

Note a conclusione del mandato della Presidenza e della Direzione Strategica della Fondazione I.R.C.C.S. Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, con la collaborazione della Direzione Scientifica



Glo Ponti – Il Gonfalone dell'Ospedale Maggiore di Milano

A cura della Presidenza, della Direzione Strategica (Generale, Sanitaria e Amministrativa) e della Direzione Scientifica.

Milano, 15 dicembre 2011





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

1. PREMESSA	pag.	3
2. ACCORDO DI PROGRAMMA E SOCI FONDATORI	pag.	4
3. IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE	pag.	5
4. L'AZIONE DELLA PRESIDENZA	pag.	6
4.1. Modifica del nome	pag.	6
4.2. Funzione del patrimonio	pag.	6
4.3. Pubblicizazione delle attività	pag.	7
5. L'AZIONE DELLA DIREZIONE SCIENTIFICA	pag.	9
5.1. Valutazione della ricerca dell'IRCCS	pag.	9
5.2. Risorse disponibili e loro utilizzo	pag.	9
5.3. Nuclei operativi	pag.	9
5.4. Ufficio trasferimento tecnologico (brevetti)	pag.	9
5.5. Collaborazioni con altre istituzioni scientifiche	pag.	10
6. L'AZIONE DELLA DIREZIONE STRATEGICA	pag.	11
6.1. Il Piano Strategico	pag.	11
6.1.1. Mission della Fondazione	pag.	11
6.1.2. Obiettivi gestionali	pag.	12
6.1.3. Obiettivi organizzativi	pag.	12
6.1.4. Sperimentazioni gestionali	pag.	15
6.2 Prestazioni sanitarie	pag.	15
6.3 Risultati e criticità	pag.	17
6.3.1. Risultati di sistema	pag.	17
6.3.2. Risultati di progetto	pag.	18
6.3.2.1. Aree omogenee	pag.	18
6.3.2.2. Attività di specialistica ambulatoriale	pag.	19
6.3.2.3. Progetti specifici	pag.	19
6.3.3. Sperimentazioni	pag.	19
6.4. Bilancio di previsione	pag.	21
6.4.1. Valore della produzione	pag.	21
6.4.2. I costi della produzione	pag.	21
6.4.3. recupero crediti	pag.	22
6.4.4. Consistenza del personale	pag.	22
6.4.5. Investimenti	pag.	23
7. IL FUTURO	pag.	27
7.1. Piano strategico 2012-2014: come rilanciare la Fondazione in periodo di crisi	pag.	27
7.2. Il futuro della Direzione Scientifica	pag.	28
7.3. La rete dell'ospedalità milanese: come realizzare il nuovo Ospedale	pag.	

1. PREMESSA

A conclusione del nostro mandato (Presidente in carica dal 29 luglio 2009, Direttore Generale dal 1° agosto 2010, Direttori Amministrativo e Sanitario dal 1° ottobre 2010, Direttore Scientifico dal 4 novembre 2010) riteniamo opportuno e doveroso tracciare un consuntivo di ciò che abbiamo potuto realizzare in questo periodo, grazie al fattivo e costruttivo aiuto degli operatori della Fondazione e, dunque, rendicontare sull'attività svolta, segnalando i percorsi avviati e realisticamente sostenibili, con qualche proposta di sviluppo per il prossimo futuro.

Nella logica della trasparenza, che riteniamo abbia caratterizzato il nostro mandato, la Relazione vuole confermare l'importanza del lavoro di squadra e ribadire la necessità, per il futuro della Fondazione, che i compiti e gli impegni siano condivisi consentendo la partecipazione di tutti con osservazioni e proposte.

La Relazione è volutamente sintetica per agevolarne la lettura e, pertanto, non esaustiva stante le le numerose tematiche e problematiche di gestione affrontate per le quali, se ritenuto utile o necessario, si rimanda alla specifica documentazione conservata in atti, disponibile per la consultazione - e per la gran parte pubblicata anche sul sito della Fondazione e in Intranet - oltre che per essere analizzata con la dovuta criticità e non certo in una logica di autocelebrazione.

Nonostante le contingenti generali difficoltà e l'oneroso impegno necessario, riteniamo che con la collaborazione di tutti si possano raggiungere gli obiettivi già delineati e intraprendere i percorsi per gli ulteriori obiettivi prescritti a media scadenza, per il raggiungimento di un sempre migliore servizio per la cittadinanza e per confermare l'eccellenza della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano nell'ambito della realtà sanitaria milanese, regionale e nazionale.

Desideriamo in questa occasione ringraziare ciascuno di voi per l'attività svolta e per la disponibilità e la collaborazione dimostrate e rivolgere a tutti un sincero augurio di buon lavoro.

2. ACCORDO DI PROGRAMMA E SOCI FONDATORI

Pare doveroso ricordare che la Fondazione Ca' Granda è la prima ad essere stata costituita dopo il riordino degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.), avvenuto nel 2003 (D.Lgs n. 288 del 16.10.2003). La Regione Lombardia ha infatti assunto l'iniziativa, come previsto dalla norma, coinvolgendo il Ministero della Salute, il Comune di Milano e l'Arcivescovado di Milano (in rappresentanza degli interessi originari che caratterizzano l'antica storia dell'Ospedale Maggiore), di costituire una Fondazione di diritto pubblico aperta alla partecipazione di altri soci. *Fondazione Fiera Milano* è infatti diventata socio partecipante nel 2005. Uno degli atti propedeutici di questo processo di nascita della Fondazione risale già al 2000, anno in cui è stato siglato l'Accordo di Programma, poi integrato nel 2004, tra Regione Lombardia, Ministero della Salute, Ospedale Maggiore e Istituti Clinici di Perfezionamento. Il primo obiettivo di questo atto era l'unificazione in una sola gestione del Policlinico, delle Cliniche Mangiagalli e De Marchi e dell'Ospedale Regina Elena. Nel 2005, quindi, con l'approvazione del primo Statuto e l'insediamento dei nuovi organi, avveniva la trasformazione dell'I.R.C.C.S. in Fondazione Ospedale Maggiore, Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, ora Fondazione Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico.

Fondamentale obiettivo dell'accordo di programma del 2000 era quello della grande riqualificazione e riedificazione dell'intero complesso ospedaliero, che veniva mantenuto nell'area compresa tra via Francesco Sforza e via della Commenda.

A seguito dell'accordo di programma numerose sono state le ristrutturazioni realizzate (Padiglioni Zonda, ove ha sede il Dipartimento di Chirurgia e Trapianti; Sacco, con Radiologia, Cardiologia, Broncopneumologia; Bosisio con Anatomia Patologica; Marangoni, con Centro Trasfusionale e Medicina rigenerativa; Cesarina Riva con Urologia; Poliambulatorio di via Lamarmora; Clinica Mangiagalli con particolare riguardo alle degenze e sale parto; Monteggia, che è stato abbattuto e riedificato). Inoltre saranno presto conclusi i lavori di edificazione dell'Istituto Nazionale di Genetica Molecolare, sempre all'interno delle mura ospedaliere.

3. IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Dalla costituzione della Fondazione nel 2004, si sono succeduti due Consigli di Amministrazione: il primo, presieduto dall'On. Carlo Tognoli, in carica fino al luglio 2009; il secondo, presieduto dal Prof. Giancarlo Cesana, dall'agosto 2009 ad oggi, in scadenza alla fine del corrente anno.

I principali obiettivi raggiunti nell'attuale mandato sono stati:

- l'avvio della realizzazione del nuovo Dipartimento di Emergenza e Urgenza, i cui lavori, relativamente alla seconda fase di ricostruzione, sono stati regolarmente appaltati. Sono stati superati alcuni problemi tecnici e autorizzativi relativi a ritrovamenti archeologici e alla deviazione di corsi d'acqua sotteranei, è stata completata la prima fase propedeutica e di trasferimento delle attività sanitarie, con la costruzione in tempi brevissimi di un efficiente prefabbricato in appoggio agli spazi liberati temporaneamente in altri Padiglioni. Entro il 2013 dovrebbe quindi essere in funzione la nuova moderna struttura che costituirà un importante punto di riferimento per la città e non solo.
- l'approvazione del progetto definitivo del nuovo ospedale, a conclusione di un lungo procedimento basato su un concorso internazionale di progettazione. A seguito dell'approvazione si è potuto dare avvio all'iter autorizzativo, preliminare all'esperimento del relativo appalto integrato di progettazione esecutiva e costruzione. Contemporaneamente si sta procedendo a definire e attuare il complesso piano dei trasferimenti per svuotare tutti i Padiglioni da abbattere (Beretta Est e Ovest, Ponti, Guardia II, Moneta, Borghi, Capello, prefabbricati, officine ed ex dispensa, centrale termica, bar-ex casa parroco, ...) in modo da procedere nel marzo 2012 all'apertura dell'area di cantiere per le demolizioni, gli scavi e le altre opere propedeutiche. Rimangono comunque tuttora alcuni adempimenti amministrativi ancora da affrontare, conseguenti all'incontro della Conferenza dei servizi tenutasi nel corso del mese di novembre presso il Comune di Milano.

Inoltre, tra i molteplici provvedimenti che il Consiglio di Amministrazione ha adottato a seguito della venuta del Presidente Cesana e, successivamente, del Direttore Generale Macchi e del Direttore Scientifico Mannucci, per brevità si riassumono quelli ritenuti più importanti:

- valutazione sulle prestazioni sanitarie erogate e dunque adozione del progetto definitivo del Nuovo Ospedale e Piano Strategico per l'anno 2011;
- la questione del patrimonio, come si leggerà di seguito, ha rappresentato occasione di diversi confronti al fine di addivenire all'adozione delle migliori strategie atte a valorizzare i beni, derivanti per lo più da lasciti provenienti dalla storia secolare della Ca' Granda. In buona sostanza le diverse analisi hanno convenuto di valorizzare il patrimonio, anche con la finalità di procedere alle vendite di immobili unicamente necessari alla realizzazione del nuovo Ospedale;
- valorizzazione e recupero dei beni culturali, anche attraverso l'adozione di provvedimenti rivolti al recupero conservativo dell'Archivio e della Chiesa dell'Annunciata;
- attenzione alle Associazioni di Volontariato, anche attraverso l'individuazione di un consigliere cui è stato delegato il compito di coordinare tali attività;
- con il Socio partecipante, Fiera Milano, sono state ridefinite le modalità di concorso e supporto
 agli Uffici per la realizzazione del nuovo Ospedale, per il censimento del patrimonio immobiliare e
 lo studio delle forme di possibile valorizzazione;

4. L'AZIONE DELLA PRESIDENZA

Le azioni della Presidenza sono state quella "ordinaria" di supporto e verifica, ovviamente insieme al Consiglio di Amministrazione, delle attività delle Direzioni Generale e Scientifica, e quella di recupero della grande tradizione dell'Ospedale Maggiore di Milano, del suo contributo alla cultura della società all'assistenza e all'organizzazione sanitaria. Tale contributo infatti è di valore immenso, almeno pari al contributo di sviluppo scientifico e formativo, che maggiormente colpisce l'attenzione del pubblico e degli addetti ai lavori. In un presente che appare tanto problematico, la storia e, per così dire, il pensiero dell'Ospedale Maggiore hanno una forza propositiva piena di immagini e di speranza. Tre punti nodali sono stati affrontati: il nome, la funzione del patrimonio e la pubblicizzazione delle attività.

4.1. Modifica del nome

Il Presidente, appena insediato, ha proposto il mutamento del nome *Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena*, che appariva come un elenco incompleto degli istituti aggregati con l'Accordo di Programma del 2005, in *Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico*. La proposta era intesa a sottolineare la novità che il progetto definitivo del nuovo Policlinico porterà: una struttura unitaria che, lungi dal voler cancellare la straordinaria tradizione storica delle Cliniche che la compongono, tuttavia sarà l'unica casa dell'ospedale.

Inoltre, premeva riportare il nome Ca' Granda proprio per esplicitare quanto è già nella fama e nella storia del Policlinico, ossia un ospedale che gode di eccellenza sanitaria, ma anche di uno stile di cura improntato sull'accoglienza e sull'ospitalità. Il Policlinico è sempre stato, originariamente anche nel nome, "Ca' Granda", casa grande, appellativo che, come ricorda Giovanni Testori, fin dai tempi di edificazione dell'edificio progettato dal Filarete per la destinazione sanitaria, identifica il nostro Ospedale «la casa di ognuno, di chi lungo il giro dei tempi la casa non riuscì mai ad avere, casa che dà ospitalità a tutti, perciò casa grande». Da qui anche la presenza di 61 associazioni di volontariato all'interno dell'Ospedale, ricchezza unica e inestimabile di accoglienza e di assistenza.

La proposta, che comportava una modificazione statutaria, è stata definitivamente approvata il 15 dicembre 2009.

4.2. Funzione del patrimonio

In sei secoli di storia dell'Ospedale Policlinico, quasi 5.000 benefattori hanno donato all'Ospedale Maggiore; negli ultimi dieci anni sono state fatte due elargizioni superiori a 500 mila euro e quella dei Coniugi Invernizzi di 22 milioni di euro, che ha permesso la costruzione dell'edificio che ospiterà l'Istituto Nazionale di Genetica Molecolare, ad oggi in via di completamento. Solo nel XX secolo: 500 testamenti e 970 donazioni. Nell'anno 2011 i benefattori sono stati 40, per un valore complessivo di circa 1 milione di euro. Sono dati significativi di generosità, che confermano quanto i sentimenti di affetto e di riconoscenza delle persone nei confronti della Ca' Granda siano costantemente vivi.

Fino al XIX secolo, in ospedale andavano solo i poveri; chi poteva, si curava in casa. Oggi, l'ospedale ricovera tutti e, nel caso in cui - come è il nostro - abbia un patrimonio, quest'ultimo non può che concorrere a sostenere un servizio sempre più grande e impegnativo, in termini economici e, come detto sopra, culturali. Non bisogna dimenticare che la *Ca' Granda* non solo ha un imponente patrimonio immobiliare, da valorizzare e far rendere, ma ha anche un notevole patrimonio artistico da preservare e soprattutto da rendere visibile.

Il dibattito sui patrimoni degli ospedali, protagonista da tempo sulle pagine milanesi dei grandi quotidiani, è stato sollevato dalle nostre iniziative che hanno posto alla pubblica attenzione le

preoccupazioni circa la redditività, l'utilizzo a scopo sociale di patrimonio destinato a sostenere l'attività ospedaliera, la trasparenza della gestione e la necessaria lotta alla illegalità derivante da forme di abusivismo persistenti negli anni. Il Consiglio di Amministrazione ha così approvato le determinazioni della Direzione Generale inerenti la pubblicazione dettagliata della composizione del patrimonio, incluso affitti, affittuari e canoni, l'ulteriore miglioramento e pubblicizzazione delle procedure di bando e l'inoltro di 59 denunce penali per le unità immobiliari occupate in viale Montello e via Canonica, già fatte oggetto di denunce, seppur in numero minore, fin dagli anni '80.

A quest'ultimo proposito, nel luglio 2011 la Fondazione ha stipulato con ALER Milano un'apposita convenzione al fine di censire caratteristiche e bisogni degli occupanti, prevedere lo svuotamento degli edifici, rispettando le esigenze delle persone disagiate e mettendo fine alle grave illegalità mafiosa ivi concentrata, predisporre un piano di dismissione e riqualificazione sociale. Il censimento è stato ultimato e si è già provveduto a chiedere al Prefetto di Milano di farsi carico di un Tavolo Istituzionale, che si faccia promotore e garante delle azioni successive.

Oggi siamo davanti al grave impegno della costruzione del nuovo Ospedale: dei 235,7 milioni di euro necessari, il Ministero contribuisce con 36,2 milioni mentre il Policlinico si deve fare "garante" per i restanti 200 milioni circa. Si rende inevitabile un mutuo che può contare sul contributo, fino a 105 milioni di euro, della Regione Lombardia per la quota interessi e sulla riduzione dell'indebitamento nella misura del patrimonio che si intenderà e si riuscirà a monetizzare. Senza vendita di parte del patrimonio, per la *Ca' Granda* sarebbe arduo sostenere gli impegni economici associati con la costruzione del nuovo Ospedale. Da qui, nel maggio 2011, è stato chiesto a *Fondazione Fiera Milano*, membro partecipante in virtù della Convenzione sottoscritta nel 2005, un supporto alla valorizzazione del patrimonio al fine *di* generare risorse finanziarie da destinare alla costruzione del nuovo Policlinico. *Fondazione Fiera Milano*, insieme all'Unità Operativa Patrimonio della *Fondazione Ca' Granda*, ha analizzato il patrimonio e ha individuato le categorie degli immobili per le quali approfondire le migliori modalità di dismissione, proponendo, come alternativa alla vendita diretta, la vendita tramite Fondo Immobiliare, attraverso la gestione di una Società di Gestione del Risparmio (SGR). Alla prossima Amministrazione l'onere di prendere una decisione a riguardo.

4.3. <u>Pubblicizzazione delle attivita'</u>

Il 25 marzo 2011 la *Fondazione Ca' Granda* ha celebrato la Festa del Perdono. Tale festa fa parte di una tradizione che data dal 1459, per cui Milano, ad anni alterni, celebrava le due feste cittadine più importanti: quella del Duomo e quella dell'Ospedale Maggiore.

Si è deciso di dare maggiore rilievo e forza pubblica all'evento, tenuto conto non solo del significato storico della Festa e dell'Ospedale che viene celebrato, ma anche del già ricordato gravoso impegno della costruzione del nuovo Ospedale.

Pochi giorni prima della Festa del Perdono, il 17 febbraio 2011, moriva Franca Chiappa, dopo aver dedicato cinquant'anni della sua vita alla *Ca' Granda* in qualità di responsabile dell'Ufficio Stampa dell'ospedale. Come ultimo segno del suo amore per l'ospedale, ha donato 100 mila euro che sono stati destinati a restaurare il gonfalone e a dotarlo di teca, così che tutti adesso possono ammirarlo nell'atrio di Palazzo Uffici. Sono stati destinati, inoltre, a restaurare la bellissima Annunciazione del Morazzone che speriamo presto di poter far ammirare a tutti in una teca che, a rotazione, esponga i capolavori della quadreria.

La generosità di Franca Chiappa, insieme alla partecipazione del Sindaco, del Presidente della Regione Lombardia e del Ministro della Sanità, hanno fatto si che la Festa avesse particolare rilievo sui mas media e presso la cittadinanza. Tale rilievo è stato amplificato nei giorni successivi da tre incontri culturali molto partecipati: il ricordo del dr. Luigi Marangoni, direttore sanitario del Policlinico, assassinato dalle Brigate Rosse e del ruolo svolto da lui e da altri milanesi nella lotta al terrorismo; la

scoperta di un vastissimo sepolcreto (numerosissimi resti ossei tali da essere attribuiti a circa 100.000 deceduti) sotto la Cripta della Chiesa dell'Annunciata; il contributo della *Fondazione Ca' Granda* alla cooperazione internazionale per l'aiuto all'assistenza sanitaria nei paesi in via di sviluppo.

Grazie all'aiuto generoso degli sponsor, è stata realizzata una serie di stage ospedalieri e di corsi di formazione su aspetti di punta della ricerca e assistenza sanitaria, un video sulla storia della *Ca' Granda* e riassuntivo sul progetto del nuovo Ospedale e una mostra fotografica affissa tuttora sui cancelli del Policlinico. La Festa del Perdono è stata interamente realizzata a costo zero anzi con un modesto attivo per la Fondazione, destinato ad una borsa di studio.

5. L'AZIONE DELLA DIREZIONE SCIENTIFICA

5.1. Valutazione della ricerca dell'IRCCS

La missione degli IRCCS è di migliorare l'assistenza sanitaria e la qualità della stessa attraverso la ricerca traslazionale. Quest'ultima viene valutata ogni anno dal Ministero della Salute tenendo conto di vari parametri che sono prevalentemente basati sull'Impact Factor (IF) totale prodotto da ogni IRCCS: un indice che riflette il peso (oltre che del numero) delle pubblicazioni e anche delle riviste scientifiche in cui esse appaiono. L'IF della ricerca prodotto dalla Fondazione è in costante aumento. Nel 2011 è stato di 2968 punti, superiore ben del 15% a quello del 2010. Nella classifica degli IRCSS per produzione scientifica ci siamo confermati primi fra gli IRCCS pubblici e secondi in assoluto in Italia solo al San Raffaele.

5.2. Risorse disponibili e loro utilizzo

Sulla base di questa produzione scientifica, le risorse assegnate dal Ministero per la Ricerca Corrente (RC) sono state € 8.864.000 nel 2011. Altre risorse (al di fuori della RC) sono state in questo anno pari a € 4.811.313, di cui il 51% deriva da progetti finanziati competitivamente dalla Regione Lombardia, 26% da progetti nazionali competitivi diversi dalla RC, 16% da bandi dell'Unione Europea e 7 da donazioni liberali di privati. In previsione di una ben probabile contrazione dei fondi da parte del Ministero nel 2012, è obbiettivo della Direzione Scientifica incrementare queste risorse addizionali in maniera sostanziale nel 2012.

Le risorse assegnate nel 2011 di cui sopra sono state utilizzate per bandire, per il 2012, 234 borse di studio e 39 contratti di collaborazioni per ricercatori. Sono stati anche varati con i fondi della ricerca diversi da quelli istituzionali (Ricerca Corrente) contratti di assunzioni a tempo determinato, che permettono di svolgere al tempo stesso attività di ricerca e di assistenza con modalità simili a quelle di coloro che sono assunti a tempo indeterminato. Nel Piano Strategico 2011 è previsto l'ampiamento sperimentale di questa modalità di reclutamento, in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano e la Regione Lombardia.

5.3. Nuclei operativi

La Direzione Scientifica ha istituito questi nuclei con lo scopo di ottimizzare gli interventi strategici ed operativi in aree particolarmente rilevanti per la missione dell'IRCCS. Il Nucleo Malattie Rare ha lo scopo di assicurare il coordinamento ottimale dell'assistenza e ricerca in questo settore strategico, in cui la Fondazione eccelle: assistiamo infatti 4488 pazienti, il 33% dei 13.688 nella Regione Lombardia. Il Nucleo Sperimentazioni Cliniche ha lo scopo di potenziare le attività di ricerca farmacologica profit e non-profit. Nel 2011 il Comitato Etico che dipende dalla Direzione Scientifica ha approvato 107 sperimentazioni, 12% più dell'anno precedente. Tali sperimentazioni hanno generato un introito globale di 1.512.00 euro, di cui il 50% è attribuito agli sperimentatori, il 30% all'Amministrazione e il rimanente 20% a costituire un fondo per la ricerca indipendente.

5.4. Ufficio trasferimento tecnologico (brevetti)

Le attività principali dell'ufficio sono la raccolta e valutazione critica delle invenzioni di ricercatori della Fondazione, il deposito di domande di brevetto quando le invenzioni sono sostenibili ed infine, quando i brevetti stessi sono concessi, l'identificazione di potenziali partners e la gestione di contratti di trasferimento del brevetto stesso. Nel 2011, sono stati concessi 11 brevetti Italiani, 4 Europei, 2 USA

e 2 in Israele, con titolarità del portafoglio della Fondazione per il 90%. Il portafoglio brevetti è stato inserito nel bilancio della Fondazione come immobilizzazione immateriale. In ambito di trasferimento tecnologico dei brevetti ottenuti, sono state già concesse in licenza 3 famiglie di brevetti e ceduto un marchio, mentre 7 altre famiglie di brevetti sono attualmente oggetto di negoziazione per il trasferimento commerciale. Per maggiori dettagli sono consultabili le pagine web dell'ufficio: www.formazione.eu.com/default/brevetti/default.aspx.

5.5. Collaborazioni con altre istituzioni scientifiche

Sono state deliberate ufficialmente convenzioni di collaborazioni scientifiche con l'Istituto di Ricerche Farmacologica Mario Negri di Milano, l'University Medical Center di Leiden (Olanda) e la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano Bicocca. Queste convenzioni scientifiche hanno permesso lo sviluppo di nuove opportunità di ricerca per i ricercatori della Fondazione. La vera novità per il futuro sarà la collaborazione con l'Istituto Nazionale di Genetica Molecolare, una Fondazione di Ricerca di diritto privato che sorge nell'ambito perimetrale della Fondazione e che assicurerà un sostanziale progresso attraverso l'acquisizione di una maggiore dimensione di ricerca di base, essenziale e fondamentale per il miglioramento della ricerca traslazionale e quindi dell'assistenza clinica.

6. L'AZIONE DELLA DIREZIONE STRATEGICA

6.1. Il piano strategico

La necessità di programmare e pianificare le attività sanitarie, che ha dato origine alla stesura del piano strategico per l'anno 2011, è nata dalla constatazione che, nei prossimi anni, la Fondazione sarebbe andata incontro a profondi mutamenti: la realizzazione, entro il 2013, del nuovo edificio del Pronto Soccorso; l'apertura del cantiere per le due torri con l'abbattimento preliminare, nel 2012, di 7 padiglioni esistenti; il progressivo passaggio, comune a tutti gli ospedali, dal ricovero all'assistenza ambulatoriale; non da ultimo, i provvedimenti di natura economica volti a razionalizzare la spesa pubblica.

Per tale motivo, nei mesi di ottobre e novembre 2010, la Direzione strategica ha avviato un fitto calendario di incontri e di raccolta dati con i dieci Dipartimenti, finalizzato a delineare il quadro complessivo della Fondazione, in termini di organizzazione, risorse umane e tecnologiche, attività assistenziale.

Contestualmente è stato convocato il Collegio di Direzione, organismo statutario, costituito dai Direttori di Dipartimento, con il quale condividere le scelte strategiche e monitorare lo stato di avanzamento delle stesse e relative criticità.

Nel febbraio 2011 il piano strategico viene esaminato e discusso anche in Consiglio di Amministrazione, conseguentemente adottato¹ e reso operativo, enucleandone gli obiettivi principali ed assegnandone la realizzazione ai Dipartimenti, Unità Operative, Uffici².

I punti qualificanti del Piano strategico possono essere così riassunti:

6.1.1. Mission della fondazione

La storia della Ca' Granda è esemplificativa dell'intera evoluzione della sanità pubblica del nostro Paese: nato da subito come ospedale per acuti³, sperimenta già alla fine a metà del secolo scorso l'assistenza ambulatoriale⁴ e diviene poi nel 1924 sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia. Riconosciuto dal Ministero della Sanità come Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, quindi con dipendenza diretta dal Ministero, evolve infine, nel 2004, in Fondazione, riunendo gli Istituti e Cliniche dell'AO ICP adiacenti ai Padiglioni dell'Ospedale Maggiore, entrando nel sistema sanitario regionale e gettando le basi per la realizzazione di una profonda riqualificazione strutturale.

_

¹ Il piano strategico 2011 è reperibile sul sito della Fondazione: <u>www.policlinico.mi.it</u> alla pagina Atti Amministrativi.

² Gli obiettivi sono disponibili solo sul sito intranet, alla pagina "Controllo di gestione"

³ Scrive il priore (presidente) dell'Ospedale, Gian Giacomo Gilino, nel 1508: poiché le malattie "o sono cronice o de qualità che presto sono terminate vel con salute, vel con morte, queste de presta terminatione sono designate al Hospitale Grande", principale e centrale, mentre i "mali de altra qualità, quali vogliono tempo", cioè le infermità richiedenti una lunga degenza, "hanno la receptione sua separata" in ospedali minori, satelliti e decentrati (Giorgio Cosmacini, dal sito www.policlinico.mi.it).

⁴ Luigi Zoja, primo titolare della cattedra di clinica medica nella neonata Università degli Studi, affermava: "Nella indagine delle cause morbose il medico, anche in clinica scopre sofferenze fisiche e morali delle quali deve sempre tener conto. Esse illuminano tristi quadri della vita e deficienze nell'assistenza al malato (...). Queste sono le ragioni che mi spinsero a far sorgere due distinti ambulatori per forme diabetiche e asmatico-allergiche, per le quali vi sono attualmente mezzi di cura e possibilità di alleviare le sofferenze". (Giorgio Cosmacini, dal sito www.policlinico.mi.it) .

La rapida evoluzione degli ultimi dieci anni, accompagnata al contestuale sviluppo degli altri ospedali della città di Milano, ha ampliato le competenze e i campi di intervento⁵, richiedendo di conseguenza una riflessione approfondita su quali debbono essere gli ambiti da sviluppare ulteriormente, le scelte strategiche da privilegiare, le reti assistenziali già presenti con cui integrarsi. Il piano strategico ha individuato le seguenti linee prioritarie:

- a) realizzazione, grazie al nuovo ospedale, di un punto di riferimento, per l'intero Nord-Italia, dell'area materno-infantile, caratterizzata, a differenza di altri ospedali pediatrici italiani, dalla contestuale presenza delle specialità per l'adulto e quindi dalla continuità di cura per la persona nel suo intero percorso di vita;
- b) Completamento e potenziamento del Pronto Soccorso, quale punto nodale della rete metropolitana e regionale dell'emergenza-urgenza;
- c) Avvio di modelli assistenziali innovativi per le persone anziane e fragili, con una forte integrazione ospedale-territorio;
- d) Realizzazione di uno ospedale referente a livello nazionale per le malattie rare, mantenendo le attuali eccellenze e mettendo a punto percorsi e contatti con le aziende ospedaliere per l'invio dei pazienti e la loro presa in carico globale.
- e) Mantenimento dell'attività trapiantologica, integrandola con le analoghe attività cittadine e regionali.

6.1.2. Obiettivi gestionali

La complessità di una Struttura che assomma in sé funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca scientifica, dà ragione della necessità di prevedere procedure operative ben codificate, che consentano sia un utilizzo razionale delle risorse complessive, che la trasparenza dei criteri che sottendono alle scelte di priorità che comunque debbono essere operate. Per tali motivi il Piano strategico ha individuato i seguenti ambiti di intervento prioritario:

- a) Individuare, in base alle attività svolte ricoveri, prestazioni ambulatoriali, ricerca i criteri in base ai quali allocare le risorse umane;
- b) Valutare, sulla base della dotazione di apparecchiature esistenti e sulle richieste delle Unità Operative, le priorità e l'ordine di acquisizione di nuove attrezzature;
- c) Svolgere un'analisi dettagliata dei sistemi informativi e informatici presenti in Fondazione oggetto di ripetute osservazioni critiche, per delineare un piano di sviluppo di breve-medio periodo;
- d) Procedere alla revisione dell'assetto accreditato della Fondazione;
- e) Definire regole e sistema di gestione dell'accettazione per i ricoveri al fine di superare l'oggettiva difficoltà del Pronto Soccorso a reperire posti letto e arrivare a una gestione razionale delle liste di attesa, su scala aziendale, che sia fatta secondo le priorità assistenziali, con completa informatizzazione sia dell'accettazione che delle liste di attesa.

6.1.3. Obiettivi organizzativi

La frammentazione dell'assetto organizzativo della Fondazione – con due o più Unità Operative Complesse per una stessa disciplina specialistica e con UOC di dimensioni molto diverse, di cui alcune

⁵ Nel 2007 vengono trasferiti alla Fondazione i servizi territoriali di Psichiatria e Neuropsichiatra Infantile; nel 2008 viene istituita una Unità Operativa di Oncologia, nel 2009 la Clinica Odontoiatrica, ancora afferente agli ICP, viene conferita amministrativamente alla Fondazione.

senza o con un numero minimo di posti letto - ha indotto ad individuare nella costituzione di aree omogenee - dipartimentali o sub dipartimentali- il principale obiettivo organizzativo. Nello schema n. 1 sono state sintetizzate le UO coinvolte e le principali linee proposte:

schema n. 1

UUOO coinvolte	Situazione	Progetto
Medicina Interna 2	Le due UUOOCC di Medicina sono	Essendo le 4 UUOOCC collocate nella medesima area
Medicina Interna3	coordinate tra loro, con equipe	ospedaliera di via Pace ed essendo i pazienti ricoverati simili
Allergologia e	mediche ed infermieristiche già	per patologie, l'obiettivo è una maggior integrazione nella
Immunologia	integrate; Allergologia integra i medici	gestione dei posti letto, delle guardie divisionali,
Geriatria	delle Medicine e gestisce ambulatori	dell'articolazione e razionalizzazione dei numerosi ambulatori
	(non ha posti letto assegnati)	
	La Geriatra opera in modo autonomo	
Gastroenterologia 1	Le UUOOCC sono site nello stesso	L'obiettivo è di suddividere le due aree di degenza (ad
Gastroenterologia 2	Padiglione (ad eccezione	eccezione dei pl per i trapianti di midollo) non per UUOO ma
Ematologia 1	dell'Oncologia che non ha assegnati	per caratteristiche dei pazienti (urgenti o programmati),
Ematologia 2	posti letto e opera in regime	creando equipe mediche multidisciplinari e, quindi,
Med. Int. 1a	ambulatoriale presso un altro	utilizzando i posti letto sulla base delle esigenze dei malati.
Med. Int. 1b	padiglione) e condividono la guardia	Inoltre per le due UUOO di Ematologia, essendo della
Oncologia	interdivisionale.	medesima disciplina, è prevista l'unificazione delle equipe e la
Endocrinologia		razionalizzazione di ambulatori e day hospital
Otorinolaringoiatria	I posti letto sono già condivisi, ma da	L'obiettivo è la compartecipazione alle guardie divisionali e
Chirurgia Maxillo faciale	un punto di vista funzionale le tre	attivazione ambulatori integrati multidisciplinari
Odontoiatria	UUOO operano in maniera	
	indipendente	
Nefrologia	Le UUOO di Nefrologia e Urologia sono	L'obiettivo è la creazione di un percorso per pazienti
Urologia	site in Padiglioni adiacenti e collegati,	trapiantati/trapiantandi che siano seguiti dai diversi specialisti
Chirurgia Trapianti di	ma operano in modo indipendente; la	con protocolli comuni, in un'area di degenza comune (ricavata
Rene	Chirurgia dei Trapianti è sita in un	nell'area di Nefrologia-Urologia), con guardie divisionali
	differente padiglione ed è	integrate
	indipendente.	
Cardiologia	Le due UUOO operano in modo	L'obiettivo è di una migliore integrazione tra le due UUOO,
Med. Interna a indirizzo	indipendente	pur nella salvaguardia delle responsabilità di ciascun Direttore
cardiovascolare		di UO.
Pediatria 1	Le 5 UUOO operano in modo	Essendo UUOO della medesima disciplina, pediatria,
Pediatria 2	indipendente, tranne che per la	l'obiettivo è la realizzazione di un'equipe comune, con
Nefrologia ped.	guardia interdivisionale	razionalizzazione di ambulatori e day hospital e gestione delle
Emergenza urgenza		degenze sulla base delle due diverse tipologie (ricoveri
Fibrosi Cistica		programmati e ricoveri da ps)
Chirurgia Generale 1	Le 2 UUOO sono indipendenti e	Essendo UUOO della medesima disciplina, chirurgia generale,
Chirurgia d'Urgenza	operanti in due diversi Padiglioni; la	si propone, stante la collocazione distinta, una
	Chirurgia d'Urgenza partecipa alla	compartecipazione alle attività del PS e una gestione delle
	gestione del PS	degenze sulla base delle differenti specializzazioni presenti
		nelle due equipe.

Il Piano strategico poneva come principio fondamentale il "mettere al centro dei nostri interventi la persona". Il significato, dunque, delle aree omogenee sta proprio nel mettere la persona malata al centro dell'attività assistenziale, in modo tale che spazi (reparti di degenza e ambulatori) e percorsi (modalità di accesso e tipologia di ricovero) siano semplificati e calibrati sulle sue reali esigenze. Esemplificando: i posti letto non sono più rigidamenter assegnati alla singola UO e relativo Primario, ma utilizzati in relazione al fabbisogno assistenziale; l'équipes mediche si integrano e gli specialisti intervengono su pazienti anche se ricoverati in aree di altre UO.

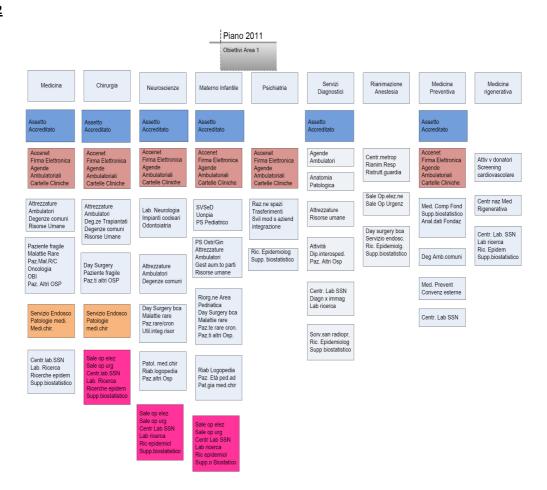
Tutto ciò consente anche una maggiore efficienza, perché i posti letto vengono occupati sulla base delle priorità cliniche con maggior flessibilità, risparmiando alle persone di doversi rivolgere in momenti diversi ai differenti specialisti, poiché sono i medici a ruotare intorno al malato.

Ulteriori obiettivi di rilevanza organizzativa sono:

- a) Revisione dell'intera rete ambulatoriale e dei punti di accettazione/prenotazione: essendo costituita da più di trecento ambulatori e da molteplici sportelli, si è ravvisata la necessità di una riorganizzazione finalizzata alla semplificazione, utilizzo più razionale degli spazi, informatizzazione delle agende e della refertazione (AMBWEB);
- b) Ampliamento dell'utilizzo dei servizi diagnostici radiologie e diagnostica per immagini, ambulatori di endoscopia – e delle sale operatorie nelle ore pomeridiane, al fine di favorire gli utenti e migliorare l'utilizzo delle attrezzature e tecnologie disponibili;
- c) Adeguamento della sala parto: in attesa della realizzazione del nuovo ospedale si è ritenuto opportuno prevedere un intervento, strutturale ma soprattutto funzionale, sull'area della sala parto, in ragione dell'eccessivo congestionamento della stessa, chiedendo un progetto alle UO coinvolte che consentisse di apportare miglioramenti nel breve periodo;
- d) Progetto di Centro Nazionale di Medicina Rigenerativa: la presenza in Fondazione di attività di livello regionale o nazionale (Banca del sangue raro, Banca del sangue del cordone ombelicale, Centro Regionale e Interregionale di coordinamento dei Trapianti) ha condotto ad effettuare un'analisi approfondita, di tipo economico-organizzativo, volta a verificare la sostenibilità di tali attività e le ipotesi di sviluppo.

La sintesi dei progetti è descritta dello schema n. 2.

schema n. 2



6.1.4 Sperimentazioni gestionali

Tra le attività di ricerca deve essere considerato l'ambito dell'organizzazione sanitaria e, dunque, lo studio e sperimentazione di nuovi modelli di gestione di attività. Per il 2011 quattro sono le ipotesi che si sono individuate:

- a) Integrazione Ospedale-territorio, relative alle problematiche sanitarie e socio-sanitarie degli anziani
- b) Dipartimento di Emergenza e Urgenza e appropriatezza dell'accesso e delle prestazioni
- c) Area materno-infantile, con riguardo all'integrazione con la rete consultoriale e ai servizi per l'infanzia
- d) Rapporto Ospedale-Università, verso il superamento delle rispettive rigidità e la realizzazione di reali ed effettive sinergie

Per tali sperimentazioni, oltre a gruppi di lavoro appositamente costituiti, sono stati previsti anche obiettivi intermedi e progetti concertati con l'ASL (es.: per il raccordo con i medici di continuità assistenziale-guardia medica per il Pronto Soccorso, con l'assistenza domiciliare per i pazienti anziani, con i consultori per l'assistenza durante la gravidanza...).

6.2. Prestazioni sanitarie

L'attività assistenziale viene convenzionalmente suddivisa in ricovero, ordinario e di day hospital, e ambulatoriale e, in termini quali-quantitativi, può essere così sintetizzata:

- Attività di ricovero: sui 790 posti letto attivi, articolati in 61 Unità Operative Complesse, sono stati effettuati, dal 1° gennaio al 31.10.2011⁶, 30.350 ricoveri ordinari e 19.845 ricoveri in day hospital, dato in linea con il medesimo periodo del 2010; in tabella n. 1 sono enucleati alcuni indicatori sintetici:

tabella n. 1 PRINCIPALI INDICATORI ATTIVITA' DI RICOVERO		
Posti letto accreditati/attivi	938/790	
Ricoveri ordinari (1/1/2011-31/10/2011)	30.350	
Degenza media	7,1	
Ricoveri DH (1/1/2011-31/10/2011)	19.845	
Parti (1/1/2011-31/10/2011) vaginali/cesarei	2993/2379 (tot. 5372)	
Percentuale ricoveri pediatrici e anziani	28,2 ped. 23,4 sup.65 aa	
Percentuale casi chirurgici	34,5	
Neonati prematuri o con patologie	1173	
DRG ricovero ordinari/DH più frequenti	Anemie/talassemie 3613	
	Interventi su app.riproduttivo femm. : 2983	
	Linfoma e leucemia non acuta senza CC: 1166	
	Malattie dell'apparato digerente: 906	
Trapianti (rene, fegato, midollo, polmone)	50, 32, 37, 11	

 Attività di specialistica ambulatoriale: nei primi dieci mesi dell'anno le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono risultate 2.207.629, erogate in più di 800 ambulatori specialistici, così distribuiti:

-

⁶ Ultima data per cui sono disponibili dati consolidati

UNITA' OPERATIVA	NUMERO AMBULATORI SPECIALISTICI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	97
CHIRURGIA GEN. D'URGENZA, DEI TRAPIANTI E VASCOLARE	93
MEDICINA INTERNA	85
GASTROENTEROLOGIA	71
DERMATOLOGIA	63
NEONATOLOGIA E PEDIATRIA	50
CARDIOLOGIA/MED.CARDIOVASCOLARE	49
OCULISTICA	44
EMATOLOGIA	43
NEUROLOGIA	39
DIALISI	33
UROLOGIA	33
OTORINOLARINGOIATRIA, AUDIOLOGIA E CH.MAXILLO-F.	37
ENDOCRINOLOGIA	29
CENTRO STERILITA'	23
GERIATRIA	22
BRONCOPNEUMOLOGIA	19
NEUROCHIRURGIA	17
ODONTOIATRIA	17
PSICHIATRIA	9

In tabella n. 2 sono riportate le prestazioni specialistiche numericamente più rilevanti:

tabella n. 2 PRINCIPALI INDICATORI ATTIVITA' DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE			
Prestazioni di Laboratorio /Anatomia patologica x pazienti	1.216.366		
esterni			
Prime visite e controlli specialistici	361.613		
Prestazioni diagnostiche effettuate in PS Generale,	227.787; 40.613; 17.261		
Ostetrico, Pediatrico (pazienti non ricoverati)			
Test allergologici	72.829		
Prestazioni di diagnostica per immagini (RX,TAC,RMN)	89.669		
Prestazioni per pazienti dializzati (adulti/pediatrici)	81357 (67.154, 14.203)		
Prestazioni odontostomatologiche	22.661		

Oltre a tali attività rivestono particolare valenza i dati relativi a :

 Pronto Soccorso: articolato nei tre poli – Generale, Pediatrico ed Ostetrico-ginecologico- eroga circa 100.000 prestazioni annue; in tabella n. 3 indicatori sintetici della complessiva attività 2010:

tabella n. 3	Ps GENERALE	Ps PEDIATRICO	Ps GINECOLOGICO
Accessi/anno	52.489	24.395	27.409
Accessi medi/die	144	67	68
Ore Max Affluenza	10 accessi dalle 10 alle 18	4 accessi dalle 9 alle 21	4,8 accessi dalle 9 alle 18
Tasso ricovero	14,3%	10,5%	30% (1% gin)

 screening mammografici: è proseguita la collaborazione con l'ASL, sia con l'esecuzione delle prestazioni di primo livello, pari a 8000 mammografie, che con l'implementazione di percorsi specifici, quali gli accertamenti in donne portatrici di protesi; - servizio trasfusionale: grazie alla presenza dell'Associazione Amici del Policlinico e Mangiagalli, la Fondazione raccoglie ogni anno più di 30.000 donazioni, consentendo l'autosufficienza dell'ospedale e fornendo molte altre strutture sanitarie regionali; presso il Dipartimento di medicina rigenerativa sono inoltre presenti le banche regionali del sangue raro e del sangue da cordone ombelicale.

6.3. Risultati e criticità

In relazione anche a quanto descritto, possiamo suddividere i risultati e le correlate criticità, come di seguito descritto.

6.3.1 Risultati di sistema

Come da piano strategico e anche a seguito di contigenze ed esigenze emerse si è provveduto a :

- a) Pianificazione dell'acquisto di attrezzature: dopo aver provveduto ad effettuare una ricognizione di tutte le apparecchiature in uso alle diverse Unità operative, con particolare attenzione a quelle vetuste, sono state richieste ai diversi responsabili le priorità di acquisto, in forza dei riscontro ottenuti e nel rispetto delle regole di esercizio regionali per l'anno 2011, è stato adottato uno specifico provvedimento al fine di soddisfare i bisogni ritenuti prioritari;
- b) Piano assunzioni: a seguito dell'autorizzazione regionale si è provveduto a richiedere ai Dipartimenti indicazione delle esigenze di personale secondo una scala di priorità; la Direzione le ha poi valutate prevedendo l'attribuzione, con relative motivazioni o vincoli (es.:presentazione di progetto di riorganizzazione, implementazione di attività...), di nuovo personale, ponendo il tutto alla disamina dei componenti il Collegio di Direzione dopodichè si è provveduto alla diffusione della pianificazione a tutti gli operatori.
- c) Razionalizzazione dotazione telefonia mobile: anche in questo caso si è provveduto dapprima ad una revisione della dotazione in essere e, quindi, anche nel rispertto delle normative vigenti, è stato posto tra gli obiettivi del 2011 la riduzione del 30% degli apparecchi di telefonia mobile in dotazione, riportandoli peraltro ad un loro reale e più consono fabbisogno.
- d) Analisi sistemi informativi e indirizzi di sviluppo: grazie al gruppo di lavoro sono state individuate e implementate le priorità (informatizzazione completa di ricoveri, lettera di dimissione, liste di attesa per la gestione dei ricoveri programmati, attività ambulatoriale) e previsti gli sviluppi per il 2012 (studio di fattibilità di una cartella clinica informatizzata, raccordo tra i nostri sistemi informativi e quelli di reti/sistemi regionali).
- e) Razionalizzazione e informatizzazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale: sono stati analizzati gli sportelli CUP attivi, procedendo ad alcune prime modifiche volte a rendere tutti gli sportelli in grado di effettuare prenotazioni e pagamento ticket per tutte le prestazioni (e non solo quelle erogate nei rispettivi padiglioni).
- f) Regolamentazione delle attività oggetto di compenso aggiuntivo: la presenza in Fondazione di attività finanziate da Regione o altri Enti/Istituzioni pubbliche e privati (es: convenzioni per servizi diagnostici o assistenziali in convenzione, sperimentazioni cliniche, gestione attività di cooordinamento trapianti, screening oncologici...) o da specifiche normative (ad esempio la Legge Merloni) ha indotto a definire quote omogenee per i compensi aggiuntivi assegnati a personale

- dipendente, con relativo debito orario, e a richiedere che le attività aggiuntive fossero svolte sotto timbratura, per gli evidenti motivi legali ed assicurativi;
- g) Collaborazione con le associazioni di volontariato operanti in Fondazione: la notevole presenza di tali associazioni, peculiarità e patrimonio quasi unico nel SSR, ha indotto a costruire un rapporto di collaborazione volto alla progettazione stessa delle attività, e non semplici "erogatori" di donazioni.
- h) Cooperazione Internazionale: le numerose iniziative e i diversi progetti esistenti presso la nostra Fondazione, hanno portato alla costituzione di un Comitato di Coordinamento che consenta ancora di più di valorizzare e implementare i diversi progetti.
- i) Stesura del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR), sottoposto alla consultazione dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza.

6.3.2 Risultati di progetto

6.3.2.1. Aree omogenee

L'ambito principale riguarda la riorganizzazione per aree omogenee, con i seguenti risultati:

- a) <u>Area di Medicina Interna di via Pace (</u> UUOO Medicina Interna 2, Medicina Interna 3, Allergologia e Immunologia, Geriatria): si sono svolti incontri con gli operatori delle UUOO e richiesto un progetto di ulteriore integrazione, specie sull'area ambulatoriale, reso complesso dalla situazione strutturale;
- b) Area della Specialità Mediche del Padiglione Granelli-Marcora (UUOO Gastroenterologia 1e 2, Ematologia 1 e 2, Med. Int. 1a e 1b, Oncologia, Endocrinologia): è stato definito l'assetto organizzativo- destinando un piano ai ricoveri da PS ed uno a quelli elettivi- ed elaborato il sistema per l'attribuzione degli "score" per definire la priorità dei pazienti in lista d'attesa. Dal primo gennaio partirà un periodo di sperimentazione del nuovo sistema di accettazione ed è stata rivista la turnazione della guardia interdivisionale da novembre 2011. In tale ambito è stato richiesto un progetto di unificazione delle due UUOO di Ematologia, in fase di approntamento definitivo.
- c) <u>Area Chirurgica Otorinolaringoiatria-Chirurgia Maxillo Facciale-Odontoiatria</u>: sono stati attivati alcuni ambulatori integrati e assunto provvedimento per gli ambulatori di odontoiatria con apertura pomeridiana, mentre non è stata ancora attivata la guardia interdivisionale e una effettiva integrazione delle degenze tra Odontoiatria e Chirurgia Maxillo-Faciale;
- d) <u>Area Nefrourologica</u> (UUOO Nefrologia, Urologia, Chirurgia Trapianti di Rene, Nefrologia e Dialisi Pediatrica, Urologia Pediatrica): è stato presentato un progetto per l'area dell'adulto relativo al percorso del trapianto, tuttavia per criticità strutturali e di integrazione delle equipe, lo stesso è ancora in corso di approntamento
- e) <u>Area Cardiologica</u> (UUOO Cardiologia e Medicina Interna a indirizzo Cardiovascolare): è stata avviata una sperimentazione di area omogenea, relativa a degenze, ambulatori e guardie, pur con alcune criticità derivanti dall'integrazione tra le due equipe mediche;
- f) <u>Area Pediatrica</u> (UUOO Pediatria 1 e 2, Nefrologia Pediatrica, Pediatria ind. Emergenza Urgenza, Fibrosi Cistica): sulla base di proposte avanzate dai Direttori è stato rielaborato un progetto di integrazione delle attività di degenza suddivisa tra urgente e programmata-, ambulatoriali e di guardia, che sarà avviata per un periodo di sperimentazione da gennaio 2012;

g) <u>Area di Chirurgia Generale</u> (UUOO Chirurgia Generale 1 e Chirurgia d'Urgenza): è stato richiesto un progetto ancora in fase di elaborazione da parte dei due Direttori.

6.3.2.2. Attività di specialistica ambulatoriale

Per quanto riguarda invece le attività di specialistica ambulatoriale, e in particolare per le aree critiche in termini di liste di attesa, la situazione è così sintetizzabile:

- a) Area Diagnostica per Immagini (UUOO Radiologia, Neuroradiologia, Medicina Nucleare): sono stati analizzati i dati di attività 2010, individuando le criticità del flusso che ne impedivano la rendicontazione completa (effettuazione della prestazione senza registrazione a CUP) e valutando il fabbisogno di personale rapportato ai tempi medi previsti dalla Società Scientifiche. Per la Radiologia, a fronte della sostanziale congruità della dotazione, si sta elaborando un progetto specifico per ottimizzare l'utilizzo delle attrezzature, ricondurre in orario di servizio le prestazioni di screening, centralizzare i punti di erogazione.
- b) Area di Endoscopia Digestiva: a cura della UO di Gastroenterologia 2 è stato presentato un progetto di centralizzazione con allocazione presso il Padiglione Regina Elena, e articolazione anche in orario pomeridiano delle prestazioni, con rotazione degli endoscopisti sulla reperibilità per l'urgenza; da ottobre è già stato possibile rilevare una contrazione delle liste di attesa per esterni ed effettuazione entro le 48 h per i pazienti ricoverati;
- c) Razionalizzazione della rete ambulatoriale: pur essendo state intraprese iniziative all'interno di singole UUOO o Dipartimenti, è necessario un ulteriore approfondimento in termini di semplificazione e informazione.

6.3.2.3. Progetti specifici

Per quanto riguarda il Dipartimento di Medicina Rigenerativa è stata completata l'analisi tecnico-economica, da cui è emerso:

- a) la necessità di adeguamento delle convenzioni in essere con le regioni aderenti al Nord Italian Transplant Program, onde consentire la copertura dei costi;
- b) la ridefinizione dell'utilizzo dei fondi destinati dalle diverse convenzioni alla remunerazione di ore aggiuntive del personale dipendente, convertiti in assunzioni a tempo determinato inizialmente di personale medico e tecnico;
- c) l'individuazione delle attività di ricerca (cell factory, biobanca⁷) onde attribuirne i relativi costi ai capitoli di spesa pertinenti.

Per quanto riguarda la sala parto è stato messo a punto un progetto, a cura del Dipartimento Donna Bambini Neonato, finalizzato ad una riorganizzazione dell'attività e ristrutturazione parziale dell'area, approvata e in corso di realizzazione.

6.3.3. Sperimentazioni

Per quanto riguarda infine le <u>sperimentazioni</u> i risultati più rilevanti hanno riguardato <u>l'area del pronto</u> <u>Soccorso Generale</u> ove si è proceduto a:

a) attivazione dell'ambulatorio di continuità assistenziale, con medici inviati dall'ASL su convenzione non onerosa, nei festivi e prefestivi, cui indirizzare soggetti triagiati con quadri definiti per i quali non sono necessari ulteriori accertamenti/interventi: l'iniziativa avviata in agosto, ha dato riscontro positivo e se ne è concordato il proseguimento con l'ASL anche per il 2012;

⁷ E' stato approvato un regolamento per le attività di bancaggio di tessuti e campioni biologici destinati alla ricerca

- b) attuazione da parte dei medici di PS di un protocollo che prevede, per accertamenti rinviabili, il rilascio di prescrizione da effettuarsi nei giorni successivi secondo le modalità ordinarie (prenotazione cup, eventuale bollino verde, pagamento ticket);
- c) attivazione di percorsi separati per codici bianchi di pertinenza dermatologica: decentrando l'accesso e il triage, circoscrivendolo in alcune ore della giornata, prevedendo il pagamento del ticket; l'iniziativa sarà estesa anche a oculistica e otorinolaringoiatria;
- d) elaborazione di alcuni pacchetti di accertamenti da richiedere in fase di triage, per codici verdi, per velocizzare l'esame da parte del medico: ne sono stati elaborati alcuni ed è in corso l'adeguamento del software e l'informazione a tutto il personale.

Pur non essendo previsto dalla progettazione del nuovo Padiglione Guardia, nei mesi di lugliosettembre, in concomitanza con le opere di parziale abbattimento, è stato allestito un prefabbricato per la temporanea gestione del Pronto Soccorso: l'attività si è svolta regolarmente, senza particolari criticità o riduzione di prestazioni, evitando a lavoratori ed utenti l'esposizione ai disagi derivanti dagli abbtattimenti; a settembre, dopo alcune sistemazioni, il Pronto Soccorso è rientrato nella sede abituale e il prefabbricato è stato riadattato per ospitare degenze chirurgiche.

Inoltre nel corso dell'estate 2011 si è provveduto a trasferire le attività del Pronto Soccorso adulti presso questo prefabbricato, acquisendone autorizzazioni e accreditamenti. Tale operazione ha consentito l'abbattimento di parte del Padiglione Guardia, senza la presenza di personale sanitario e di malati.

Gli interventi non hanno determinato l'insorgenza di inconvenienti e ciò grazie anche all'encomiabile spirito di sacrificio e di collaborazione da parte di tutto il personale interessato, sia della dirigenza che del comparto, con la perfetta regia della Direzione Medica di Presidio, dell'Unità Operativa Funzioni Tecniche e del Sitra.

Un notevole impegno ha comportato l'analisi di modelli organizzativi di PS italiani ed europei e il conseguente approfondimento sul progetto del nuovo PS, con lo scopo di verificarne l'adeguatezza all'evoluzione dei modelli assistenziali e la possibilità di inserire nel nuovo Padiglione tutte le attività di emergenza-urgenza, anche pediatriche ed ostetrico-ginecologiche. Da ciò è derivato uno specifico piano, che prevede all'interno del Padiglione Guardia la presenza, pur con ingressi e percorsi separati, del Pronto Soccorso Generale e Pediatrico, la riorganizzazione dell'Area di Rianimazione, la Terapia Intensiva, la centralizzazione di tutti i servizi di emergenza (Unità Coronarica, Stroke Unit, Traumatologia, Trapianti).

Per quanto riguarda le sperimentazioni ospedale-territorio, per l'area materno-infantile e dell'anziano, sono stati avviati gruppi di lavoro, concordemente con l'ASL che hanno elaborato prime proposte, tuttora in fase di approfondimento e sperimentazione.

Per la sperimentazione ospedale-università si è elaborata una proposta che prevede:

- l'attivazione di contratti a tempo determinato per giovani dirigenti medici e sanitari, da realizzarsi secondo le norme relative al reclutamento di personale e strumenti contrattuali vigenti, volta a favorire il ricambio generazionale e introdurre criteri di selezione maggiormente adeguati alle professionalità e competenze richieste nell'ambito di un IRCCS con sede universitaria;
- la stesura di un'ipotesi di convenzione tra Fondazione Ca' Granda e Università degli Studi, nelle more dell'adozione di provvedimenti regionali/nazionali, che contempli una razionalizzazione delle risorse (spazi, attrezzature, personale amministrativo), la definizione di criteri condivisi per il convenzionamento di professori/ricercatori universitari nell'ambito delle regole sul personale, la

promozione della ricerca, anche con forme innovative di collaborazione; l'ipotesi è stata sottoposta alla Regione Lombardia per poter essere proposta all'Università nel 2012.

Inoltre, il progetto ha destato l'attenzione del Ministero della Salute tanto da organizzare congiuntamente, con l'attivo coinvolgimento anche della Regione Lombardia, un convegno nazionale che si è tenuto il 20 giugno 2011.

6.4. Bilancio di previsione 2011

Il Bilancio di previsione 2011, redatto nel rispetto della normativa vigente e delle indicazioni regionali, è stato approvato dal Consiglio di Amministrazione con atto n. 54 adottato nella seduta del 21 gennaio 2011.

I valori economici iscritti nel conto economico trovano riferimento nel Decreto Regionale di assegnazione n. 372 datato 20 gennaio 2011.

6.4.1. Valore della produzione

Nell'ambito del valore della produzione i ricavi di riferimento sono quelli attinenti all'attività sanitaria, integrati con i proventi derivanti dall'attività aziendale, a cui va addizionato l'importo assegnato dal Ministero della Salute per l'anno di competenza finalizzato alla Ricerca Corrente, di cui al capitolo relativo alla Direzione Scientifica.

Inoltre, al Valore della Produzione vanno altresì aggiunti:

- I concorsi e ricuperi per attività tipiche che, per questa Fondazione, attengono in particolare in termini prettamente economici ai recuperi delle spese condominiali a carico degli inquilini e delle altre spese a carico degli affittuari, oltre alle altre voci comuni a tutte le aziende ospedaliere (rimborso cessioni di sangue, rimborsi personale comandato, recuperi per vitto, alloggi per il personale);
- La compartecipazione alla spesa sanitaria, intesa come quote corrisposte dai pazienti non esenti che fruiscono di prestazioni ambulatoriali.
- I costi capitalizzati afferenti il valore degli ammortamenti sui beni patrimoniali, rientranti in una specifica categoria, quali ad esempio quelli finanziati con contributi Nazionali, da altri soggetti pubblici, con le donazioni.

Nell'analisi appena effettuata del Valore della Produzione non sono stati compresi i contributi in conto esercizio per l'assistenza sanitaria, facenti capo prevalentemente al Fondo Sanitario Regionale e costituiti da funzioni per servizi non tariffati, da contributi da destinare al finanziamento del Piano Socio Sanitario Regionale, da altri contributi regionali nonchè da contributi in conto esercizio da altri Enti Pubblici, che rappresentano nella loro totalità oltre il 20% del valore complessivo della produzione.

6.4.2. I costi della produzione

I costi della produzione sono coerentemente connessi ai ricavi innanzi evidenziati e quindi commisurati all'assegnazione comunque provvisoria del valore economico delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero (DRG). Riguardo a queste ultime occorre tenere presente l'operatività della L.R. n7/2010 che stabilisce per le aziende sede universitarie l'aggiornamento delle tariffe dei DRG sino ad un massimo del 25% con riferimento a particolari indicatori, oggetto di verifica, a fronte di apposita istanza da produrre nei quindici giorni successivi all'approvazione del bilancio d'esercizio.

Gli elementi che concorrono alla formazione dei Costi della Produzione per macro voci attengono ai Beni e Servizi, al Costo del Personale, agli Ammortamenti, alla Svalutazione dei Crediti, alle Variazioni delle rimanenze di materie prime e di consumi di prodotti nonché agli Accantonamenti Tipici d'esercizio.

Vanno inoltre aggiunti i costi riguardanti i Proventi e gli Oneri Finanziari (interessi attivi/passivi, altri oneri e proventi,..) e i Proventi e Oneri Straordinari (Plus - minor valenze, Donazioni e sopravvenienze – insussistenze attive/passive).

Il Conto Economico evidenzia inoltre il risultato prima delle imposte (sommatoria Valore della Produzione, Costi della Produzione, Proventi e Oneri Finanziari e Proventi e Oneri straordinari) nonché le Imposte e Tasse e infine l'Utile o la Perdita d'esercizio.

6.4.3 Recupero crediti

Un particolare impegno è stato riservato sul versante dei crediti. Dalla redazione del bilancio 2010 e successivamente nel corso dei mesi di maggio, agosto e novembre sono state programmati incontri al fine di definire i percorsi più idonei per la riscossione dei crediti in essere, in particolare quelli afferenti gli esercizi pregressi. Anteriormente agli incontri, l'UO Amministrazione e Finanza approntava apposite rendicontazioni analitiche, nelle quali venivano evidenziati, per singolo centro di costo (UU.OO./Servizio), il dettaglio dei crediti ripartiti per esercizio, per creditore e per documento emesso. I risultati conseguiti sono comunque inversamente proporzionali all'impegno profuso, stante la situazione pregressa da sanare.

Si è proceduto inoltre a modificare il processo riguardante l'emissione delle fatture attive a vario titolo e la verifica delle conseguenti situazioni creditorie trasferendo, con effetto dal 2011, le competenze della UO Amministrazione e Finanza alle UUOO/Servizi responsabili dei procedimenti.

6.4.4. Consistenza personale dipendente

Alla data dell'1.12.2011, la consistenza del personale dipendente della Fondazione IRCCS risultava la seguente:

<u>Dirigenza</u>

Totale	798 (737 tempo ind./61 tempo determ.)
Dirigenti prof./tecnici e amm.vi	23 (20 tempo ind./ 3 tempo determ.)
Dirigenti sanitari	93 (83 tempo ind./10 tempo determ.)
Dirigenti medici/odontoiatri	682 (634 tempo ind./48 tempo determ.)

Comparto

Personale infermieristico	1.434 (1.378 tempo ind./56 tempo determ.)
Personale vigilanza/ispezione	2 (2 tempo ind.)
Personale tecnico/sanitario	223 (203 tempo ind./20 tempo determ.)
Personale riabilitazione	57 (54 tempo ind./3 tempo determ.)
O.S.S./O.T.A.	192 (192 tempo ind.)
Personale ruolo tecnico non sanitario	200 (200 tempo ind.)
Personale ruolo ausiliario specializzato	179 (179 tempo ind.)
Assistenti sociali	11 (11 tempo ind.)
Assistenti religiosi	2 (2 tempo ind.)
Personale amministrativo	332 (332 tempo ind.)
<u>Totale</u>	2.632(2.553 tempo ind./79 tempo determ.)

Totale complessivo

3.430(3.290 tempo ind./140 tempo determ.)

A tale personale vanno poi aggiunti i 234 titolari di borse di studio e i 39 contratti di collaborazione per ricercatori di cui al precedente punto 5.2.

In relazione al personale a tempo determinato e al personale in servizio con contratti atipici, nell'ambito del contenimento della spesa disposto dall'art.2, comma 28, della legge n. 122/2010 per il personale non di ruolo, per il 2011 viene stabilito il limite del 50% dell'analoga spesa sostenuta nell'anno 2009.

Relativamente all'analogo limite di spesa per i contratti atipici, quali i contratti di somministrazione, va comunque evidenziato che gli stessi sono finalizzati a garantire l'attività assistenziale di tutte le aree sanitarie ed in particolare quelle del parto e dei servizi di emergenza. Il rispetto del limite stabilito dalla norma può avvenire solo mediante l'assunzione delle stesse figure da parte della Fondazione e ciò può aver luogo previa autorizzazione, da parte della Giunta Regionale, di istituzione di posti d'organico mediante il nuovo piano di assunzione. La richiesta inoltrata è stata soddisfatta in misura inferiore al fabbisogno.

6.4.5. Investimenti

Per gli investimenti, tralasciando quelli specificamente contemplati dall'Accordo di Programma, sono stati adottati due distinti provvedimenti in data 21 gennaio:

- n. 102 ad oggetto "Determinazioni in merito alle risorse finanziarie relative agli interventi di manutenzione straordinaria necessari per la completa attuazione dell'accordo di programma relativo alla riqualificazione dell'area ospedaliera della Fondazione Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico". I lavori propedeutici alla realizzazione del nuovo Ospedale ed alla realizzazione del nuovo Pronto Soccorso sono elevati e riguardano oltre all'adeguamento di fabbricarti datati, la parziale sistemazione di alcuni di essi al fine di ospitare attività ambulatoriali e di ricovero attualmente presenti in stabili da demolire per far posto alla nuova struttura ospedaliera.
- n. 103 "Determinazione delle risorse finanziarie occorrenti per il 2011 per il piano investimenti": con detto provvedimento si è innanzitutto dato atto delle risorse rientranti nel limite massimo di autofinanziamento per il piano di investimenti 2011, quantificato in esito a precise disposizioni regionali e ammontante a € 4.847.000= (ex allegato 2 della DGR IX/937/20110 "anche per il 2011 i limiti massimi di autofinanziamento sono stabiliti nella misura dell'1,5% per le Aziende Ospedaliere e per le Fondazioni).

Ogni Direttore di Dipartimento è stato invitato a redigere, d'intesa con i responsabili delle UU.OO. apposito elenco con l'individuazione del reale fabbisogno e con la maggior precisione possibile il peso specifico delle priorità.

Una particolare menzione merita il fondo assegnato dal Ministero della Salute anteriormente al 2011 di circa € 10.000.000 finalizzato all'acquisizione di specifiche apparecchiature per l'Ospedale del Bambino.

Grazie agli impegni tra gli altri assunti dalle UU.OO. Approvvigionamenti e Ingegneria Clinica sono state definite acquisizioni di apparecchiature per € 4.000.000 circa.

Le apparecchiature previste per il nuovo Pronto Soccorso, di cui all'accordo di programma 25.09.2000, aggiornato in data 05.12.2004, riguardano una TAC multi slide, un impianto Radiologico Digitale Multifunzionale ed un Ecografo: il tutto per un importo stimato di € 1.956.000=

Nel corso dell'esercizio, con DGR n. IX/2057 del 28.07.2011, sono state assunte ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'anno 2011. Di fatto con detto documento sono state introdotte ulteriori disposizioni in ordine al governo della spesa sanitaria per il 2011, e ciò con particolare riferimento a quanto disposto dalla legge n. 111 del 16 luglio 2011.

Questa Direzione, successivamente all'acquisizione del provvedimento, ha subito provveduto a fornire a tutti i responsabili sia sanitari che non, gli elementi per una puntuale applicazione delle disposizioni medesime nel contesto del Piano strategico 2011.

Gli interventi hanno interessato la riclassificazione, l'effettuazione e la rendicontazione delle prestazioni, le modifiche di criteri clinici per arruolamento e le modalità di erogazione delle prestazioni, il File F (incremento non superiore al 7% delle risorse assegnate per il 2010), il personale (confermato il vincolo delle assunzioni a tempo indeterminato a quanto autorizzato dalla Regione), il finanziamento delle RAR anno 2011 tramite il contributo regionale in ragione dell'80% dell'assegnazione del budget 2011 e la riduzione al 24% dell'incremento tariffario di cui alla legge regionale n. 7/2010.

Con successivi Decreti della Direzione Generale Sanità n. 9395 del 13 ottobre e n. 9473 del 17 ottobre, sono state apportate modifiche ed integrazioni del finanziamento di parte corrente (ex Decreto n. 372/2011). Nella tabella n. 4 di seguito riportata sono riepilogati i finanziamenti di parte corrente assegnati, rispettivamente, per gli esercizi 2010 e 2011:

Tabella n. 4

CONFRONTO ASSECUAZIONI			
CONFRONTO ASSEGNAZIONI		DECRETO N.4702/2011	DECRETI 9395 e 9473 III CET 2011
Quota capitaria (FSR indistinto)	€.	38.214	38.214
Contributo da destinare al finanziamento del PSSR, progetti obiettivo, miglioramento qualità offerta e realizzazione piani di sviluppo regionali (FSR indistinto)	€.	17.712	17.623
Altri contributi da Regione (FSR indistinto)	€.	29.314	26.977
TOTALE CONTRIBUTI REGIONALI	€.	85.240	82.814
Descrizione		DECRETO N.4702/2011	DECRETI 9395 e 9473 III CET 2011
ricavi per prestazioni drg per lombardi: CONTRATTO	€.	109.231	107.113
ricavi per prestazioni drg per lombardi: EXTRABUDGET	€.	43.755	42.888
Prestazioni di ricovero: Parziale per Lombardi	€.	152.986	150.001
	_		
Descrizione		DECRETO N.4702/2011	DECRETI 9395 e 9473 III CET 2011
ricavi per prestazioni attivita' ambulatoriale per lombardi CONTRATTO	: €.	32.051	31.186
ricavi per prestazioni attivita' ambulatoriale per lombardi EXTRABUDGET	: €.	5.583	5.516
Prestazioni di ambulatoriale: Parziale per Lombardi	€.	37.634	36.702
Descrizione		DECRETO N.4702/2011	DECRETI 9395 e 9473 III CET 2011
ricavi per farmaci File F per lombardi	€.	26.915	21.467
	1		
PREMIALITA'	€.	-	380
TOTALE PRESTAZIONI PSICHIATRICHE	€.	2.521	2.056
TOTALE PRESTAZIONI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	€.	913	897
ENTRATE PROPRIE	€.	44.125	51.573

Si evidenzia che il consistente scostamento registrato nelle entrate proprie è da porre in relazione alla diversa classificazione dei farmaci somministrazione diretta, i cosiddetti farmaci doppio canale.

Alla luce delle nuove assegnazioni si è quindi provveduto ad aggiornare il Bilancio di Previsione 2011 ridefinendo i costi e i ricavi contenuti nel documento approvato con il surrichiamato provvedimento. Il nuovo conto economico, esaminato con parere favorevole dal rinnovato Collegio Sindacale nella seduta del 21 ottobre scorso, pone in evidenza la seguente analitica situazione, riportata in tabella n. 5.

Tabella n. 5

Cod	CONTO ECONOMICO	Bilancio Esercizio 2010	Nuovo BPE 2011
	(A) Valore della produzione		
A010	1 - CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO PER ASSISTENZA	89.699	84.399
A011	2 - CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO PER RICERCA CORRENTE	9.275	8.665
A012	3 - CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO PER RICERCA FINALIZZATA	2.253	0
A020	4 - PROVENTI E RICAVI DIVERSI	296.489	291.487
A030	5 - CONCORSI, RECUPERI, RIMBORSI PER ATTIVITA' TIPICHE	8.080	7.638
A040	6 - COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA PER PRESTAZIONE SANITARIE	5.576	6.542
A050	7 - COSTI CAPITALIZZATI	7.292	8.799
1000	8 - VARIAZIONE DELLE RIMANENZE DI PRODOTTI IN CORSO DI LAVORAZIONE,		
A060	SEMILAVORATI E FINITI		
A070	9 - VARIAZIONI DEI LAVORI IN CORSO SU ORDINAZIONE TOTALE A	418.664	407.530
			1011000
	(B) Costi della produzione		
B010	1 - ACQUISTI DI BENI	85.968	85.947
	2 - ACQUISTI DI SERVIZI	92.259	84.236
B030	3 - MANUTENZIONE E RIPARAZIONE	15.346	14.226
B040	4 - GODIMENTO DI BENI DI TERZI	1.187	1.258
B050	5 - PERSONALE SANITARIO	145.220	139.446
B060	6 - PERSONALE PROFESSIONALE	681	557
B070	7 - PERSONALE TECNICO	23.142	22.247
B080	8 - PERSONALE AMMINISTRATIVO	12.701	12.570
B090	9- ONERI DIVERSI DI GESTIONE	5.914	5.562
B100	10- AMMORTAMENTI DELLE IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI	1.016	1.011
	11- AMMORTAMENTO DEI FABBRICATI	5.501	5.772
B11A	a) AMMORTAMENTO FABBRICATI DISPONIBILI	0	0
B11B	b) AMMORTAMENTO FABBRICATI INDISPONIBILI	5.501	5.772
B120	12- AMMORTAMENTI DELLE ALTRE IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	10.161	12.609
B130	13- SVALUTAZIONE DEI CREDITI	150	0
	14- VARIAZIONE DELLE RIMANENZE DI MATERIE PRIME, SUSSIDIARIE E DI	4.050	0.40
D444	CONSUMO, MERCI	-1.059	-340
B14A	a) SANITARIE	-996	-340
B14B	b) NON SANITARIE	-63	0
B150	15- ACCANTONAMENTI TIPICI DELL'ESERCIZIO	5.960	7.846
	TOTALE B	404.147	392.947
	Differenza tra valore e costi della produzione (A-B)	14.517	14.583
	(C) Proventi e oneri finanziari		
C010	1 - INTERESSI ATTIVI	203	100
C020	2 - ALTRI PROVENTI	0	0
C030	3 - INTERESSI PASSIVI	42	10
C040	4 - ALTRI ONERI	0	0
0040	TOTALE C	161	90
	(E) Proventi e oneri straordinari		
E010	1 - MINUSVALENZE	166	0
E020	2 - PLUSVALENZE	945	100
E030	3 - ACCANTONAMENTI NON TIPICI DELL'ATTIVITA' SANITARIA		
E040	4 - CONCORSI, RECUPERI, RIMBORSI PER ATTIVITA' NON TIPICHE		
	5 - SOPRAVVENIENZE E INSUSSISTENZE	802	1.300
E05A	a) SOPRAVVENIENZE E INSUSSISTENZE ATTIVE	3.997	1.300
E05B	b) SOPRAVVENIENZE E INSUSSISTENZE PASSIVE	3.195	0
	TOTALE E	1.581	1.400
	Risultato prima delle imposte (A-B+C+D+E)	16.259	16.073
Y000	IMPOSTE E TASSE	16.259	16.073
	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO	0	0

La chiusura del quarto CET 2011 è stata anticipata al 10 gennaio e di tale adempimento i responsabili amministrativi e la Direzione Medica di Presidio sono stati adeguatamente informati.

Un'attenzione particolare va rivolta al File F, atteso che con note 26 maggio e 25 novembre sono state formulate alla Direzione Generale Sanità richieste di integrazione dei finanziamenti per quanto attiene, rispettivamente, il trattamento ortopedico del paziente emofilico per la specifica attività chirurgica espletata nonché la cura della sindrome emolitico uremica a seguito della recente introduzione del Farmaco Eculizumab in 648/94 ad opera di AIFA (G.U. 20.06.11, n.141) comportando conseguentemente un importante aggravio di spesa per questa Fondazione, a fronte comunque di un limitato numero di pazienti n. 8 (3 residenti in Lombardia e 5 in altre Regioni). Il costo complessivo è stato quantificato per l'anno in corso è di € 1.940.000.

La previsione di spesa per il 2012 viene stimata in € 5.000.000.

Vanno infine rammentate le iniziative attivate dalla Direzione Generale con cui è stato indetto pubblico incanto per l'accensione di un mutuo da destinare al finanziamento per la realizzazione del nuovo Pronto Soccorso e per i lavori propedeutici alla realizzazione del nuovo Ospedale. I plichi d'offerta sono stati aperti il 2 dicembre 2011. E' pervenuta una sola offerta da parte della Banca Infrastrutture Innovazioni e Sviluppo SPA – Banca del Gruppo Intesa San Paolo che si è aggiudicata il mutuo, tasso di interesse offerto 3,7375%. Sono state da subito attivate le procedure propedeutiche alla sottoscrizione del contratto di Mutuo, così come risulta dalla determina n. 3088 del 5 dicembre.

7. IL FUTURO

L'esperienza del Piano strategico ha avviato un percorso volto all'adozione di un metodo e linguaggio comuni fondati su principi di analisi organizzativa e basati su dati statistici e di attività. Sono stati adottati criteri definiti finalizzati alll'assegnazione di risorse, alla condivisione e alla responsabilizzazione dei Direttori di Struttura e dei rispettivi organi di rappresentanza.

La prospettiva futura, consolidando il metodo, deve tuttavia considerare due altri elementi di contesto: la crisi economica e, conseguentemente, la necessità di un'ulteriore razionalizzazione e la realizzazione del nuovo ospedale, con le ricadute sull'intera rete ospedaliera milanese e regionale.

7.1 Piano strategico 2012-2014 : come rilanciare la Fondazione in periodo di crisi

Come da più parti riconosciuto, la contrazione delle risorse deve diventare occasione di sviluppo, scacciando la tentazione di un taglio indiscriminato che non sappia riconoscere le priorità da salvaguardare e sviluppare.

In questo senso il percorso delle aree omogenee, iniziato nel 2011, costituisce un punto fermo, da proseguire e realizzare fattivamente: tanto più quando riguarda Unità Operative di medesima specialità, per le quali la frammentazione oltre che diseconomica, costituisce una mancata occasione di confronto e crescita professionale.

Oltre a quanto già iniziato, ulteriori obiettivi in questo ambito saranno:

- realizzazione di aree di Day Hospital e Macroattività ambulatoriali uniche per le aree Chirurgica, di Medicina Interna, Toraco-Bronco-Cardiologica;
- definizione di aree funzionali, in stretta connessione, per le linee di trapianto di fegato, rene, polmone, midollo;
- revisione dell'intera rete ambulatoriale.

Per quanto riguarda lo sviluppo, un tema fondamentale è costituito dal riconoscimento, nell'ambito dei diversi processi assistenziali, del ruolo della Fondazione come struttura di secondo e terzo livello; a tal fine sarà necessario un forte raccordo con l'ASL e la Direzione generale Sanità della Regione Lombardia volto a:

- individuare percorsi differenziati per i pazienti in follow-up o comunque già riconosciuti a maggior complicazione (con accessi diretti e privilegiati) dalle visite di primo livello, da circoscrivere a pochi ambiti e ricondurre nella rete territoriale degli ICP (es.: dermatologia, odontoiatria, otorinolaringoiatri);
- valutare la riconversione di un'area in struttura per subacuti, secondo quanto previsto dalla normativa regionale, con contestuale spostamento a favore dei ricoveri programmati rispetto a quelli da PS;
- individuare aree di alta specialità e tecnologia della Fondazione per patologie di contenuta incidenza – Neurochirurgia, Trapianti, Rianimazione- per le quali sia riconosciuto un maggior coordinamento o integrazione con altre AAOO con minor casistica;

Infine, non da ultimo, proseguire nelle attività di razionalizzazione e contenimento relative a:

 utilizzo "verticale", e conseguente centralizzazione, di grandi attrezzature di diagnostica per immagini, delle sale operatorie, degli spazi ambulatoriali;

- razionalizzazione di tutte le attività collegate alla prenotazione/accettazione delle prestazioni riguardanti l'attività ambulatoriale espletata presso questa Fondazione (esempio valutare la possibilità di realizzare un'unica area per un grosso CUP);
- avvio degli interventi volti alla dematerializzazione, così da abbreviare la circolazione delle informazioni, contenendo il ricorso all'uso del cartaceo;
- maggiore implementazione degli attuali programmi realizzati all'interno della Fondazione sia per quanto concerne le funzioni amministrative che per quelle sanitarie, nonché per seguire la razionalizzazione circa l'utilizzo delle apparecchiature informatiche della Fondazione e quelle poste a disposizione dall'Università;
- semplificazione dei processi amministrativi, atti a migliorare anche l'accesso alle prerstazioni sanitarie e abbreviare i diversi riscontri ai richiedenti;
- trasparenza dell'operato della Fondazione, pubblicando sul sito Web della nostra Ca' Granda e avanzando proposte di pubblicazione di nostre attività su altri siti su altri siti anche per quanto concerne le azioni connesse al patrimonio.

7.2 Il futuro della direzione scientifica

Nel triennio 2012-2015 i principali obbiettivi alla Direzione Scientifica sono:

- mantenere e incrementare l'eccellenza della Fondazione nella ricerca traslazionale, anche attraverso l'interscambio e l'integrazione con l'INGM.
- sviluppare di progetti migliorativi dell'assistenza sanitaria attraverso la metodologia scientifica (tre sperimentazioni gestionali sono state già varate dalla Direzione Strategica nell'ambito del Piano Strategico 2011: anziani, codici bianchi, materno infantile)
- sviluppare un servizio di farmacologia clinica basato su progetti di ricerca riguardanti un problema cruciale nell'Italia che invecchia: l'appropriatezza delle prescrizioni di farmaci multipli nei grandi anziani con polipatologia, con lo scopo di prevenire gli effetti avversi dei farmaci che sono la 5^a causa di mortalità e morbidità ospedaliera
- incrementare l'attività di trasferimento tecnologico (brevetti)
- sviluppare altre collaborazioni scientifiche e gemellaggio con simili istituzioni scientifiche in Europa e USA

7.3 La rete dell'ospedalità milanese: come realizzare il Nuovo Ospedale

Il contesto nel quale sarà realizzato il nuovo Ospedale presenterà dei tratti completamente diversi da quello dell'epoca in cui è stato progettato: nascondere questo dato di realtà significherebbe un utilizzo non responsabile delle risorse che vi verranno investite.

E' altrettanto evidente che tale analisi, da cui deriveranno le conseguenti scelte, non può essere circoscritta all'interno della Fondazione, ma richiede una compartecipazione attiva di ASL e Regione, così da disegnare una vera rete assistenziale, senza duplicazioni o ridondanze, capace di rispondere alle esigenze emergenti, operando in tal modo in una vera logica di sistema.

E' per tale motivo che nella redazione del progetto esecutivo è necessario che sia riconsiderata la distribuzione degli spazi, secondo i principi più sopra esposti :

a) individuazione, di concerto con l'ASL e la Regione delle aree che debbono essere sviluppate (area materno infantile, linea trapianti, emergenza-urgenza), divenendo centro di riferimento per la città e la regione stessa, e riconduzione delle attività/specialità di primo livello alle AAOO che già le svolgono efficacemente;

- b) riorganizzazione delle aree specialistiche mediche e chirurgiche secondo aree omogenee, con sviluppo delle attività di ricerca e di didattica;
- c) revisione della distribuzione delle aree di degenza e ambulatoriali, sulla base dello sviluppo assistenziale in atto, e dell'impatto gestionale che ne deriva, considerandone la sostenibilità.
- d) definizione dell'utilizzo dei Padiglioni che rimarranno, secondo l'Accordo di programma a funzione sanitaria (per i quali non vi è ad oggi alcuna destinazione) e delle aree di servizio.

Certamente la sfida della realizzazione del nuovo ospedale, in primo luogo per il rispetto dei tempi previsti e per il reperimento di risorse, si profila come estremamente difficile, ma anche come occasione per l'intera città di ridisegnare il suo cuore, rispondendo alla missione della Ca' Granda di "servire gli infermi".

PRESIDENTE
DIRETTORE GENERALE
DIRETTORE SANITARIO
DIRETTORE AMMINISTRATIVO
DIRETTORE SCIENTIFICO

Prof. Giancarlo Cesana
Dr. Luigi Macchi
Dr.ssa Anna Pavan
Dott. Osvaldo Basilico

Prof. Pier Mannuccio Mannucci