programma della completa integrazione delle équipe afferenti a diverse UUOO

Innovazione	Attuazione del POA per le correlazioni con altri Dipartimenti e la condivisione di laboratori/piattaforme tecnologiche
Attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione	Partecipazione all'attività di analisi del rischio in coerenza con il PNA come da PTPC

DIPARTIMENTO DELLA DONNA, DEL BAMBINO E DEL NEONATO

Attività rivolta all'utenza	Il Dipartimento ha fornito 19.019 prestazioni di ricovero ordinario, 4.962 accessi in <i>day hospital</i> e 241.283 prestazioni ambulatoriali nel corso del 2013. Si ritiene che tali livelli di attività debbano essere mantenuti a beneficio dei cittadini milanesi, lombardi e provenienti da altre regioni
Attività di gestione	<p>Area Ostetrico – Ginecologica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ulteriore sviluppo dell'integrazione delle aree di degenza e ambulatoriale, con definizione di percorsi e protocolli condivisi (es.: percorso nascita con ASL) • Verifica e piano di rientro per utilizzo informatica attività sanitaria, con particolare riguardo a gestione informatizzata della refertazione ambulatoriale <p>Area Neonatologica – Pediatrica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definire area di degenza e MAC secondo le previsioni POA (alta e media intensità di cura), prevedendo la modalità di gestione integrata delle équipe mediche e infermieristiche; • Piano complessivo dell'attività ambulatoriale volto a definire percorsi unitari e non per UO; • Integrazione del personale medico, volta a favorire la professionalità acquisita e sviluppare nuove competenze;
Innovazione	<p>Progetto con ASL e Comune per ulteriore integrazione coi servizi territoriali e formazione personale della Fondazione con maggior coinvolgimento nei servizi</p> <p>Partecipazione alla fase di studio e progettazione dell'area materno-infantile del nuovo ospedale</p> <p>Verifica e piano di rientro per utilizzo informatica attività sanitaria, con particolare riguardo a gestione informatizzata liste di attesa, refertazione ambulatoriale</p>
Attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione	Partecipazione all'attività di analisi del rischio in coerenza con il PNA come da PTPC

DIPARTIMENTO DI MEDICINA PREVENTIVA

Attività rivolta all'utenza	Il Dipartimento ha fornito 130 prestazioni di ricovero ordinario, 44 accessi in <i>day hospital</i> e 32.208 prestazioni ambulatoriali nel corso del 2013 oltre alle attività di tutela della salute dei lavoratori dipendenti dalla Fondazione e da altre aziende pubbliche e private convenzionate. Si ritiene che i livelli di attività forniti debbano essere mantenuti, pur nel mutare del contesto assistenziale nel quale verranno
------------------------------------	---

	erogate, a beneficio dei cittadini milanesi, lombardi e provenienti da altre regioni Inoltre è obiettivo del Dipartimento l'attuazione di un progetto per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori della Fondazione (anagrafica aggiornata e completa, comprensiva di personale non strutturato e studenti, semplificazione delle modalità di convocazione, informatizzazione completa dei dati sanitari e valutazione di inserimento nel FSE).
Attività di gestione	<p>Area Tutela e sicurezza del lavoratore</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizzazione delle attività ambulatoriali valorizzando le professionalità e integrandosi con altri Dipartimenti onde evitare duplicazioni e potenziare aree non presidiate; • Definizione delle attività istituzionali e di quelle rese ad altri Enti e Aziende ai fini di ricerca e del relativo fabbisogno di risorse; • Attuazione del POA per le correlazioni con altri Dipartimenti <p>Area Statistica ed Epidemiologia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizzazione delle attività di ricerca e di monitoraggio e pianificazione dei fabbisogni compatibilmente con i vincoli normativi • Definizione della struttura e risorse per la nuova UO e piano di attività trasversali alla Fondazione
Innovazione	Sviluppare l'attività di epidemiologia clinica, finalizzata ad elaborare i dati di attività della Fondazione (SDO, specialistica ambulatoriale, farmaceutica) per valutarne qualità e appropriatezza, elaborando anche un sistema che consenta la lettura integrata a ciascuna UO dell'attività clinica svolta (casistica trattata, farmaci prescritti, interventi effettuati, consulenze e accertamenti richiesti) per poter poi apportare correttivi e miglioramenti in fase di programmazione
Attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione	Partecipazione all'attività di analisi del rischio in coerenza con il PNA come da PTPC

DIPARTIMENTO DELLE UNITS MULTISPECIALISTICHE E DEI TRAPIANTI

Attività rivolta all'utenza	Il Dipartimento ha fornito 5.099 ricoveri e 1.195 accessi in dh, 228.863 prestazioni ambulatoriali nel corso del 2013 oltre ad assicurare lo svolgimento delle attività di medicina trasfusionale e dei trapianti. Si ritiene che i livelli di attività debbano essere mantenuti a beneficio dei cittadini milanesi, lombardi e provenienti da altre regioni
Attività di gestione	<p>Area Cardio - Polmonare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definire area di degenza, MAC e BOCA, che pur con un utilizzo destinato alle tre specialità preveda un margine di flessibilità in relazione al fabbisogno (liste di attesa, urgenze); • Piano complessivo dell'attività ambulatoriale volto a definire percorsi e pacchetti tipici della Unit (pazienti trapiantati, pazienti con multimorbidità, pazienti pediatrici..); • Pianificazione dell'attività della Chirurgia toracica di concerto con le altre UUOO afferenti al medesimo blocco operatorio; • Definizione delle modalità e tempistica per il raccordo con l'area pediatrica e per l'integrazione con il Dipartimento di medicina Preventiva; • Individuazione delle interrelazioni con altre strutture sanitarie per attività non disponibili in Fondazione (Cardiochirurgia, Riabilitazione respiratoria e cardiologica...);

	<p>Area Nefro – Urologica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzare area di degenza , MAC e BOCA come indicato nel POA, che pur con un utilizzo destinato alle tre specialità preveda un margine di flessibilità in relazione al fabbisogno (liste di attesa,urgenze); • Piano complessivo dell’attività ambulatoriale volto a definire percorsi e pacchetti tipici della Unit (pazienti trapiantati, pazienti con multimorbidità, pazienti pediatrici..); • Pianificazione dell’attività chirurgica che preveda una progressiva integrazione tra le due UOC sia in ambito di ricovero che ambulatoriale; • Definizione delle modalità e tempistica per il raccordo con l’area pediatrica ; <p>Area Gastro – Epatologica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definire area di degenza , MAC , BOCA ed Endoscopia, che pur con un utilizzo destinato alle tre specialità preveda un margine di flessibilità in relazione al fabbisogno (liste di attesa, urgenze); indicando anche per l’area di degenza ipotesi di collocazione nell’attuale assetto strutturale; • Piano complessivo dell’attività ambulatoriale volto a definire percorsi e pacchetti tipici della Unit (pazienti trapiantati, pazienti con multimorbidità, pazienti pediatrici..); • Pianificazione dell’attività della Chirurgia epatobiliopancreatica di concerto con le altre UUOO afferenti al medesimo blocco operatorio; • Definizione delle modalità di raccordo con Chirurgia Pediatrica – gestione per endoscopia- delle modalità e tempistica per il raccordo con l’area pediatrica ; <p>Area Ematologica- Trasfusionale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definire area di degenza , MAC e BOCA, che pur con un utilizzo destinato alle due specialità cliniche di ematologia preveda un margine di flessibilità in relazione al fabbisogno (liste di attesa, urgenze); indicando anche per l’area di degenza ipotesi di collocazione nell’attuale assetto strutturale; • Piano complessivo dell’attività ambulatoriale volto a definire percorsi unitari e non per UO (pazienti pediatrici, pazienti oncologici, pazienti gravide, donatori....); <p>Integrazione del personale medico, volta a favorire la professionalità acquisita e sviluppare nuove competenze anche in ambito clinico</p>
<p>Innovazione</p>	<p>Sviluppo delle relazioni con Direzione Generale Sanità e altre Aziende Ospedaliere al fine di dare seguito a progetti di integrazione per funzioni sovraziendali e di livello nazionale</p> <p>Verifica e piano di rientro per utilizzo informatica attività sanitaria, con particolare riguardo a gestione informatizzata liste di attesa, programmazione sale operatorie, refertazione ambulatoriale.</p> <p>Attuazione del POA per le correlazioni con altri Dipartimenti (Servizi, Donna Bambino Neonato), Coordinamento Dipartimenti Clinici e Direzione Sanitaria di Presidio (Trapianti), Scientifica (Terapia cellulare e Criobiologia) e la condivisione di laboratori/piattaforme tecnologiche</p>
<p>Attuazione Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione</p>	<p>Partecipazione all’attività di analisi del rischio in coerenza con il PNA come da PTPC</p>

DIPARTIMENTO ANESTESIA, RIANIMAZIONE ED EMERGENZA URGENZA	
Attività rivolta all'utenza	Il Dipartimento fornisce il supporto di terapia intensiva a tutte le Unità Operative e al settore dell'Emergenza Urgenza; inoltre assicura la gestione delle attività di Pronto Soccorso il cui volume di prestazioni è stato pari a 619.491 e, infine, prestazioni ambulatoriali pari a 12.795 sempre nel corso del 2013.
Attività di gestione	<p>Area Medicina Perioperatoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione al progetto di riorganizzazione dei blocchi operatori, con proposte volte a razionalizzare l'utilizzo delle sale e del personale • Attuazione delle Previsioni POA su Servizi innovativi <p>Area Rianimazione e terapia intensiva, emergenza e urgenza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definizione della struttura e risorse per nuove UUOO in relazione alla disponibilità del Padiglione Guardia Accettazione • Proposta di riorganizzazione terapie intensive in relazione al nuovo riassetto strutturale dei Padiglioni
Innovazione	Definizione di soluzioni innovative per la gestione dei flussi di pazienti in Pronto Soccorso
Attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione	Partecipazione all'attività di analisi del rischio in coerenza con il PNA come da PTPC

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	
Attuazione del Piano Triennale di prevenzione della corruzione	<p>UOC Patrimonio</p> <p>Ulteriore analisi del rischio in coerenza con il PNA (<i>rif. Cap 4 del P.T.P.C.</i>) Adempimenti per contenere il rischio di corruzione del dipendente per attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (<i>rif. capitolo 5.3 del P.T.P.C.</i>) Adempimenti nel caso di condanna penale per delitti contro al P.A. (<i>rif. capitolo 5.4 del P.T.P.C.</i>) Inserimento, da parte delle stazioni appaltanti individuate al capitolo 4 del PTPC delle clausole di salvaguardia per il rispetto del patto di integrità (<i>rif. capitolo 5.5 del P.T.P.C.</i>) Dichiarazione sullo stato dei procedimenti amministrativi al fine di monitorare il rispetto dei termini di conclusione (<i>rif. capitolo 7 del P.T.P.C.</i>) Relazione annuale in cui si espongono gli elementi qualitativi e quantitativi in merito all'attuazione del Piano e le eventuali misure correttive suggerite (<i>rif. capitolo 13 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>UOC Risorse Umane</p> <p>Ulteriore analisi del rischio in coerenza con il PNA (<i>rif. Cap 4 del P.T.P.C.</i>) Adempimenti per contenere il rischio di corruzione del dipendente per attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (<i>rif. capitolo 5.3 del P.T.P.C.</i>) Adempimenti nel caso di condanna penale per delitti contro al P.A.</p>

(rif. capitolo 5.4 del P.T.P.C.)
 Sottoscrizione dichiarazione di presa d'atto della disponibilità on-line del P.T.P.C. da parte del personale dipendente neoassunto *(rif. capitolo 6 del P.T.P.C.)*
 Dichiarazione sullo stato dei procedimenti amministrativi al fine di monitorare il rispetto dei termini di conclusione *(rif. capitolo 7 del P.T.P.C.)*
 Dichiarazione di insussistenza di incompatibilità e inconfiribilità dell'incarico *(rif. capitolo 11 del P.T.P.C.)*
 Relazione annuale in cui si espongono gli elementi qualitativi e quantitativi in merito all'attuazione del Piano e le eventuali misure correttive suggerite *(rif. capitolo 13 del P.T.P.C.)*

UOC Approvvigionamenti
 Ulteriore analisi del rischio in coerenza con il PNA *(rif. Cap 4 del P.T.P.C.)*
 Adempimenti per contenere il rischio di corruzione del dipendente per attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro *(rif. capitolo 5.3 del P.T.P.C.)*
 Adempimenti nel caso di condanna penale per delitti contro al P.A. *(rif. capitolo 5.4 del P.T.P.C.)*
 Inserimento, da parte delle stazioni appaltanti individuate al capitolo 4 del PTPC delle clausole di salvaguardia per il rispetto del patto di integrità *(rif. capitolo 5.5 del P.T.P.C.)*
 Dichiarazione sullo stato dei procedimenti amministrativi al fine di monitorare il rispetto dei termini di conclusione *(rif. capitolo 7 del P.T.P.C.)*
 Relazione annuale in cui si espongono gli elementi qualitativi e quantitativi in merito all'attuazione del Piano e le eventuali misure correttive suggerite *(rif. capitolo 13 del P.T.P.C.)*

UOC Economico Finanziaria
 Ulteriore analisi del rischio in coerenza con il PNA *(rif. Cap 4 del P.T.P.C.)*
 Adempimenti per contenere il rischio di corruzione del dipendente per attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro *(rif. capitolo 5.3 del P.T.P.C.)*
 Adempimenti nel caso di condanna penale per delitti contro al P.A. *(rif. capitolo 5.4 del P.T.P.C.)*
 Dichiarazione sullo stato dei procedimenti amministrativi al fine di monitorare il rispetto dei termini di conclusione *(rif. capitolo 7 del P.T.P.C.)*
 Relazione annuale in cui si espongono gli elementi qualitativi e quantitativi in merito all'attuazione del Piano e le eventuali misure correttive suggerite *(rif. capitolo 13 del P.T.P.C.)*

UOS Libera professione e Convenzioni
 Ulteriore analisi del rischio in coerenza con il PNA *(rif. Cap 4 del P.T.P.C.)*
 Adempimenti per contenere il rischio di corruzione del dipendente per attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro *(rif. capitolo 5.3 del P.T.P.C.)*
 Adempimenti per il conferimento o l'autorizzazione di incarichi extra-istituzionali *(rif. capitolo 5.6 del P.T.P.C.)*
 Adempimenti nel caso di condanna penale per delitti contro al P.A. *(rif. capitolo 5.4 del P.T.P.C.)*
 Dichiarazione sullo stato dei procedimenti amministrativi al fine di monitorare il

	<p>rispetto dei termini di conclusione (<i>rif. capitolo 7 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Dichiarazione di insussistenza di incompatibilità e inconfiribilità dell'incarico (<i>rif. capitolo 11 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Relazione annuale in cui si espongono gli elementi qualitativi e quantitativi in merito all'attuazione del Piano e le eventuali misure correttive suggerite (<i>rif. capitolo 13 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Servizio Affari Legali e contenzioso</p> <p>Ulteriore analisi del rischio in coerenza con il PNA (<i>rif. Cap 4 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Adempimenti per contenere il rischio di corruzione del dipendente per attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (<i>rif. capitolo 5.3 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Adempimenti per il conferimento o l'autorizzazione di incarichi extra-istituzionali (<i>rif. capitolo 5.6 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Adempimenti nel caso di condanna penale per delitti contro al P.A. (<i>rif. capitolo 5.4 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Dichiarazione sullo stato dei procedimenti amministrativi al fine di monitorare il rispetto dei termini di conclusione (<i>rif. capitolo 7 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Dichiarazione di insussistenza di incompatibilità e inconfiribilità dell'incarico (<i>rif. capitolo 11 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Relazione annuale in cui si espongono gli elementi qualitativi e quantitativi in merito all'attuazione del Piano e le eventuali misure correttive suggerite (<i>rif. capitolo 13 del P.T.P.C.</i>)</p>
<p>Attuazione Programma Triennale per la Trasparenza e l'Intergrità</p>	<p>UOC Patrimonio</p> <p>UOC Approvvigionamenti</p> <p>UOC Risorse Umane</p> <p>UOC Economico Finanziaria</p> <p>UOC Servizio Controllo di Gestione e Programmazione</p> <p>Servizio Affari Legali e contenzioso</p> <p>UOS Libera professione e Convenzioni</p> <p>Ottemperanza agli obblighi e alle tempistiche di pubblicazione previsti dal Programma Triennale</p>

DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE	
<p>Attuazione del Piano Triennale di prevenzione della corruzione</p>	<p>UOC Funzioni Tecniche</p> <p>Ulteriore analisi del rischio in coerenza con il PNA (<i>rif. Cap 4 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Adempimenti per contenere il rischio di corruzione del dipendente per attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (<i>rif. capitolo 5.3 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Adempimenti nel caso di condanna penale per delitti contro al P.A. (<i>rif. capitolo 5.4 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Inserimento, da parte delle stazioni appaltanti individuate al capitolo 4 del PTPC delle clausole di salvaguardia per il rispetto del patto di integrità (<i>rif. capitolo 5.5 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>Dichiarazione sullo stato dei procedimenti amministrativi al fine di monitorare il rispetto dei termini di conclusione (<i>rif. capitolo 7 del P.T.P.C.</i>)</p>

	<p>Relazione annuale in cui si espongono gli elementi qualitativi e quantitativi in merito all'attuazione del Piano e le eventuali misure correttive suggerite (<i>rif. capitolo 13 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>UOC Ingegneria Clinica Ulteriore analisi del rischio in coerenza con il PNA (<i>rif. Cap 4 del P.T.P.C.</i>) Adempimenti per contenere il rischio di corruzione del dipendente per attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (<i>rif. capitolo 5.3 del P.T.P.C.</i>) Adempimenti nel caso di condanna penale per delitti contro al P.A. (<i>rif. capitolo 5.4 del P.T.P.C.</i>) Inserimento, da parte delle stazioni appaltanti individuate al capitolo 4 del PTPC delle clausole di salvaguardia per il rispetto del patto di integrità (<i>rif. capitolo 5.5 del P.T.P.C.</i>) Dichiarazione sullo stato dei procedimenti amministrativi al fine di monitorare il rispetto dei termini di conclusione (<i>rif. capitolo 7 del P.T.P.C.</i>) Relazione annuale in cui si espongono gli elementi qualitativi e quantitativi in merito all'attuazione del Piano e le eventuali misure correttive suggerite (<i>rif. capitolo 13 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>UOC Sistemi Informativi e Informatici Ulteriore analisi del rischio in coerenza con il PNA (<i>rif. Cap 4 del P.T.P.C.</i>) Adempimenti per contenere il rischio di corruzione del dipendente per attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (<i>rif. capitolo 5.3 del P.T.P.C.</i>) Adempimenti nel caso di condanna penale per delitti contro al P.A. (<i>rif. capitolo 5.4 del P.T.P.C.</i>) Inserimento, da parte delle stazioni appaltanti individuate al capitolo 4 del PTPC delle clausole di salvaguardia per il rispetto del patto di integrità (<i>rif. capitolo 5.5 del P.T.P.C.</i>) Notifica del P.T.P.C. a tutti i dipendenti tramite pubblicazione di apposito avviso sul portale telematico di visualizzazione dei cedolini (<i>rif. capitolo 6 del PTPC</i>) Dichiarazione sullo stato dei procedimenti amministrativi al fine di monitorare il rispetto dei termini di conclusione (<i>rif. capitolo 7 del PTPC</i>) Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito: iniziative ed accorgimenti tecnici (<i>rif. capitolo 12 del P.T.P.C.</i>) Relazione annuale in cui si espongono gli elementi qualitativi e quantitativi in merito all'attuazione del Piano e le eventuali misure correttive suggerite (<i>rif. capitolo 13 del P.T.P.C.</i>)</p>
<p>Attuazione Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità</p>	<p>UOC Funzioni Tecniche UOC Ingegneria Clinica UOC Sistemi Informativi e Informatici Ottemperanza agli obblighi e alle tempistiche di pubblicazione previsti dal Programma Triennale</p>

UNITA' OPERATIVE DI STAFF	
<p>Attuazione del Piano Triennale di</p>	<p>UOC Coordinamento Dipartimenti Clinici e Direzione Sanitaria di Presidio Ulteriore analisi del rischio in coerenza con il PNA (<i>rif. Cap 4 del P.T.P.C.</i>)</p>

<p>prevenzione della corruzione</p>	<p>Conflitto di interessi (<i>rif. Cap. 5.1 del P.T.P.C.</i>) Monitoraggio rapporti con soggetti esterni (<i>rif. Cap. 5.2 del P.T.P.C.</i>) Incarichi in caso di condanna penale per delitti contro al P.A (<i>rif. Cap. 5.4 del P.T.P.C.</i>) Relazione annuale in merito all'attuazione del PTPC (<i>rif. Cap. 13 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>UOC Organizzazione e Integrazione delle Risorse – SITRA Ulteriore analisi del rischio in coerenza con il PNA (<i>rif. Cap 4 del P.T.P.C.</i>) Conflitto di interessi (<i>rif. Cap. 5.1 del P.T.P.C.</i>) Monitoraggio rapporti con soggetti esterni (<i>rif. Cap. 5.2 del P.T.P.C.</i>) Incarichi in caso di condanna penale per delitti contro al P.A (<i>rif. Cap. 5.4 del P.T.P.C.</i>) Patti di integrità negli affidamenti (<i>rif. Cap. 5.5 del P.T.P.C.</i>) Monitoraggio del rispetto dei termini dei procedimenti (<i>rif. Cap. 7 del P.T.P.C.</i>) Relazione annuale in merito all'attuazione del PTPC (<i>rif. Cap. 13 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>UOS Ufficio Relazioni con il Pubblico e Carta dei Servizi Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile (<i>rif. capitolo 5.7 del P.T.P.C.</i>)</p> <p>UOS Prevenzione e Protezione Ulteriore analisi del rischio in coerenza con il PNA (<i>rif. Cap 4 del P.T.P.C.</i>) Conflitto di interessi (<i>rif. Cap. 5.1 del P.T.P.C.</i>) Incarichi in caso di condanna penale per delitti contro al P.A (<i>rif. Cap. 5.4 del P.T.P.C.</i>) Relazione annuale in merito all'attuazione del PTPC (<i>rif. Cap. 13 del P.T.P.C.</i>)</p>
<p>Attuazione Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità</p>	<p>UOC Coordinamento Dipartimenti Clinici e Direzione Sanitaria di Presidio UOC Organizzazione e Integrazione delle Risorse – SITRA Ottemperanza agli obblighi e alle tempistiche di pubblicazione previsti dal Programma Triennale</p>

DIREZIONE SCIENTIFICA	
<p>Attuazione del Piano Triennale di prevenzione della corruzione</p>	<p>Ulteriore analisi del rischio in coerenza con il PNA (<i>rif. Cap 4 del P.T.P.C.</i>) Conflitto di interessi (<i>rif. Cap. 5.1 del P.T.P.C.</i>) Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (<i>rif. Cap. 5.3 del P.T.P.C.</i>) Incarichi in caso di condanna penale per delitti contro al P.A (<i>rif. Cap. 5.4 del P.T.P.C.</i>) Monitoraggio del rispetto dei termini dei procedimenti (<i>rif. Cap. 7 del P.T.P.C.</i>) Inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pa (<i>rif. Cap. 11 del P.T.P.C.</i>) Relazione annuale in merito all'attuazione del PTPC (<i>rif. Cap. 13 del P.T.P.C.</i>)</p>
<p>Innovazione</p>	<p>Regolamentazione delle sperimentazioni cliniche farmacologiche no-profit/spontanee condotte in Fondazione evidenziando un percorso che permetta la corretta effettuazione, registrazione e rendicontazione di procedure e/o esami extra standard di cura previste dai diversi protocolli e svolte all'interno della Fondazione.</p>

LE DIMENSIONI DELLA PERFORMANCE

Le dimensioni di analisi della performance attengono ai tre livelli decisionali: strategico, di programmazione e gestionale.

Livello strategico

L'obiettivo di un'organizzazione complessa è quello di produrre un significativo impatto sull'ambiente esterno (**efficacia esterna**) misurabile in termini di soddisfacimento delle attese riconducibili alla propria missione e, dunque, ai profili di attività che la devono caratterizzare. In tale ottica i caratteristici indicatori di attrazione/fuga non consentono di leggere compiutamente tali aspetti che vengono meglio rappresentati ponendo attenzione ad attività peculiari e caratterizzanti che soddisfano bisogni di prestazioni di elevata complessità ovvero che corrispondono a processi riconducibili alle aree che connotano il profilo scientifico della Fondazione. Coerentemente con tale profilo è parte della valutazione di efficacia esterna la misurazione sul piano quali-quantitativo dei livelli di produttività scientifica in quanto strettamente collegati all'efficacia dell'assistenza prestata.

L'assetto organizzativo deve mettere gli operatori in condizione di dispiegare al meglio i propri livelli di competenza e di acquisirne in relazione alle esigenze di sviluppo che si manifestano nel tempo. I livelli di **efficacia organizzativa** sono dunque valutabili attraverso la verifica della qualità nello sviluppo delle competenze necessarie all'ottimale svolgimento delle attività, dell'adeguatezza dell'assetto finalizzato al raggiungimento degli obiettivi nonché della capacità di mettere a disposizione risorse adeguate ai fini degli investimenti necessari allo svolgimento delle attività.

Analogamente sul piano della **efficacia interna** si ritiene di dover porre attenzione alla efficacia gestionale, ossia alla fluidità dei processi interni messi in atto e necessari per raggiungere gli obiettivi e consentire il determinarsi delle migliori condizioni perché le unità operative siano messe in condizione a loro volta di raggiungerli. È l'ambito infrastrutturale proprio del processo di governo clinico e amministrativo della Fondazione.

Sempre a tale livello la Fondazione dovrà garantire il soddisfacimento di requisiti di **economicità** misurabili in termini di compatibilità tra il valore dell'attività svolta ed i costi sostenuti per i fattori produttivi necessari.

Livello di programmazione

Come già specificato, la Fondazione definisce annualmente per ciascuna unità operativa sanitaria, amministrativa, in staff il programma degli obiettivi "economici", "organizzativi", "di qualità" che devono essere raggiunti, collegandoli al sistema premiante. Tale declinazione deriva dalla analisi e adattamento al contesto locale delle regole di sistema integrate con gli obiettivi individuati nell'ambito del contratto di fornitura sottoscritto con la ASL Milano e con quelli definiti a livello delle diverse articolazioni organizzative e cioè Dipartimenti, Aree Omogenee e Unità Operative. Il processo prevede una prima fase di negoziazione alla quale seguono attività di monitoraggio con cadenza quadrimestrale. L'analisi del grado di raggiungimento di tali obiettivi misurati attraverso lo scostamento tra osservato e atteso definisce non solo il livello di efficacia della programmazione aziendale, ma anche e soprattutto l'adeguato esercizio delle competenze manageriali diffuse ai diversi livelli dell'articolazione aziendale. Essa fotografa, inoltre, la capacità di progettazione e di gestione dei progetti da parte dei dirigenti responsabili con particolare

riferimento al rispetto dei piani di lavoro, delle tempistiche relative, delle compatibilità con le risorse disponibili.

Livello gestionale

È il livello del governo clinico e della produzione di valore per i cittadini in termini di risultato ottenuto per ogni unità monetaria investita. A questo livello si intersecano, dunque, le dimensioni della efficienza, appropriatezza organizzativa, qualità dei processi e dell'organizzazione, qualità dell'assistenza, accessibilità e livello di soddisfazione percepito dall'utenza. La rilevazione e il monitoraggio di indicatori pertinenti consentono una lettura integrata della qualità espressa da ciascuna articolazione aziendale. In particolare

- L'**efficienza** rappresenta la capacità misurabile di fornire prestazioni efficaci attraverso un utilizzo ottimale dei fattori produttivi con conseguente riduzione degli sprechi;
- L'**appropriatezza organizzativa** attiene alla capacità di fornire la prestazione nel corretto contesto assistenziale evitando comportamenti opportunistici, fenomeni di selezione della casistica che danneggerebbero il cittadino;
- La **qualità dell'assistenza** rappresenta la capacità di operare in modo efficace ; tale condizione è rilevabile attraverso strumenti di misura che evidenzino la frequenza di risultati negativi per il paziente secondo il modello proposto per la valutazione degli ospedali;
- La dimensione della **qualità dei processi** si riferisce alla organizzazione dei processi produttivi secondo logiche di corretta gestione e applicazione di buone pratiche che minimizzino i rischi di errore e testimonino circa il raggiungimento degli standard predefiniti;
- La dimensione della **accessibilità e soddisfazione dell'utenza** rappresenta l'area della valutazione di come il processo assistenziale viene percepito dal cittadino che ne usufruisce e che esprime il proprio giudizio avendo attenzione sia al grado di soddisfacimento del bisogno espresso sia alla tempestività con la quale tale percorso si realizza. È questa l'area della rilevazione di ogni tipologia di barriera alla fruizione dei servizi sanitari.

La misurazione delle performance: gli indicatori di risultato

Le diverse dimensioni considerate vengono monitorate attraverso la selezione di un insieme di indicatori che coprono l'intero spettro di analisi al fine di evitare il rischio di una disomogenea e squilibrata rappresentazione del contesto organizzativo. Il sistema tiene conto sia dei criteri e degli indicatori con i quali i risultati della gestione della Fondazione vengono monitorati e valutati in ambito di Servizio sanitario regionale, anche ai fini del confronto con altre Fondazioni e Aziende Ospedaliere, sia della programmazione gestionale. Al fine del processo di valutazione della *performance* non vengono individuati tutti gli indicatori previsti per il monitoraggio dei diversi progetti aziendale, ma ne viene proposta una sintesi che funge da quadro di controllo dell'andamento delle diverse fasi del processo di programmazione e gestione.

Gli indicatori selezionati vengono riportati nella tabella seguente con riferimento ai processi decisionali e alle dimensioni di analisi ai quali si riferiscono. Essi rispondono ai requisiti di pertinenza, robustezza, affidabilità, misurabilità.

Area della Attività rivolta all'utenza - Obiettivo : Costante adeguamento dell'offerta; miglioramento dei livelli di qualità

Dimensione di analisi	Criterio	Indicatore	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013*	Anno 2014
Efficacia esterna	Complessità della casistica	Peso medio casistica della Fondazione	1,036	1,052	1,063	
		Peso medio per area:				
		Medica	1,096	1,126	1,259	
		Chirurgica	1,988	1,937	1,924	
		Ostetrico ginecologica	0,930	0,986	0,708	
		Pediatria medica	0,698	0,760	0,820	
		Pediatria chirurgica	1,114	1,140	1,489	
Efficacia esterna	Accessibilità	Prestazioni erogate in regime di urgenza/emergenza per tipologia di codice di accesso:				
		Codice bianco	44.647	45.880	45.547	
		Codice verde	397.598	395.231	388.480	
		Codice giallo	135.271	144.598	157.777	
		Codice rosso	26.643	26.498	28.062	
Efficacia esterna	Livello di attrazione	Percentuale di ricoveri ordinari extra regione della Fondazione	7%	8,2%	8,9%	
		Percentuale di ricoveri ordinari extra regione per Area:				
		Area della Medicina e delle specialità mediche	6%	8%	6,2%	
		Area della Chirurgia e delle specialità chirurgiche	10%	12%	12%	
		Area della Salute della Donna, del Bambino, del Neonato	6%	9%	11%	
		Area delle Neuroscienze e degli organi di senso	12%	14%	} 11%	
		Area della Salute Mentale	6%	6%		
		Area della Medicina Preventiva	25%	31,9%	38%	
Efficacia esterna	Livello di qualità percepita	Indice di soddisfazione (1-7)	5,84	5,87	5,87	
		Indice di raccomandabilità (1-7)	6,05	6,08	6,06	
		Indice di riutilizzo (1-7)	6,10	6,12	6,10	
		N° valutazioni positive area degenza (intervallo 1-7):				
		Area della Medicina e delle specialità mediche	5,99	5,99	5,89	
		Area della Chirurgia e delle specialità chirurgiche	6,19	6,09	6,16	
		Area della Salute della Donna, del Bambino, del Neonato	5,83	5,94	5,91	
		Area delle Neuroscienze e degli organi di senso	6,07	6,05	5,99	
		Area della Medicina Preventiva	5,79	6,09	6,16	
		N° valutazioni positive area ambulatoriale (intervallo 1-7):				
		Area della Medicina e delle specialità mediche	5,81	5,85	5,89	
		Area della Chirurgia e delle specialità chirurgiche	5,59	5,60	5,67	
		Area della Salute della Donna, del Bambino, del Neonato	5,52	5,56	5,72	
		Area delle Neuroscienze e degli organi di senso	5,75	5,77	5,82	
		Area della Medicina Preventiva	6,03	6,30	6,13	
		Area dei Servizi Diagnostici	5,58	5,94	5,72	
		Area della Anestesia, Rianimazione, Terapia del dolore	6,34	6,46	6,24	
Qualità dei processi e dell'organizzazione	Livello di adesione alle politiche di Fondazione	N° di prestazioni invasive per le quali è stata compilata la scheda di corretta identificazione del paziente, della procedura e della lateralità/totale delle prestazioni per le quali è prevista.	100%	100%		
		N° di pazienti caduti/ numero di giornate degenza nell'anno	1,56 per 1000 gg	1,45 per 1000 gg		

Mantenimento/miglioramento degli indici

Segue

Area della Attività rivolta all'utenza - Obiettivo : Costante adeguamento dell'offerta; miglioramento dei livelli di qualità

Dimensione di analisi	Criterio	Indicatore	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013*	Anno 2014
Efficacia esterna	Ottemperanza agli obblighi e alle tempistiche di pubblicazione previsti dal PTPC	Pubblicazione dei documenti secondo la tempistica definita da parte delle Unità Operative responsabili			100%	Mantenimento dell'indice

Area della Responsabilità gestionale: Obiettivo – Razionalizzazione delle risorse

Dimensione di analisi	Criterio	Indicatore	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013*	Anno 2014
Efficacia organizzativa	Realizzazione aree omogenee	Progetti di riorganizzazione interna realizzati /su previsti		75%		Mantenimento/miglioramento degli indici
Efficacia interna	Innovazione tecnologia	Rispetto delle fasi di avanzamento dell'attuazione del progetto di sviluppo della chirurgia robotica		75%		
Efficacia interna	Benessere organizzativo	Tasso di assenteismo (al netto del periodo di ferie)	8,6%	8,9%	8,34%	
Efficacia interna	Formazione	N° partecipanti a corsi/totale dipendenti	1,4	0,66		
Efficienza	Utilizzo delle risorse	Costo medio per farmaci per punto Drg	242	188		
		Costo medio dei dispositivi per punto Drg	514	484		
		Costo medio dei diagnostici per punto Drg	472	415		
		Rapporto visite e prestazioni ambulatoriali esclusi servizi diagnostici/ n. erogatori	5.176,6	3.478,6		

Area dell'innovazione: Obiettivo – Realizzare percorsi e processi di innovazione organizzativa e tecnologica

Dimensione di analisi	Criterio	Indicatore	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013*	Anno 2014
Efficacia interna	Innovazione tecnologica	N° referti SISS/totale prestazioni ambulatoriali (escl. diagnostiche)	4,5%	20%	Dati in corso di rilevazione	Mantenimento o/miglioramento degli indici
		N° referti SISS/totale referti PS	95,8%			
		N° referti SISS/ lettere di dimissioni	28,7%	33%		
Efficacia interna	Innovazione tecnologica	Rispetto delle fasi di avanzamento nella realizzazione del progetto RIS-PACS		100%		
Efficacia interna	Innovazione organizzativa	Attuazione organizzazione delle attività MAC per aree omogenee		100%		
Efficacia interna	Innovazione scientifica	Evidenza di Integrazione delle attività di ricerca con quelle dell'Istituto Nazionale di Genetica Molecolare attraverso pubblicazioni congiunte delle due istituzioni		100%		

* dati parziali, provvisori o in corso di rilevazione