



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

FONDAZIONE CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO
LA SITUAZIONE E LE PROSPETTIVE
Sintesi del profilo dell'Ospedale e dell'attività 2011-2012

1



Angeli musicanti – scuola piemontese - post 1600 - ante 1649 – Raccolte d'Arte dell'Ospedale Maggiore
Ufficio di segreteria della Direzione Generale

A cura di:

Presidente: prof. Giancarlo Cesana

Direttore Generale: dr. Luigi Macchi

Direttore Scientifico: prof. Piermannuccio Mannucci

Direttore Sanitario: dr.ssa Anna Pavan

Direttore Amministrativo: dott. Osvaldo Basilico

Milano, 19 aprile 2013



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



INDICE

PREMESSA	pag. 3
1. LA GESTIONE DEL PATRIMONIO	pag. 3
<i>a.</i> Situazione	pag. 3
<i>b.</i> Attività svolte e in corso	pag. 4
<i>c.</i> Prospettive	pag. 6
2. LA GESTIONE DEI BENI CULTURALI	pag. 6
<i>a.</i> Situazione	pag. 6
<i>b.</i> Attività svolte e in corso	pag. 7
<i>c.</i> Prospettive	pag. 8
3. L'ORGANIZZAZIONE ASSISTENZIALE	pag. 8
<i>a.</i> Situazione	pag. 8
<i>b.</i> Nodi critici	pag. 9
<i>c.</i> Modifiche in atto	pag. 10
<i>d.</i> Prospettive	pag. 13
4. LA RICERCA	pag. 15
<i>a.</i> Situazione	pag. 15
<i>b.</i> Nodi critici e modifiche in atto	pag. 16
<i>c.</i> Prospettive	pag. 17
5. OPERATORI	pag. 18
<i>a.</i> Situazione	pag. 18
<i>b.</i> Nodi critici	pag. 19
<i>c.</i> Modifiche in atto	pag. 19
<i>d.</i> Prospettive	pag. 20
6. EDILIZIA	pag. 21
<i>a.</i> Situazione	pag. 21
<i>b.</i> Nodi critici	pag. 22
<i>c.</i> Modifiche in atto	pag. 22
7. SERVIZI E ATTIVITA' AMMINISTRATIVA	pag. 22
<i>a.</i> Situazione	pag. 22
<i>b.</i> Nodi critici	pag. 22
<i>c.</i> Modifiche in atto	pag. 22
<i>d.</i> Prospettive	pag. 25
8. PANORAMA MILANESE	pag. 26





Premessa

L'inizio della X legislatura della Regione Lombardia fornisce l'occasione per la realizzazione di questo breve report sulla Fondazione Ca'Granda, con particolare riguardo agli ultimi anni, che hanno visto il cambiamento della Presidenza nel giugno 2009, quindi della Direzione Strategica – subentrata per le dimissioni anticipate, nel giugno 2010, del Direttore Generale, che era alla guida del Policlinico dal 2001- nonché il cambiamento del Direttore Scientifico nell'aprile 2010 e il verificarsi di novità rilevanti per l'Ospedale, come il riavvio del cantiere del Pronto Soccorso, interrotto per due anni, l'inizio delle demolizioni nell'area ove dovranno essere erette le due "torri" del nuovo ospedale, l'adozione di un piano strategico per il 2011 e l'approvazione del Piano di Organizzazione Aziendale 2012-2014.

3

Il presente documento vuole dunque tracciare un quadro della situazione e dei processi di innovazione in corso in Fondazione: per maggior chiarezza e sintesi abbiamo affrontato alcuni temi, individuando le principali criticità e soluzioni adottate, evitando una descrizione troppo dettagliata o per capitoli settoriali.

Per ognuno di questi temi più che sugli aspetti quantitativi, che sono stati peraltro già oggetto della prima parte del POA (www.policlinico.mi.it), ci si è soffermati su quelli qualitativi, in termini di rilevanza strategica e di impatto organizzativo.

Ovviamente si è disponibili a fornire ulteriori specifiche e dettagli con documentazione, in parte già reperibile sul sito internet, o confronti focalizzati su aspetti di interesse.

1. La gestione del patrimonio

a. Situazione

La Fondazione Ca' Granda è un ospedale atipico perché, rispetto agli altri, detiene un patrimonio immobiliare, proveniente da 6 secoli di donazioni, stimato in oltre 1 miliardo di euro. La gestione di tale patrimonio richiede strumenti diversi da quelli della gestione sanitaria e in ciò sta la principale ragione del suo essere Fondazione e non Azienda Ospedaliera. Nonostante tale unicità, la Fondazione soggiace alle regole del sistema sanitario regionale, come ogni altra azienda ospedaliera e ciò fa sì che sia sempre più difficile dotarsi degli strumenti necessari per la gestione e, soprattutto, per lo sviluppo del patrimonio affidatole. Questo nel tempo ha contribuito non solo a una bassa redditività del patrimonio (€ 3,8 milioni al netto dell'IMU), ma anche al suo impoverimento data la conseguente mancanza di risorse per garantire l'adeguata manutenzione, rendendo marginale il contributo del patrimonio al sostentamento dell'ospedale, diversamente da quanto recita lo Statuto, nell'articolo 5: «La Fondazione trae i mezzi finanziari per il proprio funzionamento dal patrimonio e dalle risorse in disponibilità della medesima». In effetti il senso di una fondazione è proprio quello di un patrimonio destinato a uno scopo.

La necessità di una revisione della gestione del patrimonio è emersa indispensabile nel settembre 2011, quando la Fondazione ha affrontato la questione del finanziamento del nuovo Ospedale, così come previsto dall'integrazione del 2004 dell'Accordo di Programma (secondo cui è stabilito che su € 235,7 milioni necessari per costruire il nuovo Policlinico, il Ministero contribuisce con € 36,2 milioni;





per i restanti € 200 milioni, il Policlinico se ne deve fare “garante”; la Regione, in caso di mutuo, partecipa alla copertura degli interessi per una quota pari a quelli dovuti per un mutuo da 105 milioni).

Di fronte a questo impegno, la Fondazione ha analizzato il proprio patrimonio, rilevando problematiche gestionali di lunga data, fino ad ora non ritenute tali, le cui conseguenze più rilevanti sono le seguenti:

- **Fabbricati in Milano:** ca. 1.500 unità immobiliari a prevalente uso residenziale locati, per lo più, con contratto a canale concordato: si tratta di affitti calmierati, convenzionati con le OO.SS., che in media rendono un canone annuo di 4.600 euro per un appartamento in centro a Milano di 80 mq. Ne derivano ricavi lordi per 8,6 milioni di euro l'anno, ma la vetustà dei fabbricati, risalenti a prima degli anni Trenta, oltre ad assorbire un costo annuo di 1,5 milioni di euro per i soli interventi su guasto, richiederebbe investimenti urgenti pari a circa 40 milioni di euro limitatamente alla messa in sicurezza impiantistica e strutturale.
- **Fabbricati fuori Milano:** ca. 500 unità immobiliari a uso residenziale insistenti sui terreni agricoli e prima facenti parti delle cascine. A fronte di un ricavo lordo annuo di circa 385.000 euro, vengono spesi ogni circa 300.000 euro solo per le riparazioni di guasti. Le scarsissime condizioni conservative determinano uno sfritto di oltre il 50% dei mq, oltre a problemi di sicurezza sia strutturale che sociale come le occupazioni abusive.
- **Terreni agricoli:** ca. 85 milioni di mq divisi in circa 180 poderi di cui almeno 90 dotati di una cascina per un totale di 1.000 fabbricati rurali. La resa annua di 3 milioni di euro l'anno è pari a circa lo 0,4% del valore complessivo stimabile. Ciò deriva alla cronica difficoltà dell'amministrazione di fare fronte alla manutenzione straordinaria che è stata demandata al conduttore in cambio di una riduzione del canone d'affitto. Gli accertamenti ora avviati stanno però rilevando tali obblighi contrattuali non sempre sono svolti con puntualità, anzi. A ciò si aggiunge una pesante eredità dei contratti in essere che hanno durata media ultradecennali e ciò, oltre a bloccare a lungo il valore del canone, rende molto complessa la possibilità di intervenire per migliorare lo stato di fatto.

b. Attività svolte e in corso

- Valorizzazione via Montello 6 e via Canonica 77
 - a seguito delle denunce penali sporte nel 2011, a fronte di occupazioni abusive che duravano da 40 anni, il 21 giugno 2012 sono stati sgomberati gli stabili di cui sopra
 - dopo una complessa attività di regolarizzazione degli abusi edilizi necessaria per la vendita, il 28 marzo 2013 è stato pubblicato il bando di vendita, che si concluderà il 4 luglio. Qualora l'asta vada deserta, interverrà Cassa Depositi e Prestiti, che in data 8 febbraio 2013 si è assunta l'impegno preliminare all'acquisto al prezzo di € 3,2 milioni per via Canonica e € 14 milioni per via Montello
 - le risorse ottenute completeranno il finanziamento del nuovo Pronto Soccorso.
- Fondo immobiliare Social Housing
 - Per finanziare il nuovo ospedale, l'attuale CdA ha verificato che il reddito annuo dal Patrimonio (€ 3,8 mil.) non può sostenere il pagamento della rata annua di un mutuo di € 200 milioni (€ 29,5 mil.). L'unica possibilità è, quindi, risultata la valorizzazione del patrimonio disponibile.





- Per verificare le ipotesi più efficaci, il CdA ha deliberato il 22 giugno 2012 di ricorrere a un test di mercato, in collaborazione con Finlombarda (30 incontri in 2 mesi con: le prime 7 SGR per miliardi gestiti; 2 principali Società di investimento mondiali; 4 principali Società di consulenza immobiliare internazionali; Società di intermediazione con il più ampio network nazionale di agenzie; 4 importanti Istituti bancari; oltre a Cassa Depositi e Prestiti Spa e CDP Investimenti SGR).
- Presentati i risultati del test con business plan finanziari, il 23 novembre 2012 il CdA ha individuato nel fondo di social housing la migliore ipotesi, poiché in grado di garantire non solo la copertura finanziaria, ma anche la tutela degli inquilini, soprattutto quelli più fragili. In sostanza, la proposta è:
 - agli inquilini interessati ma con difficoltà ad autofinanziarsi, la vendita dell'appartamento con lo strumento dell'affitto e riscatto.
 - agli inquilini impossibilità ad acquistare, la possibilità di restare in affitto.
 - agli inquilini interessati senza difficoltà ad autofinanziarsi, la vendita immediata.
- Ciò è possibile solo grazie all'intervento di investitori come Cassa Depositi e Prestiti (CdP), che potrà acquistare dal Policlinico le quote del fondo fino a un valore di circa 100 milioni di euro, utili per avviare i lavori di costruzione. Il fondo viene gestito da una SGR selezionata tramite gara pubblica che dovrà attuare il piano affidatole. L'SGR sarà vigilata, come tutti i fondi di investimento, anche da Consob e Banca d'Italia.
- Attuazione del progetto:
 - Selezione della SGR: è in corso la predisposizione del bando di gara
 - Due Diligence Fabbricati Città (1.500 u.i.): richiederà la verifica dei titoli di proprietà, dell'interesse culturale e di eventuali gravami; la rilevazione delle consistenze e restituzione grafica in DWG; la verifica dello stato di fatto con i titoli catastali, edilizi, urbanistici e impiantistici assentiti e successiva regolarizzazione delle difformità; analisi dello stato conservativo strutturale - impiantistico e calcolo degli investimenti di riqualificazione; analisi ambientale; verifica legale dei contratti di locazione e dei contenziosi.
 - Business Plan Definitivo: dopo aver effettuato l'analisi sociale preliminare dell'inquinato e quella immobiliare del valore circa il valore dei fabbricati e le strategie di riqualificazione, verrà predisposto il progetto definitivo, basato anche sulle risultanze della Vendor Due Diligence, da affidare in esecuzione alla SGR.
 - Esecuzione: incarico alla SGR, costituzione del Fondo, apporto dei fabbricati, vendita delle quote, avvio del progetto definitivo.
- Riorganizzazione delle informazioni del patrimonio rurale e verifiche adempienze:
 - Aggiornamento Catastale Fabbricati Rurali: svolta la procedura di iscrizione dei fabbricati rurali dal Catasto Terreni al Catasto Urbano, che ha comportato, per 1.000 immobili, la rilevazione in loco, la restituzione grafica e la sottomissione del Docfa;
 - Patrimonio Edilizio Rurale: in corso il censimento di tutti i fabbricati rurali le cui informazioni sono raccolte in un fascicolo che, completo della documentazione fotografica, riporta le informazioni dello stato di fatto rilevato da un punto di vista catastale, edilizio, impiantistico, strutturale, sicurezza e ambientale;





- Banca Dati Catastale: in corso l'analisi della banca dati costituita da 10.000 mappali che ha già rilevato uno scarso aggiornamento rispetto ai documenti assentiti;
- Sistema Georeferenziato: in corso la realizzazione di una cartografia catastale e fotografica per l'individuazione geografica, dai singoli mappali all'intera proprietà;
- Accertamento Adempienze Contrattuali: in svolgimento, per la prima volta, la verifica dell'avvenuta realizzazione degli investimenti sottoscritti dai conduttori relativi a 55 poderi per oltre 22 milioni di euro.

c. *Prospettive*

Terminata la costituzione del fondo di social housing, la Fondazione avrà in carico "solo" la gestione diretta del patrimonio rurale e dei fabbricati ad uso residenziale nei comuni foresi. Come rilevato, l'attuale redditività è molto scarsa, ma le opportunità possono essere innumerevoli: rifunzionalizzazione dei fabbricati rurali, reingegnerizzazione del sistema irriguo, centralizzazione dei servizi a supporto agricolo, miglioramento ambientale e paesaggistico (greening); sicurezza alimentare; fonti di energia rinnovabile (solare, idrica, biomasse); Ospedale Km 0, solo per citare i più rilevanti. Per evitare di lasciare in eredità alle prossime amministrazioni un patrimonio ulteriormente impoverito, si rileva la necessità di sviluppare non solo le strategie per non perdere alcuna delle opportunità di valorizzazione rurale, ma anche gli strumenti adeguati per poterle realizzare.

2. La gestione dei beni culturali

a. *Situazione*

Il patrimonio dei beni culturali della Fondazione ha una ricchezza unica nel panorama italiano. Lo studio e la valorizzazione dei fenomeni archeologici, storici, sociali ed artistici che il patrimonio della Ca' Granda comprende, si pone come una necessità per tutti coloro che iniziano ad addentrarsi. Quanta è la vastità del patrimonio culturale della Ca' Granda e la sua rilevanza nella città¹; tanto, invece, non ne è parimenti diffusa la sua conoscenza:

- Archivio Storico
Documenti dell'amministrazione ospedaliera di Milano a partire dall'XI secolo
- Biblioteca storica di Medicina
Circa 100.000 volumi, dal sec XV al XX
- Raccolte storiche sanitarie
Circa 2.000 oggetti, dal sec. XVII al XX
- Fototeca
29.000 immagini dal 1865 ad oggi
- Raccolte d'arte
2.800 pezzi, dal XV al XXI secolo, tra dipinti, sculture e oggetti di varia tipologia.
Tra i principali artisti di cui si conservano le opere:

¹ Cfr. "Museo del Novecento. La collezione", Electa 2010, pag. 25: «E sarebbe bene che questo museo venisse anche usato come punto di partenza alla scoperta della città. A Brera, all'Ambrosiana, alla Triennale, al Cimitero Monumentale, all'Ospedale Ca' Granda, nei monumenti delle piazze (...)».





Giovanni di Balduccio; Il Moretto; Il Guercino; Morazzone; Ceruti; Adler; Hayez; Vela; Segantini; Gola; Carrà; Casorati; Sironi; Tadini.

b. Attività svolte e in corso

7

1- Visite guidate ai capolavori

Dal 1 gennaio 2013, al 1° piano del Palazzo Uffici della Fondazione, è allestita una teca che, a rotazione, sta esponendo i capolavori dell'Ente, alcuni mai mostrati al pubblico: si è cominciato con Giovanni Segantini – ritratto di Carlo Rotta e, dal 25 marzo, è esposto il Morazzone – “Annunciazione”. L'iniziativa è stata l'occasione per organizzare due giorni a settimana di visite guidate gratuite non solo dei capolavori esposti nella teca, ma anche della quadreria. Da gennaio a marzo, si sono contati 500 visitatori.

2- Mirasole

Il 22 febbraio 2013 la Fondazione ha firmato un comodato con il quale affida per 99 anni il complesso abbaziale di Mirasole, sito nel comune di Opera, ai Canonici Regolari Premostratensi. A Mirasole si trasferisce il Priorato San Norberto dell'Ordine, composto da 14 Canonici di cui 8 sacerdoti e 2 diaconi permanenti; l'insediamento è previsto a dicembre 2013, a seguito dei lavori di ristrutturazione e permetterà l'apertura quotidiana del complesso abbaziale, per una fruizione di accoglienza spirituale, ma anche turistica e culturale.

Mirasole è nata come abbazia 8 secoli fa; per 3 secoli ha mantenuto le caratteristiche per cui era nata e da 5 secoli, pur conservando la peculiarità di luogo di culto, non è più un centro di vita religiosa. Dall'inizio del 1900 è sostanzialmente disabitata; negli ultimi 30 anni, è stata aperta solo qualche ora al giorno e, saltuariamente, ha ospitato concerti e convegni. Ciò, oltre a deprimere gli effetti del lento restauro, avviato agli inizi del anni ottanta, ha comportato un costo di mantenimento di circa 80.000 €/anno.

3- Cripta

Il 22 marzo 2013 è stato inaugurato il restauro della Cripta della Chiesa dell'Annunciata. Iniziato nel dicembre 2012 e completato in 3 mesi, il restauro ha avuto un costo complessivo di 300 mila euro ed è stato finanziato da Regione Lombardia e Fondazione Cariplo - all'interno delle celebrazioni per il 150° anniversario dell'unità d'Italia - e da due donazioni private.

Il recupero degli ambienti ha consentito di riscoprire il primo sacello dei Caduti delle Cinque Giornate di Milano, ivi sepolti e celebrati patriotticamente fino al completamento, nel 1895, del monumento a loro dedicato in Piazza Cinque Giornate.

4- Sepolcreto

Il recupero degli ambienti della Cripta ha inoltre consentito di avviare il Laboratorio Paleo antropologico del Sepolcreto della Ca' Granda (grazie ad una convenzione tra Università degli Studi e Archivio di Stato, siglata nel luglio 2010). Si stima che sotto la Cripta vi siano i resti di circa 500 mila pazienti ospedalieri deposti entro il recinto ospedaliero tra il 1473 - quando la Ca' Granda iniziava la sua attività assistenziale - e il 1695, quando non furono più permesse le sepolture intramurane.





5- Convenzione Dipartimento Studi Storici Università degli Studi

Tutto quanto schematizzato sopra, ha evidenziato la necessità che la stretta collaborazione della Fondazione con l'Università, già in atto per le discipline mediche, si estenda al settore umanistico, tramite il Dipartimento di Studi Storici. Il contesto universitario, infatti, appare indispensabile per sostenere l'indagine scientifica dei beni sopra elencati e per contribuire a darne "dignità pubblica". La proposta di ampliamento della convenzione relativamente al settore umanistico tra Ca' Granda e Università è stata approvata e, nel breve, sarà operativa.

c. Prospettive

L'intento principale - a partire dalle iniziative sopra elencate e solo recentemente intraprese - è di potenziare una gestione del patrimonio culturale che, insieme alla conservazione dei beni artistici, miri alla loro valorizzazione, sintetizzabile nella fruizione al pubblico. La ricchezza del patrimonio storico artistico della Fondazione è di tale entità da costituire nella sostanza un luogo museale, senza tuttavia esserlo nella forma.

3. L'organizzazione assistenziale

a. Situazione

La Fondazione si caratterizza come grande polo ospedaliero, con circa 800 posti letto attivi, in cui sono presenti tutte le specialità, con l'eccezione dell'Ortopedia e della Riabilitazione (in ragione della vicina ma indipendente, A.O. Istituto Ortopedico G.Pini); l'Oncologia, pur strutturata con un'area di DH, è presente in modo trasversale nelle diverse Unità Operative, senza però una Unità di degenza specifica.

Le aree di maggior rilievo in termini di impatto assistenziale o specificità sono costituite dal materno-infantile, dai trapianti d'organo, dalle discipline specialistiche mediche; l'area chirurgica, pur presente, ha un impatto più contenuto.

Nel panorama milanese il Policlinico si colloca al secondo posto come numero di ricoveri ordinari, dopo il San Raffaele, e di ricoveri in day hospital, dopo il Niguarda.

La quota principale di entrambi i tipi di ricovero è di tipo medico, cioè non chirurgico, e coinvolge, nel 20% dei casi, soggetti oltre i 65 anni di età.

In questo la Fondazione riflette le attuali tendenze, frutto dell'invecchiamento e dello spostamento verso le patologie croniche, insieme all'evoluzione terapeutica che comporta il trattamento ambulatoriale della maggior parte delle malattie, acute e croniche. Ed infatti nel 2011 le prestazioni² erogate ambulatorialmente sono state 2.681.750; escludendo gli esami di laboratorio, le prestazioni numericamente più rilevanti sono costituite dalle visite specialistiche, pari a 399.389 (di cui 186.607 prime visite e 212.782 visite di controllo).

La contiguità e in parte la sovrapposizione con la didattica e la ricerca di tutte le attività assistenziali è evidente: sia perché in quanto IRCCS, la Fondazione mantiene un rapporto e un finanziamento

² L'attuale sistema di rilevazione dell'attività ambulatoriale conteggia ogni singola prestazione, dalla visita all'esame radiologico, all'esame ematochimico (inteso come ogni singolo dosaggio anche all'interno di un unico prelievo).





diretto dal Ministero, sia per il fatto che la Fondazione è polo principale della Facoltà di Medicina e Chirurgia (comprensiva dei corsi di laurea di medicina, di 38 Scuole di Specializzazione). Sono inoltre convenzionati con la Fondazione i Corsi di Laurea magistrale in Scienze delle professioni sanitarie della prevenzione, in Scienze delle professioni sanitarie tecniche assistenziali, in Scienze delle professioni sanitarie tecniche e diagnostiche, in Scienze infermieristiche e ostetriche, in Scienze riabilitative delle professioni sanitarie e i Corsi di Laurea triennali in Infermieristica, Infermieristica pediatrica, Ostetricia, Tecniche di Laboratorio biomedico, Tecniche audioprotesiche, Tecniche audiometriche, Tecniche di Radiologia medica per immagini e Radioterapia, Ortottica ed Assistenza oftalmologica, Igiene dentale.

b. Nodi critici

I principali aspetti critici dell'attività assistenziale sono stati così individuati:

- eccessiva **frammentazione delle aree di degenza** (per una stessa specialità, esistenza di due o più primariati, con dotazione di posti letto anche sotto le 10 unità), dei **laboratori** (sia clinici che di ricerca; ne sono presenti più di 20), degli **ambulatori** effettuanti la medesima attività (nel 2011 ne esistevano più di 900);
- **Orari di attività non del tutto congrui alla effettiva richiesta**, con particolare riguardo alle attività ambulatoriali (per le quali la prevalente apertura durante il mattino non consente di soddisfare le richieste) e alle sale operatorie, utilizzate per una parte ridotta del potenziale disponibile. Va tuttavia segnalata la presenza di attività con orari di apertura eccessivi, che comportano un impegno di risorse sovradimensionato rispetto agli effettivi accessi, quale ad esempio il pronto soccorso odontoiatrico.
- sistemi di **registrazione delle attività carenti**, in particolare una parte rilevante delle prestazioni ambulatoriali, veniva eseguita ma non rendicontata; ciò a motivo, soprattutto, della mancata funzionalità degli sportelli amministrativi/cup;
- **problemi nell'informatizzazione** di tutte le attività, sia per difficoltà all'inserimento dei dati, sia per l'inadeguatezza del sistema;
- **distribuzione disomogenea dei carichi di lavoro**, per mancanza di un monitoraggio e verifica tra compiti attribuiti e risorse umane relative;
- **rapporto con il territorio poco definito**, con criticità nell'area geriatrica (allungamento dei tempi medi di degenza, per difficoltà alla dimissione pur in assenza di motivi clinici che giustificano la permanenza in ospedale) e del Pronto Soccorso (elevato numero di accessi di codici bianchi e verdi, a bassa priorità).





c. Modifiche in atto

Sono state intraprese le seguenti iniziative, in parte anticipando quanto previsto dal POA:

- **Rivisitazione dei Dipartimenti:** sono stati confermati o individuati nuovi dipartimenti, con ruoli, funzioni e compiti ben diversi dai precedenti; a tal fine è stato approvato apposito documento, che si differenzia sostanzialmente dai formali regolamenti in uso.
- In particolare ai dipartimenti sono state assegnate funzioni di governo e di condivisione delle scelte strategiche, mentre invece è affidata alle aree omogenee la gestione dell'attività clinica.
- Inoltre sono stati previsti il Dipartimento Tecnico e delle tecnologie, in virtù del ruolo di stazione appaltante per la realizzazione del nuovo PS e del nuovo Ospedale, e quello Amministrativo finalizzato a meglio coordinare tutta l'attività amministrativa a supporto della Direzione Strategica.
- **Costituzione di aree omogenee:** intese come unificazione di medesime discipline, che arrivino a condividere posti letto e ambulatori, riunire le equipe mediche, con un'equa suddivisione di guardie e attività specialistiche, programmazione unitaria delle attività prioritarie; allo stato attuale sono costituite:
 - Area omogenea di cardiologia (UO di Cardiologia + UO di Medicina Cardiovascolare = UO Malattie cardiovascolari) ;
 - Area ematologica (UO di Ematologia 1 + UO Ematologia 2 = UO Oncoematologia)
 - Area omogenea di Ostetricia e Ginecologia, già attiva dal 2011 (UO Ostetricia e Ginecologia 1 e 2 e UO PS ostetrico-ginecologico)
 - Area di Medicina del Lavoro (UO Medicina del Lavoro 1 e UO Medicina del lavoro 3 = UO Tutela dei lavoratori).

Restano da costituire le aree omogenee, già previste dal POA:

- Area di Medicina Interna e Geriatria: Medicina Interna 1a e 1b, 2, 3; Geriatria, Medicina D'Urgenza
- Area pediatrica: UO Pediatria 1 e Pediatria 2, Pediatria a indirizzo di emergenza urgenza; sono inoltre presenti altre due UUOO della Clinica pediatrica che hanno sviluppato specifiche competenze (UO Fibrosi cistica, UO Nefrologia e dialisi pediatrica che trovano un corrispettivo in UO dell'adulto)
- Area chirurgica: UO Chirurgia Generale 1, UO Chirurgia Generale e d'Urgenza
- Area Gastroenterologica: UO Gastroenterologia 1, 2,
- Area Cervico-Faciale: UO ORL, UO Maxillo-Faciale, UO Odontoiatria
- Area Neurologica: UO Neurologia, UO Neurofisiopatologia
- Area di Anestesia e Rianimazione: UO Anestesia e Rianimazione e UO Anestesia e rianimazione pediatrica.





Nell'ambito della riorganizzazione e pianificazione delle risorse si è anche proceduto a:

- Prevedere **la guardia attiva odontoiatrica** solo in orario diurno (e non h24 come prima, con scarso utilizzo) e contestualmente aprire ambulatori in orario pomeridiano (e non con interruzione alle 13);
- Rivedere le **guardie attive notturne** secondo criteri omogenei (numero di posti letto x medico, condivisione in aree omogenee, equità di distribuzione);
- Analizzare **le attività dell'area di diagnostica per immagini** (Radiologia, Neuroradiologia, Medicina Nucleare) in termini di carichi di lavoro (numero prestazioni x tempo medio previsto / ore lavorate medici e tecnici), per definire il numero di personale ottimale e la "produttività" attesa;
- Introdurre significative modifiche al **Pronto Soccorso Generale**: oltre alle sperimentazioni avviate con l'ASL di Milano, di cui al punto successivo, attraverso un gruppo di lavoro sono state introdotti il triage avanzato (modalità di presa in carico da parte dell'infermiere di quadri clinici comuni, con preventiva esecuzione di esami e test), l'invio differito ad ambulatori specialistici (per i codici minori per cui fosse possibile rinviare al giorno successivo visite o esami), l'invio diretto a ambulatori specialistici -dermatologo, oculista, otorinolaringoiatra - riducendo i tempi di attesa.

L'analisi ai fini della **revisione e miglioramento dei sistemi informativi** è stata condotta su due fronti:

- formazione, sensibilizzazione e verifica del **corretto utilizzo dei programmi già disponibili** (per accettazione e dimissione pazienti, per prestazioni ambulatoriali, per accesso PS, per sale operatorie...): grazie anche all'inserimento tra gli obiettivi di risultato sono stati ottenuti significativi miglioramenti. Restano tuttavia criticità, sia in ordine alla struttura che al suo corretto utilizzo, così sintetizzabili:
 - Collocazione, numerosità, efficienza delle postazioni SISS
 - Molteplicità delle maschere di accesso, con relativa autenticazione, ai diversi programmi di gestione delle attività;
 - Necessità di sviluppare cartelle cliniche informatizzate per la gestione dei pazienti ricoverati e ambulatoriali (oltre a quelle già esistenti per rianimazioni e terapie intensive).
 - interventi su hardware e software, con il più significativo intervento di dotazione di un order-entry (in modo che tutte le richieste per pazienti ricoverati e relativi esiti – esami, radiografie, visite parere...- siano gestite da un unico programma)

Nel **rapporto col territorio** sono state avviate numerose iniziative e rapporti di collaborazione/convenzione:

- **Pronto Soccorso**: l'assunto da cui si è partiti è che in una città come Milano la suddivisione tra 118 (gestito da Areu), Pronto Soccorso (gestiti dai singoli ospedali) e Continuità assistenziale (gestita dall'ASL) presenti indubbi ambiti di sovrapposizione, con conseguenti inefficienze e duplicazioni. Si è quindi dialogato con l'ASL di Milano per trovare soluzioni innovative, che si sono declinate in due convenzioni:





- dal settembre 2011 al giugno 2012, alcuni medici dell'asl si recavano in orario notturno, il sabato e i festivi presso il PS del Policlinico, dove gestivano, in modo separato, un ambulatorio di codici bianchi;
- dal luglio 2012 a tutt'oggi, una équipe di medici della continuità assistenziale (c.a.), coopera, sempre in orario notturno e sabato e festivi, con il PS, essendo fisicamente presenti negli spazi destinati ai codici minori (quindi sia bianchi che verdi).

In entrambe le sperimentazioni lo scopo era, ed è, quello di integrare la c.a. con il PS in quanto si ritiene che in un ambito altamente urbanizzato la presenza della c.a. risulti ridondante (e ne è la prova il numero relativamente contenuto di chiamate rispetto ai medici presenti) perché, comunque, i cittadini tendono ad andare in PS, potendo disporre in tale contesto anche di eventuali esami specialistici.

Per il PS pediatrico, partendo dalla constatazione che il genitore dovrebbe comunque preferire il proprio pediatra di famiglia, si è attivato il progetto Chiocciola, che prevede in PS un percorso preferenziale per il bimbo già visto dal proprio medico (che però reputa necessario l'accesso al PS).

- Geriatrics: a partire dai noti problemi al momento della dimissione – comuni a tutti gli ospedali e solo in minima parte risolti dai progetti dei subacuti- sono stati avviati tre diversi progetti:
 - Costituzione di un gruppo di lavoro con ASL (servizio cure domiciliari), alcune strutture di riabilitazione e cure subacute e due UUOO della Fondazione; è stata messa a punto una scala di valutazione da compilare – a cura di medici e infermieri - all'ingresso, al settimo giorno di degenza e alla dimissione per verificare se fosse possibile stabilire entro il settimo giorno la miglior destinazione del paziente dopo la dimissione (domicilio, RSA, assistenza domiciliare) e quindi attivarsi per evitare tempi morti. La scala di valutazione è stata testata su 200 pazienti ed è ora in corso la sua adozione come strumento di routine.
 - Adesione a una sperimentazione di Medicasa (approvata e finanziata dalla Regione) al fine di consentire una dimissione precoce a pazienti che necessitano di ricevere comunque assistenza domiciliare potenziata e sotto il coordinamento dei medici ospedalieri; la sperimentazione è in corso dal luglio 2012.
 - Costituzione di un gruppo di lavoro con l'Istituto Mario Negri che comprende oltre alla Geriatrics anche le UO di Medicina Interna di via Pace, il Servizio Farmacia e il Sitra, con lo scopo di migliorare l'appropriatezza prescrittiva negli anziani con multimorbidità e che quindi utilizzano farmaci multipli. L'obiettivo principale è quello di individuare le interazioni tra farmaci che determinano incompatibilità e il rischio di eventi avversi gravi, che sono una delle principali cause di mortalità intra ed extra ospedaliera. Il gruppo di lavoro comprende e coinvolge anche i farmacisti ospedalieri e gli infermieri della Fondazione, e prevede il coinvolgimento dei medici di medicina generale del territorio.
- Percorso parto: la Fondazione è parte attiva al tavolo di coordinamento ospedali-ASL per la costruzione di un percorso per la gravidanza fisiologica; ad oggi è stato sottoscritto il percorso -





numero di prestazione, tempi, passaggi ASL-ospedali-ASL - e nel corso del 2013 si discuterà della sua implementazione.

- Uso appropriato dei farmaci: essendo i medici della Fondazione anche prescrittori, sia alla dimissione che durante una visita ambulatoriale, l'ASL ha invitato a una maggior appropriatezza e alla possibilità della distribuzione diretta per terapie a elevato costo (potendo così ottenere maggiori sconti nell'acquisto); nel 2012 si è dunque:
 - condotta una analisi, grazie al database fornito dall'ASL, degli inibitori della pompa protonica, per verificare l'eventuale eccesso di scelta delle molecole non generiche e attribuito alle UUOO con maggior prescrizioni l'obiettivo della riduzione;
 - attivata la distribuzione diretta per terapie endocrinologiche (ormone della crescita) e ginecologiche (follicolo stimolanti), con protocolli per scelta derivati biologici;
 - costituito un gruppo di lavoro per l'appropriatezza prescrittiva nell'anziano (come già descritto in precedenza).

Per quanto riguarda ricerca e didattica:

- Ricerca corrente e finalizzata: pur essendo da tempo il finanziamento per la ricerca corrente suddiviso su base meritocratica, nel 2012 si è introdotto un ulteriore livello soglia, finalizzato a un più razionale utilizzo di budget che così sono risultati meno frammentati. Col rinnovo del comitato tecnico-scientifico, previsto dallo Statuto della Fondazione, si è altresì provveduto a mettere a bando i proventi delle sperimentazioni cliniche (il 20% di ciascuna viene assegnato alla Direzione Scientifica).

La Fondazione ha inoltre partecipato ai bandi della ricerca finalizzata del Ministero e della ricerca indipendente della Regione, conseguendo ottimi risultati in entrambi.

Infine in collaborazione tra Direzione Scientifica e Direzione Generale sono stati ridefiniti i termini di alcune borse e incarichi di collaborazione, favorendo l'implementazione e l'arruolamento di giovani ricercatori.

- Didattica e formazione: come già detto si avvia la sperimentazione ospedale-università e mantenuta l'attenzione sull'attuazione della riforma universitaria che ha visto costituirsi al Policlinico 2 dei 7 Dipartimenti Universitari. La Direzione scientifica ha avviato l'iniziativa dei Ca' Granda Seminars e mantenuto le attività di aggiornamento per personale dipendente, definendo anche una nuova procedura per le iniziative sponsorizzate da esterni.

d. Prospettive

L'esperienza condotta e gli obiettivi non del tutto conseguiti, hanno permesso di delineare meglio gli ambiti nei quali è necessario ulteriormente operare.

Lo strumento attraverso il quale saranno implementate le diverse riorganizzazioni è il Piano di Organizzazione Aziendale e le linee le seguenti:

- Aree di degenza: proseguire il percorso delle aree omogenee, unificando le degenze di unità operative affini, così da gestire i ricoveri in base alle esigenze e alle liste di attesa; in particolare





dovranno essere gestiti unitariamente i posti letto delle medicine interne e delle chirurgie generali;

- **Ambulatori:** il censimento degli ambulatori, delle modalità di prenotazione e accesso, la unificazione di attività duplicate, non ha sinora consentito una reale modifica della situazione; in particolare si razionalizzeranno gli ambulatori per diabetici, esecuzione ecodoppler, allergologia. Gli sportelli CUP dovranno essere concentrati e resi polifunzionali; il Padiglione Lamarmora dovrà essere utilizzato appieno sino alle 18. La registrazione delle prestazioni ambulatoriali, anche se lievemente migliorata rispetto al passato (resi più efficienti e polifunzionali gli sportelli dei Padiglioni Monteggia e Sacco) resta carente, con il non trascurabile effetto di un ridotto introito dalla Regione.
- **Sale operatorie:** è iniziato il percorso per un miglior utilizzo delle sale operatorie - e conseguentemente del personale medico e infermieristico - con l'analisi oggettiva dei dati, da cui emerge un'eccessiva dispersione sulle oltre 30 sale funzionanti, che dunque sono sottoutilizzate (la maggior parte termina alle 14). Si procederà a una riduzione dei blocchi e conseguente utilizzo verticale, con separazione delle urgenze e miglioramento di alcuni indici (ora inizio, tempo di cambio, tempo tra ricovero e intervento).
- **Malattie rare:** peculiarità della Fondazione, le **5986** persone con **262** malattie rare sono oggi seguite in modo professionale nella diagnosi e cura, ma sotto il profilo organizzativo non godono di particolari percorsi o modalità di accesso differenziate, cosa che invece andrebbe attuata. Nel corso del 2013 pertanto valuteremo la possibilità di prevedere un modello di accesso privilegiato e integrato.

Sul sistema informativo resta una diffusa insoddisfazione, in parte attribuibile alla frammentazione dei diversi programmi che non consentono l'accesso con una unica interfaccia, in parte ai limiti strutturali (lentezza, postazioni SISS insufficienti, wireless): è un'area su cui è quindi necessario lavorare ed investire.

Nell'ambito della riorganizzazione di più specifici settori restano da migliorare i seguenti ambiti:

- **Servizio di Violenza Sessuale e Domestica:** garantito da un finanziamento annuale regionale - nel capitolo delle funzioni non tariffate - necessita di interventi di stabilizzazione (sinora è gestito unicamente con contrattisti annuali);
- **Unità Operative monospecialistiche** per le quali si possa migliorare l'organizzazione, attraverso una ridefinizione degli orari di accesso, della distinzione tra primo e secondo livello, dei passaggi in cura ecc...; sono oggetto di tale verifica le UUOO di Endocrinologia, Odontoiatria, Medicina del Lavoro, Dermatologia, Fisica Medica, Centro Trasfusionale, Coordinamento Trapianti;
- **Laboratori:** l'estrema frammentazione dei laboratori ha consentito sinora di effettuare solo piccole modifiche, ma è necessario proseguire, in particolare per:
 - Riconduzione al Laboratorio centrale delle residue attività di diagnostica fatte presso il Laboratorio di ematologia (emocromo) e Terapia Cellulare (citofluorimetria);





- Costituzione di piattaforme per grandi attrezzature, condivise da più gruppi di ricerca; è in via di realizzazione quella di biologia molecolare, che viene implementata in collaborazione e condivisione con l'Istituto nazionale di Genetica Molecolare.

Ulteriore ambito di impegno riguarda **qualità ed appropriatezza**, per le quali si è lavorato sinora soprattutto nell'approntamento di procedure (ne sono oggi pubblicate sul portale 569) e delle certificazioni (tutte le UUOO della Fondazione sono ad oggi in possesso di certificazione ISO 9001:2008).

15

Nel 2013 si vuole invece avviare un'analisi più approfondita sull'efficacia delle attività, partendo dagli strumenti messi a punto da organismi superiori (Piano Nazionale Esiti del Ministero della Salute e Indicatori di governo della Regione Lombardia) applicati alla Fondazione, per condurre con modalità di ricerca scientifica attività al fine di individuare processi e unità operative sotto soglia. Successivamente, anche in forza della natura di IRCCS, si vuole condurre attività di ricerca per individuare indicatori di efficacia di alcune aree cliniche di maggior strategicità.

4. La ricerca

a. *Situazione*

Dalla sua costituzione come IRCCS, la Fondazione occupa da sempre la prima posizione tra gli IRCCS pubblici nella classifica stilata dal Ministero della Salute per la produzione scientifica, ed è sempre seconda in assoluto dopo l'IRCCS Ospedale San Raffaele.

Ancora una volta, nel 2012 la produzione scientifica della Fondazione è aumentata significativamente rispetto agli anni precedenti. Il numero delle pubblicazioni della Fondazione è stato infatti di **986** (853 nel 2011), l'Impact Factor normalizzato secondo i criteri utilizzati dal Ministero della Salute è passato da 3050 nel 2011 a **3529** nel 2012, con un incremento del 15,7%. L'Impact Factor effettivo totale dei soli lavori in extenso (**senza lettere e naturalmente abstracts**) è stato di 3841, a fronte di 3.308 nel 2011.

Nell'anno in corso il Ministero ha chiesto di ridefinire – fermo restando i settori di riconoscimento - le linee di ricerca dell'IRCCS per il triennio 2013-2015. Le nuove proposte emanano dalla missione istituzionale del **nostro** IRCCS: migliorare la cura del cittadino ammalato attraverso la ricerca (from bench to bed), che implica a sua volta la scelta delle linee prevalenti di ricerca sulla base delle caratteristiche e eccellenze assistenziali dell'IRCCS (from bed to bench), realizzando così il modello della ricerca traslazionale.

Con questa premessa, la Direzione Scientifica, con l'ausilio del suo organo consultivo istituzionale (il Comitato Tecnico Scientifico), ho proposto al Ministero le seguenti nuove linee di ricerca (accompagnate dai criteri di scelta e dagli indicatori di esito):

Settore urgenza-emergenza: fisiopatologia della relazione tra persona e ambiente e malattie rare

- Fisiopatologia del sangue e del sistema immunitario
- Fisiopatologia dell'apparato digerente
- Fisiopatologia degli apparati cardiorespiratorio e renale
- Fisiopatologia delle malattie endocrino-metaboliche
- Medicina di genere e fisiopatologia della donna





- Salute dell'ambiente e del lavoro
- Prevenzione, diagnosi e terapia personalizzata (dalla nascita alla terza età)

Settore medicina riparativa e rigenerativa

16

- Neuroscienze di base e cliniche
- Genomica, epigenomica e proteomica
- Terapia genica e cellulare
- Trapianti di organi artificiali
- Medicina riparativa degli organi di senso

Queste scelte sono tutte motivate da eccellenze ben documentate presenti in Fondazione. Sarebbe peraltro auspicabile che i due enti che tutelano l'IRCCS (Ministero e Regione) individuino essi stessi linee di ricerca di loro interesse da prescrivere come missioni a questo come ad altri IRCCS (vedi in seguito anche prospettive).

b. Nodi critici e modifiche in atto

Nel 2013 il completamento e l'effettiva piena operatività dell'Istituto Nazionale di Genetica Molecolare (INGM) permetterà di integrare la ricerca clinica dell'IRCCS con quella di base, realizzando quindi più pienamente la nostra missione di ricerca traslazionale. La collaborazione tra i due enti permetterà anche di affrontare in condizioni più favorevoli le restrizioni dei fondi per la ricerca biomedica che si manifesteranno ancora più importanti e drammatiche nei prossimi anni: ciò si potrà realizzare solo attraverso la condivisione ottimale con INGM sia di spazi di laboratorio che di grandi apparecchi scientifici, soprattutto quelli ad alta produzione.

E' parte integrante della produzione scientifica dell'IRCCS la ricerca sui farmaci innovativi: profit, ma anche non profit! Dotato di una crescente produzione in questo settore (si è per esempio passati da un introito legato alle sperimentazioni profit pari a € 1.910.665,00 nel 2011 a € 3.366.421,50 nel 2012), l'IRCCS si è dotato di un'organizzazione volta a valorizzare, assistere e garantire un controllo sull'attività svolta dai vari attori coinvolti: il Comitato Etico, le Case Farmaceutiche Sponsors, le CRO e naturalmente le Unità Operative dell'IRCCS. Vi è peraltro intenzione di operare nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale, attraverso collaborazioni e joint ventures nel campo della farmacologia clinica e dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci. E' stata a tale proposito formalizzata una convenzione con l'Ospedale Luigi Sacco, che attraverso la sua Unità Operativa di Farmacologia Clinica permetterà all'IRCCS di condurre più sperimentazioni innovative di fase I e di migliorare il processo di farmacovigilanza; e soprattutto con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri con il quale, come si è visto in un'altra sezione di questa relazione, è stata sviluppata un'ampia e produttiva linea di ricerca clinica sugli anziani con multimorbilità, basata sul registro nazionale REPOSI. Tali ricerche hanno come scopo quello di migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei multipli farmaci utilizzati da una popolazione sempre più numerosa in Lombardia di grandi anziani con multimorbilità.

Infine, l'IRCCS con il suo patrimonio unico in Italia e in Europa di malattie rare (al marzo 2013 n. 5986 schede diagnosi inserite nel registro malattie rare regionale, riferite a 262 diverse malattie), intende potenziare in questo settore, anche in collaborazione con altri IRCCS ed enti ospedalieri della Regione Lombardia. Ma anche e soprattutto sviluppare protocolli di ricerca sui modelli di transizione dei pazienti con malattie rare che dall'età evolutiva raggiungono l'età adulta. In questo campo, oltre





che con altri IRCCS, è in corso una collaborazione di sistema con il Centro delle Malattie Rare istituito dalla Regione Lombardia presso l'Istituto Mario Negri di Bergamo a Villa Camozzi, nonché con prestigiosi centri esteri come Leiden University Medical Center. Per conto della Regione gli specialisti della Fondazione hanno coordinato nel 2010 e 2011 ben 15 tavoli di lavoro per la stesura dei rispettivi PDTA (Percorsi Diagnostici, Terapeutici ed Assistenziali). I PDTA sono stati validati dal Centro di Coordinamento Regionale per le Malattie Rare e costituiscono il punto di riferimento per tutti i presidi della rete regionale. I PDTA elaborati e attribuiti alla Fondazione come riferimento hanno riguardato le seguenti malattie rare:

- Difetti ereditari della coagulazione RDG020
- Talassemie RDG010
- Distrofia Muscolare Duchenne/Becker RFG080
- Connettivite mista RM0030
- Neurofibromatosi (NF1) RBG010
- Porfirie RCG110
- Sindrome di Poland RN0430
- Sindrome di William RN1270
- Sindrome di Cornelia de Lange RN1410
- Ittiosi Congenite RNG070
- Alterazioni congenite del metabolismo delle lipoproteine RCG070
- Malattia di Gaucher RCG080
- Anemia a cellullar falciformi ROG010
- Malattia di Takayasu RG 0090
- Sindrome di Ehlers-Danlos RN0330

c. Prospettive

Questo IRCCS ha ovviamente scelto le proprie linee di ricerca basandosi sulle proprie eccellenze. Si ritiene peraltro che gli enti tutori (Ministero e Regione) dovrebbero utilizzare meglio un loro prezioso strumento, unico nel quadro della sanità Europea, come sono gli IRCCS: assegnando loro come missione linee di ricerca di interesse collettivo. Per esempio, gli IRCCS e in particolare il nostro, potrebbero affrontare con le metodologie proprie della ricerca scientifica, problemi assistenziali quali quelli dell'utilizzazione ottimale del Pronto Soccorso e dell'interazione coi medici di medicina generale per quanto riguarda gli anziani con multiple malattie croniche.



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



5. Operatori

a. Situazione

18

Gli operatori costituiscono il fulcro della Fondazione, nella tabella n. 1 la situazione al 31.12.2012, comprensiva sia del personale ospedaliero che di quello universitario.

Tabella n. 1 - Tipo e consistenza del personale operante presso la Fondazione al 31/12/2012

<u>Dirigenza</u>	
Dirigenti medici/odontoiatri	668 (639 tempo ind./29 tempo determ.)
Dirigenti sanitari	89 (79 tempo ind./10 tempo determ.)
Dirigenti prof./tecnici e amm.vi	21 (19 tempo ind./ 2 tempo determ.)
<u>Totale Dirigenza</u>	778 (737 tempo ind./41 tempo determ.)
<u>Professori e ricercatori universitari</u>	
Professori e Ricercatori universitari	97 (95 medici/1 biologo/1 chimico)
<u>Comparto</u>	
Personale infermieristico	1.400 (1.334 tempo ind./66 tempo determ.)
Personale vigilanza/ispezione	2 (2 tempo ind.)
Personale tecnico/sanitario	217 (191 tempo ind./26 tempo determ.)
Personale riabilitazione	57 (57 tempo ind.)
O.S.S./O.T.A.	183 (183 tempo ind.)
Personale ruolo tecnico non sanitario	194 (192 tempo ind./2 tempo determ.)
Personale ruolo ausiliario specializzato	172 (172 tempo ind.)
Assistenti sociali	11 (10 tempo ind./1 tempo determ.)
Assistenti religiosi	2 (2 tempo ind.)
Personale amministrativo	335 (335 tempo ind.)
<u>Totale comparto</u>	2.573 (2.478 tempo ind./95 tempo determ.)
Totale complessivo 3.351 (3.215 tempo ind./136 tempo determ.) al 31.12.2012	

Ciò che caratterizza la Fondazione e i suoi operatori è l'integrazione tra assistenza, formazione e ricerca.

Sostanzialmente tutti sono coinvolti nell'insegnamento, essendo l'ospedale polo per il secondo triennio del corso di laurea di Medicina e Chirurgia e di Odontoiatria, sede di scuole di specializzazione e di corsi di laurea magistrale, come già ricordato al precedente punto 2.

Ugualmente intrinseca all'attività è la ricerca traslazionale, tramite progetti di ricerca, finanziati sia con la ricerca corrente che finalizzata, e sperimentazioni cliniche; per entrambi questi ambiti la





Fondazione si colloca ai primi posti in Italia come anche risulta dall'indice di Impact Factor (primo IRCCS pubblico).

b. Nodi critici

La principale criticità risiede nel ridotto scambio generazionale che, da alcuni anni, a motivo della riduzione del turnover operato da provvedimenti nazionali e regionali, ha progressivamente portato all'innalzamento dell'età media, soprattutto nel settore dirigenziale.

Correlato a ciò vi è anche la contrazione degli operatori che, oltretutto, è diseguale, cosicché vi sono ambiti nei quali la carenza di personale è meno evidente che in altri, ove invece risulta drammatica.

Un ulteriore limite, specifico della Fondazione, è a volte la scarsa propensione al cambiamento derivante, perlopiù, dal costante riferimento alla tradizione e storia dell'ospedale.

c. Modifiche in atto

Gli ambiti nei quali si è intervenuto sono i seguenti:

- **Piani assunzione:** in relazione ai vincoli nell'assunzione di personale a tempo indeterminato e determinato, pur applicando detti vincoli, si è operato per attribuire le risorse non secondo un mero meccanismo di parziale copertura del turnover per singola unità operativa, ma verificando, in base ad alcuni indicatori, le aree a maggior criticità. Con ciò è stato possibile ridurre progressivamente le situazioni per le quali vi era una oggettiva sottodotazione - anche se senza recenti dimissioni - come la Neurologia, la Chirurgia Toracica, la Medicina d'Urgenza, la Neurochirurgia.
- **Relazioni sindacali:** si è operato per riavviare un dialogo con le organizzazioni sindacali finalizzato ad alcuni obiettivi prioritari come riequilibrare i criteri di attribuzione della produttività (a seguito dell'unificazione di Policlinico e ICP permanevano differenti trattamenti), potenziare la valorizzazione del merito nel meccanismo di valutazione, riassorbire i residui di ferie (notevolmente elevate non essendo stata adeguata la situazione alle norme e indicazioni regionali);
- **Programmazione e definizione obiettivi di budget:** con la finalità di rendere sempre più effettiva la negoziazione di budget - spesso ridotta a mero passaggio formale - è stato ridefinito il percorso di attribuzione degli obiettivi alle UUOO, individuando obiettivi e indicatori specifici, variabili al variare delle situazioni, con un monitoraggio in corso d'anno. Ciò ha condotto in alcune situazioni a non attribuire il pieno raggiungimento degli obiettivi - e quindi della retribuzione di risultato - ma anche a ottenere reali miglioramenti qualitativi.
- **Sperimentazione con università:** la comune insoddisfazione, dell'Università e dell'Ospedale, dell'attuale assetto organizzativo e la sostanziale necessità di una evoluzione degli strumenti sinora utilizzati per risolverla, quali i Dipartimenti ad attività integrata - DAI, ci ha condotto, nel 2011, ad avviare un approfondimento e una sperimentazione, con l'obiettivo di :





- ridefinire le modalità di gestione delle risorse universitarie presenti/operanti nell'ambito della struttura ospedaliera (spazi, biblioteche, laboratori di ricerca, attrezzature di rilievo, personale amministrativo) in modo che si evitassero le evidenti duplicazioni e ridondanze;
- delineare la figura del medico operante presso una struttura ospedaliera universitaria/IRCCS, sia che appartenga all'Università che al SSR, in termini di funzioni assegnate nelle aree assistenziali, di ricerca e di didattica;
- prospettare nuove modalità di reclutamento, finalizzate a promuovere il merito, consentire la flessibilità contrastando la precarietà, facilitare il ricambio generazionale, responsabilizzare i dirigenti di struttura complessa nella selezione e valutazione.

Tuttavia, a causa dei mutamenti normativi del rinnovo delle cariche istituzionali intervenuto in ambito universitario e dell'emergenza economica che ha impegnato la Fondazione, non è stato possibile conseguire i predetti obiettivi, se non in minima parte.

d. Prospettive

Come si è detto si intende proseguire su alcuni temi:

- **Convenzione con l'Università**: obiettivo è proporre ai decisori regionali una proposta di convenzione radicalmente diversa dall'attuale. Per questo la nuova convenzione con l'Università costituirà uno dei punti qualificanti del 2013. In tal senso sono già stati avviati proficui incontri con il Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Milano, come di seguito meglio precisato.
Il principale nodo che deve essere superato è il sostanziale parallelismo tra le due Istituzioni: le due diverse appartenenze si traducono infatti in diversa regolamentazione, organizzazione (Dipartimenti e Unità Operative per l'ospedale, Dipartimenti per l'università), contrattualistica (orario di lavoro, struttura e progressione di carriera), gestione delle risorse umane (reclutamento, valutazione, provvedimenti disciplinari) calendario e relative scadenze programmatiche (solare per l'ospedale, scolastico per l'università), ambiti di prevalente attività (assistenziale versus didattica e ricerca).
- **Studio di modelli organizzativi e valutazione degli indicatori per attribuire adeguate risorse umane**: proseguirà lo studio, effettuato con il supporto del gruppo Tecnosalute di Associazione Lombarda Dirigenti Aziende Industriali-ALDAI, degli indicatori di attività, ponderati per intensità di cura, target, modalità di erogazione, finalizzati a valutare la congruità nelle risorse umane assegnate;
- **Revisione e aggiornamento procedure di attribuzione dei benefici contrattuali previsti per operatori esposti a rischio radiologico**: si è ravvisata la necessità di rivedere le procedure di identificazione degli operatori cui attribuire indennità e ferie aggiuntive; allo scopo sarà aggiornata e integrata la apposita commissione e le procedure saranno applicate in un quadro di appropriatezza, equità e trasparenza;





- **Documento di valutazione dei rischi (DVR) e prevenzione degli infortuni:** è necessario adeguare il DVR alla nuova situazione logistica venutasi a creare con lo spostamento dei diversi reparti e servizi e l'apertura dei cantieri; inoltre vanno analizzati con maggior dettaglio gli episodi di infortunio al fine di individuare le misure correttive e porre in atto azioni preventive efficaci, volte soprattutto a contenere quantomeno gli infortuni di natura biologica, che rappresentano quelli a maggior incidenza in Fondazione;
- **Valorizzazione degli incarichi professionali:** riconoscimento di incarichi di elevata posizione - denominati incarichi professionali complessi - e di servizio - denominati incarichi professionali di servizio - favorendo così il percorso di carriera di dirigenti medici, che rischierebbe di essere bloccato dalla riduzione delle strutture complesse.

6. Edilizia

a. Situazione

Gli ultimi anni hanno visto profondi rivolgimenti nella struttura ospedaliera, secondo quanto previsto dall'accordo di programma che indicava la riqualificazione dell'area, tramite la ristrutturazione di alcuni padiglioni e la edificazione di due nuovi padiglioni. Allo stato attuale lo stato di avanzamento lavori è il seguente:

- Padiglione Monteggia: abbattuto e riedificato, in uso dal 2007 ospita UUOO chirurgiche dell'area testa-collo e ortopedia (con cinque sale operatorie), Neurologia, Neuroradiologia ;
- Padiglione Invernizzi - Istituto Nazionale di Genetica Molecolare: abbattuto e riedificato, fine sostanziale dei lavori 31.12.2012, in fase di collaudo e di trasferimenti; vi troveranno posto oltre all'INGM (che è Fondazione autonoma e a sé stante) laboratori e centri di ricerca della Fondazione;
- Padiglione Guardia Accettazione: oggetto di radicale ristrutturazione, è attualmente in fase di realizzazione e sarà completato presumibilmente entro la fine del 2013;
- Centrale di cogenerazione: completata e funzionante da un anno.
- Sono stati poi riqualificati: Alfieri e Regina Elena per Otorinolaringoiatria e Oculistica; Padiglioni Sacco (Cardiologia, Broncopneumologia), Granelli (Medicine, Ematologia, Gastroenterologia, Medicina nucleare), Bosisio (Anatomia patologica), Cesarina Riva (Urologia), Zonda (Chirurgie), Litta (Nefrologia e Associazioni), Mangiagalli e De Marchi.
- E' stato installato un prefabbricato, successivamente intitolato alla memoria di Giuseppe De Palo, che ha permesso nel corso dell'estate del 2011 di trasferire le attività del PS, per la fase relativa all'abbattimento delle appendici del Padiglione Guardia.

Nel dicembre 2012 è stata circoscritta l'area ove verranno innalzati i due nuovi padiglioni, con inizio degli abbattimenti degli edifici preesistenti.

Inoltre è in via di completamento la rimozione totale dell'amianto dagli edifici presenti nell'area ospedaliera; per quanto riguarda invece il patrimonio immobiliare della Fondazione, è stato effettuato un censimento che ha consentito di stimare la presenza di amianto, specie nei poderi agricoli, e di assolvere agli obblighi di auto notifica previsti dalla normativa regionale. Data la numerosità delle situazioni, si stanno individuando le priorità negli interventi di rimozione.





b. Nodi critici

Ovviamente la disposizione a Padiglioni e aree pone innumerevoli problemi, sia di costo, che di oggettiva funzionalità. Si consideri poi che la maggior parte dei padiglioni non ha collegamenti sotterranei.

Una grossa criticità risiede poi nelle degenze di via Pace, in condizioni serie e con problemi derivanti dalla lontananza dai servizi di supporto (radiologia, laboratorio, terapia intensiva).

Ancora: tutti i Padiglioni, ad eccezione del Monteggia, pur assoggettati a parziali ristrutturazioni, non dispongono degli standard alberghieri minimi; ciò ha ovviamente determinato la spinta alla realizzazione ex novo dei due nuovi padiglioni.

c. Modifiche in atto

Come già visto i lavori sono in progressione: entro il 2013 dovrebbero essere conclusi i lavori di abbattimento e iniziato lo scavo del nuovo building.

La realizzazione del nuovo Dipartimento di emergenza dovrebbe essere completata entro il primo semestre del 2014.

Si prevede altresì di concludere il trasferimento delle degenze di via Pace in area Sforza.

7. Servizi e attività amministrativa

a. Situazione

I servizi e unità operative amministrative risultano ben strutturate già col POA del 2008; l'unica peculiarità, rispetto ad altre AO, è la presenza di una UO dedicata alla gestione del patrimonio, che, come noto, è di particolare rilievo, e di un servizio per i beni culturali.

b. Nodi critici

La principale criticità che i servizi amministrativi si sono trovati a dover affrontare è costituita dalla contrazione delle risorse e dalle conseguenti misure di riduzione in materia di personale, beni e servizi, attrezzature, disposte da provvedimenti nazionali e regionali.

A fianco di ciò ulteriori limiti di cui risentivano i servizi amministrativi sono il ritardo nell'applicazione dei processi di dematerializzazione, il ridotto utilizzo di strumenti di gestione manageriale, l'orientamento dell'azione amministrativa mirato maggiormente al rispetto della forma che al conseguimento del risultato, oltre che una mancata azione volta alla semplificazione amministrativa.

c. Modifiche in atto

L'attività di riorganizzazione è stata mirata a tre linee di intervento principale: potenziare la programmazione, rendere più efficienti i processi, integrare le diverse professionalità e settori.

In particolare si delineano le principali azioni intraprese:





- **Acquisizione apparecchiature:** già dal 2011 si è proceduto a predisporre entro i primi mesi dell'anno un programma del fabbisogno di attrezzature, richiedendo inizialmente ai Dipartimenti di stendere un elenco di richieste con indicazione delle diverse priorità, poi vagliato da un'apposita commissione. Contestualmente le UU.OO Ingegneria Clinica, Sistemi Informativi e Informatici e Approvvigionamenti sono state attivate al fine di concludere le procedure di acquisto entro l'anno, evitando in tal modo la perdita di finanziamento. Il grado di efficienza raggiunto è stato elevato tanto che nel 2012 sono state effettuate acquisizioni per apparecchiature sanitarie pari a **€ 4.140 MLN**, nonché interventi di Edilizia Sanitaria paria a **€ 1.081 MLN**, il tutto in autofinanziamento.

Per il Progetto "Nuovo Ospedale dei Bambini", finanziato in parte dal Ministero della Salute, dalla Regione Lombardia e dalla Fondazione per un totale di **10 milioni di euro**, nel corso del 2012 si è proceduto ad acquisire attrezzature per un importo a base d'asta pari a **€ 9.950 MLN**. In sede di acquisizione si sono generate economie di gara pari a **€ 1.120 MLN**, per l'utilizzo delle quali è stata richiesta l'autorizzazione alla Regione (così come previsto dalle regole regionali).

- **Acquisizione beni e servizi** : adeguandoci alle indicazioni regionali, nel 2012 si è proceduto a gare aggregate, in qualità di capofila per un valore complessivo di circa **€ 8.600 MLN**, e in compartecipazione per un valore complessivo di **€ 5.088 MLN**; dal 2012, è stato attivato un monitoraggio per ciascuna Unità Operativa, che consente di verificare i consumi/richieste con periodicità mensile, onde evidenziare scostamenti significativi. Inoltre sono stati rinegoziati volumi e costi con diversi fornitori, in modo da poter rientrare nei vincoli di bilancio evitando eccessive penalizzazioni dell'attività.
- **Nuovi appalti di servizio:** sono stati banditi e aggiudicati nuovi appalti:
 - **Servizio ristorazione degenti** – durata 5 anni – importo annuale **€ 5.588 MLN**; il capitolato è stato interamente rivisto, con un'attenzione particolare anche alla qualità degli alimenti; con l'adeguamento ai prezzi dell'Autorità di vigilanza si è ottenuto un **risparmio**, rispetto al precedente bando, di circa **600.000,00 €** annui;
 - **Servizio trasporti pazienti interno ed esterno tramite autolettighe** – durata 3 anni importo complessivo di **€ 5.003 MLN (IVA esente)**;
 - **Sistema pre analitico e analitico per chimica clinica ed immunometria - Core Lab**, bandita la gara e aggiudicata provvisoriamente in attesa di validazione del sistema – durata 5 anni – per un importo di **1.879 MLN € annui (IVA inclusa)**;

E' stato inoltre pubblicato ultimamente il bando per il servizio della **gestione dei rifiuti** la cui aggiudicazione è prevista per la metà 2013.

- **Revisione della telefonia mobile e fissa:** dall'analisi degli elevati costi, non comparabili neppure con aziende ospedaliere delle nostre dimensioni, si è provveduto a una verifica delle necessità di cellulari – con una riduzione di circa un terzo- e di accesso all'esterno dei telefoni fissi. Conseguentemente sono stati definiti tre livelli – accesso solo rete interna, rete fissa, rete mobile- e assegnati in base alle diverse esigenze; inoltre sono in fase di attivazione postazioni Skype presso le U.O. che attualmente ne sono sprovviste.





Oltre a quanto giú citato sui **sistemi informativi**, si è affrontato un imponente percorso per l'implementazione hardware e software che ha interessato gran parte degli ambiti della Fondazione e tra questi i piú importanti:

- Server consolidation su architettura virtualizzata: gestione di 48 server virtuali concentrati su 6 macchine fisiche distribuite su 2 sale macchine differenti, a garanzia della continuit  operativa e del disaster recovery.
 - Rifacimento della rete locale con completa sostituzione degli apparati centrali, con incremento della banda disponibile da 1Gb a 10Gb al fine di supportare la distribuzione ai reparti delle immagini diagnostiche; copertura wireless delle sale operatorie e delle terapie intensive per la connessione di postazioni di lavoro mobili.
 - Acquisizione e messa in esercizio nuovo sistema di archiviazione dei file con crittografia automatica eseguita direttamente da sistemi hardware dedicati, a garanzia del rispetto della normativa sul trattamento dei dati sensibili.
 - Acquisizione e messa in esercizio del sistema informatico per la refertazione ambulatoriale e successivo adeguamento per consentire la gestione integrata delle prestazioni MAC.
 - Attivazione della "Piattaforma Regionale SISS" con particolare riferimento ai moduli EPR (Repository dei referti), order entry (gestione centralizzata delle richieste di prestazioni per pazienti interni e "prescrizioni" (ricette SISS).
 - Acquisizione e messa in esercizio del sistema informatizzato per l'archiviazione sostitutiva di tutti i referti (ambulatori, ricoveri, PS, laboratorio, radiologia, anatomia patologica) e delle immagini radiografiche;
 - Acquisizione e messa in esercizio del sistema RIS-PACS per la gestione filmless (ovvero senza l'uso di pellicole) di tutti i servizi di radiologia, e relativa integrazione con i sistemi CUP, ADT e Pronto Soccorso.
 - Implementazione di un sistema per la visualizzazione su monitor dislocati presso il Pronto Soccorso della lista degli utenti presenti e dei relativi tempi di attesa stimati.
 - Acquisizione e messa in esercizio del sistema informatico per la gestione della cartella clinica ambulatoriale della ginecologia e ostetricia e gestione automatizzata dei pap-test con integrazione tra ambulatori della ginecologia e il servizio di anatomia patologica.
- **Razionalizzazione organizzazione attivit  prenotazione/accettazione CUP:** la particolare configurazione della Fondazione, suddivisa in numerosi padiglioni presso i quali sono dislocati vari CUP (7 Punti), ha evidenziato la necessit  di effettuare in questi due anni la puntuale ricognizione delle attivit  svolte, delle modalit  di attuazione delle prenotazioni/accettazioni, e conseguentemente ha richiesto la pianificazione costante dell'implementazione dell'attivit  sia dal punto di vista informatico che dal punto di vista organizzativo (razionalizzazione del personale; revisione del numero degli sportelli di front office; attivazioni di sportelli di prenotazione e cassa con possibilit  di pagare in contanti e bancomat. Attualmente si   in fase di riorganizzazione dell'attivit  di prenotazione e accettazione per gli ambulatori di Epatologia e di Ematologia con l'attivazione delle procedure per tutti i pazienti, esenti e non, presso lo sportello del padiglione Sacco. E' inoltre in atto la revisione della procedura relativa alla regolare gestione delle prenotazioni e accettazioni dei pazienti.





- **Definizione del percorso per acquisti/erogazione di prestazioni per sperimentazioni cliniche:** in collaborazione con la Direzione scientifica è stato possibile definire con maggior chiarezza il percorso per acquisiti di reagenti/farmaci/dispositivi e per le prestazioni – test diagnostici, esami radiologici...- in modo che fossero correttamente attribuiti agli sponsor delle sperimentazioni profit. E' stato inoltre regolamentato l'utilizzo delle carte di credito da parte dei ricercatori.
- **Dematerializzazione:**
 - **Posta:** si sono stabilite alcune regole affinché tutta la posta interna – comunicazioni tra UU.OO. e con la direzione- non avvenisse più in forma cartacea; per quanto riguarda la posta esterna è stata condotta un'analisi che ha consentito di rilevare un risparmio delle spese sostenute del 22% rispetto al 2011.
 - **Richiesta istituzione pratiche amministrative** gestita on line su intranet (avviso pubblicato in data 11.04.12): da aprile a fine 2012 si registra l'apertura di 575 pratiche; nel primo trimestre 2013 di altre 251 pratiche.
 - **Cedolino on line:** L'accesso on line dei cedolini stipendiali è attivo già da fine 2011. Anche la consultazione del modello CUD è attivo on line dal 2012.
 - **Delibere e determine:** dall'inizio del 2012 è stato sviluppato un nuovo applicativo per la consultazione on line dell'archivio di determine e delibere. Il programma consente di visualizzare integralmente le determine del 2012 e gestisce la trasmissione delle stesse al Collegio Sindacale. I componenti del Collegio Sindacale non ricevono più le copie cartacee delle determinazioni/delibere dell'Ente, ma accedono direttamente via Web ad un'area riservata sul sito della Fondazione all'interno della quale possono consultare i documenti in modo digitale. Parimenti, i componenti del Consiglio di Amministrazione possono consultare l'archivio delle deliberazioni della Fondazione.
- **Recupero crediti e adeguamento a bilancio dei crediti non esigibili:** il rilievo dell'enorme mole di crediti – affitti, ticket...- ha indotto ad attribuire l'obiettivo agli uffici di porre in atto le iniziative necessarie a esigere o dichiarare non più esigibili i crediti. Al 31.12.2012 è stato dunque possibile recuperare il **69%**: da € 77.467.970,00 a € 25.802.97,00. Anche per l'anno 2013 è stato assegnato l'obiettivo del recupero dei crediti in essere al 31.12.2012 in ragione del 60%, ponendo attenzione alla reale sussistenza dei crediti pregressi, o meglio, datati.

d. Prospettive

I progetti, già avviati nel biennio precedente ma per cui si prevede il completamento nel 2013 sono i seguenti:

- **Informatizzazione magazzini di reparto:** iniziato sperimentalmente nel 2012 coi magazzini di rianimazioni e sale operatorie, verrà esteso a tutte le UUOO in modo da avere in tempo reale la situazione di acquisiti e giacenze;
- **Informatizzazione degli ordini:** già in atto nei confronti delle aziende esterne, sarà esteso a ordini di beni e servizi, farmaci, attrezzature;
Sul sito web della Fondazione è stato attivato, inizialmente in via sperimentale presso la U.O. Approvvigionamenti, un modulo informatizzato per l'acquisizione degli indirizzi PEC delle ditte





fornitrici. Attraverso questa modalità sono stati fino ad ora acquisiti circa 380 indirizzi PEC. Dall'avvio del sistema ad oggi sono stati prodotti, firmati digitalmente ed inviati via PEC circa 500 ordini. Il sistema è attualmente in fase di estensione alle altre UO ordinatrici in primis per la U.O.C. Ingegneria Clinica.

- **Monitoraggio e contenimento dei costi:** si tratta di azione trasversale, imposta dalla situazione economica e delle conseguenti crescenti criticità. Si ritiene di aver già adottato le iniziative atte a contenere sprechi o conseguire ottimizzazione e risparmi. L'ulteriore contenimento non può che richiedere un approccio differente, che guardi all'appropriatezza e a scelte terapeutiche basate sull'evidenza scientifica, in un'azione congiunta tra Direzione amministrativa, sanitaria e scientifica.
- **Dematerializzazione:** un'ulteriore possibilità di dematerializzazione potrebbe derivare dalla possibilità di invio elettronico degli esiti degli esami dei donatori (costo di circa 50.000 euro annui), sinora non attuato per ostacoli derivanti dal rispetto della privacy. La possibilità di inserire in SISS tali prestazioni, potrebbe consentire di superare tale ostacolo.
- **Incarichi legali:** in considerazione delle elevate risorse destinate - in parte giustificate dalla gestione del patrimonio - è necessario procedere a un contenimento e all'oggettivazione nella scelta dei consulenti, attraverso ad esempio la predisposizione di un elenco da cui poi attingere in relazione alle diverse problematiche da affrontare. Nella logica della trasparenza che ha caratterizzato l'azione della Presidenza e della Direzione Strategica, è da prevedersi una diffusa comunicazione al fine di inserire nell'elenco tutti i legali disponibili a ricoprire incarichi. Si vorrebbe inoltre perseguire la collaborazione con altre Aziende al fine di creare servizi interaziendali, con specificità che potrebbero essere valorizzate a servizio di più aziende.

8. Panorama milanese

La Fondazione si è posta in piena integrazione con le altre Aziende Ospedaliere della città di Milano, sia partecipando o suggerendo le sperimentazioni più sopra illustrate (PS e continuità assistenziale; dimissione protetta pazienti anziani; prescrizione appropriata del farmaco), sia intervenendo agli incontri con gli erogatori con contributi operativi.

Nell'ambito del POA sono state proposte, quale concreto contributo ai decisori di ASL e di Regione, alcune linee di possibile intervento:

- **Rete di medicina interna e geriatria:** la maggior quota di ricoveri ordinari si colloca nell'area della medicina interna e della geriatria in pazienti anziani, per i quali viene richiesto un ricovero di urgenza, che però si distribuisce in modo diseguale tra le strutture accreditate. Si tratta dunque, in un'ottica di breve-medio termine, di organizzare tali aree di degenza in modo più articolato sul territorio cittadino, non lasciandone l'intero onere perlopiù alle sole strutture pubbliche.
- **Rete di alta specialità (trapianti, neurochirurgia, cardiocirurgia):** in questo caso sono necessarie una riduzione della polverizzazione, l'individuazione di uno o più centri cui ricondurre i flussi di ricovero e specialistica ambulatoriale sulla base della esperienza/eccellenza sviluppata, della presenza nello stesso presidio di specializzazioni integrate, della localizzazione geografica.





- **Rete materno infantile:** comporta una stretta integrazione non solo tra i diversi presidi ospedalieri, ma anche con il territorio. La riorganizzazione dei punti nascita dovrebbe prevedere il mantenimento solo di alcuni a fronte di alcune condizioni (numero di parti annui minimo di 2000 , garanzia di parto in analgesia, presenza di specialità per medicina materno-fetale e di terapia intensiva neonatale). Un altro tema, già oggetto di una proposta tecnica, poi non realizzata, attiene i centri di PMA presenti a Milano, presenti in numero elevato ma con standard operativi molto differenziati e pur valorizzando i quali, richiederebbero una riduzione.
- **Rete dei servizi :** i Servizi di diagnostica costituiscono un ambito privilegiato di razionalizzazione: la possibilità di trasporto di campioni (senza spostamento di pazienti), la trasmissione telematica di dati e referti, la necessità/possibilità di sviluppare competenze molto specifiche (che per frequenza di richieste non possono essere distribuite in numerosi presidi), l'opportunità di ottenere economie di scala su esami che hanno elevati volumi prestazionali, la scarsa disponibilità di talune figure professionali, quali ad esempio i citologi, sono tutti fattori che inducono a creare, specie in contesti geograficamente contenuti come la città di Milano, reti di laboratori/servizi integrati e governati in modo coordinato.
- **Rete di emergenza e urgenza:** di concerto con AREU dovrebbe essere individuato un flusso per indirizzare ad alcuni specifici ospedali i quadri più gravi che necessitano di interventi altamente specialistici: l'infarto del miocardio, che richiede prestazioni di emodinamica, ma insieme una buona eurologia, nefrologia e dialisi e cardiocirurgia; lo stroke, che richiede neurologia, neuroradiologia interventistica, neurochirurgia e medicina interna; il politrauma, che oltre alla traumatologia richiede plurispecialità chirurgiche ed eccellenza radiodiagnostica. Contestualmente andrebbe rivista l'organizzazione di tutti gli altri presidi, cui afferiscono in grande prevalenza codici minori, per i quali andrebbe potenziata la sinergia con i medici di continuità assistenziale.

Un ulteriore, benché più limitato, strumento per collaborare tra aziende è quello delle convenzioni: nel corso del 2012 si è lavorato per standardizzare le convenzioni, unificarle (quando con una stessa azienda erano in essere due o più convenzioni tra UUOO diverse), promuoverle per consentire reciproci scambi operativi. Sono un particolare esempio di collaborazione le convenzioni con l'AO Pini (cui forniamo supporto nelle varie aree specialistiche non presenti in tale sede) , ICP (per la dermatologia pediatrica), AO Sacco (da cui riceviamo consulenza infettivologica e di farmacologia clinica).

